

Rechtsprechungsinformationsdienst 15-03

REDAKTION	8
EDITORISCHE HINWEISE	8
A. VERTRAGSARZTRECHT	9
I. Honorarverteilung	9
1. Vergütung ab Quartal I/09	9
a) Begriff „(Versorgungs-)Schwerpunkt“: Gestaltungsspielraum der Gesamtvertragspartner	9
b) Kinder- und Jugendmedizin/Neuropädiatrie: Voraussetzungen für 40 %-Aufschlag	9
c) Verminderung des sog. Wirtschaftlichkeitsbonus (Nr. 32001 EBM) setzt Überweisung voraus	10
2. Keine Geltung der RLV-Regelungen für Lungenärzte (Quartal II/05)	10
3. Haftung für Verbindlichkeiten einer ehemaligen BAG	11
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	11
1. Plausibilitätsprüfung	11
a) Zeitbezogen: Tagesprofile/Gesprächsleistungen/Sonstige Leistungen	11
b) Patientenbezogen: Gemeinsames Patientenaufkommen/Einlesen der Chipkarten	12
2. Fortbildungspflicht	12
a) Nachweiszeitraum/Keine Quotelung bei angestelltem (Zahn-)Arzt	12
b) Weiterleitung der Honorarkürzungen an die Krankenkassen	12
3. Beschränkung einer Ermächtigung „auf Überweisung anderer Klinikärzte“	13
4. Diagnose ADHS unterfällt nicht Nr. 04001 EBM 2005	13
5. Neurochirurgen: Offen chirurgische Facettendenerivationen (Nr. 31131 EBM)	13
6. Zahnärzte	14
a) Wegfall einer Extraktion noch keine Änderung des KFO-Behandlungsplans	14
b) KfO-Behandlung: Vergütung bei Arztwechsel/Maßnahmeänderung	14
c) PAR-Behandlung entgegen Gutachten	14
d) Größe der Zyste (Nr. 56c BEMA-Z)/Nachweispflicht bis zum Widerspruchsbescheid	15
e) Gefälschte Konformitätserklärungen bei Zahnersatzleistungen	15
f) Faktische Aufgabe der Berufsausübungsgemeinschaft	15
III. Genehmigung/Zweigpraxis/Notdienst/Disziplinarrecht	16
1. Bestellung als Stellvertretender Programmverantwortlicher Arzt: Konkurrentenklage	16
2. Gutachterbestellung nach § 26b Abs. 2 PsychThRL	16
3. Zweigpraxis	17
a) Keine Beschwerdebefugnis einer KV bzgl. eigener Zweigpraxisgenehmigung	17
b) Radiologische Zweigpraxis: Verkürzung der Wegezeiten bei Entfernung von 17 km	17
4. Heranziehung zum Notdienst: Labormedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	17
5. Disziplinarrecht: Ehrabschneidende Äußerungen gegenüber Mitarbeitern der K(Z)V	18
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	18
1. Arzneikostenregress	18
a) Verstoß gegen Therapiehinweise des GBA	18
b) Keine Zielfeldprüfung nach Aufhebung des § 84 Abs. 7a SGB V	19
c) Sprechstundenbedarf: Dreiwegehähne als Teil von Einmal-Infusionsbestecken	19
d) Durchführung eines Vorverfahrens: Verordnungsaußchluss während Krankenhausaufenthalts	20
2. Heilmittel	20
a) Abweichung von Prüfmethode in Prüfvereinbarung nur im Ausnahmefall	20
b) Bindung an von Prüfvereinbarung vorgegebener Prüfmethode	20
c) Richtgrößenprüfung: Praxisbesonderheiten/Antrag auf individuelle Vereinbarung	21
3. Bekanntgabe nicht gegenüber anwaltlichen Bevollmächtigten: Zugangsfiktion	21
4. Untätigkeitsklage bei fünfjähriger Untätigkeit	21
5. Zahnärzte	22
a) Praxisbesonderheiten: Darlegungslast	22
b) Nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung kieferorthopädischer Tätigkeiten	22
c) Statistische Vergleichsprüfung von BAG mit MKG-Chirurgen und Zahnarzt	23
d) Zulässige Versorgung nur nach Festzuschussrichtlinie	23
e) Schadensregress der Krankenkasse gegen Zahnärztin nur bei Unzumutbarkeit	23

V. Zulassungsrecht	24
1. Zulassung	24
a) Zulassungsmoratorium durch GBA bis zur Versorgungsgradfeststellung rechtmäßig	24
b) Keine häftige Zulassung für Vollzeit-Chefarzt eines Universitätsklinikums (Pathologe)	25
c) Umwandlung einer Angestelltenstelle in eine Zulassung: Tätigkeitsumfang	25
d) Sofortige Vollziehung einer Zulassung bei Versorgungsgrad von 71,32%	26
e) Sonderbedarfszulassung	26
aa) Ermittlung der Überlastung der Schwerpunktpraxen/Ermächtigungen	26
bb) Akteneinsichtsrecht/Ärztanfragen/Amtsermittlung	27
2. Konkurrentenklage: Bedarfsprüfung anhand des Auslastungsgrades der bestehenden Praxen	27
3. Nachbesetzung einer Arztstelle nach Umwandlung einer Vollzulassung in ¾-Stelle	28
4. Verlegung eines Vertragsarztsitzes: 12 km Entfernung für Facharzt begründet nicht Genehmigung	28
5. Job-Sharing: Korrektur der Leistungsobergrenze	29
6. Zulassungsentziehung wegen fehlender Fortbildung	30
7. Keine Anfechtung eines Zulassungsverzichts nach bestandskräftigem Ausscheiden aus BAG	30
8. Kein Feststellungsinteresse gegenüber Zulassungsgremien bei Ermächtigung kraft Gesetzes	30
9. Gebühren	31
a) Mitgliederwechsel in Berufsausübungsgemeinschaft	31
b) Keine Leistungsklage zur Einziehung einer Antragsgebühr	31
VI. Gesamtvergütung/HzV-Vertrag/GBA	32
1. Gesamtvergütung	32
a) Integrierte Versorgung	32
aa) Managementgesellschaft als Kooperationspartner	32
bb) Anschubfinanzierung: Keine Pflicht zur Rechnungslegung	33
b) Aufrechnung der Gesamtvergütung mit Richtgrößenregress	33
c) Fremdkassenzahlungsausgleich	34
aa) Eindeutige Verständigung über Wohnsitzausländer erforderlich	34
bb) FKZ-RL rechtmäßig/Feststellungsklage	34
2. Hausarztzentrierte Versorgung	34
a) Kein Vergütungsanspruch gegen KV nach deren Teilnahmeende (AG Vertragskoordinierung)	34
b) HzV-Vertrag setzt eindeutig bestimmte oder bestimmbar Gegenleistung voraus	35
3. GBA: Verordnungsausschluss für Otologika	35
VII. Verfahrensrecht/Streitwert/EHV KV Hessen	35
1. Voraussetzung einer Wiederaufnahmeklage	35
2. Streitwert: Untätigkeitsklage	36
3. Beschwerdefrist gegen Streitwertbeschluss	36
4. EHV KV Hessen: Teilnahme und Versorgungsausgleich/Mitteilung der Rechtskraft	36
VIII. Bundessozialgericht (BSG)	36
1. Honorarkürzung nach § 95d SGB V	36
2. Komplexleistung für Betreuung einer Schwangeren (Nr. 01770 EBM)	37
3. Arzneikostenregress: Neuregelung „Beratung vor Regress“/Begründung von Praxisbesonderheiten	37
4. Zulassungsrecht	37
a) BVerfG: Zulassungsentziehung MVZ und einstweiliger Rechtsschutz/Folgenabwägung	37
b) Fortgeltung einer Bedingung nach Zurückweisung eines Widerspruchs	38
5. Aufnahme in die OTC-Liste: Homöopathische Arzneimittel	38
6. Gegenstandswert bei Arzneikostenregress: Widerspruch einer Krankenkasse	38
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	40
I. (Zahn-)Ärztliche Behandlung	40
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	40
a) Tumorspezifische Immuntherapie (TSIT)	40
b) Behandlung mit Avastin (Bevacizumab) sowie mit Hyperthermie bei Tumor	40
c) Ambulante Hyperthermie bei sekundärem Mammakarzinom im finalen Stadium	40
d) Thermo-Chemotherapiebehandlung (Einstweiliger Rechtsschutz)	41
e) Kopforthese (Helmtherapie)	41
f) Lipidapherese: Einstweiliger Rechtsschutz/Folgenabwägung	41
2. Private Psychotherapie nur im akuten Notfall	41
3. Zahnärztliche Behandlung	42
a) Protrusionsschiene als neue Behandlungsmethode	42
b) Bewilligung des Festzuschusses vor Behandlungsbeginn	42

II. Kostenerstattung: Genehmigungsfiktion	42
1. Keine inhaltlichen Anforderungen an Antrag	42
2. Keine Fristverlängerung durch Anforderung von Unterlagen	43
3. Geplante Einschaltung des MDK/Sachleistungsanspruch oder Kostenerstattungsanspruch	43
4. Betreibens- und Mitteilungspflicht der Krankenkasse	43
III. Stationäre Behandlung	44
1. Liposuktion	44
a) Fehlender Nachweis zur Qualität und Wirksamkeit der Liposuktion	44
b) Bauchdeckenstraffung und Liposuktion: Keine Erkrankung	44
c) Tumeszenzliposuktion: Anforderungen an das Evidenzniveau	44
d) Kein Nachweis der Wirksamkeit/Kein Systemversagen/Abdominoplastik	45
2. Brustverkleinerungsoperation (Mammareduktionsplastik)	45
a) Makromastie keine behandlungsbedürftige Krankheit	45
b) Brustverkleinerungsoperation wegen Wirbelsäulenbeschwerden	45
c) Brustverkleinerung zur Vermeidung gravierender Hauterkrankung	46
3. Zweite adipositaschirurgische Maßnahme als Teil einer Gesamtbehandlung	46
IV. Arzneimittel	46
1. Off-Label-Use	46
a) Seltene Erkrankung: Primär progrediente Multiple Sklerose (Fampyra)	46
b) Avastin bei Tumorerkrankungen	46
2. Medizinisch-Cannabisblüten bei Anorexie-Kachexie-Syndrom	47
V. Hilfsmittel	47
1. Orthopädische Stiefel: Freie Wahl eines Orthopädie-Schuhmachers	47
2. Therapiestuhl für die Benutzung in einer Kindertagesstätte/Antragsweiterleitung	47
3. Sportrollstuhl	48
4. Duschrollstuhl	48
5. Mobilgerät zur Flüssigsauerstoffversorgung	49
6. Kein Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen bei funktionell Einäugigen	49
7. Hörgeräteversorgung: Beschränkte Objektivierbarkeit durch Messergebnisse	49
VI. Häusliche Krankenpflege/Reha-Maßnahmen/Fahrkosten/Haushaltshilfe/Budget	49
1. Häusliche Krankenpflege	49
a) Vollstationäre Einrichtung für behinderte Menschen	50
b) Einmalkatheterisierung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe/Antragsweiterleitung	50
c) Einstweiliges Anordnungsverfahren: Folgenbetrachtung	51
2. Reha-Maßnahmen	51
a) Zusage für stationäre Drogentherapie	51
b) Keine sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen bei Diabetes mellitus	51
3. Fahrkosten	51
a) Transportkosten für Verlegung in anderes Krankenhaus	52
b) Fahrkosten zur Fortführung einer Krebstherapie	52
c) Voraussetzungen einer Fahrkostenerstattung	52
4. Umfang einer Haushaltshilfe	53
5. Keine rückwirkende Bewilligung eines Persönlichen Budgets	53
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	53
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	55
a) Einbehalte zur Anschubfinanzierungen für integrierte Versorgung	55
b) Keine erforderliche Krankenhausbehandlung bei Verschieben der Operation	55
c) Verbleib eines alkoholkranken Versicherten nach Wegfall der Behandlungsbedürftigkeit	55
d) Abgebrochene teilstationäre Behandlungen	55
e) Krankenhauseinweisung aufgrund eines Unterbringungsbeschlusses	56
f) Vergütungsanspruch auch nach zwischenzeitlichem Tod des Patienten	56
g) Kein Vergütungsanspruch bei Ruhen des Leistungsanspruchs des Versicherten	56
h) Keine besondere Begründungspflicht für stationäre Herzkatheter-Untersuchung	57
i) Verwirkung: Korrekturverlangen erst 1 ½ Jahre nach Rechnungserhalt	57
j) Keine Verwirkung einer im Zahlbetrag nicht geänderten Vergütungsforderung	57
k) Nachberechnung nach 21 Monaten	57
l) Aufrechnung und Bestimmtheit	58
2. Fallpauschalen	58
a) Kodierung einer Nebendiagnose	58
b) Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker - Qualifizierter Entzug (OPS 8-985/DRG V 60A)	58
c) Berücksichtigung nachstationärer Prozeduren/Hochvoltstrahlentherapie mit Linearbeschleuniger	58
d) Begriff des Behandlungstages (OPS 8.550.1)	59

e) Aufenthaltsdauer bei Schwindel _____	59
f) Intensivmedizinische Komplexbehandlung: Ständige ärztliche Anwesenheit _____	59
3. Off-Label-Use: Rituximab _____	59
4. Aufwandspauschale: Keine Auffälligkeitsprüfung/Nicht erlöswirksame sekundäre Fehlbelegung _____	60
5. Aussetzung wegen Nichtdurchführung eines Schlichtungsverfahrens _____	60
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern _____	60
1. Apotheken: Keine Barauszahlung von Import-Guthaben _____	61
2. Arzneimittelhersteller: Veränderung der Packungsgröße und Preisabschlag _____	61
3. Hilfsmittelverzeichnis: Umfang der Substantiierungsanforderungen _____	61
4. Heilmittelerbringer: Bindung des Vergütungsanspruchs an verordnete Leistung/Aufrechnung _____	62
5. Häusliche Krankenpflege: Regelungslücke im Vertrag _____	62
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen _____	62
1. Unterstützung eines Versicherten bei Verfolgung von Schadensersatzansprüchen _____	63
2. Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit durch Ärzte des MDK _____	63
3. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung „bis auf weiteres“ _____	63
4. Erstattung von Kosten einer stationären Anschlussheilbehandlung _____	64
5. Unzulässigkeit einer Vereinbarung über Auslandskrankenversicherungsschutz _____	64
X. Bundessozialgericht (BSG) _____	64
1. Präimplantationsdiagnostik (PID) _____	64
2. Fahrkosten: Zuzahlung zu jeder Fahrt bei ambulanter Serienbehandlung _____	64
3. Beziehungen zu Krankenhäusern _____	65
a) Keine Vergütung orthopädischer Krankenhausleistungen im Fachgebiet Chirurgie _____	65
b) Mindestmengenregelung: Prognose am Jahresanfang (Kniegelenk-Totalendoprothesen) _____	65
c) Fehlerhafte Hauptdiagnose und Sechs-Wochen-Frist _____	65
d) Behandlungsfall und mehrere Krankenhausaufenthalte/Wirtschaftlichkeitsgebot _____	65
e) Mitteilungspflicht auch für Leistungen zur medizinischen Frührehabilitation _____	66
f) Keine unzulässige Rechtsausübung bei vorprozessualer Auskunftsverweigerung _____	66
g) Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Facharztanwesenheit (DRG B70C) _____	66
4. Erstattungsanspruch des Sozialhilfeträgers: Ablauf der Ausschlussfrist _____	66
5. Erledigung des Rechtsstreits durch angenommenes Anerkenntnis/Senatsanfrage _____	66
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE _____	67
I. Ärztliches Berufsrecht _____	67
1. Rücknahme/Widerruf/Ruhen der Approbation _____	67
a) Widerruf der Approbation _____	67
aa) Verstoß gegen das Betäubungsmittelrecht _____	67
bb) Ausnutzen hilfloser Lage zur Vornahme sexueller Handlungen durch Anästhesisten _____	67
b) Ruhen: Kostengrundscheidungen nach nachgeholler amtsärztlicher Begutachtung _____	68
c) Eilrechtsschutz/Beschränkte Berufserlaubnis/Bewährungszeit nach Approbationsentzug _____	68
2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen _____	69
a) Erteilung einer Weiterbildungsermächtigung: Behandlung eigener Patienten _____	69
b) Weiterbildungsbefugnis zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie _____	69
c) Weiterbildungsverhältnis nur bei Vertrag über Weiterbildung _____	69
d) Zehn Jahre zurückliegende Weiterbildungsabschnitte sind anerkennungsfähig _____	69
e) Fehlende Unterlagen für Vergleich der Ausbildungsgegenstände _____	70
f) Anerkennung einer Facharztausbildung in der Ukraine (Orthopädie und Unfallchirurgie) _____	70
g) Ausbildung als Pädiater in der ehemaligen Sowjetunion _____	70
h) Keine Verlängerung einer Berufserlaubnis für Drittstaatsangehörigen _____	70
3. Berufspflichten _____	71
a) Werbung einer Einzelpraxis mit „Impfzentrum Altona“ _____	71
b) Geltung des Standesrechts für EU-Bürger bei gelegentlicher ärztlicher Tätigkeit _____	71
4. Strafrecht _____	71
a) BGH: Heiml. Aufnahmen/Sexueller Missbrauch bei gynäkolog. Vorsorgeuntersuchungen _____	71
b) Keine Strafbarkeit des Einsetzens einer Intrauterinspirale _____	72
5. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht _____	72
a) BGH: Kostenloses Angebot eines Fahrdienstes einer Augenklinik _____	72
b) Bezeichnung „Laserklinik“/Bewerbung mit kostenlosem Erstgespräch _____	73
c) Unzulässige Werbung für Magnetfeldtherapie/Kernspinnresonanztherapie _____	73
6. Ärzte-Bewertungsportal _____	73
a) Keine Offenlegung der Anonymität in Ärzte-Bewertungsportal _____	73
b) Offenlegung der Anonymität in Ärzte-Bewertungsportal _____	73
c) Ärztesuchportal: Kostenpflichtige Platzierung an erster Stelle ist Werbung _____	74
d) Unterlassungsanspruch gegen Betreiber eines Ärztebewertungsportals _____	74

7. Arbeits- und Sozialrecht	74
a) Bundesarbeitsgericht (BAG)	74
aa) Entgeltanspruch einer Psychotherapeutin in Ausbildung (PiA)	74
bb) Ausbildung zum Psychotherapeuten: Rechtsweg zu Arbeitsgerichten	74
b) Praktikantenvertrag als psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung kein Arbeitsverhältnis	75
c) Prämienanspruch eines ärztlichen Direktors eines Universitätsklinikums	75
d) Keine Ersatzkraft zur Ausübung des Liquidationsrechts	75
8. Heilberufskammern: Mehrfachmitgliedschaft/Berufsausübung in zwei Kammergebieten	76
9. Versorgungswerk	76
a) Freiwillige Fortsetzung der Mitgliedschaft: Örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts	76
b) Keine einkünftemindernde Berücksichtigung von Darlehenstilgung	76
II. Arzthaftung	76
1. Bundesgerichtshof (BGH)	76
a) Rechtliches Gehör: Berücksichtigung eines MDK-Gutachtens	76
b) Fehlerhafte Präklusion von Parteivortrag durch den Tatrichter	77
c) Unzureichende tatrichterliche Würdigung (Belegärztliche Notsectio)	77
2. Behandlungsfehler	77
a) Anscheinsbeweis ohne praktische Bedeutung im Arzthaftungsprozess	77
b) Abgrenzung Diagnose-/Befunderhebungsfehler	78
c) Verzögerung der erforderlichen Untersuchung nach Schlaganfall	78
d) Plexusanästhesie erfordert keine Testinjektion mit Lidocain/Adrenalin	78
e) Befunderhebung (Angiografie) zum Ausschluss eines arteriellen Verschlusses	78
f) Fußamputation wegen behaupteter fehlerhafter und verzögerter Wundversorgung	79
g) Operative Behandlung eines Hirntumors: Ausreichende Öffnung des Schädels	79
h) Befunderhebungsfehler: Synovialsarkom	79
i) Indikationsstellung für Amputation des linken Beines oberhalb des Knies	79
j) Keine Haftung für Konsiliararzt/MRSA-Infektion	80
k) Keine Haftung des Krankenhauses für MRSA-Infektion unklarer Ursache	80
l) Schwangerschaft wegen nicht erkannter Anomalie (Diagnoseirrtum/Diagnosefehler)	80
m) Letale Infektion mit Citrobacter freundii/Beweisvereitelung/Gemeinschaftspraxis	80
3. Aufklärung/Einwilligung	81
a) Angaben in ärztlichen Aufklärungsgesprächen und standardisierten Aufklärungsbögen	81
b) Risikoaufklärung vor Operation zur Entfernung des Osteosynthesematerials	81
c) Aufklärung vor OP am Epicondylus radialis/Schmerzengeld nach Schmerzbehandlung	81
d) Unterbliebene Aufklärung über Fehldimensionierung einer Kniegelenksprothese	81
e) Identität zwischen Risikoaufklärung und Behandlung/Risikoaufklärung Facettenblockade	82
f) Risiko einer Katheterablation	82
g) Durchführung einer Kataraktoperation ohne wirksame Einwilligung	83
h) Aufklärung vor einer allogenen Stammzelltransplantation	83
i) PIP-Silikonimplantate: Keine besondere Aufklärungspflicht im Jahr 2007	83
j) Aufklärung bei Schönheitsoperationen/Entscheidungskonflikt	83
4. Sachverständige	84
a) Anwesenheitsrecht bei Untersuchung durch Sachverständigen	84
b) Befangenheit: Mängel der Sachverhaltsdarstellung/Berufsüblicher Kontakt	84
5. Schmerzensgeld für eine Fehlbehandlung bei der Geburt	84
6. Sicherung eines Schlaganfallpatienten vor Sturz aus dem Bett	84
7. Anspruchsübergang nach § 116 SGB X: Regressansprüche wegen Geburtsschadens	85
8. Schadensersatzanspruch gegen Arzt verjährt ab Kenntnis der ersten Schadensfolge	85
9. Gerichtsstandbestimmung: Klage gegen zwei Kliniken	85
10. Zahnärztliche Behandlung	85
a) Zahnarzt schuldet nicht die Kosten einer prothetischen Nach- bzw. Neuversorgung	85
b) Unbrauchbare Zahnarztleistung: Außergerichtliche Rechtsanwaltskosten	86
c) Haftung für Dentallabor/Kurzfristige Versorgung nur bei Aufklärung	86
III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel	86
1. Europäischer Gerichtshof (EuGH)	86
a) Auskunftsanspruch über Nebenwirkungen von Medikamenten gegen Arzneimittelhersteller	86
b) Werbemaßnahmen für Arzneimittel	87
2. Bundesgerichtshof (BGH)	87
a) Auskunftsverfahren gegen pharmazeutischen Unternehmer	87
b) Auskunftsanspruch über Nebenwirkungen (Allopurinol AbZ 300 mg)	88
c) Herstellerhaftung für Implantation von Herzschrittmachern	88
d) Kostenersatz für Behandlung wegen operativen Austauschs eines Defibrillators	88
e) TÜV-Haftung wegen Zertifizierung der französischen Brust-Silikonimplantate	88
f) Wirkstoff Pseudoephedrin kein „Grundstoff“ i.S.d. GÜG	89

3. Apothekenrecht	89
a) BVerwG: Abgabe von aus dem EU-Ausland bezogenen Arzneimitteln in inländischer Apotheke	89
b) Bundesgerichtshof (BGH)	89
aa) Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel ohne Rezept	89
bb) Zulassungsfreiheit für im Apothekenbetrieb hergestellte Arzneimittel (Weihrauch-Extrakt-Kapseln)	90
cc) Anhörungsrüge (Belieferung im Krankenhaus durch Kooperationsapotheke)	90
c) Approbationswiderruf: Abgabe tetrazepamhaltiger Arzneimittel ohne ärztliches Rezept	90
d) Rezeptsammelstelle in Edeka-Markt erlaubnisbedürftig	91
e) Lagerraum für heimversorgende Aktivitäten einer Apotheke	91
4. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht	92
a) Bundesgerichtshof (BGH)	92
aa) Geschäftl. Handlung durch Hyperlink zum Angebot eines bestimmten Herstellers (Bachblüten)	92
bb) Unlautere Werbung für kostenlose Abgabe einer Zweitbrille	92
b) Keine Abgabe von Arzneimittelmustern durch pharmazeutische Unternehmer an Apotheker	92
c) Nichteinziehung der Zuzahlung von Versicherten bei der Hilfsmittelversorgung	92
d) Werbung mit der Messgenauigkeit von Blutzuckermessgeräten	93
e) Werbung mit Ergebnissen einer Anwendungsbeobachtung	93
f) Diagnostisch relevantes Untersuchungsverfahren	93
g) Empfehlung durch eine im Gesundheitswesen tätige Person	93
h) Bewerbung von Antischmerzplaster: Kein Nachweis der Wirkungsbehauptung	94
i) Werbung mit einem rezeptfreien „pflanzlichen Antibiotikum“	94
j) Kerngleichheit der Arzneimittelwerbung	94
5. Auskunftserteilung zu Anwendungsbeobachtungen nach InformationsfreiheitsG	95
6. Ausgleich bei gesamtschuldnerischer Haftung	95
7. Beihilfe	95
a) Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)	95
aa) Beihilfefähigkeit von Medizinprodukten: Verweisung auf SGB V/AMRL	95
bb) Hyaluronsäurehaltige Mittel (Fertigspritzen)	96
b) Arzneimittel	96
aa) Cialis (Tadalafil) zur Behandlung eines benignen Prostatasyndroms	96
bb) Ausschluss von Arzneimitteln zur Behandlung der erektilen Dysfunktion	96
cc) Juckreiz lindernde Hautlotion bei Brurigo simplex subacuta	96
c) Hilfsmittel	97
aa) Schwellkörperprothese (hydraulisches Penisimplantat) bei erektiler Dysfunktion	97
bb) Kein Anspruch auf Liegedreirad	97
cc) Hörgeräteversorgung: Keine zusätzlichen technischen Ausstattungsmerkmale	97
dd) Hörgerät eines Kindes: Höchstbetrag und ausreichende Versorgung	97
ee) Spezial-Kinderbrille	98
d) Manuelle Therapie	98
IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe	98
1. Privatbehandlung	98
a) BGH: Auskunftspflicht des Krankenhausträgers über Mitpatienten	98
b) Forderungsabtretung aus einem ärztlichen Behandlungsvertrag eines minderjährigen Patienten	98
2. Private Krankenversicherung	99
a) BGH: Hörgeräteversorgung/Zusätzliche, nicht benötigte Funktionen oder Ausstattungsmerkmale	99
b) Abgrenzung Krankenhausbehandlung/Kur- oder Sanatoriumsbehandlung	99
c) Anzeigepflicht in der Krankenversicherung: Verdachtsdiagnose Morbus Crohn	99
d) Fortsetzungsanspruch von Mitversicherten nach Kündigung aus wichtigem Grund	100
e) Anwendbarkeit der sog. „Psychoklausel“ in der privaten Unfallversicherung	100
f) Private Unfallzusatzversicherung: Risikoausschluss für Heilmaßnahmen	100
3. Beihilfe	100
a) Laserblutbehandlung, Hochtontherapie und Ganzkörperhyperthermie	100
b) Behandlung eines Prostatakarzinoms mit dendritischen Zellen	101
c) Chelat-Therapie und Procain-Basen-Infusionsbehandlung	101
d) Regionale Chemotherapie nach Prof. Dr. Aigner/Außenseitermethode	101
e) Antioxidative Therapie zur Behandlung von MCS	101
f) Array-CGH-Analyse	102
g) Akupunkturmassagen nach Penzel	102
h) Überschreitung des Schwellenwertes bei Duplex-Sonographie	102
i) Keine Kostenübernahme für ICSI der Ehefrau	102
j) Bestimmung von Tumormarkern	103
k) Bemessungssatz für Beihilfe für Notarzteinsatzfahrzeug	103
l) Behandlung der Wirbelsäule: Kein mehrfacher Ansatz der Ziff. 3306 GOÄ	103
m) Stationäre Behandlung	103
aa) BVerwG: Beihilfefähigkeit gesondert in Rechnung gestellter ärztlicher Leistungen	103
bb) Begrenzung von Kosten bei stationären Sanatoriumsbehandlungen	103
cc) Prophylaktische Brustoperation mit Implantatrekonstruktion aufgrund BRCA-2-Genmutation	104

dd) Spanisches Privatkrankenhaus und Vergleichsberechnung mit Uniklinik	104
n) Zahnärztliche Behandlung	104
aa) Implantatversorgung: Craniomandibulärer Dysfunktion und parodontale Probleme	104
bb) Sterilisation von Zahnfleischtaschen	104
V. Verschiedenes	105
1. EGMR: Behandlungsabbruch mit der Folge des Versterbens eines Wachkomapatienten	105
2. EuGH: Geltung von EU-Recht für Keimzellen sowie fötale und embryonale Gewebe	105
3. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)	105
a) Höchststrichterliche Rechtsprechung und Rückwirkung (Fehlende Tariffähigkeit)	105
b) Ablehnung eines Beratungshilfeantrags erfordert förmliche Entscheidung	106
c) Nichtanerkennung eines Blutspendedienstes als karitativer Tendenzbetrieb	106
d) Prozesskostenhilfe und Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung	106
e) Vorläufige Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung	106
f) Gerichtliche Genehmigung bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen trotz Vorsorgevollmacht	107
g) Ärztliche Zwangsmaßnahme: „Freiheit zur Krankheit“	107
4. Bundesgerichtshof (BGH)	108
a) Vorlagebeschluss: Zwangsbehandlung auch ohne „Weglauftendenz“	108
b) Betreuungsbedarf bei Unterbringung in einer forensischen Klinik	108
c) Fachanwaltsbezeichnung Medizinrecht: Nachmeldung von Fällen	108
5. Krankenhäuser	108
a) Krankenhausplanung	108
aa) Bedarfsanalyse bei Krankenhausplanung: Durchschnittswerte zur Krankenhaushäufigkeit	108
bb) Fachbereich neurologische Frührehabilitation der Phase B	109
cc) Anerkennung von Brustzentren: Auswahlkriterium der Primärfallzahlen sachgerecht	109
dd) Nebenbestimmung: Hinweis auf Versorgungsauftrag	110
ee) Zertifizierungspflichten als auflösende Bedingung	110
ff) Isolierte Aufhebung einer „Qualitätsklausel“	110
gg) Aufnahme in den Krankenhausplan: Maßgeblicher Zeitpunkt	111
hh) Aktive Konkurrentenklage/Krankenhaus im Entwurfsstadium	111
ii) Festsetzung der Planbettzahl für den letzten Tag des Planungszeitraums	111
b) Vergütung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode	111
c) Genehmigung einer Schiedsstellenfestsetzung betreffend Krankenhausentgelte	112
d) Sicherstellungszuschlag nach dem Krankenhausentgeltgesetz	112
e) Zentrumszuschlag erfordert entsprechenden Versorgungsauftrag	112
f) Abruffrist von Fördermitteln im Rahmen der Krankenhausfinanzierung	112
g) Eilantrag gegen Versagung der Genehmigung eines Schiedsspruchs	112
h) Geltendmachung des Nothelferanspruchs: Überprüfungsantrag	113
i) Anordnung zur Vernichtung von Personal- und Patientenakten eines früheren Krankenhauses	113
j) Arbeits- und Sozialrecht	113
aa) Versicherungspflichtige Beschäftigung einer Fachkrankenschwester im Operationsbereich	113
bb) Intensivpfleger nicht selbständig tätig	113
cc) Außerordentliche Kündigung bei Entwendung von acht belegten Brötchenhälften	113
6. Rettungsdienst/Krankentransport	114
a) Vergabe von Rettungsdienstleistungen und Qualität des Konzepts	114
b) Widerruf einer Genehmigung zur Durchführung qualifizierten Krankentransports	114
c) Gebühren für Einsätze der Hilfsorganisationen (Berlin)	114
d) Wertersatz für die Notfallrettungseinsätze der Bundeswehr (Berlin)	115
7. BVerfG: Rettungsassistenten/Übergangsvorschrift nach Notfallsanitätärgesetz	115
8. Widerruf der Berufsbezeichnung „Hebamme“: Letzte verwaltungsgerichtl. Tatsachenentscheidung	115
9. Heilpraktiker	115
a) Beschränkung der Heilpraktikererlaubnis auf Ergotherapie	115
b) Haftung für chiropraktische Heilbehandlung ohne Heilpraktikergenehmigung	116
10. Herausnahme von der Warteliste zur Nierentransplantation: Fortsetzungsfeststellungsinteresse	116
11. Impfschadensrecht	116
a) Erstmanifestation eines Anfallleidens nach Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln	116
b) Impfung von Beriglobin gegen Masern	116
12. OEG: Beibringung des verschreibungspflichtigen Medikamentes Haldol durch Mutter	116
13. Voraussetzungen der Unterbringung nach dem Therapieunterbringungsgesetz	117
14. Sorgfaltspflicht eines Alten- und Pflegeheims bei der Arzneimittellagerung	117
15. Steuerrecht	117
a) Einkommensteuerrecht	117
aa) BFH: Rückstellung einer Ärzte-GbR für Richtgrößenregress	117
bb) BFH: Nachweis der Zwangsläufigkeit von krankheitsbedingten Aufwendungen (§ 64 EStDV)	118
cc) BFH: Aufwendungen für Arzneimittel bei Diätverpflegung als außergewöhnliche Belastung	118
b) Umsatzsteuerrecht	118
aa) EuGH: Keine Steuerbefreiung für Beförderung menschl. Organe durch selbständigen Dritten	118
bb) BFH: Überlassung von Operationsräumen an einen Operateur durch Anästhesisten	118

cc) BFH: Zur Steuerfreiheit von Umsätzen privater Krankenhausbetreiber bis 2008	119
dd) BFH: Zur Steuerfreiheit von Umsätzen privater Krankenhausbetreiber ab 2009	119
ee) BFH: Zahnaufhellungen (Bleaching) als steuerfreie zahnärztliche Heilbehandlung	119
c) Keine Schätzung bei fremdorganisierter und durchgeführter Zahnaltgoldsammlung	119
d) BFH: Steuerbefreiung für als Arzneimittel zugelassene Alkohol-Wasser-Mischungen	120

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT	121
---	------------

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	1277
--	-------------

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 09.08.2015 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 19.08.2015 - **B 6 KA 33/14 R** - können Kostenerstattungen und Kostenpauschalen im Laborbereich quotiert vergütet werden. Der Bewertungsausschuss war jedenfalls in den Jahren 2009 bis 2011 berechtigt, **die Normgeber auf regionaler Ebene zu ermächtigen**, auf etwaige Unterdeckungen im Laborbereich mit steuernden Maßnahmen zu reagieren; dies schließt auch eine Quotierung der Sachkostenerstattungen ein. Die darin liegende Modifikation der Vereinbarung von festen Kostensätzen durch die Partner der Bundesmantelverträge, rechtfertigt sich unter dem **Gesichtspunkt, dass Kostenausweitungen bei den nicht den Regelleistungsvolumina (RLV), jedoch der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung unterliegenden Leistungen erhebliche Auswirkungen auf das System der RLV hätten**. Mit dem System der RLV und begrenzten Gesamtvergütungen sind Leistungen, die ohne Mengenbegrenzung und ohne Preissteuerung vergütet werden, kaum vereinbar. Deswegen war auch der von den Partnern der Bundesmantelverträge gestaltete Bereich der Kostenerstattungen und Pauschalkosten nicht einer Beeinflussung durch Regelungen der Honorarverteilung entzogen. Nach BSG, Urt. v. 19.08.2015 - B 6 KA 44/14 R - können auch **laboranalytische Untersuchungen und humangenetische Leistungen quotiert** werden. Nach BSG, Urt. v. 19.08.2015 - **B 6 KA 34/14 R, B 6 KA 41/14 R** und **B 6 KA 11/15 R** - ist eine **Quotierung** auch bei **Laborgemeinschaften** zulässig. Nach BSG, Urt. v. 15.07.2015 - **B 6 KA 28/14 R** - genügt der **HVV der KV Saarland für das Quartal II/05** noch den Anforderungen an ein mit den ab 01.04.2005 geltenden Regelleistungsvolumina vergleichbares fortführungsfähiges Steuerungsinstrument. Nach BSG, Urt. v. 10.12.2014 - **B 6 KA 45/13 R** - SozR 4-2500 § 85 Nr. 81 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** - SozR 4-2500 § 87 Nr. 30 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) Begriff „(Versorgungs-)Schwerpunkt“: Gestaltungsspielraum der Gesamtvertragspartner

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.03.2015 - L 7 KA 20/12

RID 15-03-1

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 87b, 106a; SGB X § 45; SGG § 99

Leitsatz: 1. Übernimmt ein Honorarvertrag den Begriff „(Versorgungs-)Schwerpunkt“ aus dem Beschluss des (erweiterten) Bewertungsausschusses vom 22. September 2009, muss er definieren, wann ein solcher (Versorgungs-)Schwerpunkt vorliegt. Hierbei steht den Vertragspartnern ein weiter Gestaltungsspielraum zu.

2. Im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung kommen allenfalls die **Vertrauensschutzregelungen** in § 45 Absätze 2 bis 4 SGB X zur Anwendung; Ermessen nach § 45 Abs. 1 SGB X muss nicht ausgeübt werden.

Die BAG bestand bis Dezember 2009 aus zwei Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie, Dr. G und Dr. J. Als Nachfolger für Dr. G trat zum Januar 2010 der Facharzt für Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) P in die BAG ein. Zum 30.09.2010 trat P aus der BAG aus, verzichtete auf seine Zulassung und ist seither bei Dr. J angestellt. **SG Berlin**, Urt. v. 22.02.2012 - S 83 KA 613/10 - verpflichtete die Bekl. antragsgemäß, der BAG für die Quartale I/10 bis I/11 jeweils ein Regelleistungsvolumen unter Zuordnung des Herrn P zur Arztgruppe 19 zuzuweisen. Das **LSG** verpflichtete die Bekl., den Kl. für die Quartale I/10 bis IV/10 unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden und wies im Übrigen die Klage ab und die Berufung zurück.

b) Kinder- und Jugendmedizin/Neuropädiatrie: Voraussetzungen für 40 %-Aufschlag

SG Marburg, Urteil v. 17.06.2015 - S 16 KA 188/13

RID 15-03-2

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 31/15 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Zu den **pädiatrischen Versichertenpauschalen** fallen **Zuschläge** nach Präambel 4.1.4 EBM nur an, wenn eine Neuropädiaterin einen Behandlungsfall neuropädiatrisch versorgt oder aber einen Behandlungsfall neuropädiatrisch und normal kinderärztlich versorgt, nicht aber in Behandlungsfällen, in denen eine lediglich kinderarztmedizinische, nicht aber neuropädiatrische Versorgung erfolgt.

Die kl. Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie streitet über die Festsetzung des Regelleistungsvolumens für das Quartal II/11, hierbei allerdings nur noch um die Frage, welche Leistungsziffern des EBM bei Anwendung der Präambel 4.1.4 EBM Berücksichtigung finden. Das *SG* wies die Klage ab.

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

SG Marburg, Urteil v. 03.06.2015 - S 12 KA 436/12

RID 15-03-3

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 29/15 NZB -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 87a, 87b; EBM Nr. 32001; BMV-Ä §§ 13 IV 1, 24*

Leitsatz: Das Urteil folgt der Begründung des *Gerichtsbescheids* vom 02.02.2015 - S 12 KA 436/12 - RID 15-01-9 vollumfänglich:

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.

2. Keine Geltung der RLV-Regelungen für Lungenärzte (Quartal II/05)

LSG Bayern, Urteil v. 19.03.2015 - L 12 KA 21/11

RID 15-03-4

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 18/15 R
juris
SGB V §§ 85 IV 7, 8, 85 IVa 1*

Die Auflistung der **Arztgruppen**, für die **RLV gebildet** werden mussten, ist abschließend, so dass auch nur für diese Arztgruppen RLV gebildet werden durften. Zwar ist die Gestaltungsfreiheit des Bewertungsausschusses, für welche Arztgruppen er RLV vorsieht und für welche nicht, durch das Gebot der Gleichbehandlung nach Art. 3 GG begrenzt. Sachliche Gründe für die **Nichteinbeziehung der Lungenärzte** im Gegensatz zu den fachärztlichen Internisten mit dem Schwerpunkt Pneumologie bestehen aber insb. darin, dass die Gruppe der Lungenärzte aufgrund der geänderten WBO nicht mehr zulassungsrelevant ist und deren Zahl daher stetig zurückgeht. Abrechnungstechnisch ist das Leistungsangebot beider Arztgruppen vergleichbar. Den insoweit verbindlichen Vorgaben des BewA entspricht der HVV bezüglich der Lungenärzte, da er insgesamt auf die Bildung von RLV verzichtet. Für eine Arztgruppe wie die **Lungenärzte**, für die der Bewertungsausschuss ausdrücklich die Bildung von RLV für einen Übergangszeitraum ausgeschlossen hat, bedeutet daher die **gemeinsame Topfbildung mit den fachärztlichen Internisten**, dass auf diese Weise die vom Bewertungsausschuss gerade ausgeschlossene Bildung von RLV bzw. die über die Ausnahmeregelung vergleichbaren „Auswirkungen“ mittelbar zur Anwendung kommt.

Die Kl. sind Lungenärzte. Bereits die WBO 1988 nahm eine Eingliederung der Lungenheilkunde in die Innere Medizin (Internist/Lungenarzt bzw. nach neuerem Weiterbildungsrecht Internist und Pneumologe) vor. Die Gebietsbezeichnung Lungenarzt besteht übergangsrechtlich fort. Zur Arztgruppe der Lungenärzte gehörten im streitgegenständlichen Quartal II/05 weitere 38 Ärzte. Bis zum Quartal I/05 war für Lungenärzte ein eigener Honorarfonds gebildet worden, ab dem Quartal II/05 waren Lungenärzte dem Honorarfonds „Fachärztliche Internisten“ zugeordnet. *SG München*, Urt. v. 16.02.2011 - S 38 KA 1157/10 - wies die Klage gegen den Honorarbescheid ab, das *LSG* verpflichtete zur Neubescheidung.

3. Haftung für Verbindlichkeiten einer ehemaligen BAG

SG München, Urteil v. 14.04.2015 - S 38 KA 41/14

RID 15-03-5

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
BGB §§ 705, 421

Eine KV kann nach ihren allgemeinen Abrechnungsbestimmungen bei Überzahlungen, Rückforderungen und Schadensersatzforderungen den festgestellten Betrag sofort mit Ansprüchen des Vertragsarztes **verrechnen** oder zum unverzüglichen Ausgleich zurückverlangen.

Ein Mitglied einer ehemaligen **Gemeinschaftspraxis haftet** für deren **Verbindlichkeiten** nach § 421 BGB. Der Einwand, ein ausgeschiedener ehemaliger Mitgesellschafter habe sich verpflichtet, für etwaige Verbindlichkeiten der ehemaligen Gemeinschaftspraxis zu haften, betrifft das Innenverhältnis unter den Gesellschaftern, berührt aber nicht die Haftung des einzelnen Gesellschafters im Außenverhältnis gegenüber der KV nach Maßgabe der §§ 705, 421 BGB.

Das SG wies die Klage des Facharztes für Frauenheilkunde gegen den Honorarbescheid für das Quartal I/13 ab, in dem die KV u.a. Forderungen aufgrund von Plausibilitätsprüfungen für die ehemalige BAG für die Quartale III/07-III/09 in Höhe von 51.897,11 € aufgerechnet hatte.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 19.08.2015 - **B 6 KA 36/14 R** - ist eine KV berechtigt, Honorarbescheide nachträglich und - ausnahmsweise - **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. Eine **Pauschalierung** kommt dort in Betracht, wo Aufwand und potenzieller Ertrag in keinem wirtschaftlich vernünftigen Verhältnis zueinander stehen. Außerdem muss der bei der Pauschalierung gewählte Weg dem Ziel einer individuell richtigen Belastung so nahe wie möglich kommen. Nach BSG, Urt. v. 13.05.2015 - **B 6 KA 27/14 R** - darf ein **Laborarzt**, wenn er eine Überweisung zur Durchführung von Laboruntersuchungen erhält, diese Leistung nicht wiederum bei einer **Laborgemeinschaft**, deren Mitglied er ist, anfordern, sondern muss diese Leistung **persönlich erbringen**. Anderenfalls besteht kein Anspruch auf Vergütung. Nach BSG, Urt. v. 11.02.2015 - **B 6 KA 10/14 R** - u. - **B 6 KA 15/14 R** - SozR 4-2500 § 106a Nr. 13 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. Plausibilitätsprüfung

a) Zeitbezogen: Tagesprofile/Gesprächsleistungen/Sonstige Leistungen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.03.2015 - L 7 KA 19/12

RID 15-03-6

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

Wird das als Aufgreifkriterium formulierte **Quartalszeitprofil** von 780 Stunden um 95,5 Stunden überschritten, dann darf die KV weitere Überprüfungen nach § 12 AbrPr-RL vornehmen. **Leistungszeiten** von 11 Stunden und 54 Minuten bzw. 12 Stunden und 26 Minuten sind ein hinreichend tauglicher **Indizienbeweis** für eine nicht ordnungsgemäße Abrechnung, wenn eine detaillierte Analyse der **Tagesprofile** Gewissheit erbringt, dass die abgerechneten **Gesprächsleistungen** so nicht erbracht worden sein können. Dies ist bei einer Leistungszeit von 8 Stunden und 20 Minuten bzw. 9 Stunden für Gespräche der Fall. Die Grenze zur Implausibilität ist indessen überschritten, wenn die **sonstigen abgerechneten Leistungen**, für die weder der EBM noch Anlage 3 zum EBM eine im Tagesprofil verwertbare konkrete Zeitvorgabe enthalten, in die Würdigung einbezogen werden.

Es ist nicht zu beanstanden, wenn die 315 Fälle vom **Honorar abgesetzt** werden, in denen die EBM-Ziffer 03120 neben den Ordinationsziffern abgerechnet wurde.

Der Kl. ist seit Januar 1992 als Hausarzt (Praktischer Arzt) zugelassen Er führt die Teilgebietsbezeichnung „Sportmedizin“. **SG Berlin**, Urt. v. 29.02.2012 - S 22 KA 95/10 - hob den Berichtigungsbescheid für das

Quartal III/05 in Höhe von 1.398,60 € infolge einer zeitgestützten Plausibilitätsprüfung auf. Das **LSG** wies die Klage ab.

b) Patientenbezogen: Gemeinsames Patientenaufkommen/Einlesen der Chipkarten

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.03.2015 - L 7 KA 5/12

RID 15-03-7

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 50/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a II

Bei einem **gemeinsamen Patientenaufkommen** zwischen 61,2 und 85 Prozent, im Durchschnitt der sieben streitigen Quartale 72,7 Prozent bzw. 989 Patienten, hat eine Praxisgemeinschaft das **Gepräge einer Gemeinschaftspraxis**. Die Koordinierung des Patientenaufkommens zeigt sich schon in dem **Einlesen der Chipkarten** der Patienten beim ersten Besuch der Ärzte im Quartal in beide Praxiscomputer. Die Doppelbehandlungen sind für eine Praxisgemeinschaft überwiegend nicht plausibel begründet. Plausibilität wäre etwa gegeben, wenn der Allgemeinmediziner seine Patienten zu nur vom Kläger vornehmbaren gastroenterologischen Untersuchungen an diesen überwiesen hätte.

Der Kl. ist Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie. Seit 1993 bildete er eine Praxisgemeinschaft mit dem Facharzt für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. L., der zuvor seit 1990 als Praxisassistent in der Praxis des Klägers angestellt gewesen war. Seit Januar 2005 führen sie eine BAG. Der Kl. wendet sich gegen eine sachlich-rechnerische Richtigstellung im Rahmen einer patientenbezogenen Plausibilitätsprüfung für die Quartale III/03 bis IV/04 und eine damit verbundene Honorarrückforderung in Höhe von 24.959,16 €. *SG Berlin*, Urt. v. 23.11.2011 - S 79 KA 368/09 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Fortbildungspflicht

a) Nachweiszeitraum/Keine Quotelung bei angestelltem (Zahn-)Arzt

SG Magdeburg, Urteil v. 18.03.2015 - S 13 KA 60/11

RID 15-03-8

Sprungrevision zugelassen

SGB V § 95d

Der maßgebliche **Zeitraum** für den Nachweis der Fortbildung ist unabhängig davon, ob der (Zahn-)Arzt zunächst als **zugelassener Vertrags(zahn)arzt** und **anschließend als angestellter (Zahn-)Arzt** tätig ist. Es gilt ein durchgehender Fünfjahreszeitraum.

§ 95d III 4 SGB V ordnet an, dass das an den Vertrags(zahn)arzt zu zahlende Honorar aus der Vergütung der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit um 10 % zu kürzen ist. Eine Quotierung für den Fall, dass **nur der angestellte (Zahn-)Arzt die nicht erfüllt** hat, sieht der Wortlaut des Gesetzes nicht vor. Soweit die **KZBV** in ihren **Richtlinien** die anteilige Kürzung auch für angestellte Zahnärzte vorschreibt, überschreitet sie die Grenzen ihrer Regelungskompetenz. Anders als bei einer Berufsausübungsgemeinschaft wollte der Gesetzgeber mit § 95d V 4 SGB V ausdrücklich regeln, dass das gesamte vertrags(zahn)ärztliche Honorar des anstellenden Vertrags(zahn)arztes zu kürzen ist, wenn zwar er selbst rechtzeitig den Nachweis führen konnte, er aber seiner weiteren unmittelbaren Verpflichtung aus § 95d V 2 SGB V nicht rechtzeitig und vollständig nachkommen kann, weil ein angestellter (Zahn-)Arzt den erforderlichen Nachweis nicht beibringen kann.

Das **SG** wies die Klage gegen eine Honorarkürzung in Höhe von 4.038,77 € ab.

b) Weiterleitung der Honorarkürzungen an die Krankenkassen

SG Münster, Urteil v. 26.01.2015 - S 2 KA 33/13

RID 15-03-9

SGB V § 95d; BGB § 387

Eine K(Z)V ist verpflichtet, die von ihr gemäß § 95d III 3 SGB V verfügten **Honorarkürzungen** wegen der Verletzung der Verpflichtung zur Fortbildung an die **Krankenkassen** weiterzuleiten. Honorarkürzungen wegen Verletzung der Fortbildungspflicht können einer **Disziplinarmaßnahme** nicht gleichgestellt werden. Systematisch handelt es sich bei den Honorarkürzungen um eine **sachlich-rechnerische Berichtigung** aufgrund einer **Qualitätssicherungsmaßnahme**. Eine K(Z)V kann sich keine weitere Einnahmequelle verschaffen.

Die KZV kürzte wegen Nichterfüllung der Fortbildungsverpflichtung gemäß § 95d III 3 SGB V für den Zeitraum vom Quartal III/09 bis IV/11 vertragszahnärztliches Honorar in einer Gesamthöhe von 439.153,57 €. Auf die bekl. Krankenkasse entfiel dabei ein Betrag in Höhe von 103.809,82 €. Die Bekl. rechnete gegen die zweite Honorarabschlagzahlung für das Quartal IV/12 auf. Das *SG* wies die Klage ab.

3. Beschränkung einer Ermächtigung „auf Überweisung anderer Klinikärzte“

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.03.2015 - L 7 KA 27/12

RID 15-03-10

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 106a II, 117, 120

Eine **Ermächtigung** für eine Erbringung von Leistungen auf Überweisung der **anderen ermächtigten Ärzte** des Universitätsklinikums umfasst nicht Überweisungen von **Polikliniken** des Klinikums. Regelungen in den Vereinbarungen über die Vergütung der in den Universitätspolikliniken erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen, die nur die Ausgestaltung der Ermächtigung der Hochschulambulanzen nach § 117 I SGB V regeln, betreffen nicht eine solche Ermächtigung.

Der kl. Direktor des Instituts für Pathologie des Universitätsklinikums war von 1984 bis zum Juni 2010 als Facharzt für Pathologie ermächtigt. Im streitgegenständlichen Zeitraum, Quartale IV/04 bis III/05, war er u.a. ermächtigt „auf Überweisung der anderen ermächtigten Ärzte des Universitätsklinikums sämtliche Leistungen des Fachgebiets der Pathologie“. Die bekl. KV änderte aufgrund von Vorlagen des Plausibilitätsausschusses die Honorarbescheide für die Quartale IV/04 bis III/05 und forderte einen Betrag in Höhe von 82.167,70 € zurück, weil der Kl. Überweisungen aus „Kapazitätsgründen“ aus diversen Abteilungen der Poliklinik (z.B. Hochschulambulanz für Innere Medizin Endoskopie, Hochschulambulanz Gynäkologie) angenommen und abgerechnet habe. *SG Berlin*, Ur. v. 29.02.2012 - S 22 KA 14/08 - gab der Klage teilweise statt und hob den angefochtenen Bescheid insoweit auf, als darin Leistungen auf Grund von Überweisungen aus diversen Abteilungen der Poliklinik der Universitätsklinik sachlich-rechnerisch richtig gestellt wurden. Im Übrigen wies es die Klage ab. Das *LSG* wies die Klage insgesamt ab.

4. Diagnose ADHS unterfällt nicht Nr. 04001 EBM 2005

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.03.2015 - L 7 KA 75/12

RID 15-03-11

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a; EBM 2005 Nr. 04001

ADHS ist keine **metabolische Erkrankung** noch eine **Systemerkrankung** i.S.d. Nr. 04001 EBM 2005.

Die kl. Fachärztin für Kinderheilkunde wandte sich gegen einen Honoraraufhebungs- und Rückforderungsbescheid für die Quartale III/05 bis II/06 i.H.v. 18.785,44 € wegen der Absetzung von Leistungen nach Nr. 04001 EBM 2005 (Koordination der hausärztlichen Betreuung bei Patienten mit mindestens einer der nachfolgenden Indikationen). *SG Berlin*, Ur. v. 27.06.2012 - S 83 KA 349/10 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Neurochirurgen: Offen chirurgische Facettendenervationen (Nr. 31131 EBM)

SG Düsseldorf, Urteil v. 08.07.2015 - S 2 KA 432/13

RID 15-03-12

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106a

Abrechnungsrechtlich sind nur die **offen chirurgischen Facettendenervationen** mit OPS 5-830.2 („Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Facettendenervation“) zu kodieren und führen zur Abrechenbarkeit der Nr. 31131 EBM („Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1“). Die **minimalinvasiven Behandlungsverfahren** an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie) sind demgegenüber nach OPS 5-83a.0 (Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenervation) zu kodieren. Diese Leistungen sind aber nicht Gegenstand des Anhangs 2 zum EBM und daher nicht als vertragsärztliche Leistungen gegenüber der KV abrechenbar.

Gibt ein Vertragsarzt ein **grundsätzlich fehlerhaftes Abrechnungsverständnis** für alle abgerechneten (strittigen) Leistungen an, dann kann das Ergebnis geprüfter Einzelfälle (hier: 38) auf alle Behandlungsfälle und Quartale übertragen werden (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v.

11.03.2009 - L 11 (10) KA 3/07 - RID 09-03-30; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.02.2015 - L 11 KA 82/14 B ER - RID 15-02-24).

Ist eine KV berechtigt, die Vergütung für die minimalinvasive Facettendenerivation insgesamt zu verweigern, so ist der Vertragsarzt durch die **Umwandlung** in Nr. 34503 EBM und die Zubilligung einer im Ergebnis geringeren Vergütung jedenfalls nicht beschwert (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 07.06.2006 - L 11 KA 26/05 - RID 06-03-27).

Das *SG* wies die Klage des Facharztes für Neurochirurgie gegen eine Honorarberichtigung für die Quartale I/08 bis IV/11 in Höhe von insgesamt 439.203,23 € ab.

6. Zahnärzte

a) Wegfall einer Extraktion noch keine Änderung des KFO-Behandlungsplans

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 04.02.2015 - L 11 KA 113/13

RID 15-03-13

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a; EKV-Z § 14

Werden Zähne entgegen dem KFO-Behandlungsplan nicht gezogen, so muss dies keine Frage der **Therapieänderung**, sondern kann schlicht Konsequenz einer vorzeitigen **Behandlungsbeendigung** sein, für die § 16 Abs. 6 EKV-Z eine Vergütung für die bis zum Zeitpunkt des Behandlungsabbruchs erbrachten Leistungen vorsieht.

Nicht jedwede Änderung am Behandlungsplan führt zu einer Genehmigungspflicht. Es ist keine Änderung, wenn lediglich eine **Extraktion** nicht mehr erforderlich ist.

SG Düsseldorf, Ur. v. 02.10.2013 - S 2 KA 124/10 - wies die Klage ab, das *LSG* hob den Berichtigungsbescheid für die in den Quartalen III/02 bis III/07 abgerechneten kieferorthopädischen Maßnahmen über 4.619,81 € auf.

b) KfO-Behandlung: Vergütung bei Arztwechsel/Maßnahmeänderung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 04.02.2015 - L 11 KA 16/14

RID 15-03-14

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106a

Wird die KfO-Behandlung aufgrund des **Arztwechsels** des Patienten vorzeitig beendet, so erhält der Vertragszahnarzt nach § 16 VI EKV-Z die bis zum Zeitpunkt des Behandlungsabbruchs bzw. des Wegfalls der Leistungspflicht fällig gewordene Vergütung.

Hat sich allein eine einzelne im Rahmen des kieferorthopädischen Behandlungskonzepts vorgesehene **Maßnahme geändert**, ohne dass hinsichtlich des zugrundeliegenden Behandlungskonzepts Änderungen eingetreten sind, dann stellt dies keine einer Genehmigung bedürftige Therapieänderung dar.

SG Düsseldorf, Ur. v. 02.10.2013 - S 2 KA 124/10 - wies die Klage ab, das *LSG* hob den Berichtigungsbescheid über 2.556,54 € auf.

c) PAR-Behandlung entgegen Gutachten

LSG Thüringen, Urteil v. 23.04.2015 - L 11 KA 1605/11

RID 15-03-15

<http://files.vogel.de/iww/iww/quellenmaterial/dokumente/144897.pdf>

SGB V § 106a

Steht nach einem nicht beanstandeten **Gutachten** fest, dass ein Zahn im Rahmen einer PAR-Behandlung nicht behandlungsbedürftig oder erhaltungswürdig ist, können Leistungen nach Nr. 50 BEMA-Z nicht abgerechnet werden. Ein Gutachten ist für einen Vertragszahnarzt insoweit **verbindlich**.

SG Gotha, Ur. v. 27.04.2011 - S 7 KA 546/04 - wies die Klage gegen eine Honorarberichtigung der Quartale II u. IV/02 in Höhe von 1.726,43 € ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 21.07.2015 - B 6 KA 48/15 B - BeckRS 2015, 70735 verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

d) Größe der Zyste (Nr. 56c BEMA-Z)/Nachweispflicht bis zum Widerspruchsbescheid

LSG Thüringen, Urteil v. 23.04.2015 - L 11 KA 1611/11

RID 15-03-16

<http://files.vogel.de/iww/quellenmaterial/dokumente/144896.pdf>

SGB V § 106a; BEMA-Z Nr. 56c

Für die Abrechnung der Nr. 56c BEMA-Z hat der Vertragszahnarzt im Einzelfall nachzuweisen, dass die Zyste eine bestimmte Größe hatte und/oder mit ihrer Entfernung ein Mehraufwand verbunden war. Dieser Nachweis erfolgt vorrangig durch Röntgenbilder, denen die **Größe der Zyste** zu entnehmen sein muss. Mit Papierausdrucken digitaler Röntgenaufnahmen ist dies nicht möglich.

Histologische Untersuchungsbefunde erbringen keinen Nachweis für größere Zysten, da nur die ungefähren Größen der eingesandten Gewebeproben angegeben werden. Zeugenbeweise der Patienten und Helferinnen sind ungeeignet.

Die vollständige Leistungserbringung ist grundsätzlich bereits mit der Abrechnung nachzuweisen. In zeitlicher Hinsicht ist ein Vertragsarzt darauf beschränkt, seiner **Nachweispflicht** bis zur **Entscheidung der Widerspruchsbehörde** nachzukommen. Die Kenntnis solcher möglicherweise entscheidungserheblicher Tatsachen liegt allein in seiner Sphäre, soweit sie nicht offenkundig sind und von Amts wegen erkannt werden müssen. Wenn der Vertragsarzt bewusst davon absieht, angeblich aussagekräftige Unterlagen, die seinen Anspruch bekräftigen könnten, vorzulegen, ist eine spätere Berufung darauf rechtsmissbräuchlich und in einem gerichtlichen Verfahren nicht mehr relevant (vgl. LSG Thüringen, Urte. v. 27.06.2013 - L 11 KA 634/08 - unter Bezugnahme auf SG Marburg, Urte. v. 20.06.2012 - S 12 KA 152/12 - RID 12-03-39 m.w.N., Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 50/12 -).

SG Gotha, Urte. v. - S 7 KA 547/04 - wies die Klage gegen eine Honorarberichtigung für das Quartale III u. IV/02 in Höhe von 802,88 € ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 05.08.2015 - B 6 KA 54/15 B - BeckRS 2015, 70735 verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde.

Anm. der Redaktion: LSG Hessen, Urte. v. 20.3.2013 - L 4 KA 60/10 - RID 13-02-21, juris Rn. 32 ist in einem Parallelverfahren der Auffassung des SG Marburg entgegengetreten; zum Problem späteren Sachvortrags s. SG Marburg, Urte. v. 18.03.2015 - S 12 KA 616/14 - RID 15-02-41, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 20/15 - (bzgl. Laborleistungen eines Krankenhauses bei einer Notfallbehandlung).

e) Gefälschte Konformitätserklärungen bei Zahnersatzleistungen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.12.2014 - L 11 KA 32/09

RID 15-03-17

SGB V §§ 87 Ia, 106a

Zahnersatzleistungen ohne eine von einem Zahntechniker unterzeichnete Konformitätserklärung sind nicht abrechenbar. Festgesetztes Honorar kann berichtigt werden. Pauschale Sammelkonformitätserklärungen entsprechen nicht den Vorgaben der Richtlinie 93/42/EWG.

Bei Zahnersatz handelt es sich um eine **Sonderanfertigung** i.S.d. § 3 Nr. 8 MPG, da er nach schriftlicher Verordnung nach spezifischen Auslegungsmerkmalen eigens angefertigt wird und zur ausschließlichen Anwendung bei einem namentlichen Patienten bestimmt ist. Damit sind nach Punkt 2.1. des Anhangs VIII der Richtlinie 93/42/EWG bei Sonderanfertigungen bestimmte Angaben zu machen.

Die Konformitätserklärung soll nicht nur Abrechnungsmanipulationen vorbeugen; sie stellt u.a. auch eine **Qualitätsbestätigung** dahin gehend dar, dass der Zahnersatz den grundlegenden Anforderungen der EU-Richtlinie entspricht.

Die Bekl. forderte von dem kl. Vertragszahnarzt 77.844,04 € für im Zeitraum 01.12.2007 bis 30.04.2008 erbrachte Zahnersatzleistungen zurück, weil nicht unterzeichnete Konformitätserklärungen beigelegt worden waren. *SG Düsseldorf*, Urte. v. 11.03.2009 S 2 KA 119/09 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

f) Faktische Aufgabe der Berufsausübungsgemeinschaft

SG Hannover, Urteil v. 11.02.2015 - S 35 KA 21/11

RID 15-03-18

SGB V § 106a

Unter Honorarverteilungsgesichtspunkten besteht nur noch eine **Einzelpraxis**, wenn der einzige Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft bekannt gibt, dass er seine Praxis vollständig an den anderen Partner als seinen Nachfolger übergeben hat. Die Grenzwerte der Degression sowie der Honoraranspruch kann entsprechend berichtigt werden.

Das *SG* wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

SG Hannover, Urteil v. 11.02.2015 - S 35 KA 48/11

RID 15-03-19

III. Genehmigung/Zweigpraxis/Notdienst/Disziplinarrecht

Nach BSG, Urt. v. 19.08.2015 - **B 6 KA 41/14 R** - darf ein nach jahrelanger Befreiung vom **Bereitschaftsdienst** und Ausübung ausschließlich psychotherapeutischer Tätigkeit für den Notdienst **nicht geeigneter Arzt** auch ohne ausdrückliche Satzungsregelung und unabhängig von einer Vertretungsmöglichkeit von der KV **nicht zum Notdienst eingeteilt werden**. Der (zeitweilig) für die persönliche Ausübung des Bereitschaftsdienstes ungeeignete Arzt ist von der KV zur Sicherung der Qualität der Versorgung im Bereitschaftsdienst ausdrücklich vom Dienst auszuschließen; er darf diesen auch dann nicht persönlich ausüben, wenn ein „Vertreter“ bestellt ist, aber konkret nicht dienstbereit ist. Die Verpflichtung des ausgeschlossenen Arztes zur **Finanzierung des Vertreters** bleibt davon unberührt. Die KV muss dem Arzt die Möglichkeit geben, seine Eignung für die Ausübung des Bereitschaftsdienstes in einer einjährigen **Übergangsfrist** wieder zu gewinnen, wenn er die dazu vorhandenen **Fortbildungsangebote** nutzt. Bildet sich der Arzt nicht entsprechend fort, muss die KV ihn aus Gründen der Sicherung der Qualität der Versorgung weiter vom Bereitschaftsdienst ausschließen. Sie ist aber berechtigt, **disziplinarisch** auf ihn einzuwirken, sich die erforderliche Eignung wieder zu verschaffen. Nach BSG, Urt. v. 13.05.2015 - **B 6 KA 23/14 R** - muss sich die Genehmigung zur Durchführung zytologischer Leistungen auf bestimmte Räumlichkeiten beziehen, da ihre Erteilung von bestimmten räumlichen und apparativen Voraussetzungen abhängig ist. Die Erteilung der Genehmigung war nicht deshalb ausgeschlossen, weil der Kl. die gleichen Leistungen auch in seiner Praxis erbrachte. Der Kl. hatte aber deshalb keinen Anspruch auf die Genehmigung für von der Praxis getrennte Räumlichkeiten, weil er dem **Gebot der persönlichen Leistungserbringung** angesichts seiner Praxistätigkeit sowie der Tätigkeit als Belegarzt dort nicht genügen konnte. 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, **Drittenschutz** für denjenigen vermittelt, der bei der Ermittlung des Bedarfs zu berücksichtigen ist.

1. Bestellung als Stellvertretender Programmverantwortlicher Arzt: Konkurrentenklage

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 06.05.2015 - L 11 KA 10/14 B ER

RID 15-03-20

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ SGG § 86b I 1 Nr. 2

Die **Genehmigung als Programmverantwortlicher Arzt** nach der Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen ist von einem Drittenschutz vermittelnden Voraussetzungen nicht abhängig. Eine **Anfechtungsberechtigung** ist aber dann gegeben, wenn wegen Art. 19 IV GG eine Anfechtungsberechtigung angenommen werden muss. Das ist der Fall, wenn der Versorgungsauftrag für die Screening-Einheit 2 des Ast. abgeändert wird.

Streitig ist der Anspruch des Ast., Facharzt für diagnostische Radiologie, auf einstweiligen Rechtsschutz wegen der Bestellung des Beigel. zu 1) als Stellvertretender Programmverantwortlicher Arzt gem. Abschn. B III der Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen i.V.m. Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV-Ä für die Screening-Einheit 2 „F, P, N.“ durch die Ag. unter Anordnung der sofortigen Vollziehung. *SG Düsseldorf*, Beschl. v. 22.12.2013 - S 14 KA 358/13 ER - lehnte den Antrag ab, das *LSG* hob die sofortige Vollziehung auf und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

2. Gutachterbestellung nach § 26b Abs. 2 PsychThRL

SG Berlin, Urteil v. 27.05.2015 - S 22 KA 264/14

RID 15-03-21

SGB V §§ 91, 92; PsychThRL § 26b; PsychThVb § 12 III; GG Art. 3 I, 12 I

Für die **Gutachterbestellung** nach § 26b Abs. 2 PsychThRL ist ein **Fachkundenachweis** in nur einem der beiden analytisch begründeten Verfahren nicht ausreichend. Dies verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

Die Regelungen zum **Gutachterverfahren** dienen der Qualitätssicherung bei der Durchführung des psychotherapeutischen Richtlinienverfahrens. Das Gutachterverfahren dient dem legitimen Zweck der Aufrechterhaltung der Gesundheit der Versicherten durch Vermeidung nicht angezeigter Therapien und der finanziellen Stabilität des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. *LSG Bayern*, Urt. v. 28.03.2007 - L 14 KA 570/04 - juris Rn. 34, 36). Mit dem Ziel der Qualitätssicherung sowie der Absicherung wirtschaftlicher Leistungserbringung dient es Zielen von hohem Stellenwert, die zur Rechtfertigung von **Berufsausübungsregelungen** im nicht statusrelevanten Bereich ohne weiteres

ausreichen (vgl. BSG, Beschl. v. 29.08.2007 - B 6 KA 41/07 B - juris Rn. 11). Das Gutachterverfahren nach der PsychThRL dient entsprechend der nachgelagerten Wirtschaftlichkeitsprüfung im ärztlichen Bereich der **präventiven Kontrolle**.

Das **Erfordernis der Doppelqualifikation** in beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren ist vor dem Hintergrund der Funktion des Gutachterverfahrens **sachgerecht**, da es geeignet und erforderlich ist, den Gefahren einer unzureichenden und damit unwirtschaftlichen Indikation durch Prüfung auch der Indikation und des damit prognostizierten Behandlungserfolges (vgl. § 12 I PsychTVb) zu begegnen.

Das SG wies die Klage ab.

3. Zweigpraxis

a) Keine Beschwerdebefugnis einer KV bzgl. eigener Zweigpraxisgenehmigung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 30.03.2015 - L 11 KA 94/14 B ER, L 11 KA 13/15 ER RID 15-03-22

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 75; Ärzte-ZV § 24

Stellt das SG fest, dass die Widersprüche beigel. Vertragsärzte gegen eine von der KV erteilte Zweigpraxisgenehmigung keine aufschiebende Wirkung haben, so ist eine KV mangels materieller Beschwer **nicht beschwerdebefugt**.

Solange eine **Zweigpraxisgenehmigung** nicht bestandskräftig beseitigt ist, bleibt die KV an ihre Entscheidung **gebunden**.

Vertragsärzte sind nicht befugt, eine **Zweigpraxisgenehmigung anzufechten** (BSG, Urt. v. 28.10.2009 - B 6 KA 42/08 R - BSGE 105, 10 = SozR 4-5520 § 24 Nr. 3). Eine etwaige Rechtswidrigkeit des Bescheides genügt nicht, um die Anfechtungsbefugnis unter Willkür Gesichtspunkten zu eröffnen, denn Willkür liegt erst vor, wenn gravierende Rechtsverstöße vorliegen und diese den Kläger schwer beeinträchtigen.

Der Ast. ist Facharzt für Augenheilkunde. Die Ag. erteilte ihm die Genehmigung für eine Zweigpraxis, der die beigel. Augenärzte widersprachen. Daraufhin nahm die Ag. die Zweigpraxisgenehmigung gem. § 49 SGB X zurück. Hiergegen legte der Ast. Widerspruch ein. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 05.09.2014 - S 2 KA 342/14 ER - stellte fest, dass die Widersprüche der Beigel. zu 1) bis 5) keine aufschiebende Wirkung haben; das **LSG** wies die Beschwerde der Ag. zurück und verwies das Verfahren L 11 KA 13/15 ER bzgl. des Hilfsantrags (die aufschiebende Wirkung der Widersprüche der Beigel. zu 1) bis 5) vom 28.03.2014 anzuordnen) an das SG Düsseldorf.

b) Radiologische Zweigpraxis: Verkürzung der Wegezeiten bei Entfernung von 17 km

SG Marburg, Urteil v. 17.06.2015 - S 16 KA 460/12 RID 15-03-23

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 32/15 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Ärzte-ZV § 24

Leitsatz: Eine **Zweigpraxis** mit dem Angebot **radiologischer Diagnostik**, Computertomographien und konventioneller Röntgenleistungen stellt keine **Versorgungsverbesserung** i.S.d. § 24 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV dar, wenn in einer **Entfernung von unter 17 Km zwei radiologische Praxen** jeweils das vollständige radiologische Leistungsangebot abbilden.

Das SG wies die Klage eines MVZ ab.

4. Heranziehung zum Notdienst: Labormedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie

LSG Bayern, Beschluss v. 24.07.2015 - L 12 KA 55/15 B ER RID 15-03-24

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 75 I 2; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Die Ausrichtungen Labormedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie eines MVZ stehen der Heranziehung zum Bereitschaftsdienst nicht entgegen. Das ärztliche Berufsrecht kennt keinen

Befreiungstatbestand der „**langjährigen spezialisierten Tätigkeit**“, der zu einer dauerhaften Befreiung von der Teilnahme am Notdienst führt (vgl. § 26 Abs. 1 MBO-Ä). Entsprechendes gilt auch für das Vertragsarztrecht.

SG München, Beschl. v. 21.04.2015 - S 43 KA 274/15 ER - wies den Antrag des MVZ-Trägers mit den Fachrichtungen Laboratoriumsmedizin sowie Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

5. Disziplinarrecht: Ehrabschneidende Äußerungen gegenüber Mitarbeitern der K(Z)V

SG Stuttgart, Urteil v. 30.01.2015 - S 10 KA 5328/13

RID 15-03-25

SGB V §§ 81 V, 95 III

Es stellt einen gravierenden Verstoß gegen die **vertrags(zahn)ärztliche Pflicht** dar, wonach **ehrabshneidende Äußerungen gegenüber Mitarbeitern der K(Z)V zu unterlassen** sind, wenn ein Vertragsarzt ein weder nach der Form noch nach seinem Inhalt zu Beanstandungen anlassgebendes Schreiben zum Gegenstand einer gegen die Mitarbeiterin der KV gerichteten Strafanzeige nimmt und das Schreiben noch an andere, an dem Verfahren nicht beteiligte Personen zur Kenntnis weiterleitet.

Das *SG* wies die Klage gegen eine Geldbuße in Höhe von 2.000 € ab.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Ur. v. 19.08.2015 - **B 6 KA 41/14 R** - darf ein nach jahrelanger Befreiung vom **Bereitschaftsdienst** und Ausübung ausschließlich psychotherapeutischer Tätigkeit für den Notdienst **nicht geeigneter Arzt** auch ohne ausdrückliche Satzungsregelung und unabhängig von einer Vertretungsmöglichkeit von der KV **nicht zum Notdienst eingeteilt werden**. Der (zeitweilig) für die persönliche Ausübung des Bereitschaftsdienstes ungeeignete Arzt ist von der KV zur Sicherung der Qualität der Versorgung im Bereitschaftsdienst ausdrücklich vom Dienst auszuschließen; er darf diesen auch dann nicht persönlich ausüben, wenn ein „Vertreter“ bestellt ist, aber konkret nicht dienstbereit ist. Die Verpflichtung des ausgeschlossenen Arztes zur **Finanzierung des Vertreters** bleibt davon unberührt. Die KV muss dem Arzt die Möglichkeit geben, seine Eignung für die Ausübung des Bereitschaftsdienstes in einer einjährigen **Übergangsfrist** wieder zu gewinnen, wenn er die dazu vorhandenen **Fortbildungsangebote** nutzt. Bildet sich der Arzt nicht entsprechend fort, muss die KV ihn aus Gründen der Sicherung der Qualität der Versorgung weiter vom Bereitschaftsdienst ausschließen. Sie ist aber berechtigt, **disziplinarisch** auf ihn einzuwirken, sich die erforderliche Eignung wieder zu verschaffen. Nach BSG, Ur. v. 13.05.2015 - **B 6 KA 23/14 R** - muss sich die Genehmigung zur Durchführung zytologischer Leistungen auf bestimmte Räumlichkeiten beziehen, da ihre Erteilung von bestimmten räumlichen und apparativen Voraussetzungen abhängig ist. Die Erteilung der Genehmigung war nicht deshalb ausgeschlossen, weil der Kl. die gleichen Leistungen auch in seiner Praxis erbrachte. Der Kl. hatte aber deshalb keinen Anspruch auf die Genehmigung für von der Praxis getrennte Räumlichkeiten, weil er dem **Gebot der persönlichen Leistungserbringung** angesichts seiner Praxistätigkeit sowie der Tätigkeit als Belegarzt dort nicht genügen konnte. Nach BSG, Ur. 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, **Drittenschutz** für denjenigen vermittelt, der bei der Ermittlung des Bedarfs zu berücksichtigen ist.

1. Arzneikostenregress

a) Verstoß gegen Therapiehinweise des GBA

LSG Sachsen, Urteil v. 10.12.2014 - L 8 KA 15/13

RID 15-03-26

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Leitsatz: 1. **Therapiehinweise** in den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthalten **keine Verordnungsausschlüsse** im Sinne des § 106 Abs. 5 Satz 8 SGB V. Dies gilt auch für Therapiehinweise, die so gefasst sind, dass sie wie Verordnungsausschlüsse wirken.

2. Therapiehinweise des Gemeinsamen Bundesausschusses sind für Vertragsärzte und Prüfungsgremien verbindliche **Konkretisierungen des Wirtschaftlichkeitsgebots**.

3. Soweit eine Arzneimittelverordnung gegen die Vorgaben eines Therapiehinweises des Gemeinsamen Bundesausschusses verstößt, haben die Prüfungsgremien nicht eigenständig und im Einzelnen zu prüfen, ob dem Grunde nach ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vorliegt; vielmehr genügt es, wenn sie den **Verstoß gegen die Vorgaben des Therapiehinweises** feststellen.

3. § 31 Abs. 1 Satz 4 SGB V ist auf Therapiehinweise entsprechend anzuwenden. D.h. von den Vorgaben eines Therapiehinweises kann der Vertragsarzt bei Vorliegen einer **Ausnahmeindikation** mit Begründung abweichen.

4. Die **Begründungspflicht** nach § 31 Abs. 1 Satz 4 SGB V ist eine **Dokumentationsobliegenheit**. In den Krankenunterlagen des verordnenden Arztes müssen sich zeitnah angefertigte Informationen über Behandlungsverlauf und -alternativen in einem solchen Umfang befinden, dass auf ihrer Grundlage die Prüfung möglich ist, ob eine Ausnahmeindikation vorliegt.

5. Probleme mit der **Compliance des Patienten** vermögen für sich allein keine Ausnahmeindikation im Sinne des § 31 Abs. 1 Satz 4 SGB V zu begründen.

SG Dresden, Urt. v. 10.04.2013 - S 11 KA 123/10 - wies die Klage gegen einen Arzneikostenregress in Höhe von 7.198,31 € wegen der Verordnung des Arzneimittels Exubera (inhalierbares, kurzwirksames Humaninsulin) ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Keine Zielfeldprüfung nach Aufhebung des § 84 Abs. 7a SGB V

SG Hamburg, Urteil v. 30.04.2014 - S 27 KA 49/11

RID 15-03-27

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 84, 106

Die **Aufhebung des § 84 Abs. 7a SGB V** durch das **AMNOG** zum 01.01.2011 trifft zwar keine Regelungen über eine Rückwirkung, gleichwohl ist die Aufhebung von den Prüfungsgremien zu beachten, wobei es auf die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt ihrer Entscheidung ankommt. Für von den Prüfungsgremien nicht abgeschlossene Regressverfahren fehlt es dann an einer **Rechtsgrundlage** für eine Zielfeldprüfung.

Der Kl. wendet sich gegen eine Zielfeldprüfung (Richtgrößenprüfung Arzneimittel) für das Abrechnungsjahr 2006 und Regress in Höhe von 5.147,99 €. Das *SG* hob den Bescheid auf.

Parallelverfahren:

SG Hamburg, Urteil v. 30.04.2014 - S 27 KA 55/11

RID 15-03-28

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

c) Sprechstundenbedarf: Dreiwegehähne als Teil von Einmal-Infusionsbestecken

LSG Hamburg, Urteil v. 01.04.2015 - L 5 KA 34/12

RID 15-03-29

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Findet sich in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung keine abschließende Bestimmung darüber, welche Einzelteile zu einem **Einmal-Infusionsbesteck** gehören, insb. keine Beschränkung der möglichen Bestandteile auf Dorn, Tropfkammer, Infusionsschlauch, Rollklemme und Konnektor, andererseits Dreiwegehähne unstrittig ein Zubehör für Infusionssysteme zwischen dem Zugang (Infusionskatheter bzw. Infusionsnadeln) und dem Infusionsbehältnis darstellen, ist es jedenfalls nicht ausgeschlossen, diese als Teil eines Infusionsbestecks zu begreifen (vgl. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 25.11.1998 - L 11 KA 69/98 - www.sozialgerichtsbarkeit.de).

Im Streit ist ein Regress in Höhe von 2.090,47 € wegen der Verordnung von Dreiwegehähnen – teilweise mit Schlauch – als Sprechstundenbedarf im Quartal IV/08. *SG Hamburg*, Urt. v. 10.10.2012 - S 3 KA 192/11 verurteilte auf Klage der aus zwei Internisten bestehenden BAG zur Neubescheidung, das *LSG* wies die Berufung des Bekl. zurück.

Parallelverfahren:

LSG Hamburg, Urteil v. 01.04.2015 - L 5 KA 35/12

RID 15-03-30

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

LSG Hamburg, Urteil v. 01.04.2015 - L 5 KA 36/12

RID 15-03-31

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

LSG Hamburg, Urteil v. 01.04.2015 - L 5 KA 37/12

RID 15-03-32

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

d) Durchführung eines Vorverfahrens: Verordnungsausschluss während Krankenhausaufenthalts

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 26.03.2015 - L 3 KA 4/15 B

RID 15-03-33

juris
SGG §§ 78 II, 114 II; SGB V §§ 39 I 3, 106 V 8

Ergibt sich aus dem Gesetz kein eindeutiger Leistungsausschluss, so ist die **Durchführung eines Vorverfahrens** nicht entbehrlich. Der sich aus § 39 I 3 SGB V ergebende (ambulante) **Verordnungsausschluss** während eines **Krankenhausaufenthalts** gilt nach dem Gesetzwortlaut nicht allgemein, sondern nur soweit er „im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten notwendig“ ist. Der Ausschluss ist daher abhängig von den Umständen des Einzelfalls und lässt sich damit insb. hinsichtlich seines Umfangs nicht eindeutig aus den gesetzlichen Vorgaben heraus bestimmen. Bei einer Regressforderung wegen eines „**sonstigen Schadens**“ muss zudem stets ein Vorverfahren durchgeführt werden, weil dort über den Verordnungsausschluss hinaus noch ein Verschulden des betroffenen Vertragsarztes zu klären und ein konkreter Schaden festzustellen ist.

SG Hannover, Beschl. v. 16.12.2014 setzte das Verfahren aus, das *LSG* wies die Beschwerde der bekl. Prüfungsstelle zurück.

2. Heilmittel

a) Abweichung von Prüfmethode in Prüfvereinbarung nur im Ausnahmefall

LSG Bayern, Urteil v. 28.01.2015 - L 12 KA 15/13

RID 15-03-34

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Legt die Prüfungsvereinbarung fest, dass die Prüfung der Verordnungsweise von Heilmitteln in Form einer repräsentativen **Einzelfallprüfung** durchzuführen ist, so ist eine **Durchschnittsprüfung** der Verordnungsweise physikalisch-medizinischer Leistungen unzulässig.

Die Prüfungsgremien sind bei der Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich an die Bestimmungen der **Prüfvereinbarung** wegen ihres Charakters als Normvertrag gebunden (BSG, Ur. v. 23.02.2005 - B 6 KA 72/03 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 8). Die Prüfungsgremien haben grundsätzlich keine Verwerfungskompetenz in Bezug auf die durch die Prüfvereinbarung zwingend vorgegebene Prüfmethode. Weder Regressmaximierung noch geringer Verwaltungsaufwand rechtfertigen ein Abweichen von einer vom Normgeber vorgegebenen Prüfmethode. Sollte eine effektive Wirtschaftlichkeitsprüfung aufgrund der konkreten, bezogen auf den Einzelfall dargelegten Umstände nicht möglich sein, kann von der Prüfungsvereinbarung mit der verpflichtenden Einzelfallprüfung bei Heilmitteln **abgewichen** und die Prüfmethode verfeinert werden, ggf. auch durch eine Durchschnittsprüfung.

Der Kl. ist Praktischer Arzt. Der Bekl. setzte Heilmittelregresse betreffend die Quartale I/06 (9.383,22 €) und II/06 (9.925,64 €) fest. Das Quartal III/06 ist Gegenstand des Verfahrens L 12 KA 16/13. *SG München*, Ur. v. 20.11.2012 - S 38 KA 1462/11 - verpflichtete die Bekl. zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Das *LSG* verpflichtete zur Neubescheidung unter seiner Rechtsauffassung.

Parallelverfahren:

LSG Bayern, Urteil v. 28.01.2015 - L 12 KA 16/13

RID 15-03-35

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

b) Bindung an von Prüfvereinbarung vorgegebener Prüfmethode

LSG Bayern, Urteil v. 14.01.2015 - L 12 KA 43/13

RID 15-03-36

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Leitsatz: 1. Die Prüfungsgremien sind bei der Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich an die Bestimmungen der **Prüfvereinbarung gebunden** und haben grundsätzlich keine **Verwerfungskompetenz** in Bezug auf die durch die Prüfvereinbarung zwingend vorgegebene

Prüfmethode. Weder Regressmaximierung noch geringer Verwaltungsaufwand rechtfertigen ein Abweichen von einer vom Normgeber vorgegebenen Prüfmethode.

2. Nur soweit die Vorschriften in der Prüfvereinbarung gegen **höherrangiges Recht** verstoßen, insbesondere mit den bundesrechtlichen Vorgaben zur effektiven Überwachung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistungserbringer nicht vereinbar sind, können die Prüfungsgremien im Einzelfall mit besonderer Begründung auf eine andere Prüfmethode ausweichen.

Der Kl., ein hausärztlich tätiger Internist, wandte sich gegen eine Durchschnittsprüfung der Verordnungsweise physikalisch-medizinischer Leistungen mit ergänzender Einzelfallprüfung mit anschließender Hochrechnung in den sechs Quartalen I/06, I- IV/07 und II/08. *SG München*, Urt. v. 12.03.2012 - S 38 KA 1305/12 - RID 13-03-28 verpflichtete den Bekl. zur Neubescheidung. Das *LSG* wies die Berufungen des Bekl. und der Beigel. zu 2) mit der Maßgabe zurück, dass der Bekl. über die Widersprüche des Kl. erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats zu entscheiden hat.

c) Richtgrößenprüfung: Praxisbesonderheiten/Antrag auf individuelle Vereinbarung

LSG Hamburg, Urteil v. 01.04.2015 - L 5 KA 66/13

RID 15-03-37

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 44/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 84, 106

Zur **Begründung von Praxisbesonderheiten** reicht es nicht aus, lediglich allgemein auszuführen, es liege auf der Hand, dass bei einer insgesamt geringen Fallzahl nicht solche multimorbiden Patienten (gemeint sind die „zehn teuersten Fälle“) in dem vorgegebenen Richtgrößenvolumen versorgt werden können. Für eine geltend gemachte Praxisbesonderheit „Osteoporosepatienten“ hat der Arzt ebfl. die Darlegungs- und Feststellungslast.

Der bloße Hinweis, die Angelegenheit müsse vertieft bearbeitet werden, um ggf. die Rücknahme des Widerspruchs „anzuempfehlen“ und in Verhandlungen über eine zukünftige individuelle Richtgröße (IRV) einzutreten, behält sich einen solchen „Antrag“ auf Abschluss einer **Vereinbarung einer individuellen Richtgröße** gerade noch vor. Der Beschwerdeausschuss handelt nicht ermessensfehlerhaft, wenn er nicht von sich aus auf den Abschluss einer IRV zurückkommt.

Der Kl., Facharzt für Orthopädie, wendet sich gegen einen Regress in Höhe von 64.298 € als Ergebnis der Richtgrößenprüfung Heilmittel 2007. *SG Hamburg*, Urt. v. 28.08.2013 - S 27 KA 52/11 - verurteilte antragsgemäß zur Neubescheidung. Das *LSG* wies die Klage ab.

3. Bekanntgabe nicht gegenüber anwaltlichen Bevollmächtigten: Zugangsfiktion

SG Marburg, Urteil v. 05.08.2015 - S 16 KA 560/13

RID 15-03-38

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106; SGG § 84 I; SGB X §§ 13 III, 37 I 2

Gibt der Beschwerdeausschuss versehentlich seinen **Widerspruchsbescheid** nur dem betroffenen Vertragsarzt und **nicht seinem anwaltlichen Bevollmächtigten bekannt**, so gilt die **Zugangsfiktion** des § 37 II 1 SGB X und wird die Klagefrist von einem Monat in Gang gesetzt. Durch die Möglichkeit der Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nach § 67 I SGG hat der Gesetzgeber einen angemessenen Ausgleich zwischen Rechtssicherheit einerseits und materieller Gerechtigkeit andererseits geschaffen.

Das *SG* wies die Klage gegen die Festsetzung einer schriftlichen Beratung im Rahmen einer Heilmittel-Richtgrößenprüfung für das Jahr 2010 ab.

4. Untätigkeitsklage bei fünfjähriger Untätigkeit

SG Hannover, Gerichtsbescheid v. 21.03.2014 - S 65 KA 599/12

RID 15-03-39

juris

SGB V § 106; SGG § 88

Eine Untätigkeitsklage ist begründet, wenn kein zureichender Grund für die **Untätigkeit** (Widerspruch v. 18.12.2008) vorgetragen wird, vielmehr davon auszugehen ist, dass aus **Kostensparnisgründen** von einer **Verstärkung des Beschwerdeausschusses** z.B. durch einen weiteren Ausschuss abgesehen worden ist. Kostensparnisgründe vermögen hingegen die Untätigkeit des Beschwerdeausschusses nicht zu rechtfertigen. Soweit der Beschwerdeausschuss umfangreich die nachvollziehbaren Probleme

geschildert hat, ist aus seinem Vortrag bereits ersichtlich, dass ab dem Jahr 2009 durch die Verkürzung der Prüfpflicht mit einem erhöhten Aufkommen an Prüfungen zu rechnen war.

Das *SG* verurteilte den Bekl., über den Widerspruch des Kl. v. 18.12.2008 gegen den Bescheid der Prüfungsstelle v. 11.12.2008 zu entscheiden.

5. Zahnärzte

a) Praxisbesonderheiten: Darlegungslast

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.12.2014 - L 11 KA 89/12

RID 15-03-40

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Der **Mitwirkungsobliegenheit** bzgl. Praxisbesonderheiten, der der Vertragsarzt grundsätzlich im Verwaltungsverfahren zu genügen hat, kommt ein Vertragszahnarzt nicht hinreichend nach, wenn er nicht konkret darlegt, bei welchen der von ihm behandelten Patienten aufgrund welcher Erkrankungen im Einzelnen welcher Mehraufwand erforderlich war (LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 18.05.2011 - L 11 KA 11/10 - RID 11-04-49). Das bedeutet nicht, dass der Arzt alle Einzelfälle - nach Art einer Einzelfallprüfung - anführen und medizinisch erläutern müsste; entscheidend ist vielmehr die strukturelle Darlegung der methodischen Zusammenhänge und der medizinischen Gleichwertigkeit. Gelingt der erforderliche Nachweis nicht, geht dies zu Lasten des Arztes (BSG, Ur. v. 05.11.1997 - 6 RKa 1/97 - SozR 3-2500 § 106 Nr. 42).

Der Kl. wendet sich gegen Honorarkürzungen infolge Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Quartale I/06 bis IV/08 in einer Gesamthöhe von 135.489,97 €. Streitbefangen sind im Verfahren L 11 KA 89/12 die Quartale I bis IV/06, im Verfahren L 11 KA 45/14 die Quartale I bis IV/07 und im Verfahren L 11 KA 46/14 die Quartale I bis IV/08. *SG Münster*, Ur. v. 30.07.2012 - S 2 KA 21/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.12.2014 - L 11 KA 46/14

RID 15-03-41

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

b) Nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung kieferorthopädischer Tätigkeiten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.10.2014 - L 11 KA 19/13

RID 15-03-42

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Nach Sinn und Zweck der Anl. 6 BMV-Z sind der **nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung** nur die **kieferorthopädischen Tätigkeiten** entzogen, die Gegenstand der Entscheidung der Krankenkasse, also Teil der **vorweggenommenen Wirtschaftlichkeitsprüfung** waren. Die **Genehmigung** eines kieferorthopädischen Behandlungsplans führt nur in bestimmtem Umfang zum Ausschluss der Wirtschaftlichkeitsprüfung, und zwar für Maßnahmen der Planung, soweit die eingereichten Unterlagen die Überprüfung der Planung ermöglichen, und für Ausführungsmaßnahmen, soweit diese sowohl entsprechend dem genehmigten Plan als auch gemäß dem Stand der medizinischen Erkenntnisse durchgeführt wurden (BSG, Beschl. v. 19.07.2006 - B 6 KA 5/06 B - juris zum Heil- und Kostenplan nach § 87 Ia 3 SGB V). Die Genehmigung des Heil- und Kostenplans bzw. kieferorthopädischen Behandlungsplans schließt es nicht aus, die Ausführung des Planes als mangelhaft anzusehen. Die Genehmigung bewirkt lediglich, dass die genehmigte Behandlung nachträglich nicht mehr als unwirtschaftlich bewertet werden kann. Ob die Planung fachlich in Ordnung war, bleibt ebenso wie die Ausführung des Planes weiterhin zu prüfen (BSG, Ur. v. 20.05.1992 - 14a/6 RKa 9/90 - SozR 3-5555 § 12 Nr. 3).

Die **Krankenkasse entscheidet** mithin (nur) über die prozentuale Zuschussquote (§ 29 SGB V) und deren Beginn. Sie entscheidet nicht über Anamnese, Diagnose, Therapie, verwendete Geräte und Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen.

Handaufnahmen (Ä 928 BEMA) sind nicht Entscheidungsgegenstand geworden, wenn sie als **vorbereitende Maßnahme** nicht integraler Teil des Behandlungs„planes“ waren und auch nicht (mehr) werden konnten. Demzufolge sind sie der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung zuzuführen. Der Zahnarzt/Kieferorthopäde darf mit der **Behandlung** erst **beginnen**, wenn ihm die

Genehmigung vorliegt. Was nicht Gegenstand der Genehmigung ist, kann auch nicht durch den Zuschuss abgegolten sein. Soweit Handaufnahmen (Ä 928 BEMA) vor der Genehmigung erbracht werden, werden sie vom Zuschuss nicht erfasst. Sie unterfallen der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Die Prüfungsgremien lehnten die Festsetzung eines Regresses gegen den beigel. Fachzahnarzt für Kieferorthopädie ab. *SG Münster*, Urt. v. 07.02.2011 - S 2 KA 4/10 - wies die Klage der Krankenkasse ab. Das *LSG* verurteilte die Bekl., über die Beschwerde gegen den Beschluss der Prüfungsstelle betreffend Quartal I-IV/2006 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

Parallelverfahren:

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.10.2014 - L 11 KA 18/13

RID 15-03-43

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.10.2014 - L 11 KA 21/11

RID 15-03-44

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

c) Statistische Vergleichsprüfung von BAG mit MKG-Chirurgen und Zahnarzt

SG Hannover, Urteil v. 08.04.2015 - S 35 KA 36/11

RID 15-03-45

SGB V § 106

Bei einer statistischen Vergleichsprüfung einer aus zwei **MKG-Chirurgen** und einem Zahnarzt bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft sind deren Abrechnungswerte bei der KV einzubeziehen. Es stellt einen Mangel dar, wenn nicht dargelegt wird, aus welchem Grunde die vertragsärztlichen Abrechnungswerte keine Berücksichtigung finden. Nicht ausreichend wäre ein Verzicht deshalb, weil die Werte nur schwierig zu erlangen sind. Die Bildung verfeinerter Vergleichsgruppen ist ausgeschlossen, denn diese Vergleichsgruppe, mit der dann gleichartigen Berufsausübungsgemeinschaften, wäre zahlenmäßig so klein, dass sie keine tragfähige Grundlage für eine statistische Aussage ergeben könnte (BSG, Urt. v. 12.12.2005 - B 6 KA 4/05 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 12, juris Rn. 12).

Eine Prüfung kann anhand des **Gesamtfallwerts** und muss nicht anhand von Spartenfallwerten vorgenommen werden (entgegen LSG Niedersachsen-Bremen, z.B. Az. L 3 KA 91/11).

Das *SG* verurteilte zur Neubescheidung (Quartal II/08).

d) Zulässige Versorgung nur nach Festzuschussrichtlinie

SG Hannover, Urteil v. 11.02.2015 - S 35 KA 22/11

RID 15-03-46

SGB V §§ 55, 56, 91 VI, 135

Zahnmedizinisch sinnvolle Versorgungen, die den in der **Festzuschussrichtlinie** beschriebenen Befunden nicht entsprechen, begründen keinen Rechtsanspruch auf den Festzuschuss. Eine Kronenversorgung, die zahnmedizinisch sinnvoll und notwendig ist, aber nicht unter die Festzuschussrichtlinie fällt, kann nicht genehmigt werden.

Das *SG* verurteilte auf Klage der AOK den Prothetik-Einigungsausschuss zur Neubescheidung.

e) Schadensregress der Krankenkasse gegen Zahnärztin nur bei Unzumutbarkeit

LSG Bayern, Urteil v. 17.06.2015 - L 12 KA 5044/13

RID 15-03-47

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 57/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

EKV-Z

Leitsatz: Ein Zahnarztwechsel bei nicht erfolgreicher Prothetikbehandlung ist nur dann möglich, wenn eine Nachbesserung oder die Neuanfertigung durch den bisher behandelnden Vertragsarzt nicht zumutbar ist.

Die beigel. Vertragszahnärztin setzte der Patientin S. aufgrund des Heil- und Kostenplans v. 10.12.2008 eine Teilkrone ein, für die die kl. Krankenkasse einen Zuschuss in Höhe von 172,69 € bezahlte. Am 14.01.2009 erfolgte eine Kontrolluntersuchung. Am 15.10.2010 brach von dieser Teilkrone ein Stück ab. Daraufhin suchte die Patientin einen neuen Zahnarzt auf und benachrichtigte die Kl., dass sie bei dem neuen Zahnarzt bleiben

werde, er aber nichts tun könne, da es sich um einen Gewährleistungsfall handle. Der Zahnarztwechsel sei schon vor Auftreten des Mangels erfolgt. Zu der Beigel. bestehe kein Vertrauen. Daraufhin leitete die Kl. ein Mängelrügeverfahren ein und meldete vorsorglich einen Schadensersatzanspruch in Höhe von 172,69 € an. Das von Dr. H. erstellte Gutachten vom 09.12.2010 ergab, dass die Teilkrone an der Bruchstelle nur eine sehr dünne Schichtstärke (ca. 0,4-0,5 mm) aufweise. Die Krone sei mangelhaft gearbeitet und nicht reparabel. Die geringe Schichtstärke sei der Grund des vorzeitigen Bruchs. Die Teilkrone sei neu anzufertigen. Die Bekl. lehnte eine Rückforderung des Festzuschusses ab. *SG München*, Urt. v. 19.06.2013 - S 21 KA 5260/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 15.07.2015 - *B 6 KA 29/14 R* - u. - *B 6 KA 32/14 R* - können **Bewerber**, die in einem Verfahren um die Erteilung einer **Vielzahl von Zulassungen** nicht berücksichtigt worden sind, ihre **Anfechtungsklage** auf einzelne erfolgreiche Bewerber beschränken. Der nicht berücksichtigte Bewerber kann im Hinblick auf die Garantie effektiven Rechtsschutzes nicht gehalten sein, Auswahlentscheidungen anzufechten, die er selbst für richtig oder zumindest für unangreifbar hält, nur um die Überprüfung solcher Entscheidungen zu erreichen, die er für verfehlt hält. Auch ist das mit einer Anfechtung aller positiven Entscheidungen verbundene **Kostenrisiko** nicht tragbar. Bei einer Auswahlentscheidung kann nicht generell den **Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten** der **Vorrang vor Psychologischen Psychotherapeuten** mit einer entsprechenden **Zusatzausbildung** eingeräumt werden. Beide Gruppen von Leistungserbringern sind für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gleichermaßen qualifiziert. Auch im Rahmen einer „Massenzulassung“ muss der Berufungsausschuss seiner Entscheidung jedenfalls ein **feineres Raster** zugrunde legen. BSG, Urt. v. 15.07.2015 - *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). Es ist eine Konkretisierung der Auswirkungen der Veränderung der für die Obergrenze maßgeblichen Faktoren auf die **konkrete Praxis** erforderlich. Nach BSG, Urt. v. 13.05.2015 - *B 6 KA 25/14 R* - **endet die Zulassung eines MVZ**, wenn dieses die **Tätigkeit nicht** innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung **aufnimmt**. Die Ärzte, die zuvor auf ihre Zulassung verzichtet hatten, um als angestellte Ärzte im MVZ tätig zu werden, haben ihre Tätigkeit am Ort ihrer bisherigen Praxis fortgeführt, weil das Gebäude, in dem das MVZ betrieben werden sollte, noch nicht errichtet war. Damit hat die Kl. ihre Tätigkeit als MVZ nicht nur am falschen Ort, sondern in den ersten ca. eineinhalb Jahren überhaupt nicht aufgenommen. Die Existenz eines MVZ setzt jedenfalls das Vorhandensein einer räumlich und sachlich abgrenzbaren Einheit voraus. Daran fehlte es hier vollständig. Wenn die Zulassung nicht bereits kraft Gesetzes geendet hätte, hätte die Kl. diese im Übrigen durch die hilfsweise verfügte Entziehung verloren. Die Kl. hat den Zulassungsausschuss durch wiederholt unwahre Angaben über die Aufnahme der Tätigkeit des MVZ getäuscht und Leistungen unter der Betriebsnummer des nicht existierenden MVZ gegenüber der zu 1. beigeladenen KV abgerechnet. Darin liegt eine **gröbliche Verletzung von Pflichten**, die die Vertrauensbasis gegenüber den Zulassungsgremien, gegenüber der Beigeladenen zu 1. und gegenüber den Krankenkassen zerstört und die deshalb zur Entziehung der Zulassung berechtigt. Nach BSG, Urt. v. 10.12.2014 - *B 6 KA 49/13 R* - SozR 4-2500 § 73 Nr. 5 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. Zulassung

a) Zulassungsmoratorium durch GBA bis zur Versorgungsgradfeststellung rechtmäßig

LSG Bayern, Urteil v. 14.01.2015 - L 12 KA 66/14

RID 15-03-48

Revision anhängig: B 6 KA 24/15 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95 IX, 101 II Nr. 2; Ärzte-ZV § 19 I 2; BedarfsplRL-Ä § 48 II 3

Leitsatz: 1. Die Einbeziehung von **Arztgruppen mit weniger als 1000 Ärzten** in die Bedarfsplanung durch die Festsetzung von Verhältniszahlen ist nach pflichtgemäßem Ermessen des Gemeinsamen Bundesausschusses möglich.

2. Der Gemeinsame Bundesausschuss konnte das prozedurale Entscheidungsmoratorium vom 06.09.2012 (§ 48 Abs. 1 Nr. 4, Abs. 2 BedarfsplRL auf der Grundlage von § 104 Abs. 2 SGB V zur Sicherung des umfassenden Auftrags zur Neuordnung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung durch das GKV- Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG erlassen. § 19 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV erfasst diesen Fall einer Rechtsänderung, die die Grundlagen der Bedarfsplanung beeinflusst, nicht (vgl BSG vom 17.10.2007 - *B 6 KA 45/06 R* - SozR 4-2500 § 103 Nr 4).

Streitig ist zwischen den Bet. die Genehmigung zur Beschäftigung des beigel. Facharztes für Strahlentherapie am Vertragsarztsitz des Kl. im Umfang von 45 Wochenstunden ab dem 01.01.2013. Mit Beschluss des GBA v. 06.09.2012 wurde die Arztgruppe der Strahlentherapeuten ab dem 01.01.2013 in die

Bedarfsplanung einbezogen und bestimmt, dass der Zulassungsausschuss (ZA) über Zulassungsanträge sowie Anträge auf Genehmigung von Anstellungen dieser Arztgruppe bei Vertragsärzten, die nach dem 06.09.2012 gestellt werden, erst dann entscheiden kann, wenn der Landesausschuss festgestellt hat, ob eine Überversorgung vorliegt (Abschnitt I Abs. 2 Satz 3 des Beschlusses). Am 20.12.2012 beantragte der Kl. die Genehmigung zur Beschäftigung des Beigel. Der Landesausschuss stellte am 15.02.2013 eine Überversorgung für die Arztgruppe der Strahlentherapeuten fest und ordnete für diesen Planungsbereich dementsprechend Zulassungsbeschränkungen an. Mit Bescheid vom 05.06.2013 lehnte der ZA daraufhin den Antrag des Kl. ab. *SG Nürnberg*, Urteil v. 20.03.2014 - S 1 KA 50/13 - RID 14-02-73 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Keine häftige Zulassung für Vollzeit-Chefarzt eines Universitätsklinikums (Pathologe)

LSG Bayern, Urteil v. 14.01.2015 - L 12 KA 44/14

RID 15-03-49

Revision anhängig: B 6 KA 19/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95; Ärzte-ZV § 20

Leitsatz: 1. Für die Fertigstellung, ob ein **Beschäftigungsverhältnis** im Einzelfall der Eignung für eine **vertragsärztliche Tätigkeit** nach § 20 Abs. 1 Ärzte ZV entgegensteht, sind wesentliche Kriterien der Umfang der zeitlichen Inanspruchnahme durch die Erwerbstätigkeit und der Grad der Einbindung in eine externe Arbeitsorganisation. Dabei kann bei einem geringeren Grad der Einbindung ein höherer zeitlicher Umfang der Erwerbstätigkeit (noch) unschädlich sein, während eine starke Einbindung in eine fremde Arbeitsorganisation auch bei einer geringeren zeitlichen Inanspruchnahme zu einer Nichteignung für eine vertragsärztliche Tätigkeit führen kann.

2. Eine **Vollzeitbeschäftigung** steht der Eignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit jedoch unabhängig vom Grad der Einbindung in eine Arbeitsorganisation grundsätzlich entgegen. Die vertragsärztliche Tätigkeit kann nämlich nach § 19a Abs. 2 Ärzte ZV nicht beliebig, sondern nur auf die Hälfte eines vollen Versorgungsauftrags reduziert werden.

Der kl. Ordinarius der Universität, der zugleich in einem Beschäftigungsverhältnis als Chefarzt der Universitätsklinik steht, ohne den Umfang beider Tätigkeiten zu reduzieren, wurde nicht mit einem häftigen Versorgungsauftrag als Pathologe zugelassen. *SG Nürnberg*, Ur. v. 13.02.2014 - S 1 KA 7/13 - RID 14-02-75 ließ den Kl. mit einer häftigen Zulassung als Vertragsarzt für den Fachbereich Pathologie zur vertragsärztlichen Versorgung zu. Das *LSG* wies die Klage auf Berufung des Bekl. u. der Beigel zu 1) ab.

c) Umwandlung einer Angestelltenstelle in eine Zulassung: Tätigkeitsumfang

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 10.12.2014 - L 7 KA 56/14 B ER

RID 15-03-50

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 95 IXb, 103 IVb; SGG § 86b I

Der **angestellte Arzt** hat auf die Entscheidung der Umwandlung seiner Stelle in eine Zulassung vertragsarztrechtlich keinen Einfluss. Ihm steht deshalb ein Antragsrecht nach § 95 IXb SGB V nicht zu. Dies schließt es aus, dass er seine Zulassung gegen die Zulassungsgremien im gerichtlichen Verfahren durchsetzt; hierfür fehlt ihm die **Klage- bzw. Antragsbefugnis**. Es ist ausschließlich Sache des anstellenden Vertragsarztes, die Umwandlung selbst zu betreiben und gegen ablehnende Entscheidungen der Zulassungsgremien gerichtlich vorzugehen.

Unterschreitet die Tätigkeit des angestellten Arztes einen halben Versorgungsauftrag, muss der Zulassungsantrag des anstellenden Arztes abgelehnt werden. Für die Frage, wie der **Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes** festzustellen ist, kommt es weder auf das Bedarfsplanungsrecht, noch auf den genehmigten Status des angestellten Arztes (Genehmigung der Anstellung mit einem vollen oder halben Versorgungsauftrag) an. Schon der Wortlaut der Vorschrift legt es nahe, den Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes ausschließlich nach seiner **tatsächlich erbrachten ärztlichen Arbeit** zu bestimmen und mit der eines Arztes mit vollem oder halbem Versorgungsauftrag zu vergleichen.

Enthält der EBM teilweise keine **Kalkulationszeiten**, so spricht alles dafür, den zeitlichen Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit anhand anderer Parameter zu ermitteln, bei denen aus der Menge und/oder dem Umfang der erbrachten vertragsärztlichen Leistungen auf seine zeitliche Inanspruchnahme durch deren Erbringung geschlossen werden kann. Dafür bieten sich nicht nur die

Fallzahl und das erzielte Honorar an, sondern im Hinblick auf eine besondere Spezialisierung auch die Zahl der insgesamt abgerechneten Punkte oder der Punkte für solche Leistungen der Fachgruppe, die von allen typischerweise abgerechnet werden (**Gesamtschau** der letzten vier Quartale). Den anstellenden Arzt trifft die Beweislast.

Bei einer Ablehnung der **Anordnung der sofortigen Vollziehung** entstehen dem anstellenden Arzt keine Nachteile, da der angestellte Arzt seine vertragsärztliche Tätigkeit im Anstellungsverhältnis fortsetzen kann.

SG Berlin, Beschl. v. 10.06.2014 - S 79 KA 201/14 ER - ordnete die sofortige Vollziehung des Beschlusses des Berufungsausschusses an, mit dem der Ast. zu 2), ein Pathologe, mit vollem Versorgungsauftrag im Wege der Umwandlung einer genehmigten Anstellung beim Ast. zu 1) zugelassen wurde. Das *LSG* wies den Antrag ab.

d) Sofortige Vollziehung einer Zulassung bei Versorgungsgrad von 71,32%

SG Hamburg, Beschluss v. 12.06.2015 - S 27 KA 76/15 ER

RID 15-03-51

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95; SGG § 86a II Nr. 5

Bei einem **aktuellen Versorgungsgrad von 71,32%** liegt es im öffentlichen Interesse an einer bedarfsgerechten, flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung mit frauenärztlichen Leistungen, wenn freigewordene, auch über einige Zeit nicht besetzte Stellen/Vertragsarztsitze wieder besetzt werden, wenn auch zunächst nur vorläufig.

Im **Hauptsacheverfahren** wird dann zu klären sein, ob im Sinne der **Versorgungskontinuität** für die Versicherten einer nahezu **70-jährigen Bewerberin** der Vorzug vor dem zunächst vom Ag. zugelassenen Bewerber zu geben ist.

Das *SG* lehnte den Antrag, die aufschiebende Wirkung der Klage gegen die Zulassung der beigel. Frauenärztin herzustellen, ab.

e) Sonderbedarfszulassung

aa) Ermittlung der Überlastung der Schwerpunktpraxen/Ermächtigungen

SG Dortmund, Urteil v. 11.02.2015 - S 16 KA 309/11

RID 15-03-52

juris
SGB V §§ 95, 101 I 1 Nr. 3; BedarfspIRL § 63 V; BedarfspIRL a.F. § 24

Es ist aufzuklären, ob eine Leistungserbringung durch **ermächtigte** onkologisch/hämatologisch tätige **Krankenhausärzte** für die Frage des **Bedarfs** unberücksichtigt bleiben kann, weil diese nur auf Überweisung von Ärzten mit entsprechendem Schwerpunkt und mit Fallzahlbegrenzung behandeln dürften und deshalb zu den beiden Schwerpunktpraxen nicht in Konkurrenz stehen, wenn die Ermächtigungen keine qualitativen Vorgaben enthalten.

Eine große oder überdurchschnittliche Zahl an Behandlungsfällen allein reicht für die Feststellung eines Sonderbedarfs nicht aus, solange sich keine Gefährdung der Versorgung feststellen lässt. Ob eine **Überlastung bestehender Schwerpunktpraxen** vorliegt, ist aufzuklären.

Einem Arzt, der die Bildung einer Gemeinschaftspraxis aufgrund einer Sonderbedarfszulassung anstrebt, aber vorläufig bereits mit der Praxispartnerin ein **Job-Sharing-Verhältnis** eingeht, kann nicht entgegengehalten werden, dass ein wegen einer evtl. Überlastung anzunehmender Bedarf durch seine Tätigkeit als Job-Sharer nunmehr gedeckt sei.

Zur umfassenden Beurteilung der Versorgungssituation kann ergänzend zur Berücksichtigung der **Fallzahlen**, die evtl. anhand der Tages- und Quartalsprofile sowie der Diagnosestatistiken zu bewerten sind, auch ein Vergleich mit der durchschnittlichen **Einwohner/Schwerpunktpraxis-Relation** herangezogen werden (*SG Marburg*, Ur. v. 10.10.2007 - S 12 KA 300/07 - RID 07-04-46). Da es aber auf die tatsächliche Versorgungssituation ankommt und die gesamte jeweilige Gruppe der Gebietsärzte, die nach dem einschlägigen Weiterbildungsrecht die Leistungen des streitigen Teilgebiets erbringen dürfen, zu berücksichtigen ist (vgl. *BSG*, Ur. v. 28.06.00 - B 6 KA 35/99 R - *BSGE* 86, 242 = *SozR* 3-2500 § 101 Nr. 5) - bei der Antragstellung für Internisten mit dem Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie also auch die Leistungen von Nicht-Internisten, z.B. Urologen

und Gynäkologen, die auf ihrem Gebiet onkologische Leistungen erbringen und an der Onkologie-Vereinbarung einzubeziehen sind - kommt dieser Verhältniszahl aber nur indizielle Bedeutung zu.

Der Kl. ist fachärztlich tätiger Internist, **Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie**, Zusatzbezeichnung Hämostaseologie. Der Zulassungsausschuss ließ den Kl. im Rahmen einer **Sonderbedarfszulassung** zu mit der Maßgabe, dass er nur Leistungen im Rahmen der Hämatologie und Onkologie sowie hiermit in Zusammenhang stehende Leistungen abrechnen dürfe. Die zu 7) beigel. KV legte Widerspruch ein, ebenso die zu 8) beigel. Praxis. Der Bekl. hob mit Beschl. vom 14.09.2011 den Zulassungsbescheid auf. Das **SG** verurteilte den Bekl., über die Widersprüche der Beigel. zu 7) und 8) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

bb) Akteneinsichtsrecht/Ärzteanfragen/Amtsermittlung

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 23.10.2014 - S 16 KA 1/12

RID 15-03-53

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = MedR 2015, 378

SGB V § 101 I Nr. 3; SGB X §§ 12 I Nr. 1, 25 I 1, III, 40, 41, 42; SGG § 54 II; BedarfsplRL § 63 V

Der Berufungsausschuss verletzt den Anspruch auf rechtliches Gehör, wenn er die beantragte **Akteneinsicht** nicht in vollem Umfang mit den vollständigen, zur Entscheidung herangezogenen Unterlagen gewährt. **Verfahrensakten** im Sinne des § 25 SGB X sind alle Unterlagen, die den Gegenstand des Verwaltungsverfahrens betreffen, und zwar unabhängig davon, ob die Behörde sie zu den Verwaltungsakten im engeren Sinne nimmt. Was zu den das Verwaltungsverfahren betreffenden Akten rechnet, ist überdies objektiv zu beurteilen und nicht vom Willen der Behörde abhängig (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.11.2005 - L 10 KA 29/05 - RID 06-03-56 m.w.N.). Sowohl die an befragte Praxen gestellten **Anfragen** im Wortlaut als auch die **darauf erfolgten Antworten** sind Schriftstücke, die unmittelbar das Verfahren betreffen, wenn sich die Zulassungsgremien auf die Ergebnisse dieser Befragung berufen. Soweit der Rechtsanspruch auf Akteneinsicht unter dem Vorbehalt steht, dass die Akteneinsicht zur Geltendmachung oder Verteidigung der rechtlichen Interessen notwendig ist, liegen diese Voraussetzungen im Regelfall vor.

Erklären die bereits niedergelassenen Vertragsärzte, dass sie ihren Versorgungsauftrag gerade deshalb **nicht vollumfänglich wahrnehmen**, weil die Vergütungssituation bezüglich der angefragten Leistung nicht geklärt bzw. unzureichend ist, weisen diese Aussagen gerade auf einen ggfs. bestehenden weiteren Bedarf hin. Nicht hingegen kann daraus bei Anwendung des pflichtgemäßen Ermessens geschlossen werden, dass ein weiterer Bedarf gerade nicht besteht.

Die Kl. ist Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie und der Zusatzbezeichnung Schlafmedizin. Sie ist seit 2008 im Rahmen des sog. Jobsharing in der internistischen Praxis des Herrn X (Schwerpunkt Pneumologie) in I tätig. Im September 2010 beantragte sie erfolglos eine vollzeitige Zulassung als Nephrologin mit der Zusatzbezeichnung Schlafmedizin in I. Es sei beabsichtigt, nach erfolgter Zulassung die Praxis des Herrn X mit ihr gemeinsam in BAG zu führen. Das **SG** gab der Klage statt.

2. Konkurrentenklage: Bedarfsprüfung anhand des Auslastungsgrades der bestehenden Praxen

LSG Saarland, Urteil v. 24.04.2015 - L 3 KA 9/13 ZVW

RID 15-03-54

Revision anhängig: B 6 KA 20/15 R

juris

SGB V §§ 82 I, 87; SGB X § 34; BMV-Ä Anl. 9.1

Leitsatz (juris): 1. Ein subjektives Recht einer Berufsausübungsgemeinschaft auf Überprüfung der Zusicherung und der späteren Genehmigung eines Versorgungsauftrags für die Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten für einen Dritten besteht nur, soweit sie selbst betroffen ist. Somit kommt es im Rahmen von Konkurrentenklagen ausschließlich auf die **Auslastung des klagenden Konkurrenten** an.

2. Für die Beurteilung der Auslastung ist auf die **durchgeführten/abgerechneten** und nicht nur auf die letztlich von der Kassenärztlichen Vereinigung nach sachlich-rechnerischer Berichtigung vergüteten **Leistungen** abzustellen.

3. Die Vornahme eines **pauschalen Abzugs** in Höhe von 6 v.H. der in einem Jahreszeitraum abgerechneten Pauschalen des EBM bei der Ermittlung der Auslastung nach einer nicht erfolgten Einführung einer Hilfskodierung für Dialyseformen und -verfahren im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung ist nicht zu beanstanden.

4. War die Auslastung einer Praxis zum Zeitpunkt der erstmaligen Zusicherung und Erteilung des Versorgungsauftrags an einen Dritten durch Bescheid nicht gegeben und hat sie sich dann im weiteren Verlauf ergeben, **entfällt die Anfechtungsberechtigung**. In diesem Fall ist im Anfechtungsverfahren der Verwaltungsakt mit Dauerwirkung ab dem Zeitpunkt, zu dem die Voraussetzungen für seinen Erlass vorgelegen haben, als rechtmäßig anzusehen, so dass eine Aufhebung des Verwaltungsakts ab diesem Zeitpunkt nicht mehr in Betracht kommt.

Die kl. BAG, die in Saarbrücken ein **Dialysezentrum** betreibt, wandte sich dagegen, dass die bekl. KV dem Beigel. zu). **die Erteilung eines Versorgungsauftrags zusicherte**. Nach Beendigung der im Hinblick auf die Zusicherung erteilten Sonderbedarfszulassung wurde der Beigel. zu 1) als angestellter Arzt in dem u.a. von den Beigeladenen zu 2) und 3) gegründeten MVZ tätig. Die bestehenden Versorgungsaufträge wurden auf das MVZ übertragen. Die Beklagte wies den **Widerspruch** der Klägerin gegen **die Zusicherung** als unzulässig zurück; *SG für das Saarland*, Urt. v. 18.04.2007 - S 2 KA 173/06 - wies die Klage als unzulässig ab, *LSG Saarland*, Urt. v. 01.10.2010 - L 3 KA 22/07 - RID 11-04-65 verwarf die Berufung als unzulässig, weil das **Rechtsschutzbedürfnis** auf Grund der Zulassung des MVZ entfallen sei. Auch ein Fortsetzungsfeststellungsinteresse sei zu verneinen, weil die Kl. ihr Klageziel nunmehr gegenüber dem MVZ verfolgen könne. *BSG*, Urt. v. 17.10.2012 - B 6 KA 41/11 R - SozR 4-1500 § 54 Nr. 31 verwies auf Revision der Kl. die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurück an das LSG, da der dem Beigel. zu 1) erteilte Versorgungsauftrag ohne weiteres auf das MVZ übertragen worden sei, setze sich der Versorgungsauftrag insoweit nahtlos fort.

3. Nachbesetzung einer Arztstelle nach Umwandlung einer Vollzulassung in ¾-Stelle

LSG Bayern, Urteil v. 14.01.2015 - L 12 KA 31/14

RID 15-03-55

Revision anhängig: B 6 KA 21/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95 II 8, V, 103 IVa; BedarfspIRL § 51

Leitsatz: Soweit eine Vollzulassung nach § 103 Abs. 4a SGB V nur in eine Angestellteneignung mit einem Anrechnungsfaktor von 0,75 umgewandelt wird, ist eine Nachbesetzung dieser Arztstelle auch nur im maximalen Umfang einer 3/4 Arztstelle möglich, da eine weitere 1/4 Arztstelle nie vakant war.

Streitig ist, ob die Kl., ein MVZ, einen Anspruch auf die Genehmigung einer Anstellung des Dr. R. im Tätigkeitsumfang von weiteren 10 Wochenstunden hat. Dr. O., HNO- Arzt, hatte 2009 auf seine Vollzulassung verzichtet, um bei der Kl. als angestellter Arzt mit einem Tätigkeitsumfang von 23,5 Wochenstunden (Bedarfsplanungsanrechnungsfaktor 0,75) tätig zu werden. Er beendete seine Tätigkeit im MVZ zum 31.03.2011. Dr. K. wurde als Nachfolger mit einer Arbeitszeit von 10 Wochenstunden (Bedarfsplanungsanrechnungsfaktor 0,25) angestellt. Zur weiteren Nachbesetzung beantragte die Kl. im Mai 2011 zudem die Genehmigung zur Anstellung des Dr. R. mit einer Arbeitszeit von 30 Wochenstunden. Die Anstellung wurde mit einer Arbeitszeit von 20 Wochenstunden (Bedarfsplanungsanrechnungsfaktor 0,5) genehmigt. *SG München*, Urt. v. 19.09.2013 - S 43 KA 1437/11 - verurteilte den Bekl. zur Neubescheidung, das *LSG* wies auf Berufung des Bekl. u. der Beigel. zu 1) die Klage ab.

4. Verlegung eines Vertragsarztsitzes: 12 km Entfernung für Facharzt begründet nicht Genehmigung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 04.03.2015 - L 11 KA 110/13

RID 15-03-56

www.sozialgerichtsbarkeit.de
Ärzte-ZV § 24 III, VII

§ 95 VII SGB V bestimmt u.a., dass die Zulassung mit dem **Wegzug** des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes endet, erfasst aber nicht die **Verlegung des Vertragsarztsitzes** innerhalb des Zulassungsbezirks.

Die **Änderung** des § 24 VII Ärzte-ZV durch das **GKV-VStG** hat zu keiner entscheidungserheblichen Änderung geführt. Der Ordnungsgeber hat letztlich die Voraussetzung zur Praxisverlegung von einer Erlaubnisnorm mit Verbotsvorbehalt in eine Verbotsnorm mit Erlaubnisvorbehalt umgestaltet, um damit eine restriktivere Genehmigungspraxis herbeizuführen (SG Marburg, Beschl. v. 24.11.2014 - S 12 KA 531/14 ER - RID 15-03-53).

Für die von der Vorinstanz angenommene Einschränkung des gesetzlichen Regelungsbereichs, dass ggf. entgegenstehende „Gründe der vertragsärztlichen Versorgung“ **gravierender** sein müssen als eine

„**Beeinträchtigung für die Versorgung**“ i.S.d. § 24 III 1 Nr. 2 Ärzte-ZV, bietet bereits der Wortlaut keinen Ansatzpunkt. Vielmehr besagt der Wortlaut nichts anderes, als dass grundsätzlich alle denkbaren „Gründe der vertragsärztlichen Versorgung“ unabhängig von ihrem auch nicht weiter definierbaren Schweregrad einer Genehmigung entgegenstehen können.

Bei Klärung der Frage, ob der Verlegung eines Vertragsarztsitzes keine Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen, steht den Zulassungsgremien ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer **Beurteilungsspielraum** zu (Senat, Urt. v. 18.01.2012 - L 11 KA 77/10 -; LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 15.10.2009 - L 3 KA 73/09 B ER - RID 10-01-70)

Die Verlegung einer Praxis in einen 12 km bzw. 16 km entfernten Nachbarort ist trotz zumutbarer Entfernung nicht von vornherein gerechtfertigt. Es bedarf vorrangig der Feststellung, unter welchen Umständen die Entfernung zum Vertragsarzt zurückgelegt werden kann bzw. werden muss. Es sind somit die **örtlichen Gegebenheiten**, insb. die jeweilige Verkehrsanbindung gerade mittels des öffentlichen Nahverkehrs, zu berücksichtigen. Entscheidend ist der **Einzugsbereich der alten Praxis**. Aufzuklären ist auch die **Bevölkerungsdichte** und die **Praxisstruktur** und damit verbunden die Nachfrage nach Leistungen des Fachgebiets.

Der Beigel. zu 6) ist als Facharzt für Urologie in I zugelassen. Es besteht eine überörtliche BAG innerhalb eines Planungsbereichs mit dem am Vertragsarztsitz in II zugelassenen Facharzt für Urologie L. Seinen Antrag auf Genehmigung zur Verlegung seines Vertragsarztsitzes nach II zur Fortführung der BAG mit L lehnte der **Zulassungsausschuss** ab, weil angesichts der zwischen den Vertragsarztsitzen I und II bestehenden Entfernung von rund 16 Kilometern, was der Beigel. zu 6) korrigierte, eine Versorgungslücke zu entstehen drohe. Der bekl. **Berufungsausschuss** genehmigte die Verlegung. **SG Aachen**, Urt. v. 04.10.2013 - S 7 KA 3/12 - RID 13-04-39 wies die Klage der KV ab. Auf Berufung der Kl. verurteilte das **LSG** zur Neubescheidung.

5. Job-Sharing: Korrektur der Leistungsobergrenze

SG Marburg, Urteil v. 01.07.2015 - S 12 KA 430/14

RID 15-03-57

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 33/15 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 101 I 1 Nr. 5; SGB X § 44 II; BedarfspIRL §§ 40, 42, 44

Leitsatz: 1. § 44 Abs. 2 SGB X kann neben § 44 Satz 2 und 3 BedarfspIRL angewandt werden. Die Sonderregelungen in der BedarfspIRL betreffen lediglich Veränderungen in der Zukunft, nicht aber **anfänglich rechtswidrige Festsetzungen**.

2. Nach § 42 Abs. 1 Satz 7 BedarfspIRL ist ein **deutlich verändertes** und **angezeigtes** und **nachgewiesenes Leistungsverhalten** innerhalb der Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft zwischen den Aufsatzquartalen und dem Beginn des Job-Sharings bei der Festsetzung der Obergrenzen zu berücksichtigen (z.T. entgegen SG Düsseldorf v. 18.03.2015 - S 2 KA 132/13 - juris Rdnr. 23).

Der kl. Kardiologe ist Mitglied einer BAG. Die BAG gab mit Datum vom 26.02.2009 gegenüber der beigel. KV an, bzgl. der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) sollte **ab 01.03.2009** der Aufteilungsprozentsatz des Kl. von 25 % auf **40 %** hochgesetzt werden. Der Zulassungsausschuss gab mit Beschluss vom 23.02.2010 dem Antrag des Kl. vom 21.12.2009 auf Beschäftigung der Kardiologin C als angestellte Ärztin mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden statt. Ausweislich des von den Mitgliedern der BAG unterschriebenen Berechnungsbogens mit Datum vom 15.02.2010 ging der Zulassungsausschuss von einem EHV-Anteil des Kl. von 40 % aus, setzte diesen Prozentsatz aber bei der Berechnung der Quartalsvolumina nur für das Ausgangsquartal II/09 fest, **für die Quartale III/08 bis I/09** ging er von **25 %** aus. 2012/13 nahm die KV **Honorarrückforderungen** für die ersten beiden Leistungsjahre in Höhe von 140.909,91 € und 154.211,54 € fest, wobei sie durchgängig von einem **Leistungsanteil des Kl. von 40 %** ausging. Die BAG legte noch anhängige Widersprüche ein. Das **SG** verurteilte nach Ablehnung des Antrags auf Berichtigung der Obergrenzen den Bekl. zur Neubescheidung.

Parallelverfahren:

SG Marburg, Urteil v. 01.07.2015 - S 12 KA 431/14

RID 15-03-58

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 34/15 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

6. Zulassungsentziehung wegen fehlender Fortbildung

LSG Bayern, Urteil v. 14.01.2015 - L 12 KA 51/14
SGB V § 95 VI, 95d VI 1; Ärzte-ZV § 27

RID 15-03-59

Ein Arzt, der trotz der ab 01.07.2009 laufenden Honorarkürzungen von zunächst 10% und ab dem Quartal III10 von 25 % nicht bereit war, seiner Fortbildungspflicht nachzukommen, missachtet vorsätzlich seine vertragsärztlichen Pflichten, was eine weitere Zusammenarbeit im Rahmen des Vertragsarztsystems ausschließt.

Das gestufte Sanktionsprogramm nach § 95d SGB V genügt den Anforderungen an die **Verhältnismäßigkeit** der Zulassungsentziehung.

SG München, Urt. v. 14.02.2014 - S 39 KA 1570/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück, *BSG*, Beschl. v. 10.04.2015 - B 6 KA 13/15 B - BeckRS 2015, 69535 verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

7. Keine Anfechtung eines Zulassungsverzichts nach bestandskräftigem Ausscheiden aus BAG

LSG Bayern, Urteil v. 01.10.2014 - L 12 KA 41/14
SGB V § 95 VI

RID 15-03-60

Eine ehemalige Partnerin einer BAG kann nach bestandskräftigem Ausscheiden der Partnerin deren Verzicht auf die Zulassung zugunsten einer Anstellung bei einem anderen Vertragsarzt nicht **anfechten**.

Der Zulassungsausschuss darf den Antrag auf Anstellungsgenehmigung nach § 103 IVb SGB V nur dann ablehnen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen. **Privatrechtliche Nachfolgeproblematiken** sind jedoch keine Frage der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Kl. ist Fachärztin für diagnostische Radiologie. Sie hatte die radiologische Gemeinschaftspraxis Drs. G. und H. gekauft und ihre vertragsärztliche Tätigkeit zunächst mit Dr. G., nach dessen Ausscheiden mit Dr. H., anschließend mit Frau Dr. P. und als deren Nachfolgerin ab Februar 2011 mit der Beigel. zu 8) Frau C. in Gemeinschaftspraxis ausgeübt. Zwischen der Kl. und der Beigel. zu 8) kam es nur zu einem nicht unterzeichneten Vertragsentwurf, wonach auf beiderseitigen Wunsch hin die gemeinsame Berufsausübung zunächst zeitlich auf einen Zeitraum von 3 Jahren befristet sein sollte. Für den Fall des Scheiterns während der Erprobungsphase war vorgesehen, dass die Beigel. zu 8) alles dafür tun werde, dass ihr Vertragsarztsitz auch nach Ablauf der Erprobungsphase zukünftig in der Praxis der Klägerin verbleibe. Zum Juni 2011 schied die Beigel. zu 8) aus und verlegte den Vertragsarztsitz. Ende März 2013 verzichtete sie auf ihre Zulassung zugunsten einer Anstellung bei Dr. G. Gegen die Genehmigung hat die Kl. ohne Erfolg Klage erhoben (*SG Nürnberg*, Gerichtsbb. v. 04.02.2014 - S 1 KA 17/13 -, Berufungsverfahren L 12 KA 43/14). Die Kl. wandte sich auch gegen die Feststellung über das Ende der Zulassung der Beigel. zu 8). *SG Nürnberg*, Gerichtsbb. v. 04.02.2014 - S 1 KA 18/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

8. Kein Feststellungsinteresse gegenüber Zulassungsgremien bei Ermächtigung kraft Gesetzes

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.01.2015 - L 11 KA 109/13
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 118 II; SGG § 55

RID 15-03-61

Die Ermächtigung nach § 118 II SGB V besteht kraft Gesetzes. Ein Interesse festzustellen, dass eine solche Ermächtigung - von Gesetzes wegen - besteht, könnte allenfalls hinsichtlich der Frage bestehen, ob ein Krankenhaus gegenüber der KV abrechnen kann. Denn es dürfte ihm unzumutbar sein, vorzuleisten und erst im Rahmen eines Abrechnungsstreits eine Klärung über das Bestehen der gesetzlichen Ermächtigung herbeizuführen. Dies verleiht jedoch kein **Feststellungsinteresse** gegenüber dem Berufungsausschuss. Hat das Krankenhaus Zweifel am Bestehen der gesetzlichen Ermächtigung nach § 118 II SGB V, bleibt ihm nur, sich an die sachlich zuständige und daher im Prozess allein passiv-legitimierte KV zu wenden. Der Berufungsausschuss hingegen ist „absolut unzuständig“. Solange die sachlich zuständige Ausgangsbehörde nicht über den erhobenen

Feststellungsantrag entschieden hat, besteht (außer bei rechtswidriger Untätigkeit der Behörde) kein berechtigtes Interesse an einer gerichtlichen Feststellung.

Die Kl. ist Trägerin des Klinikums, das in den Krankenhausplan aufgenommen wurde mit den Abteilungen Chirurgie mit 137 Betten, Innere Medizin mit 153 Betten, Neurologie mit 37 Betten, Orthopädie mit 37 Betten und Urologie mit 33 Betten. Eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychiatrie wurde nicht genehmigt. Die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde ausgewiesen. In dieser Tagesklinik stehen zwölf Behandlungsplätze für Kinder und Jugendliche im Alter von 5-17 Jahren zur Verfügung. Die Kl. beantragte erfolglos eine Institutsermächtigung für die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. **SG Münster**, Urt. v. 07.10.2013 - S 2 KA 13/12 - stellte antragsgemäß fest, dass die Kl. gemäß § 118 II 1 SGB V als Allgemeinkrankenhaus zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der im Vertrag gemäß § 118 II 2 SGB V geregelten Gruppe von Kranken ermächtigt ist. Das **LSG** wies die Klage ab.

9. Gebühren

a) Mitgliederwechsel in Berufsausübungsgemeinschaft

SG Potsdam, Urteil v. 25.03.2015 - S 1 KA 58/12
(Zahn-)Ärzte-ZV § 46 Ic

RID 15-03-62

Bei dem Antrag einer aus sechs Zahnärzten bestehenden **Berufsausübungsgemeinschaft** auf Genehmigung des Ausscheidens einer Zahnärztin bei Neuaufnahme einer anderen Zahnärztin handelt es sich um einen Antrag i.S.d. § 46 I Buchst. c Zahnärzte-ZV und wird nur **eine Gebühr** fällig.

Das **SG** verpflichtete den Bekl. zur Neubescheidung.

b) Keine Leistungsklage zur Einziehung einer Antragsgebühr

SG Karlsruhe, Gerichtsbescheid v. 09.03.2015 - S 4 KA 853/15

RID 15-03-63

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 96; SGG § 54 V

Eine echte **Leistungsklage** ist unzulässig, wenn der Kläger die Möglichkeit hat, die streitgegenständliche Forderung durch einen **Verwaltungsakt** (§ 31 SGB X) festzusetzen. Denn dann ist er in der Lage, die Forderung selbst zu titulieren und nach Eintritt der Bestandskraft aus diesem Bescheid zu vollstrecken, so dass die Einschaltung des Gerichts nicht erforderlich ist. Der **Zulassungsausschuss** hat die Befugnis zur Geltendmachung einer Antragsgebühr durch Verwaltungsakt bereits nach § 46 I 1 Buchst. b Ärzte-ZV. Für eine Leistungsklage fehlt es daher am Rechtsschutzbedürfnis.

Über **gebührenpflichtige Anträge** wird erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt; wird die Gebühr nach Anforderung nicht innerhalb der gesetzten Frist eingezahlt, so gilt der Antrag als zurückgenommen, es sei denn, der Vorsitzende stundet die Gebühr (§ 38 Satz 1 und 2 Ärzte-ZV).

Der bekl. Arzt für Orthopädie war seit 1981 zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen. Der kl. Zulassungsausschuss (ZA) entzog ihm im Nov. 2006 die vertragsärztliche Zulassung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Rechtsmittel blieben ohne Erfolg (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.10.2010 - L 5 KA 2155/09 - RID 11-01-55). Im Februar 2011 beantragte der Bekl. die Ausschreibung seines Vertragsarztsitzes. Die hierfür angeforderte Gebühr in Höhe von 100 € leistete er nicht. Der ZA lehnte den Antrag ab, wogegen der Bekl. Widerspruch einlegte. Der Berufungsausschuss wies ihn darauf hin, dass aufgrund der Nichtentrichtung der Widerspruchsgebühr der Widerspruch als zurückgenommen gelte. Der ZA erwirkte hinsichtlich der Antragsgebühr zunächst einen Mahnbescheid und einen Vollstreckungsbescheid, gegen den der Bekl. Einspruch einlegte. Das **SG** wies die Klage ab.

VI. Gesamtvergütung/HzV-Vertrag/GBA

Nach BSG, Urt. v. 13.05.2015 - **B 6 KA 14/14 R** - war der GBA berechtigt, Jacutin® Pedicul Fluid aus der Liste der verordnungsfähigen Medizinprodukte (Anlage V AM-RL) zu streichen, ohne hierbei an die Vorgaben der §§ 45, 48 SGB X gebunden zu sein. Die **Aufnahme in die Liste wie auch die Streichung** aus dieser stellt einen **Akt der Normsetzung** durch den GBA dar. Hieran ändert auch der Anspruch des pharmazeutischen Unternehmers aus § 34 VI SGB V nichts, dass sowohl über die Aufnahme als auch über die Streichung durch **Verwaltungsakt** entschieden wird. Aus der Verzahnung von Verwaltungsverfahren und Normsetzung ergeben sich Auswirkungen auf die Anwendung des Verfahrensrechts: Da sich die für die Verordnungsfähigkeit des Medizinprodukts maßgeblichen Rechtsfolgen gegenüber Ärzten und Versicherten aus der AM-RL ergeben, enthält der dem Hersteller zu erteilende **Bescheid** allein die Zusage des GBA, das jeweilige Produkt in die AM-RL aufzunehmen. Mit der entsprechenden Änderung der AM-RL hat sich der Bescheid erledigt, sodass es im Falle einer späteren Herausnahme des Medizinprodukts aus der Liste keiner Aufhebung des „Aufnahmebescheides“ und damit auch keiner Beachtung der Voraussetzungen der §§ 45, 48 SGB X bedarf. Für die Entscheidung des GBA, ein bereits in die Liste aufgenommenes Medizinprodukt nachträglich wieder herauszunehmen, gelten allein die allgemeinen **Grundsätze für die Änderung von Normen**. Maßgeblich für die Entscheidung, ob ein Medizinprodukt ausnahmsweise zu Lasten der GKV verordnet werden darf, ist u.a., dass eine andere, zweckmäßigere Behandlungsmöglichkeit nicht verfügbar ist. In Bezug auf die Zweckmäßigkeit darf der GBA nach der Evidenzklasse der Studien differenzieren, die dazu vorliegen. Dementsprechend durfte der GBA seine Entscheidung, Jacutin® Pedicul Fluid ungeachtet des Fehlens von Studien der höchsten Evidenzklasse mangels Versorgungsalternativen in die Liste aufzunehmen, korrigieren, nachdem weitere Medizinprodukte zur Behandlung des Kopflausbefalls in die Liste aufgenommen worden waren, deren Nutzen und Zweckmäßigkeit durch Studien höherer Evidenz belegt ist. Nach BSG, Urt. v. 13.05.2015 - **B 6 KA 20/14 R** - hat sich die **Vergütung der Leistungen eines Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ)** zunächst am Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 I SGB V) zu orientieren. Eine mögliche Ausnahme kann sich aus § 120 II 3 SGB V ergeben, wonach die Vergütung eines SPZ dessen Leistungsfähigkeit bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten muss. Wenn dies nur mit einer bestimmten Erhöhung der Vergütung erreicht werden kann, kann auch eine höhere Anpassung gerechtfertigt sein. Für die Festsetzung der Pauschalen zur Vergütung von SPZ gelten die Grundsätze, die das BSG für die Festsetzung der Vergütung von Pflegeheimen entwickelt hat. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob die von der Einrichtung prognostizierten Gestehungskosten für den jeweiligen Zeitraum plausibel dargelegt sind und/oder ob Wirtschaftlichkeitsreserven erkennbar sind. Eine Erhöhung der zuvor vereinbarten Vergütung über die Veränderungsrate der Grundlohnsomme hinaus bedarf einer besonderen Rechtfertigung. Hinsichtlich des im Rahmen des zweiten Prüfungsschritts vorzunehmenden externen Vergleichs ist es grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass die Bekl. sich auf die SPZ in Westfalen-Lippe beschränkt hat. Sofern sich in diesem Bereich nach Ausstattung und Behandlungsspektrum vergleichbare Einrichtungen finden, ist es sinnvoll, zunächst auf SPZ im regionalen Umfeld abzustellen. 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. Gesamtvergütung

a) Integrierte Versorgung

aa) Managementgesellschaft als Kooperationspartner

LSG Hamburg, Urteil v. 20.05.2015 - L 5 KA 1/14

RID 15-03-64

Revision anhängig: B 6 KA 22/15 R

juris

SGB V §§ 27, 85, 87 I, 140a, 140b, 140c, 140d, 295 II

Die **Verjährung** eines Anspruchs auf Zahlung der Gesamtvergütung richtet sich in erster Linie nach dem Gesamtvertrag. Enthält dieser dazu keine einschlägige Bestimmung, verjährt der Anspruch in vier Jahren nach Ende des Kalenderjahres, in dem er entstanden ist.

Managementgesellschaften, die eine medizinische Versorgung durch dazu berechnete Leistungserbringer anbieten, kommen als taugliche Vertragspartner im Sinne von § 140a I 1 Nr. 4 SGB V in Betracht. Dies ist allerdings im Einzelfall davon abhängig, ob sie die integrierte Versorgung von Versicherten selbst anbieten oder ob es hierzu erst eines zukünftigen Beitritts (ärztlicher) Leistungserbringer bedarf. Selbst anbieten in diesem Sinne kann die Managementgesellschaft die medizinische Versorgung nur dann, wenn **zugelassene Leistungserbringer** (die entweder identifiziert oder aber anhand offensichtlicher Kriterien bestimmbar sind) ihr gegenüber **ohne weiteres zur Behandlung** der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten **verpflichtet** sind. Dazu müssen die teilnehmenden Leistungserbringer über eine Teilnahmeerklärung vertraglich eingebunden sein. Ein - etwa über Berufsverbände vermitteltes - allgemeines Tätigwerden der Managementgesellschaft für bestimmte Gruppen von Ärzten oder Krankenhäusern genügt nicht. Auch wenn kein Vertrag zwischen der Krankenkasse und dem Arzt oder Krankenhaus besteht, muss sich aus dem Vertrag zwischen Krankenkasse und Managementgesellschaft doch klar ergeben, welche

konkreten medizinischen Versorger verpflichtet sind, im Einzelfall für die Managementgesellschaft im Bereich der integrierten Versorgung tätig zu werden. Diesen Anforderungen genügen weder allgemeine Verweisungen auf geeignete Ärzte, Krankenhäuser etc. noch die reine Möglichkeit eines - ohnehin an § 140b V SGB V zu messenden - Beitritts durch Ärzte oder Krankenhäuser.

Eine Krankenkasse kann sich im Streit um die Berechtigung zum Einbehalt nach § 140d SGB V a.F. darauf berufen, die konkret erfolgten Einbehalte seien bereits unter Zugrundelegung bestimmter einzelner Verträge gerechtfertigt gewesen - vorausgesetzt, es handelt sich um wirksame Verträge über die integrierte Versorgung und die **gemeldeten Abzugsquoten decken den konkret einbehaltenen Betrag** (vgl. LSG Hamburg, Urt. v. 20.05.2015 - L 5 KA 60/13 - RID 15-03-65). Wenn sich die Krankenkasse hingegen darauf beruft, die einbehaltenen Beträge seien **über die vertragsspezifische Abzugsquote hinaus auf einen bestimmten Vertrag verwandt worden**, macht sie für den betroffenen Vertrag nachträglich eine höhere als die gemeldete Abzugsquote geltend und weicht damit von ihren Angaben gegenüber der gemeinsamen Registrierungsstelle ab.

Streitig ist, ob die Bekl. für die Quartale I/04 bis einschließlich IV/08 Teile der Gesamtvergütung für die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung einbehalten durfte. **SG Hamburg**, Urt. v. 11.12. 2013 - S 3 KA 173/08 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von insgesamt 3.502.763,77 € zzgl. Zinsen, das LSG verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 2.304.829,87 € zzgl. Zinsen.

bb) Anschubfinanzierung: Keine Pflicht zur Rechnungslegung

LSG Hamburg, Urteil v. 20.05.2015 - L 5 KA 60/13

RID 15-03-65

Revision anhängig: B 6 KA 23/15 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 85 I, II 1, 140a ff., 140a I 1, 140d I

Aus § 140d I 8 i.V.m. Satz 4 SGB V a.F. ergibt sich nicht, dass Krankenkassen verpflichtet gewesen wären, alle Geldmittel, die sie im Wege des § 140d I 1 SGB V a.F. einbehalten hatten, an die KVen auszuzahlen, wenn sie deren **Verwendung** nicht bis zum 31.03.2009 **dargetan** hatten.

Einen Anspruch aus § 85 I, II 1 HS 1 SGB V i.V.m. dem Gesamtvertrag (wegen „unzureichender IV-Verträge“) hat die Kl. deswegen nicht, weil 1. entsprechende Ansprüche für alle Quartale vor dem 01.04.2008 **verjährt** sind und 2. die Bekl. sich für die drei übrigen Quartale zu Recht darauf berufen hat, dass bereits der **Vertrag X** die Einbehalte in der erfolgten Höhe gerechtfertigt hat.

Nach wohl überwiegendem Verständnis richtet sich die **Verjährung** des Anspruchs auf Zahlung der Gesamtvergütung in erster Linie nach dem Gesamtvertrag. Wo dieser keine einschlägige Bestimmung enthält, verjährt der Anspruch in vier Jahren nach Ende des Kalenderjahrs, in dem er entstanden ist.

SG Hamburg, Urt. v. 17.07.2013 - S 27 KA 112/10 - RID 13-04-47 verurteilte die bekl. Krankenkasse zur Zahlung von 154.534,88 € nebst Zinsen unter Zugrundelegung der Fälligkeitszeitpunkte für die monatsweisen Abschlagszahlungen, das **LSG** wies die Klage ab.

b) Aufrechnung der Gesamtvergütung mit Richtgrößenregress

SG Potsdam, Urteil v. 18.02.2015 - S 1 KA 46/14

RID 15-03-66

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 15/15 R

juris

SGB V §§ 82 I, 106

Eine **Krankenkasse** ist berechtigt, den gegenüber einem einzelnen Vertragsarzt festgestellten Regress aus einer Richtgrößenprüfung von der Gesamtvergütung auch dann **einzubehalten**, wenn es der betreffenden KV nicht mehr möglich ist, den auf sie übergegangenen Anspruch gegen den Vertragsarzt geltend zu machen. Sie darf die von einer KV aufgrund bundesmantelvertraglicher Bestimmungen angebotene **Abtretungserklärung** ablehnen.

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

c) Fremdkassenzahlungsausgleich

aa) Eindeutige Verständigung über Wohnsitzausländer erforderlich

LSG Hamburg, Urteil v. 01.04.2015 - L 5 KA 58/13

RID 15-03-67

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 38/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 83 I 1, 85 I u. II 1

Die Krankenkassen können an sich kein Interesse daran haben, dass auch ihre **im Ausland lebenden Versicherten** in die **Berechnung der Gesamtvergütung** einbezogen werden sollen. Die Kassen waren und sind z.B. nach der Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, EGV 883/2004, in vielen, wenn nicht sogar den meisten Fällen verpflichtet, Leistungen direkt an diesen Personenkreis zu erbringen, die nur in wenigen Fällen Leistungen in Deutschland in Anspruch nehmen dürften. Gerade deshalb ist eine **eindeutige Verständigung** erforderlich. Dafür spricht zudem, dass als Folge der Einführung des Wohnortprinzips im Rahmen der Vergütungsverträge für jede Krankenkasse, deren Versicherte im Bezirk der jeweiligen KV wohnen, eine Gesamtvergütung vereinbart werden muss.

Die Beteiligten streiten, inwieweit Wohnsitzausländer bei der Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die kl. KV zu berücksichtigen sind (Quartale I/09-IV/12). **SG Hamburg**, Urt. v. 17.07.2013 - S 27 KA 56/11 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung der restlichen Gesamtvergütung für die Abrechnungsquartale ab I/09 nebst Zinsen, das **LSG** wies die Klage ab.

bb) FKZ-RL rechtmäßig/Feststellungsklage

SG Berlin, Urteil v. 28.01.2015 - S 22 KA 195/10

RID 15-03-68

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 27/15 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 75 VII 1 Nr. 2, 87a III 1 u. 2

Leitsatz: 1. Die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens (**Fremdkassenzahlungsausgleich**) mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (FKZ-RL) können von den Kassenärztlichen Vereinigungen zum Gegenstand einer **Feststellungsklage** vor den Sozialgerichten gemacht werden.

2. Die **FKZ-RL** in der Fassung vom 19.1.2010 (Version 1.05) und vom 28.7.2011 (Version 1.06) verstoßen nicht gegen **höherrangiges Recht**.

3. Die §§ 75 Abs. 7a S. 1, 87a Abs. 3a S. 1 SGB V i.d.F. des GKV-WSG schließen eine Regelung in der FKZ-RL nicht aus, nach der die in der in der Leistungserbringer-KV erbrachten Leistungen von der **Wohnort-KV** im Hinblick auf die vereinbarte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nur **quotiert** vergütet werden.

4. Das in Kraft setzen der FKZ-RL in der Fassung vom 19.01.2010 zum 1. Januar 2009 stellt einen Fall der zulässigen unechten **Rückwirkung** dar.

Das **SG** wies die Klage verschiedener KVen gegen die KBV ab.

2. Hausarztzentrierte Versorgung

a) Kein Vergütungsanspruch gegen KV nach deren Teilnahmeende (AG Vertragskoordination)

SG Marburg, Urteil v. 03.06.2015 - S 12 KA 215/14

RID 15-03-69

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 26/15 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 73b

Leitsatz: Eine Kassenärztliche Vereinigung (KV) kann nicht zu einem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V zwischen der Knappschaft und der **Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung** verpflichtet werden. Beendet die KV ihre Teilnahme, so besteht ihr gegenüber weder ein Vergütungs- noch Abrechnungsanspruch eines Vertragsarztes.

Das **SG** wies die Klage ab.

b) HzV-Vertrag setzt eindeutig bestimmte oder bestimmbare Gegenleistung voraus

SG München, Beschluss v. 24.06.2015 - S 21 KA 620/15 ER

RID 15-03-70

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 73b

Ein **HzV-Vertrag** ist unwirksam, wenn zu der festgesetzten Vergütung keine eindeutig bestimmte oder bestimmbare **Gegenleistung** festgesetzt ist.

Das **SG** stellte im Wege der Einstweiligen Anordnung fest, dass zwischen der Ast. und dem Ag., der AOK Bayern und dem Bayerischen Hausärzteverband e.V., mangels Festsetzung der wesentlichen Vertragsinhalte, insb. des Anhangs 1 zu Anlage 3 zum Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung vom 19.12.2014, ab 01.04.2015 ein gültiger Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V nicht besteht, zu dessen Umsetzung die Ast. verpflichtet wäre. Die mit Teilschiedsspruch vom 05.05.2014 angeordnete weitere Anwendung der Regelungen des durch Schiedsspruch vom 09.03.2012 festgesetzten und zum 30.06.2014 gekündigten Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung bleibt davon unberührt.

3. GBA: Verordnungsausschluss für Otologika

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.05.2015 - L 7 KA 33/12 KL WA

RID 15-03-71

Revision anhängig: B 6 KA 25/15 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 73 VIII, 92 I 1; AMRL Anl. 3 Nr. 38

Leitsatz: 1. Die Änderung oder der **Wegfall der Ermächtigungsgrundlage** einer untergesetzlichen Norm berühren nicht per se deren Rechtswirksamkeit; so werden auch die Detailregelungen der Arzneimittel-Richtlinien nicht durch jede Korrektur des Gesetzgebers am Wortlaut der Ermächtigungsnorm gegenstandslos.

2. Die **ATC-Klassifikation** eines Arzneimittels nach § 73 Abs. 8 SGB V entfaltet rechtliche Bindungswirkung für seine begriffliche Einordnung (hier: oral zu verabreichendes Otovowen® als „Otologikum“).

3. Die **arzneimittelrechtliche Zulassung** eines Arzneimittels folgt anderen Erfordernissen als seine krankensicherungsrechtliche **Nutzenbewertung**.

Die Beteiligten streiten über die Verordnungsfähigkeit des nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels Otovowen® für versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Anwendungsgebiet von Otovowen® ist laut der Fachinformation (Stand 08/2012) wie folgt umschrieben: „Die Anwendungsgebiete leiten sich von den homöopathischen Arzneimittelbildern ab, dazu gehört: Besserung der Beschwerden bei Mittelohrentzündung, Schnupfen.“ Otovowen® ist in flüssiger Tropfenform oral einzunehmen. Das **LSG** wies die Klage des pharmazeutischen Unternehmens ab.

VII. Verfahrensrecht/Streitwert/EHV KV Hessen

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. Voraussetzung einer Wiederaufnahmeklage

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 06.05.2015 - L 11 KA 75/13 WA

RID 15-03-72

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG § 179; ZPO §§ 579, 580, 581, 586 I

Wird ein **Wiederaufnahmegrund** nicht schlüssig behauptet, ist die Klage nicht zulässig.

Ein Wiederaufnahmeantrag muss binnen der einmonatigen **Notfrist** i.S.d. § 586 I ZPO erhoben werden, deren Lauf mit dem Tag der Kenntnis von dem Anfechtungsgrund beginnt (§ 586 II ZPO).

Das **LSG** verwarf die Wiederaufnahmeklage des Kl. als unzulässig.

2. Streitwert: Untätigkeitsklage

SG Hannover, Gerichtsbescheid v. 22.12.2014 - S 20 KA 600/12

RID 15-03-73

juris
SGB V § 106; SGG § 88; GKG §§ 47 I 1, 52 I

Im Fall einer **Untätigkeitsklage** ist ein Viertel des in der Hauptsache betroffenen Wertes anzusetzen (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 31.07.2013 - L 3 KA 29/12 - RID 14-01-40).

Das *SG* verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch des Kl., vom 19.10.2007 gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses Niedersachsen vom 16.10.2007 zu entscheiden. Den Streitwert setzte es auf 2.766,88 € fest.

3. Beschwerdefrist gegen Streitwertbeschluss

LSG Hamburg, Beschluss v. 15.06.2015 - L 5 KA 6/15 B

RID 15-03-74

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
GKG § 68

Nach § 68 I 3 GKG ist die **Beschwerde** gegen den Beschluss, durch den der Wert für die Gerichtsgebühren festgesetzt worden ist, innerhalb von sechs Monaten einzulegen, nachdem die Entscheidung in der Hauptsache Rechtskraft erlangt oder das Verfahren sich anderweitig erledigt hat; ist der Streitwert später als einen Monat vor Ablauf dieser Frist festgesetzt worden, kann die Beschwerde gemäß § 68 Abs. 1 Satz 3 letzter Satzteil GKG noch **innerhalb eines Monats nach Zustellung oder formloser Mitteilung des Festsetzungsbeschlusses** eingelegt werden.

Ein **Rechtsanwalt**, dem eine Akte nach Ablauf einer Vorfrist zur Bearbeitung vorgelegt wird, hat – spätestens am Tag nach der Vorlage und unabhängig von der inhaltlichen Bearbeitung der Sache – **eigenverantwortlich zu prüfen**, ob das Ende einer ggf. laufenden Rechtsmittelfrist richtig ermittelt und eingetragen worden ist

Das *LSG* verwarf die Beschwerde gegen *SG Hamburg*, Beschl. v. 28.10.2014 - S 27 KA 99/14 - wegen Verfristung als unzulässig.

4. EHV KV Hessen: Teilnahme und Versorgungsausgleich/Mitteilung der Rechtskraft

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 18.05.2015 - S 12 KA 10/15

RID 15-03-75

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Grundsätze der EHV der KV Hessen in der ab 01.07.2012 gültigen Fassung (GEHV)

Leitsatz: § 9 Abs. 2f GEHV steht einem Anspruch auf Teilnahme an der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) nicht entgegen, wenn die **Mitteilung der Rechtskraft** erst im strittigen Monat eingeht, das **ausgleichspflichtige Mitglied** der KVH selbst aber noch nicht an der EHV teilnimmt.

Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kl. bereits ab 01.06.2014 an der EHV in gesetzlicher Höhe zu beteiligen.

VIII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Honorarkürzung nach § 95d SGB V

BSG, Beschluss v. 13.05.2015 - B 6 KA 50/14 B

RID 15-03-76

BeckRS 2015, 69536

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Thüringen*, Urt. v. 10.07.2014 - L 11 KA 1292/13 - wird zurückgewiesen.

Nach der Senatsrspr. ist der **Honoraranspruch des Vertragsarztes** mit der Erbringung der Leistung noch nicht konkret bestimmt, sondern wird erst durch den auf der Grundlage des Honorarverteilungsmaßstabs bzw. -vertrages zu erteilenden **Honorarbescheid** konkretisiert. Gibt das Gesetz - wie durch § 95d III 3 SGB V bei **Nichterfüllung der Fortbildungspflicht** - vor, dass das an den Vertragsarzt zu zahlende Honorar aus vertragsärztlicher Tätigkeit zwingend zu kürzen ist, wird der Vergütungsanspruch von vornherein nur in entsprechend **verminderter Höhe** „konkretisiert“ und nicht nachträglich vermindert. So gesehen betrifft § 95d III 3 SGB V im Ergebnis allein die Verdienstchancen des Vertragsarztes, deren Erhaltung weder aus Art. 12 I GG noch aus Art. 14 I GG abgeleitet werden kann. Selbst wenn von einem Eingriff auszugehen wäre, wäre dieser jedenfalls

verhältnismäßig, weil die in § 95d III 3 SGB V normierten Sanktionen zur Durchsetzung der Fortbildungspflicht als Maßnahmen der Qualitätssicherung zur Aufrechterhaltung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung und damit eines hohen Gemeinschaftsgutes erforderlich ist (§ hierzu BSG, Urt. v. 11.02.2015 - B 6 KA 19/14 R - juris).

Eine **Ungleichbehandlung von Vertragsärzten** und den in § 137 III Nr. 1 SGB V angesprochenen **Fachärzten an zugelassenen Krankenhäusern** hinsichtlich der Sanktionierung von Verletzungen der Fortbildungspflicht ist sachlich gerechtfertigt. Auf Verletzungen der ärztlichen Fortbildungspflicht kann der Bundesgesetzgeber durch gesetzliche Regelungen reagieren, die er auf der Basis seiner Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung (Art. 74 I Nr. 12 GG) erlassen darf (BSG, Urt. v. 11.02.2015 - B 6 KA 19/14 R - juris). Das Kompetenzgeflecht für das Krankenhauswesen ist sehr viel differenzierter, und auch die Erbringung von Krankenhausleistungen durch eine Vielzahl von Ärzten schließt eine unmittelbare Übertragung der Kürzungsregelung auf Krankenhausleistungen von vornherein aus.

Parallelverfahren:

BSG, Beschluss v. 13.05.2015 - B 6 KA 53/14 B

RID 15-03-77

BeckRS 2015, 69538

2. Komplexeleistung für Betreuung einer Schwangeren (Nr. 01770 EBM)

BSG, Urteil v. 11.02.2015 - B 6 KA 15/14 R

RID 15-03-78

SozR 4-2500 § 106a Nr. 13 = NZS 2015, 433

Leitsatz: Die **Komplexeleistung** für die **Betreuung einer Schwangeren** nach Nr. 01770 EBM-Ä 2005 kann auch dann nur von **einem Vertragsarzt im Quartal** berechnet werden, wenn ein später in Anspruch genommener Arzt dieselbe Leistung erneut erbringt, ohne zu wissen, dass sie schon erbracht worden war.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 11.02.2015 - B 6 KA 10/14 R

RID 15-03-79

juris

3. Arzneikostenregress: Neuregelung „Beratung vor Regress“/Begründung von Praxisbesonderheiten

BSG, Urteil v. 22.10.2014 - B 6 KA 8/14 R

RID 15-03-80

SozR 4-2500 § 106 Nr. 49 = GesR 2015, 234

Leitsatz: Haben die Prüfungsgremien in der Vergangenheit **Praxisbesonderheiten** anerkannt und **ändern** sie ihre diesbezügliche **Spruchpraxis** für spätere Zeiträume, müssen sie dies in einer für die betroffenen Vertragsärzte nachvollziehbaren Weise begründen.

4. Zulassungsrecht

a) BVerfG: Zulassungsentziehung MVZ und einstweiliger Rechtsschutz/Folgenabwägung

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 22.06.2015 - 1 BvR 1326/15

RID 15-03-81

juris

SGB V § 95 VI; BVerfGG §§ 32, 93d II

Die Vollziehung **BSG**, Urt. v. 13.05.2015 - B 6 KA 25/14 R - wird bis zur Entscheidung über die Verfassungsbeschwerde, längstens für die Dauer von sechs Monaten, vorläufig ausgesetzt.

Erginge die einstweilige Anordnung nicht, erwiese sich die Verfassungsbeschwerde später aber als begründet, so entstünden der Bf. durch den **Vollzug der Zulassungsentziehung** schon jetzt schwere und kaum reparable berufliche und wirtschaftliche Nachteile. Seit Verkündung der angegriffenen Entscheidung ist der Bf. die Versorgung gesetzlich versicherter Patienten im Rahmen des von ihr betriebenen MVZ nicht mehr erlaubt, weil die Wirkungen des fachgerichtlichen Eilrechtsschutzes damit entfallen sind. Blicke dieser Zustand die nächste Zeit aufrechterhalten, ist davon auszugehen,

dass die Bf. angesichts der monatlichen Fixkosten das MVZ aufgeben und ihren angestellten Ärzten und Mitarbeitern kündigen müsste. Zwar ist der Vortrag der Bf. insoweit wenig konkret, insbesondere fehlen Angaben zur Anzahl privat versicherter Patienten und den finanziellen Reserven der Bf. Allerdings ist zumindest davon auszugehen, dass sie ihren Patientenstamm unter den gesetzlich Krankenversicherten und damit den größten Teil ihrer Einnahmen verlieren würde. Diese die Existenz des MVZ bedrohende Konsequenz wäre bei einem späteren Erfolg der Verfassungsbeschwerde praktisch kaum noch rückgängig zu machen.

Erginge die einstweilige Anordnung, hätte die Verfassungsbeschwerde später aber keinen Erfolg, könnte die Bf. ihr MVZ - wie schon bis zur Verkündung der angegriffenen Entscheidung - zunächst weiter betreiben. Dafür, dass den dort versorgten Patienten durch den weiteren Betrieb Gefahren drohten, ist nichts erkennbar. Solche Auswirkungen des Weiterbetriebs haben auch die Fachgerichte im Eilrechtsschutzverfahren nicht gesehen. Zudem ist das beanstandete Fehlverhalten der Bf. abgeschlossen und liegt bereits über fünf Jahre zurück. Die Wahrscheinlichkeit, dass es zu erneuten Pflichtverletzungen kommen könnte, ist daher eher gering.

b) Fortgeltung einer Bedingung nach Zurückweisung eines Widerspruchs

BSG, Beschluss v. 12.05.2015 - B 6 KA 54/14 B

RID 15-03-82

BeckRS 2015, 69315

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 23.07.2014 - L 12 KA 186/13 - RID 15-01-50 wird verworfen.

Der **Berufungsausschuss**, der die Entscheidung des Zulassungsausschusses bestätigt, ist nicht verpflichtet, dessen Verfügungssatz wörtlich zu wiederholen. Der **Verfügungssatz „Der Widerspruch wird zurückgewiesen“** ist nicht zu beanstanden (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 22.10.2014 - B 6 KA 36/13 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 28, juris Rn. 12). Dem steht nicht entgegen, dass der Bescheid des Berufungsausschusses Gegenstand des Gerichtsverfahrens wird.

Bei der Frage, ob die **Zurückweisung eines Widerspruchs** gegen eine Zulassung unter der **Bedingung**, dass eine Übergabe zwischen der Erbgemeinschaft und dem zugelassenen Bewerber zu Stande kommt, die Aufhebung der Bedingung beinhaltet, handelt es sich um eine **nicht reversible Auslegung** des Bescheids.

5. Aufnahme in die OTC-Liste: Homöopathische Arzneimittel

BSG, Urteil v. 22.10.2014 - B 6 KA 34/13 R

RID 15-03-83

BSGE = SozR 4-2500 § 34 Nr. 16

Leitsatz: Eine über den Grundsatz der Binnenanerkennung hinausgehende Privilegierung **homöopathischer Arzneimittel** bei der Aufnahme eines Arzneimittels in die OTC-Übersicht ist nicht geboten.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 22.10.2014 - B 6 KA 35/13 R

RID 15-03-84

juris

6. Gegenstandswert bei Arzneikostenregress: Widerspruch einer Krankenkasse

BSG, Beschluss v. 25.03.2015 - B 6 KA 48/14 B

RID 15-03-85

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 12.09.2014 - L 24 KA 48/13 - RID 14-04-62 wird zurückgewiesen.

Die Wirkung des **Widerspruchs**, den eine **Krankenkasse** oder ein Krankenkassenverband eingelegt hat, beschränkt sich grundsätzlich nicht auf einen Bruchteil am Gesamtregress, der der entsprechenden Kasse zugeordnet werden kann. Vielmehr wirkt der Widerspruch auch zugunsten der übrigen Beteiligten und verhindert insgesamt den Eintritt der Bestandskraft. Damit wäre es kaum zu vereinbaren, wenn die Höhe des Gegenstandswerts davon abhängig gemacht würde, mit welchem Anteil sich der Regress auf die widerspruchsführenden Krankenkassen auswirken könnte.

Der **Beschwerdeausschuss** kann den **Gegenstandswert** nicht bindend festsetzen. Es handelt sich dabei nur um einen Berechnungsfaktor für die Kostenfestsetzung, der der uneingeschränkten

gerichtlichen Prüfung unterliegt. Die Bestimmung des Gegenstandswerts richtet sich im gerichtlichen und im außergerichtlichen Verfahren nach denselben Regeln.

Für die **Bemessung des Gegenstandswerts** ist nicht allein auf die Einlegung des Widerspruchs durch den Arzt abzustellen, sondern es sind auch **Widersprüche anderer** (hier: der Krankenkassen) zu berücksichtigen. Ein - wie auch immer zu bemessender - fiktiver Höchstbetrag eines Regresses ist für die Bemessung des Gegenstandswertes nicht maßgebend. Ausschlaggebend bleibt nach § 52 I GKG grundsätzlich der **Inhalt des Antrags**. Soweit zum Ausdruck gebrachte Begehren keine genügenden Anhaltspunkte für die Bestimmung des Gegenstandswerts bietet, ist dieser entsprechend § 52 II GKG in Höhe des **Auffangwerts** von 5000 € festzusetzen. Der sich aus dem Widerspruch des Arztes ergebende Wert ist dann um den Auffangwert zu erhöhen.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. (Zahn-)Ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 08.09.2015 - **B I KR 22/14 R** - gehören **Zuwendungen Angehöriger zu ungedeckten Heimunterbringungskosten** zu den **Bruttoeinnahmen** des Versicherten zum Lebensunterhalt i.S. von § 55 II SGB V. Nach BSG, Urt. v. 12.09.2015 - **B I KR 15/14 R** - ist die Polkörperdiagnostik (Präimplantationsdiagnostik) weder Krankenbehandlung noch Teil der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung. Die Diagnostik soll nicht den Gendefekt behandeln, der bei männlichen Nachkommen die Muskeldystrophie vom Typ Duchenne verursacht. Sie soll vielmehr die Verwerfung solcher befruchteter Eizellen im vorembryonalen Stadium (Vorkernstadium) ermöglichen, die zu Trägern der Krankheit werden können, um zukünftiges Leiden eigenständiger Lebewesen zu vermeiden. Nach BSG, Urt. v. 08.07.2015 - **B 3 KR 5/14 R** - hat die Krankenkasse, wenn ein **Hilfsmittel** als untrennbarer Bestandteil einer vertragsärztlichen **Behandlungs- oder Untersuchungsmethode** eingesetzt wird, die Kosten hierfür grundsätzlich erst zu übernehmen, wenn der **GBA die Methode positiv bewertet** hat. Der Gesetzgeber hat im Hinblick auf die Sicherung von Nutzen und Wirtschaftlichkeit von Behandlungsmethoden das Prüfungsverfahren bei dem GBA vorgeschaltet. Eine Bewertung durch den GBA ist auch bezüglich bereits anerkannter oder zugelassener Methoden erforderlich, wenn diese im Hinblick auf ihre diagnostische bzw. therapeutische Wirkungsweise, mögliche Risiken und/oder Wirtschaftlichkeitsaspekte eine **wesentliche Änderung oder Erweiterung** erfahren. Das „**Continuous Glucosemonitoring System**“ (**CGMS**) basiert auf einer **neuen Untersuchungs-/Behandlungsmethode**. Die kontinuierliche Messung des Zuckergehalts im Unterhautfettgewebe unterscheidet sich im Hinblick auf die diagnostische Vorgehensweise sowie mögliche Risiken und Aspekte der Wirtschaftlichkeit erheblich von der herkömmlichen Blutzuckermessung und stellt daher eine „neue“, bisher nicht anerkannte Untersuchungsmethode dar. Solange der GBA hierzu keine positive Empfehlung abgegeben hat, besteht kein Anspruch auf Versorgung mit den Hilfsmitteln, die für die kontinuierliche Blutzuckerbestimmung erforderlich sind. Eine abschließende Bewertung des GBA dürfte wegen des bereits abgeschlossenen Bewertungsverfahrens beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) in einigen Monaten vorliegen, erlangt dann aber **keine Rückwirkung**. Nach BSG, Urt. v. 18.11.2014 - **B I KR 19/13 R** - SozR 4-2500 § 27 Nr. 26 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) Tumorspezifische Immuntherapie (TSIT)

SG Stade, Urteil v. 21.04.2015 - S 15 KR 286/13

RID 15-03-86

www.sozialgerichtsbarkeit.de = 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

Die Behandlung eines Prostatakarzinoms nach der von J. entwickelten **tumorspezifischen Immuntherapie (TSIT)** ist als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst. Ein Anspruch nach § 2 Ia SGB V besteht nicht, wenn eine dem **medizinischen Standard entsprechende Leistung zur Verfügung** steht.

Das **SG** wies die Klage ab.

b) Behandlung mit Avastin (Bevacizumab) sowie mit Hyperthermie bei Tumor

LSG Bayern, Urteil v. 20.01.2015 - L 5 KR 4/11

RID 15-03-87

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 2 Ia

Leitsatz: Kein Anspruch auf ambulante Behandlung mit Avastin (Bevacizumab) sowie mit regionaler Hyperthermie bei metastasierendem bösartigem Tumor des Drüsengewebes.

SG München, Urt. v. 19.08.2010 - S 18 KR 1185/08 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Ambulante Hyperthermie bei sekundärem Mammakarzinom im finalen Stadium

LSG Bayern, Urteil v. 10.03.2015 - L 5 KR 52/12

RID 15-03-88

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, 13

Leitsatz: Kein Anspruch auf **ambulante Hyperthermie** bei sekundärem **Mammakarzinom** im finalen Stadium.

SG Landshut, Urt. v. 24.10.2011 - S 1 KR 22/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

d) Thermo-Chemotherapiebehandlung (Einstweiliger Rechtsschutz)

SG Aachen, Beschluss v. 02.02.2015 - S 9 KR 29/15 ER

RID 15-03-89

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Der Umstand, dass der **GBA** eine Behandlung wie die Hyperthermiebehandlung grundsätzlich ausdrücklich von der vertragsärztlichen Versorgung ausgenommen hat, steht einem **Leistungsanspruch** nicht entgegen, sofern es um eine Versorgung nach den verfassungsgerichtlich normierten **Ausnahmegrundsätzen** geht (so auch *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 20.02.2007 - L 5 B 8/07 KR ER - RID 07-02-115; Beschl. v. 19.11.2012 - L 11 KR 473/12 B ER - RID 13-01-97). Spricht einiges dafür, dass die Durchführung einer Hyperthermo-Chemotherapie einen **Zusatznutzen** gegenüber den Standard-Therapieverfahren bedingt, so ist dies zumindest in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes dem Fehlen einer Standardtherapie gleichzustellen (so auch *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 19.11.2012 - L 11 KR 473/12 - RID 13-01-97; Beschl. v. 18.10.2011 - L 5 KR 442/11 B ER -, jeweils in Verfahren, in denen es ebf. um eine Hyperthermiebehandlung ging).

Das *SG* verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, ab sofort, längstens bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens, die Kosten für eine weitere Thermo-Chemotherapiebehandlung in der Hyperthermie-Tagesklinik in Bochum vorläufig zu übernehmen. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 16.03.2015 - L 16 KR 115/15 ER - wies die Beschwerde zurück.

e) Kopforthese (Helmtherapie)

SG Stade, Urteil v. 29.06.2015 - S 1 KR 252/14

RID 15-03-90

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 27 I 1, 31 I 1

Bei der **Helmtherapie** handelt es sich um eine im Rechtssinne „neue“ **Untersuchungs- und Behandlungsmethode**. Ein positiver Beschluss des GBA über die Aufnahme der Helmtherapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung liegt nicht vor. Die Behandlungsmethode kann daher nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden.

Das *SG* wies die Klage ab.

S. zuletzt *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 24.02.2015 - L 11 KR 3297/14 - RID 15-02-111, Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 3 KR 30/15 B; *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 21.08.2014 - L 1 KR 140/14 - RID 14-04-82, Nichtzulassungsbeschwerde verworfen durch BSG, Beschl. v. 18.12.2014 -: B 1 KR 128/14 B - BeckRS 2014, 74542.

f) Lipidapherese: Einstweiliger Rechtsschutz/Folgenabwägung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 16.06.2015 - L 9 KR 99/15 B ER

RID 15-03-91

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27, 135; MethodRL

Leitsatz: Zum Anspruch eines Versicherten auf Bewilligung von Lp(a)-Apherese im vorläufigen Rechtsschutzverfahren.

SG Potsdam, Beschl. v. 29.01.2015 - S 35 KR 409/14 ER - wies den Antrag ab, das *LSG* verpflichtete die Ag. im Wege einstweiliger Anordnung, den Ast. vom 16.06.2015 bis zum 31.12.2015 mit extrakorporalen Lipid-Apherese-Behandlungen vorläufig zu versorgen und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

2. Private Psychotherapie nur im akuten Notfall

SG Berlin, Beschluss v. 24.07.2015 - S 72 KR 1702/15 ER PKH

RID 15-03-92

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 76; SGG § 86b II

Die notfallmäßige Inanspruchnahme eines **nicht zugelassenen Psychotherapeuten** kommt nur dann in Betracht, wenn der Versicherte auf eine **Akutbehandlung** angewiesen und ein zugelassener

Leistungserbringer zumutbar nicht erreichbar ist (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.02.2008 - L 5 KR 113/07 - RID 08-02-147, juris Rn. 36, mit Nachweisen der BSG-Rspr.).

Eine **Akutbehandlung** liegt nicht vor, wenn eine Depression seit 2011 besteht, die Behandlung jedoch erst im Dezember 2014 beginnt, der zweite Termin erst drei Monate später im März 2015 ist und seitdem lediglich eine Sitzung pro Monat stattfindet. Bei diesem Behandlungsverlauf ist nicht ersichtlich, dass eine **Wartezeit** von sechs Monaten unzumutbar ist. Auch ist ein **Wechsel der Therapeutin** möglich.

Der Ast. benötigt aufgrund einer schwerwiegenden Depression psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung. Ohne dies mit seiner gesetzlichen Krankenkasse abzusprechen, begann er im Dezember 2014 eine Verhaltenstherapie bei einer Psychotherapeutin, die von der Krankenkasse zur vertragsärztlichen Versorgung nicht zugelassen war. Nachdem seine Krankenkasse eine Kostenübernahme abgelehnt hatte, beantragte er im Juni 2015 den Erlass einer einstweiligen Anordnung mit dem Ziel, die Kasse zur Kostentragung zu verpflichten. Das **SG** lehnte den Eilantrag ab.

3. Zahnärztliche Behandlung

a) Protrusionsschiene als neue Behandlungsmethode

SG Münster, Urteil v. 28.05.2013 - S 16 KR 44/09

RID 15-03-93

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2, 11 I Nr. 4, 13 III 1, 27 I, 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Bei einer von einem Zahnarzt verordneten **Protrusionsschiene**, die nachts im Mundraum getragen wird, handelt es sich um eine **neue Behandlungsmethode**, für die es an einer positiven Empfehlung des **GBA** fehlt.

Das **SG** wies die Klage ab.

b) Bewilligung des Festzuschusses vor Behandlungsbeginn

SG Stade, Urteil v. 05.05.2015 - S 1 KR 52/14

RID 15-03-94

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27, 28 II 1, 55 I 1, 56, 87 Ia, 135 I

Die **Bewilligung des Festzuschusses** hat vor der Behandlung zu erfolgen (BSG SozR 4-2500 § 13 Nr. 21 Rn. 13 ff. m.w.N.). Wird der Heil- und Kostenplan verspätet eingereicht, besteht kein Anspruch auf Bewilligung des Festzuschusses.

Das **SG** wies die Klage ab.

II. Kostenerstattung: Genehmigungsfiktion

Nach BSG, Urt. v. 08.09.2015 - **B I KR 14/14 R** - hat die Vorinstanz aufzuklären, ob die Bestrahlung von Tumoren mit Protonen nicht **unaufschiebbar** war und deswegen kein Kostenerstattungsanspruch besteht.

1. Keine inhaltlichen Anforderungen an Antrag

SG Koblenz, Urteil v. 23.03.2015 - S 13 KR 977/14

RID 15-03-95

juris

SGB V § 13 IIIa

§ 13 IIIa SGB V beinhaltet **keine inhaltlichen Anforderungen an** den die Entscheidungsfrist in Lauf setzenden **Antrag**; es ist vielmehr davon auszugehen, dass es ausreicht, wenn die Krankenkasse erkennen kann, dass der Versicherte sich mit einem Leistungsbegehren an sie wendet. Die Krankenkasse kann von den ihr eingeräumten Möglichkeiten aus §§ 60 ff. SGB I Gebrauch machen und den Versicherten zur **Mitwirkung auffordern**. Tut sie dies nicht, so kann sie einem etwaigen Fristablauf des § 13 IIIa SGB V nicht entgegenhalten, dass der Antrag unvollständig oder nicht eindeutig gewesen ist. Sie kann auch den Versicherten darüber **informieren**, dass und aus welchem Grund die vorgeschriebene Frist nicht eingehalten werden kann.

Das **SG** stellte fest, dass der Antrag der Kl. auf Gewährung einer adipositaschirurgischen Operation in Form des Magenbypass als Sachleistung vom 22.09.2014 gemäß § 13 IIIa 6 SGB V als genehmigt gilt.

2. Keine Fristverlängerung durch Anforderung von Unterlagen

SG Nürnberg, Urteil v. 30.04.2015 - S 7 KR 496/14

RID 15-03-96

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Eine Mitteilung, dass es ohne die angeforderten Unterlagen nicht möglich sei, über den Antrag zu entscheiden, ist nicht als **Mitteilung eines hinreichenden Grundes** für die Nichteinhaltung der Entscheidungsfrist anzusehen, wenn zu diesem Zeitpunkt überhaupt nicht klar ist, ob die Frist eingehalten werden kann und die Versicherte die Unterlagen noch innerhalb der Entscheidungsfrist vorlegt. Die Frist verlängert sich nicht durch die **Anforderung der Unterlagen**.

Das SG verurteilte die bekl. Krankenkasse, der Kl. eine bariatrische Operation als Sachleistung zu gewähren.

3. Geplante Einschaltung des MDK/Sachleistungsanspruch oder Kostenerstattungsanspruch

SG Detmold, Urteil v. 18.06.2015 - S 3 KR 493/14

RID 15-03-97

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Gesetzlich Krankenversicherte sind nicht gehalten, bereits im Rahmen der Antragstellung alle erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Eine Krankenkasse ist gemäß § 20 SGB X zur umfangreichen **Ermittlung des Sachverhaltes** verpflichtet. Hierzu gehört auch die selbstständige Einholung von Befundberichten der behandelnden Ärzte, sofern dies für notwendig erachtet wird.

Teilt die Krankenkasse innerhalb der 3-Wochen-Frist nicht schriftlich mit, dass sie es innerhalb der Frist nicht schafft, über den Antrag zu entscheiden, sondern teilt lediglich mit, dass nach Vorlage weiterer Unterlagen die **Einschaltung des MDK geplant sei**, gilt der Leistungsantrag nach § 13 IIIa 6 SGB V als genehmigt. Eine Krankenkasse ist nicht berechtigt, die Einschaltung des MDK davon abhängig zu machen, dass die Versicherte weitere Unterlagen einreicht.

Die **Genehmigungsfiktion** greift nicht nur dann ein, wenn eine grundsätzlich von der Krankenkasse innerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung geschuldete Leistung dem Qualitäts- und **Wirtschaftlichkeitsgebot** des § 12 SGB V entspricht (so aber LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 26.05.2014 - L 16 KR 154/14 B ER, L 16 KR 155/14 B - RID 14-03-95).

Die Genehmigungsfiktion gilt auch nicht nur für Kostenerstattungsansprüche. Nach dem klaren Wortlaut der Norm gewähren Satz 6 und Satz 7 mittels einer Genehmigungsfiktion einen **Sachleistungsanspruch** oder einen **Kostenerstattungsanspruch**.

Das SG stellte fest, dass der Antrag der Kl. auf Kostenübernahme für eine Verkleinerung der Brüste als genehmigt gilt.

4. Betreibens- und Mitteilungspflicht der Krankenkasse

SG Gießen, Urteil v. 26.06.2015 - S 7 KR 429/14

RID 15-03-98

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Macht eine Krankenkasse gegenüber ihrer Versicherten noch nicht einmal kenntlich, dass sie binnen einer **5-Wochen-Frist** zu entscheiden hat, sondern weist stattdessen fehlerhaft auf den Lauf einer 3-Wochen-Frist hin, die nicht eingehalten werden könne, so ist weder klargestellt, dass die gesetzlich vorgesehene 5-Wochen-Frist hier überhaupt einschlägig ist, noch dass sie nicht eingehalten werden kann.

Es bedarf einer ausdrücklichen und verständlichen **Mitteilung eines Grundes** für die fehlende Einhaltung der Frist. Der Gesetzgeber fordert gerade einen expliziten Hinweis. Nicht genügen lassen will er, dass sich aus der Gesamtsituation ergibt, dass die 5-Wochen-Frist nicht eingehalten werden kann.

Ein **hinreichender Grund** fehlt, wenn es die Krankenkasse versäumt, das Verfahren von Beginn an so zu betreiben, dass ein Abschluss binnen fünf Wochen erzielt werden kann. Die Mitteilung darf nicht

lediglich auf die generelle Angabe der Verzögerung beschränkt sein; die dafür ursächlichen hinreichenden Gründe müssen zeitlich quantifiziert sein bzw. es muss den dafür Verantwortlichen, insb. den Versicherten, konkrete und befristete Auflagen gemacht und deren Einhaltung beobachtet werden.

Eine Beschränkung auf einen **Kostenerstattungsanspruch** ist dem Gesetz nicht zu entnehmen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., eine laparoskopische Magen-Bypass-Operation als Sachleistung gemäß § 13 IIIa 6 SGB V zu gewähren.

III. Stationäre Behandlung

1. Liposuktion

a) Fehlender Nachweis zur Qualität und Wirksamkeit der Liposuktion

LSG Thüringen, Beschluss v. 20.05.2015 - L 6 KR 1935/12 B

RID 15-03-99

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I, 28 I, 39 I, 137c

Zur Qualität und Wirksamkeit der Liposuktion können derzeit im Sinne des § 2 I 3 SGB V keine zuverlässigen, **wissenschaftlich nachprüfbaren Aussagen** gemacht werden.

SG Altenburg, Beschl. v. 25.10.2012 - S 4 KR 2537/12 - lehnte den Antrag der Kl. auf Gewährung von PKH ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

b) Bauchdeckenstraffung und Liposuktion: Keine Erkrankung

LSG Hamburg, Urteil v. 07.05.2015 - L 1 KR 23/14

RID 15-03-100

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I, 28 I, 39 I, 137c

Besteht weder eine körperliche **Fehlfunktion** noch eine **Entstellung**, so besteht kein Anspruch auf eine Abdominoplastik (Bauchdeckenstraffung) und Liposuktion der Oberschenkel.

SG Hamburg, Gerichtsbes. v. 06.02.2014 - S 25 KR 284/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Tumescenzliposuktion: Anforderungen an das Evidenzniveau

SG Dresden, Urteil v. 13.03.2015 - S 47 KR 541/11

RID 15-03-101

Sprungrevision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I, 28 I, 39 I, 137c

Können nur durch die Methode der Liposuktion die wesentlichen Auswirkungen der **Erkrankung** an einem Lipo-Lymphödem Stadium III (Verschlimmerungstendenz) an beiden Beinen behandelt werden, so besteht ein Anspruch hierauf.

Im Rahmen der stationären Behandlung gehen Zweifel auf der höchsten **Evidenzstufe** zum Schutze der Patienten und im Interesse der Versichertengemeinschaft nicht zwingend zu Lasten der Behandlungsmethode. Die Anforderungen an das Evidenzniveau des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Kenntnisse können vielmehr hier vermindert sein.

Die Methode der **Tumescenzliposuktion** entspricht den Regeln der ärztlichen Kunst und stellt keine Außenseitermethode dar.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kosten der stationären Liposuktionsbehandlungen zu übernehmen.

d) Kein Nachweis der Wirksamkeit/Kein Systemversagen/Abdominoplastik

SG Aachen, Urteil v. 09.06.2015 - S 13 KR 25/15

RID 15-03-102

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 405/15 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I, 28 I, 39 I, 137c

Zu **Qualität und Wirksamkeit der Liposuktion** bei **Lipomatose** i.S.d. § 2 I 3 SGB V können derzeit keine zuverlässigen, wissenschaftlich nachprüfbaren Aussagen gemacht werden. Einer Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung in Bezug auf die - ambulante oder stationäre - Liposuktion zur Therapie der Lipomatose steht nach alledem entgegen, dass die in den §§ 2 und 12 SGB V definierten Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht erfüllt sind.

Im Fall der Liposuktion besteht ein **Systemversagen** deshalb nicht, weil sich der GBA aktuell mit der Behandlungsmethode befasst.

Allein der durch eine Fettabsaugung entstandene Volumenverlust, der zu einem **Hautüberschuss** an betroffenen Körperteilen führt, stellt keine behandlungsbedürftige Krankheit im Sinne von § 27 SGB V dar (LSG Hamburg, Ur. v. 17.07.2014 - L 1 KR 160/13 - RID 14-03-88).

Das SG wies die Klage ab.

2. Brustverkleinerungsoperation (Mammareduktionsplastik)

a) Makromastie keine behandlungsbedürftige Krankheit

LSG Sachsen, Urteil v. 22.01.2015 - L 1 KR 238/12

RID 15-03-103

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III 1, 27 I 1

Eine **Makromastie** allein stellt – unabhängig vom Brustgewicht – keine behandlungsbedürftige **Krankheit** dar (so auch LSG Berlin-Brandenburg, Ur. v. 14.01.2011 - L 1 KR 197/08 - RID 11-02-134, juris Rn. 28, 14; LSG Schleswig-Holstein, Ur. v. 25.03.2010 - L 5 KR 118/08 - RID 11-01-122, juris Rn. 26; LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 23.02.2010 - L 11 KR 4761/09 - RID 10-02-115, juris Rn. 27; LSG Hessen, Ur. v. 21.08.2008 - L 1 KR 7/07 - RID 09-01-137, juris Rn. 19; LSG Sachsen, Ur. v. 30.11.2011 - L 1 KR 149/09 -, amtlicher Umdruck S. 13; LSG Thüringen, Ur. v. 29.10.2013 - L 6 KR 158/11 - RID 14-01-92, juris Rn. 23; LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 17.09.2013 - L 1 KR 625/11 - RID 13-04-74, juris Rn. 19 f.).

Der **medizinischen Bescheinigung** über eine Gigantomastie als regelwidrigen Körperzustand mit Krankheitswert fehlt eine nachvollziehbare **Begründung**, wenn gleichzeitig eine uneingeschränkte Beweglichkeit im Bereich der gesamten Wirbelsäule festgestellt, also gerade keine Beeinträchtigungen von Körperfunktionen beschrieben wird und die ebf. beschriebene deutliche Verspannung im Bereich der Schulter- und Nackenmuskulatur ebenso auf der Adipositas beruhen kann.

SG Chemnitz, Gerichtsbb. v. 23.10.2012 - S 7 KR 255/09 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Brustverkleinerungsoperation wegen Wirbelsäulenbeschwerden

SG Aachen, Urteil v. 04.08.2015 - S 13 KR 246/14

RID 15-03-104

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §; 27 I 1; SGB IX § 15 I

Ist die **Brustverkleinerungsoperation** die einzig denkbare **Behandlungsalternative**, um so zu einer Verbesserung bzw. zu einem Verschwinden der Wirbelsäulenbeschwerden beizutragen, so hat die Krankenkasse die Kosten hierfür zu übernehmen.

Das SG verurteilte die Bekl., der Kl. 6.732,04 € zu zahlen.

c) Brustverkleinerung zur Vermeidung gravierender Hauterkrankung

SG Hamburg, Urteil v. 27.03.2015 - S 33 KR 1376/12

RID 15-03-105

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III 1, 27 I 1

Eine **Brustverkleinerung** kann notwendig sein, um das Auftreten von **rezidivierenden Hauterkrankungen** in Zukunft zu vermeiden und eine Verschlimmerung der Erkrankung in Form eines Intertrigos, also einer gravierenden Hauterkrankung, zu verhindern.

Das *SG* verurteilt die Bekl., auch die Kosten für eine Mammareduktionsplastik zu übernehmen.

3. Zweite adipositaschirurgische Maßnahme als Teil einer Gesamtbehandlung

SG Koblenz, Urteil v. 10.03.2015 - S 13 KR 416/14

RID 15-03-106

juris
SGB V §§ 13 III, 27, 39

Handelt es sich bei einer **biliopankreatischen Diversion mit Duodenal Switch** um die zweite Maßnahme im Rahmen einer **Gesamtbehandlung**, ist die Krankenkasse nicht berechtigt, die Versorgung mit der Maßnahme zu verweigern. Es können vorliegend aus diesem Grund auch die „normalen“ an eine adipositaschirurgische Maßnahme zu stellenden Anforderungen nicht gelten.

Das *SG* verpflichtete die Bekl., die Kl. mit einer biliopankreatischen Diversion mit Duodenal Switch sowie der entsprechenden Nachsorge zu versorgen.

IV. Arzneimittel

1. Off-Label-Use

a) Seltene Erkrankung: Primär progrediente Multiple Sklerose (Fampyra)

SG Chemnitz, Urteil v. 25.03.2015 - S 10 KR 435/13

RID 15-03-107

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I 1

Leitsatz: 1. Bei Patienten, die an **Multipler Sklerose** (MS) in Form der primär progredienten MS leiden, ist die Behandlung mit dem Medikament Fampyra im Wege eines „off-label-use“ auch dann indiziert, wenn keine Gehfähigkeit von mindestens 5 Meter vorliegt.

2. Dies resultiert daraus, dass diese Form der MS als „**Seltene Erkrankung**“ einzuordnen ist mit der Folge, dass für die Wirksamkeit des Medikaments Fampyra auf die individuelle Datenlage abgestellt werden kann.

3. Dahingestellt bleiben kann deswegen sowohl die Frage, ob ein **Systemmangel** deshalb vorliegt, weil für die Behandlung dieser Form der MS mit dem Medikament Fampyra keine **verwertbaren Studien** vorliegen, als auch die Frage, ob ein Systemfehler darin liegt, dass der **G-BA** die Behandlung der MS mit dem Medikament Fampyra auf diejenigen Patienten beschränkt, die noch über eine **Gehfähigkeit** von mindestens 5 Metern verfügen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., dem Kl. ab 01.01.2015 die Kosten für das Medikament Fampyra zu erstatten.

b) Avastin bei Tumorerkrankungen

LSG Bayern, Urteil v. 24.02.2015 - L 5 KR 343/13

RID 15-03-108

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 68/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 2 I a

Leitsatz: Zum verfassungsrechtlichen Leistungsanspruch in der GKV bei Tumorerkrankungen im finalen Stadium - Avastin und medizinische Erkenntnisse bis 2012.

Streitig ist ein Anspruch der Kl. auf die Behandlung mit dem Medikament Avastin. Die 1963 geb. Kl. leidet an einem Glioblastoma multiforme (Glioblastom), einem bösartigen Hirntumor, der im Jahr 2009 festgestellt wurde. *SG Nürnberg*, Urt. v. 29.05.2013 - S 21 KR 422/12 - gab der Klage statt. Das *LSG* wies die Klage ab.

2. Medizinal-Cannabisblüten bei Anorexie-Kachexie-Syndrom

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 13.07.2015 - L 1 KR 221/15 B ER

RID 15-03-109

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 Ia, 135

Medizinal-Cannabisblüten sind als **Rezepturarzneimittel** anzusehen, für das grundsätzlich eine entsprechende Anwendungsempfehlung des GBA nach § 135 SGB V erforderlich ist.

Ein **Anorexie-Kachexie-Syndroms** kann **lebensbedrohlich** sein und unbehandelt zum Tode führen. Stehen den geltend gemachten erheblichen und schwerwiegenden **Gefahren für die Gesundheit** einer Leistungsverpflichtung nur finanzielle Folgen gegenüber, so kann die befristete Leistung nicht versagt werden.

SG Neuruppin, Beschl. v. 04.05.2015 - S 32 KR 68/15 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück, das *LSG* verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, vom 13.07.2015 bis 12.07.2016, längstens aber bis zum Ergehen einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache, die Kosten für eine Versorgung der Ast. mit Medizinal-Cannabisblüten mit einer Menge von 84g im Monat zu übernehmen. Im Übrigen wies es die Beschwerde zurück.

V. Hilfsmittel

Nach BSG, Ur. v. 22.4.2015 - B 3 KR 3/14 R - besteht grundsätzlich kein Anspruch eines **männlichen Versicherten** auf eine **Kunthaarperücke**. Der alleinige Verlust des Haupthaars beeinträchtigt weder die Körperfunktionen noch wirkt er entstellend und hat damit keinen Krankheitswert. Ein solcher Anspruch kann bestehen, wenn der Haarverlust nicht allein die Kopfbehaarung, sondern auch die übrige Behaarung des Kopfes wie Brauen, Wimpern und Bart erfasst. Ein solcher Haarverlust geht über den typischen männlichen Haarverlust hinaus und kann insbesondere bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen Aufsehen erregen. Je nach Alter des Mannes und Aussehen des unbehaarten Kopfes kann in einem solchen Fall eine auffallende, entstellende Wirkung vorliegen, die Krankheitswert besitzt. Nach BSG, Ur. v. 25.02.2015 - **B 3 KR 13/13 R** - besteht kein Anspruch gegen die Krankenkasse auf Versorgung mit einem **Autoschwensitz**; für Fahrten zu Ärzten und Therapeuten muss sich die Versicherte auf die wirtschaftlichere Möglichkeit des Krankentransports (§ 60 SGB V) verweisen lassen. Die Transporte eines Pflegebedürftigen in die Tagespflege sind durch den Gesetzgeber der teilstationären Pflege zugeordnet (§ 41 I 2 SGB XI); dafür ist die Pflegeeinrichtung bzw. deren Fahrdienst zuständig.

1. Orthopädische Stiefel: Freie Wahl eines Orthopädie-Schuhmachers

SG Hamburg, Urteil v. 27.03.2015 - S 1 KR 369/13

RID 15-03-110

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 IV, 12 I, 33 I u. VI

Gemäß § 33 VI 1 SGB V können die Versicherten alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die **Vertragspartner** ihrer Krankenkasse sind. Durch die **Wahl eines Orthopädie-Schuhmachers** wäre eine Versicherte an diesen gebunden, bis sie entweder aus dem Einzugsbereich dieses Schuhmachers verzieht oder sich ihr Gesundheitszustand insofern ändert, als dass für neue Schuhe ohnehin die Anfertigung angepasster **Leisten** erforderlich wäre. Eine solche Bindungswirkung lässt sich § 33 SGB V indes nicht entnehmen.

Das *SG* verpflichtete die Bekl., die Kosten für orthopädische Stiefel gemäß dem Kostenvoranschlag der Fa. H. zu übernehmen.

2. Therapiestuhl für die Benutzung in einer Kindertagesstätte/Antragsweiterleitung

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 27.05.2015 - L 6 KR 55/15 B ER

RID 15-03-111

juris

SGB V §§ 33 I; SGB XII § 54 I; SGB IX §§ 14, 26 II, 31 I, 55 II Nr. 1; SGG § 86b II 2

Leitsatz: 1. Die Vorschrift des § 14 SGB IX ist von Amts wegen bei allen **Teilhabeleistungen** zu beachten.

2. Durch die **Antragsweiterleitung** an den zweitangegangenen Rehabilitationsträger wird dieser gegenüber dem Antragsteller unabhängig von der materiellen Rechtslage bindend für die Leistungsentscheidung **zuständig**. Nur er hat den Versorgungsanspruch noch unter Berücksichtigung aller in der vorliegenden Bedarfssituation in Betracht kommenden Anspruchsgrundlagen zu prüfen. Eine nochmalige Weiter- bzw. Zurückleitung des Antrags ist rechtlich wirkungslos.

3. Es kann offen bleiben, ob die (auch) durch Versorgung mit einem Therapiestuhl für die Kindertagesstätte angestrebte Hinführung zur Schulfähigkeit bei einem unter dreijährigen Versicherten als allgemeines **Grundbedürfnis** i.S.v. § 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V bzw. § 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII i.V.m. den §§ 26 Abs. 2 Nr. 6, 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX zu verstehen ist, wenn - wie hier - jedenfalls Anspruch auf **Eingliederungshilfe** als Teilhabe gemäß § 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 1 Alt 1 SGB IX besteht.

4. Zu **Hilfsmitteln** i.S.v. § 55 Abs. 2 Nr. 1 Alt 1 SGB IX gehören solche, die über eine medizinische Zweckbestimmung hinausgehen und zum Ausgleich der durch die Behinderung bedingten Mängel und Einschränkungen zur gesamten Alltagsbewältigung beitragen. Sie haben die Funktion, dem behinderten Menschen den Kontakt mit seiner Umwelt sowie die Teilnahme am öffentlichen und kulturellen Leben zu ermöglichen und hierdurch insgesamt die Begegnung und den Umgang mit nichtbehinderten Menschen zu fördern.

SG Halle, Beschl. v. 26.03.2015 - S 10 KR 42/15 ER - verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig, den Ast. mit dem begehrten Therapiestuhl für die Kindertagesstätte als Sachleistung zu versorgen. Das *LSG* änderte den Beschl. ab und verpflichtete die Ag., dem Ast. vorläufig einen Therapiestuhl M. Größe 1 als Zweitversorgung für die Kindertagesstätte entsprechend zu gewähren.

3. Sportrollstuhl

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.05.2015 - L 1 KR 126/12

RID 15-03-112

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33; SGB IX §§ 14, 55; SGB XII §§ 53, 54

Leitsatz: Ein **Sportrollstuhl** kann ein im Rahmen der **Eingliederungshilfe** zur Verfügung zu stellendes Hilfsmittel sein.

SG Frankfurt (Oder), Urt. v. 07.02.2012 - S 27 KR 4/09 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., den 1991 geb. Kl. mit einem Sportrollstuhl zu versorgen.

4. Duschrollstuhl

SG Dresden, Urteil v. 24.06.2015 - S 18 KR 470/14

RID 15-03-113

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33

Dass der **Duschrollstuhl** den Kläger wegen des Ausmaßes der Behinderungen nicht in die Lage versetzt, die Körperpflege eigenständig und selbstbestimmt allein zu betreiben, sondern er hierzu der **Assistenz durch Pflegepersonen** bedarf, schließt den Anspruch auf Hilfsmittelversorgung nicht aus.

Dass der Duschrollstuhl zugleich der **Erleichterung der Grundpflege** dient, lässt die Hilfsmittelleigenschaft und die Leistungszuständigkeit der Krankenkasse nicht entfallen.

Die Krankenkassen können ihrer Leistungspflicht aus § 33 I SGB V nicht eine angebliche anderweitige **Bedarfsdeckung durch die Einrichtung** nach §§ 43a, 71 IV SGB XI entgegen halten, wenn der Versorgungsbedarf weder vom Einrichtungsträger tatsächlich in legaler Weise gedeckt wird noch die Bedarfsdeckung durch den Einrichtungsträger bindende Verträge in einer Weise sichergestellt ist, dass der Hilfebedürftige die Befriedigung seines Pflegebedarfs durchsetzen kann.

Soweit das **BSG** für eine Zurechnung bestimmter Gegenstände zur Heimausstattung weitergehend darauf abgestellt hat, ob bei diesen zwar noch ein gewisser Behinderungsausgleich zu erkennen sei, ganz überwiegend aber die **Pflege im Vordergrund** stehe, weil eine Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (vgl. § 1 Satz 1 SGB IX) nicht mehr möglich sei und eine Rehabilitation damit nicht mehr stattfinde (*BSG*, Urt. v. 06.06.2002 - B 3 KR 67/01 R - *BSGE* 89, 271 = *SozR* 3-2500 § 33 Nr. 43, juris Rn. 18), lässt sich diese Abgrenzung mit Rücksicht auf § 33 I 2 SGB V dagegen nicht mehr aufrecht erhalten.

Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Duschrollstuhl mit Becken- und Brustgurt zu versorgen.

5. Mobilgerät zur Flüssigsauerstoffversorgung

SG Stade, Beschluss v. 26.05.2015 - S 29 KR 16/15 ER

RID 15-03-114

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I; SGG § 86b II

Die Zielrichtung eines mobilen Sauerstoff-Konzentrators liegt weniger in der Verbesserung der Atemfunktion als in der - zweifelsohne nur mittelbar bewirkten - **Erweiterung der Mobilität**. Die Mobilität über ein **Kontingent von sechs Stunden pro Tag** hinaus, also jenseits des mit dem bereits vorhandenen Flüssigsauerstoffsystem schon sichergestellten Kontingents, ist der beruflichen oder sozialen Rehabilitation zuzuordnen.

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

Vgl. zuletzt LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.10.2014 - L 5 KR 414/14 B ER - RID 15-02-141; LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 11.12.2014 - L 4 KR 485/14 B ER - RID 15-02-142.

6. Kein Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen bei funktionell Einäugigen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.04.2015 - L 1 KR 156/13

RID 15-03-115

Revision anhängig: B 3 KR 21/15 R

juris

SGB V §§ 33 II, III 2, 92 I 2 Nr. 6

Leitsatz: Auch bei funktionell Einäugigen besteht kein Anspruch gegen die GKV auf Versorgung mit **Kontaktlinsen**. Dies verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

SG Berlin, Urteil v. 23.04.2014 - S 89 KR 2044/10 - RID 14-02-153 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

7. Hörgeräteversorgung: Beschränkte Objektivierbarkeit durch Messergebnisse

SG Aachen, Urteil v. 07.07.2015 - S 13 KR 315/14

RID 15-03-116

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33

Ob der „bestmögliche Ausgleich“ auch in der Alltagssituation besteht, kann nur der Versicherte selbst beurteilen. Im Messlabor des Hörgeräteakustikers kann nicht festgestellt werden, mit welchem Gerät besser in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgläuschen gehört und verstanden werden kann. Die im Studio möglichen Messungen können derartige Situationen nicht bewerten. Nach BSG, Ur. v. 17.12.2009 - B 3 KR 20/08 R - BSGE 105, 170 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 2 gehört zu einem bestmöglichen Sprachverstehen im Sinne eines bestmöglichen Ausgleiches der Hörminderung auch das Hören und Verstehen in größeren Räumen bei störenden Umgebungsgläuschen. Gerade dies aber lässt sich nicht durch **Messergebnisse** objektivieren.

Die **Ausstattung** mit Impulsschallunterdrückung (SoundRelax), QuickSync und weiteren Modi in der Störgeräuschunterdrückung dient nicht allein dem Komfort und der Bequemlichkeit, sondern kann auch für einen subjektiv besseren Ausgleich des Hörverlustes geeignet sein. Damit betreffen diese Ausstattungsmerkmale die Funktionalität und stellen einen echten **Gebrauchsvorteil** dar.

Das **SG** verurteilte die Bkl., den Kl. von der mit Rechnung vom 16.06.2014 geltend gemachten Forderung der Firma C. GmbH & Co. KG für die Versorgung mit dem Hörgerät „Phonak Naida Q 70SP“ im Umfang von 2.886,00 € freizustellen.

VI. Häusliche Krankenpflege/Reha-Maßnahmen/Fahrkosten/Haushaltshilfe/Budget

1. Häusliche Krankenpflege

Nach BSG, Ur. v. 22.04.2015 - B 3 KR 16/14 R - können **einfachste Maßnahmen der Krankenpflege** wie **Blutzuckermessungen** auch in einer **Einrichtung der Eingliederungshilfe** vorgenommen werden. **Weitergehende medizinische Behandlungspflege** schuldet eine Einrichtung nur, wenn sich dies aus ihren Verträgen, ihrer Leistungsbeschreibung, ihrem Aufgabenprofil unter Berücksichtigung der Bewohnerzielgruppe und ihrer sächlichen und personellen Ausstattung ergibt. **Insulininjektionen** müssen nicht verabreicht werden, wenn die Einrichtung nicht verpflichtet ist, medizinisch ausgebildetes Personal vorzuhalten. Nach BSG, Ur. v. 25.02.2015 - B 3 KR 10/14 R - handelt es sich bei stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ohne Anspruch auf Behandlungspflege um „sonst geeignete Orte“ i.S.d. § 37

II 1 SGB V; diese Einrichtungen sind nur soweit verpflichtet, medizinische Behandlungspflege zu erbringen, wie sie dazu aufgrund der von ihnen vorzuhaltenden sächlichen und personellen Ausstattung in der Lage sind. Die medizinische Behandlungspflege ist vorrangig Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Der **Träger der Sozialhilfe** hat daher grundsätzlich nicht durch entsprechende Verträge dafür Sorge zu tragen, dass diese Leistung durch Einrichtungen der Eingliederungshilfe erbracht wird. Allerdings sind **einfachste Maßnahmen der Krankenpflege**, für die es keiner besonderen Sachkunde oder Fertigkeiten bedarf, in der Regel untrennbar mit der Gewährung von Eingliederungshilfe durch den Sozialhilfeträger in einer stationären Einrichtung verbunden, weil sie zu den Hilfen bei der Führung eines gesunden Lebens gehören, zu dem der Aufenthalt in der Einrichtung den Betroffenen befähigen soll. In der Regel - so auch in dem hier zu entscheidenden Fall - gehört die **Hilfe zur Gesundheitsvorsorge** in diesem elementaren Sinne zum Leistungsangebot der Einrichtung, wie es in den Verträgen nach § 75 III SGB XII näher beschrieben wird. Nach BSG, Urt. v. 25.02.2015 - **B 3 KR 11/14 R** - SozR 4-2500 § 37 Nr. 13 gehören **Herrichten und Verabreichen von Medikamenten** sowie **Messung des Blutdrucks** zu den einfachsten Maßnahmen medizinischer Behandlungspflege, die von der Einrichtung der Eingliederungshilfe zu erbringen sind. Der **Wechsel von Wundverbänden** und die **Verabreichung von Injektionen** ist hingegen von dieser Einrichtung, die ausschließlich mit Fachpersonal aus den Bereichen Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Pädagogik arbeitet, nicht geschuldet. Nach BSG, Urt. v. 27.11.2014 - **B 3 KR 6/13 R** - SozR 4-2500 § 132a Nr. 7 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.

a) Vollstationäre Einrichtung für behinderte Menschen

SG Lübeck, Urteil v. 12.08.2014 - S 1 KR 322/11

RID 15-03-117

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 37 II 1, 92 I 2 Nr. 6

Leitsatz: Bei einer **vollstationären Einrichtung** für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI kann es sich um einen sonst geeigneten Ort nach § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V handeln.

Auch in vollstationären Einrichtungen für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI, in denen Unterkunft und Verpflegung gewährt und eine Eingliederungshilfe gezahlt wird, besteht ein Anspruch auf **häusliche Krankenpflege** (Behandlungspflege) nach § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V, wenn und solange kein vertraglicher Anspruch gegenüber der Einrichtung auf diese Leistung besteht (vgl. auch SG Lübeck, Urteil vom 18. Februar 2014, S 1 KR 743/12).

b) Einmalkatheterisierung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe/Antragsweiterleitung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 17.04.2015 - L 1 KR 100/15 B ER

RID 15-03-118

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 37; SGB IX § 14

Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind nach den gesetzlichen Bestimmungen grundsätzlich nur soweit verpflichtet, medizinische Behandlungspflege zu erbringen, wie sie dazu aufgrund der von ihnen vorzuhaltenden sächlichen und personellen Ausstattung in der Lage sind. Die medizinische Behandlungspflege ist vorrangig Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Träger der Sozialhilfe hat daher grundsätzlich nicht durch entsprechende Verträge dafür Sorge zu tragen, dass diese Leistung durch Einrichtungen der Eingliederungshilfe erbracht wird.

Der zweitangegangene **Leistungsträger** wird im Außenverhältnis zum behinderten Menschen ebf. **leistungspflichtig**, also zusätzlich zum zuständigen erstangegangenen. Dies gilt umso mehr, wenn sich sowohl erst- wie zweitangegangener Leistungsträger weigern, den Antrag auch nur zu bescheiden.

SG Neuruppin, Beschl. v. 02.02.2015 - S 20 KR 429/14 ER - verpflichtete vorläufig die Ag. antragsgemäß, der Ast. für den Zeitraum ab 06.01.2015 bis 31.12.2015 ärztlich verordnete Leistungen der häuslichen Krankenpflege (viermal täglich Einmalkatheterisierung) zu gewähren. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

c) Einstweiliges Anordnungsverfahren: Folgenbetrachtung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 14.04.2015 - L 5 KR 605/15 ER-B

RID 15-03-119

juris

SGB V § 37; SGG § 86b II

Kann bei rechtswidriger Versagung der Leistung das Leben der Ast. als grundrechtlicher Höchstwert (Art. 2 II 1 GG) bedroht sein und im schlimmsten Fall der Tod eintreten, muss im einstweiligen Anordnungsverfahren ein der Krankenkasse evtl. entstehender (überschaubarer) Vermögensschaden in der **Folgenbetrachtung** zurückstehen.

SG Konstanz, Beschl. v. 12.02.2015 - S 2 KR 3027/14 ER - lehnte den Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Das *LSG* gab der Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung auf, der Ast. vorläufig - bis zur Entscheidung im Klageverfahren - häusliche Krankenpflege (Krankenbeobachtung) im Umfang von 13 Stunden täglich zu gewähren.

2. Reha-Maßnahmen

a) Zusage für stationäre Drogentherapie

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 20.04.2015 - L 6 KR 85/14 B

RID 15-03-120

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

BtMG § 35 I 1; SGB IX § 26 I; SGG § 86b II; ZPO § 114 I 1

Leitsatz: 1. Eine **Zusage** eines **Rehabilitationsträgers**, die Kostenübernahme für eine durch Zurückstellung der Strafe oder Maßregel nach § 35 BtMG aufschiebend bedingte Rehabilitationsmaßnahme zuzusagen, kann erst geltend gemacht werden, wenn ein wirksamer **Strafausspruch** über eine Freiheitsstrafe oder einen Strafreist von weniger als zwei Jahren vorliegt. Erst dann ergibt sich auch ein Anordnungsgrund für eine Anordnung nach § 86b Abs. 2 SGG.

2. Offen bleibt, ob dies auch dann gilt, wenn das nach § 35 BtMG zuständige Straforgan selbst mitteilt, dass eine **Vorgehensweise** nach § 35 BtMG in dem entsprechenden Fall in Betracht kommt.

Der Bf. richtet sich gegen die Ablehnung von Prozesskostenhilfe für seinen Antrag vor dem SG, ihm im Wege einer einstweiligen Anordnung eine Zusage für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Form einer stationären Drogentherapie zu erteilen. *SG Halle*, Beschl. v. 05.12.2014 - S 16 KR 444/14 ER P - lehnte den Antrag ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

S. auch LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 30.03.2015 - L 6 KR 71/14 B ER - RID 15-02-156.

b) Keine sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen bei Diabetes mellitus

SG Detmold, Urteil v. 30.04.2014 - S 3 KR 191/11

RID 15-03-121

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 43 II

Die **Erforderlichkeit sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen** darf sich allein aus der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung ergeben. Andere Gründe, wie die berufliche, soziale oder familiäre Situation dürfen nicht überwiegen. Die Indikation ergibt sich aus der Kombination von schweren Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit nach der von der WHO verabschiedeten internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Es kann als Orientierungshilfe Bezug genommen werden auf die Bestimmungen des „**GKV-Spitzenverbandes zu den Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V**“ vom 01.04.2009. Die Erkrankung **Diabetes mellitus** gehört nicht dazu. Eine analoge Anwendung kann nur in eng begrenzten Fällen in Betracht kommen.

Das *SG* wies die Klage ab.

3. Fahrkosten

Nach BSG, Urt. v. 08.09.2015 - B 1 KR 27/14 R - ist zweistufig zu prüfen, ob ein **Vertragsarzt als „nächsterreichbar“** zu qualifizieren ist. Zunächst ist der tatsächlich räumlich nächsterreichbare Leistungserbringer allein anhand der **kürzesten Wegstreckendistanz** zwischen Ausgangs- und Zielort festzustellen. Spricht gegen dessen Inanspruchnahme ein „**zwingender Grund**“, ist der ohne Berücksichtigung dieses Leistungserbringers nächstgelegene Leistungserbringer zu bestimmen. Bei diesem handelt es sich um den im Rechtssinne nächsterreichbaren Leistungserbringer,

wenn nicht auch gegen dessen Inanspruchnahme zwingende Gründe sprechen. Zwingende Gründe können dabei nur solche sein, die in ihrer Wertigkeit zwingenden medizinischen Gründen entsprechen. Nach BSG, Urt. v. 18.11.2014 - **B I KR 8/13 R** - SozR 4-2500 § 60 Nr. 7 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 **stationersetzender Behandlung** (§ 60 II 1 Nr. 4 SGB V) - nicht auf die erste und letzte Fahrt beschränkt. Eine stationersetzende 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.

a) Transportkosten für Verlegung in anderes Krankenhaus

SG Aachen, Urteil v. 05.05.2015 - S 13 KR 249/14

RID 15-03-122

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 316/15 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*
SGB V §§ 13 III, 60

Entscheidend für den Leistungsanspruch ist allein die **medizinische Notwendigkeit** des Transports. Für die **Verlegung** von einem Krankenhaus in ein **anderes Krankenhaus** bestimmt § 60 II 1 Nr. 1 SGB V, dass die notwendigen Kosten nur übernommen werden, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist. Dies setzt voraus, dass die „erforderliche Krankenhausbehandlung“ (§ 39 I 2 SGB V) nicht am Ausgangspunkt, sondern nur am Zielort der Verlegung verfügbar ist.

Streitig ist die Übernahme der Kosten für einen Hubschraubertransport in Höhe von 19.632,50 €. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Fahrkosten zur Fortführung einer Krebstherapie

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 16.04.2015 - L 6 KR 49/14

RID 15-03-123

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 62; KrTRL

Leitsatz: 1. Das Vorliegen des Tatbestandsmerkmals „hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum“ i.S.v. § 8 Abs. 2 KrTRL ist bei **monatlichen Behandlungen** auch dann zu verneinen, wenn sich die Behandlung auf einen unabsehbaren Zeitraum erstreckt.

2. Maßgeblich für die Feststellung der **Behandlungsfrequenz** ist grundsätzlich, welches Therapieschema geplant wurde.

3. Eine **Mobilitätseinschränkung** durch vorübergehende, nur wenige Stunden anhaltende Erschöpfungszustände ist mit den in § 8 Abs. 3 Satz 1 KrTRL genannten Merkzeichen oder Pflegestufen nicht vergleichbar.

4. Die Erstattung von Fahrtkosten kann nicht zulässigerweise zum isolierten Streitgegenstand eines gerichtlichen Verfahrens gegenüber einem **beizuladenden SGB II-Leistungsträger** bestimmt werden.

SG Magdeburg, Urt. v. 10.07.2014 - S 45 KR 81/12 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

c) Voraussetzungen einer Fahrkostenerstattung

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 03.07.2015 - L 5 KR 112/15 B ER

RID 15-03-124

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 60; KrTRL § 8 III

Leitsatz: Zu den Voraussetzungen der **Fahrkostenübernahme** durch die Krankenkasse nach § 8 Abs. 3 Satz 2 der Krankentransportrichtlinien (**vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität**).

SG Schleswig, Beschl. v. 26.05.2015 - S 23 KR 14/15 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das LSG wies die Beschwerde zurück.

4. Umfang einer Haushaltshilfe

SG Stade, Urteil v. 13.04.2015 - S 29 KR 271/14

RID 15-03-125

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 38

Nach § 38 II 2 SGB V kann die **Krankenkasse** von § 38 I 2 SGB V abweichen, also von der Voraussetzung, dass ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn des 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Im Übrigen kann die Krankenkasse darüber hinaus Umfang und Dauer der Leistung selbst bestimmen.

Wesentliche **Unterstützungsleistungen** wie das Kochen, Abwaschen, Aufräumen, die Reinigung der Räume, das Waschen der Kleidung und die erforderliche Gartenarbeit sind für den Stundenumfang einer Haushaltshilfe zu berücksichtigen, ebs. das gelegentliche Abholen des Sohnes von der Schule sowie gelegentliche Hausaufgabenhilfe und -beaufsichtigung.

Das **SG** verurteilte die Bekl. für die Zeit vom 10.06.-08.07.2014 weitergehende Leistungen der Haushaltshilfe zu erbringen, nämlich im Umfang von 14 Stunden wöchentlich statt lediglich 6 Stunden. Die weitergehende Klage wies es ab.

5. Keine rückwirkende Bewilligung eines Persönlichen Budgets

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 17.04.2014 - L 5 KR 297/13

RID 15-03-126

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 19/15 R
juris
SGB V § 13 IIIa; SGB IX § 17 II

Ein **Persönliches Budget** kann nicht **rückwirkend** nach Ablauf des geltend gemachten Zeitraums bewilligt werden.

Die Kl. leidet an der autosomal-rezessiven Erkrankung „Ataxia teleangiectatica“ (Louis-Bar-Syndrom). Im April 2013 beantragte sie erfolglos ein (trägerübergreifendes) Budget für alle ambulanten medizinischen Leistungen vom 01.01.2008 bis 31.12.2012 in Höhe von monatlich 2.000 €, ab 01.01.2012 in Höhe von monatlich 2.500 €. Sie listete die Kosten ihres medizinischen Bedarfs einschließlich Nebenleistungen seit 01.01.2008 auf (monatlich 2.616,72 €). **SG Speyer**, Gerichtsbb. v. 10.12.2013 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 23.06.2015 - **B 1 KR 21/14 R** - kommt bei **unter 60-jährigen Patienten** mit Schlaganfall keine geriatrische frührehabilitative **Komplexbehandlung**, sondern **nur die bereits vergütete neurologische Komplexbehandlung** in Betracht. Nach BSG, Urt. v. 23.06.2015 - **B 1 KR 26/14 R** - setzt in allen Streitigkeiten über Krankenhausvergütung bis zur Höhe von 2000 €, in denen eine Auffälligkeitsprüfung (§ 275 Abs. 1c SGB V) tatsächlich erfolgte, die statthafte allgemeine Leistungsklage auf streitig gebliebene Vergütung wegen des Vertrauensschutzes aufgrund früherer Rechtsprechung des BSG **erst ab 01.09.2015** voraus, dass eine **Schlichtung fehlschlug**, die den Streit durch öffentlich-rechtlichen Vertrag beilegen soll. Die gesetzlich vorgesehenen Schlichtungsausschüsse sind an den folgenden Gerichtsverfahren nicht zu beteiligen. Nach BSG, Urt. v. 23.06.2015 - **B 1 KR 20/14 R** - ist die **elektive Entfernung des Tumors** der Versicherten mittels Kraniotomie bei subokzipital-retromastoidalem Zugang, um auch den Tumoranteil im Kleinhirnbrückenwinkel zu erreichen, der **Neurochirurgie** vorbehalten und wird nicht nach dem maßgeblichen Landesrecht vom Versorgungsauftrag der Kl. umfasst. Dieser erstreckt sich lediglich auf Betten der Fachabteilungen Chirurgie und **Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde**. Nach BSG, Urt. v. 23.06.2015 - **B 1 KR 23/14 R** - (Parallelverfahren: **B 1 KR 17/14 R**) besteht für nur einen Prüfauftrag hinsichtlich einer **Fallzusammenführung** nur Anspruch auf eine **Aufwandspauschale**. Nach BSG, Urt. v. 23.06.2015 - **B 1 KR 24/14 R** - setzt der Anspruch auf die **Aufwandspauschale** von 100 € voraus, dass es nach dem Prozessergebnis zu keiner Rechnungsminderung gekommen ist. Nach BSG, Urt. v. 23.06.2015 - **B 1 KR 13/14 R** - hat die kl. Krankenhausträgerin keinen weiteren Zahlungsanspruch, wenn sie neben der Hauptdiagnose (K51.3) nur die **Nebendiagnosen Volumenmangel (E86)** u.a., nicht aber akutes **Nierenversagen (N17.9)** kodieren durfte. Hierzu wird das LSG festzustellen haben, dass die erhöhten Nierenretentionsparameter im Regelfall eindeutige und unmittelbare Folge der Exsikkose sind und neben der Volumentherapie keinen weiteren therapeutischen Aufwand bewirkten. Sie waren dann im Sinne der Kodierrichtlinien eines der Symptome der Exsikkose. Nach BSG, Urt. v. 21.04.2015 - **B 1 KR 11/15 R** - SozR 4-2500 § 60 Nr. 7 verjähren Vergütungsforderungen der Leistungserbringer binnen vier Jahren. Die **vertragliche Verkürzung** auf eine **dreijährige Verjährungsfrist** ist unwirksam. Sie widerspricht den Grundsätzen zum Wirtschaftlichkeitsgebot für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen. Die Teilnichtigkeit führt zur Gesamtnichtigkeit der ausgewogenen Gesamtregelung. Nach BSG, Urt. v. 21.04.2015 - **B 1 KR 8/15 R** - liegen die nach OPS 8-981 notwendigen **Mindestvoraussetzungen einer 24-stündigen Anwesenheit** eines Facharztes für Neurologie oder eines Assistenzarztes in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie nicht vor, 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. Zwar enthält erst der seit 2012 geltende OPS diese Einschränkung. Die Mindestmerkmale einer neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls wurden insoweit aber lediglich klarstellend konkretisiert, ohne eine inhaltliche Änderung zu erfahren. Nach BSG, Urt. v. 21.04.2015 - **B 1 KR 6/15 R** - SozR 4-2500 § 109 Nr. 43 muss sich das Krankenhaus darum kümmern, dass eine Versicherte **weiterführende Diagnostik in einem anderen Krankenhaus** erhält. Wegen unwirtschaftlichen Verhaltens entfällt der Anspruch auf Vergütung (hier: eines zusätzlichen Tages wegen Überschreitung der oberen Grenzverweildauer der einschlägigen Fallpauschale Q60C), wenn es dies nicht tut. Die Feststellung der generellen Möglichkeit einer **früheren Verlegung** der Versicherten genügt. Im Regelfall stehen auch für qualifizierte stationäre Krankenbehandlung in Deutschland, in der EU und im Europäischen Wirtschaftsraum zeitgerecht ausreichend Kapazitäten zur Verfügung. Nach BSG, Urt. v. 21.04.2015 - **B 1 KR 9/15 R** - ist als **Hauptdiagnose** die Diagnose zu kodieren, die bezogen auf den jeweiligen abrechenbaren Behandlungsfall bei retrospektiver Betrachtung objektiv nach medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis **erstmalig die stationäre Behandlungsbedürftigkeit erforderlich** machte. Nach BSG, Urt. v. 21.04.2015 - **B 1 KR 10/15 R** - setzt in Fällen, in denen **regelmäßig eine ambulante Behandlung** ausreicht, eine formal ordnungsgemäße Abrechnung voraus, dass das Krankenhaus Angaben zu den Gründen einer ausnahmsweise erforderlichen stationären Behandlung macht. Der Anspruch wird erst **fällig**, nachdem das Krankenhaus die Krankenkasse **mit der Klageschrift von diesen Umständen in Kenntnis gesetzt** hatte. Die Verwirkung passt als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährung grundsätzlich nicht. Nach BSG, Urt. v. 21.04.2015 - **B 1 KR 7/15 R** - SozR 4-7610 § 242 Nr. 8 kommt **Verwirkung** nicht in Betracht, wenn neben dem bloßen Zeitablauf „besondere Umstände“ fehlen, die das **Geltendmachen des Rechts kurz vor Eintritt der Verjährung** dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben als illoyal erscheinen lassen. Nach BSG, Urt. v. 10.03.2015 - **B 1 KR 3/15 R** - besteht ein Vergütungsanspruch nur für eine erforderliche, wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Behandelt ein Krankenhaus einen Versicherten unwirtschaftlich, hat es lediglich Anspruch auf die Vergütung, die bei **fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten** anfiel. Kommt bei gleicher Eignung neben zwei getrennten Krankenhausaufenthalten auch die Behandlung innerhalb eines einzigen, und sei es auch länger dauernden Behandlungszeitraums in Betracht, muss das Krankenhaus die kostengünstigere Behandlung wählen, ggf. also die Gesamtbehandlung innerhalb eines einzigen, nach DRG J23Z zu vergütenden Behandlungszeitraums. Nach BSG, Urt. v. 10.03.2015 - **B 1 KR 2/15 R** - SozR 4-2500 § 39 Nr. 23 ist die Behandlung mit Apherese-Thrombozytenkonzentraten unwirtschaftlich. Der Einsatz von Poolpräparaten ist gleich zweckmäßig, notwendig und ausreichend. Die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung beurteilt sich bei mehreren gleich geeigneten, ausreichenden und notwendigen Behandlungen nach ihren **Kosten für die Krankenkasse**, nicht aber nach **betriebswirtschaftlichen Überlegungen des Leistungserbringers**. Die K. kann dementsprechend die Notwendigkeit der Behandlung mit Apheresekonzentraten nicht mit **Mängeln der vereinbarten Versorgung durch den lokalen Blutspendedienst** begründen. Sie trägt das Risiko der kostengünstigen Verschaffung von Poolpräparaten. Nach BSG, Urt. v. 10.03.2015 - **B 1 KR 4/15 R** - kann die Fallpauschale (DRG B44D) nur abgerechnet werden, wenn eine **geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung** bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls zu kodieren ist. Es fehlt an der erforderlichen Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung, wenn die einzige Ärztin mit der Zusatzbezeichnung „Klinische Geriatrie“ abwesend ist. Nach BSG, Urt. v. 18.11.2014 - **B 1 A 1/14 R** - SozR 4-2500 § 11 Nr. 2 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** - SozR 4-2500 § 108 Nr. 3 u. - **B 3 KR 3/13 R** - besteht ein Vergütungsanspruch nur, wenn die Regelung des GBA über die **Mindestmengen bei Knie-TEP** 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 beruhen hier auf der Weiterbildungsordnung 1995. Nach BSG, Urt. v. 27.11.2014 - **B 3 KR 12/13 R** - SozR 4-2500 § 129a Nr. 1 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** - SozR 4-2500 § 275 Nr. 24 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 I 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. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Einbehalte zur Anschubfinanzierungen für integrierte Versorgung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 27.01.2015 - L 4 KR 99/12

RID 15-03-127

Revision zugelassen
juris
SGB V § 140d

In Bezug auf die Prüfung der wirtschaftlichen Erforderlichkeit der einbehaltenen Beträge nach § 140d SGB V ist eine **Zuordnung** der von der gesetzlichen Krankenkasse geschätzten voraussichtlichen Ausgaben für einen bestimmten abgeschlossenen IV-Vertrag zum Einbehalt **gegenüber einem konkreten Krankenhaus erforderlich**. Denn nur so ist die wirtschaftliche Berechtigung des Einbehalts gegenüber dem Krankenhaus feststellbar.

Die **Meldungen der gesetzlichen Krankenkassen an die BQS** - jedenfalls für das vorliegend in Rede stehende Jahr 2006 (sowie 2004 und 2005) - können keine ausreichende Grundlage für den Nachweis der wirtschaftlichen Erforderlichkeit der vorgenommenen Einbehalte darstellen.

Die gesetzliche **Krankenkasse** muss gegenüber dem Krankenhaus bzw. dem Gericht **darlegen und nachweisen**: die Vorlage der - zeitlich einschlägigen - IV-Verträge im Gesamtumfang (nicht nur Deckblatt und letzte Seite wie zunächst bei der BQS), die vorgesehene Vergütung je Behandlungsfall nach jeweiligem IV-Vertrag, die geschätzten Fallzahlen je IV-Vertrag, das resultierende Vergütungsvolumen je IV-Vertrag (geschätzt) und die Berechnung der jeweiligen Einbehaltensquote.

SG Hannover, Ur. v. 12.12.2011 - S 67 KR 1363/10 - verurteilte die Bekl. vollumfänglich zur Zahlung (26.628,22 € nebst Zinsen), das **LSG** wies die Berufung zurück.

b) Keine erforderliche Krankenhausbehandlung bei Verschieben der Operation

LSG Hamburg, Urteil v. 26.03.2015 - L 1 KR 42/13

RID 15-03-128

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG §§ 7 S. 1 Nr. 1, 9

Die Dauer der Krankenhausbehandlung hängt allein von **medizinischen Erfordernissen** ab. Kann wegen mehrerer **unvorhersehbarer Notfälle** die Operation nicht – wie geplant – am Aufnahmetag durchgeführt werden, sondern muss sie auf den Folgetag **verschoben** werden, so ist dies kein Grund, der seine Ursache in der gesundheitlichen Situation des Versicherten hat.

SG Hamburg, Ur. v. 15.04.2013 - S 6 KR 1361/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Verbleib eines alkoholkranken Versicherten nach Wegfall der Behandlungsbedürftigkeit

SG Halle, Urteil v. 22.04.2015 - S 35 KR 220/12

RID 15-03-129

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 20/15 R
juris
SGB V §§ 11, 27, 39, 109 IV 3

Die **Kosten** für den Verbleib eines alkoholkranken Versicherten im **Krankenhaus** müssen nach Wegfall der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bei erforderlicher, aber **ungeklärter anschließender Unterbringung** in einer Betreuungseinrichtung bis zum Wechsel des Versicherten in die Betreuungseinrichtung nicht von der Krankenkasse getragen werden.

Das *SG* wies die Klage ab.

d) Abgebrochene teilstationäre Behandlungen

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 21.04.2015 - L 6 KR 32/12

RID 15-03-130

Revision anhängig: B 1 KR 21/15 R
juris
SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1; KHEntgG §§ 6 I, 11

Leitsatz: Auf **abgebrochene teilstationäre Behandlungen** sind die Grundsätze zur Vergütung abgebrochener stationärer Krankenhausbehandlungen sinngemäß anzuwenden.

SG Rostock, Urt. v. 05.01.2012 - S 15 KR 249/08 HRO - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 573,18 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Krankenhauseinweisung aufgrund eines Unterbringungsbeschlusses

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.03.2015 - L 16 KR 820/12

RID 15-03-131

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I

Krankenhausbehandlung liegt auch vor, wenn die **Krankenhauseinweisung aufgrund eines Unterbringungsbeschlusses** zur Feststellung des Gesundheitszustandes erfolgt (LSG Sachsen, Urt. v. 09.06.2004 - L 1 KR 55/03 - RID 04-04-145; vgl. auch BSG, Urt. v. 13.05.2004 - B 3 KR 18/03 R - BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 2).

Die Beweislosigkeit hinsichtlich des Versicherungsstatus geht nach den Grundsätzen der objektiven Beweislast zu Lasten des Krankenhausträgers, weil es sich insoweit um ein anspruchsbegründendes Tatbestandsmerkmal handelt. Die **Krankenversicherungspflicht** von Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben (sog Auffangpflichtversicherung) und „zuletzt“ gesetzlich krankenversichert waren, besteht auch dann, wenn diese Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung der (fraglichen) Auffangpflichtversicherung nicht unmittelbar voranging, sondern zwischenzeitlich eine anderweitige Absicherung gegen Krankheit außerhalb der privaten Krankenversicherung erfolgte.

SG Köln, Urt. v. 30.10.2012 - S 29 KR 1174/11 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., dem Kl. 15.283,84 € nebst Zinsen zu zahlen.

f) Vergütungsanspruch auch nach zwischenzeitlichem Tod des Patienten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.03.2015 - L 1 KR 204/13

RID 15-03-132

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 39 I

Der zwischenzeitliche **Tod des Patienten** wirkt sich nicht anspruchvernichtend aus, weil der Vergütungsanspruch des Krankenhauses bereits mit der Behandlung entsteht. Dieser Vergütungsanspruch ist ein originärer Anspruch des Krankenhauses und kein übergegangener Kostenerstattungsanspruch des Patienten. Ob zuvor eine Kostenzusage beantragt oder erteilt oder ein Verwaltungsverfahren eröffnet wurde, ist somit unerheblich.

Der zwischenzeitliche Tod des Patienten wirkt sich nicht anspruchvernichtend auf den Vergütungsanspruch des Krankenhauses aus, weil die **Pflichtversicherung** des Patienten bereits unmittelbar kraft Gesetzes entsteht.

SG Duisburg, Urt. v. 19.02.2013 - S 9 KR 291/11 - verurteilte die bekl. Krankenkasse, an den kl. Krankenhausträger 51.692,97 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

g) Kein Vergütungsanspruch bei Ruhens des Leistungsanspruchs des Versicherten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.05.2015 - L 5 KR 594/14

RID 15-03-133

Revision anhängig: B 1 KR 24/15 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 16 IIIa, 39, 109 IV

Die Geltendmachung des dem Grunde nach bestehenden **Vergütungsanspruchs** wird aufgrund des **Ruhens** des Leistungsanspruchs des Versicherten nach Maßgabe von § 16 IIIa SGB V dauerhaft ausgeschlossen. Einem Ruhensbescheid kommt unmittelbar Tatbestandswirkung zu, die auch auf das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse durchschlägt.

SG Dortmund, Urt. v. 11.08.2014 - S 49 KR 697/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

h) Keine besondere Begründungspflicht für stationäre Herzkatheter-Untersuchung

SG Hamburg, Urteil v. 16.04.2015 - S 2 KR 1206/11

RID 15-03-134

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG §§ 7 S. 1 Nr. 1, 9 I; KHG § 17b I 10

Die **6-Wochenfrist** des § 275 I c SGB V beginnt grundsätzlich mit dem Eingang der elektronisch übermittelten Daten nach § 301 SGB V. Der Einweisungsschein gehört nicht zu den nach § 301 SGB V zu übermittelnden Daten.

Nach BSG, Urt. v. 21.3.2013 - B 3 KR 28/12 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 29, juris Rn. 16 sind Krankenhäuser für den Fall, dass eine Maßnahme im Regelfall ambulant durchzuführen ist, gehalten, in diesen Fällen darzulegen, aus welchen Gründen das Behandlungsziel nicht mit den ambulanten Möglichkeiten erreicht werden konnte. Dies gilt aber nicht für eine **Herzkatheter-Untersuchung**. Diese ist zwar im **Katalog ambulant durchführbarer Operationen** und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus enthalten, dort allerdings in der **Anlage 2**. Diese Anlage beinhaltet die ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationsersetzenden Eingriffe gem. § 115 b SGB V. Demgegenüber sind in Anlage 1 die Leistungen enthalten, die in der Regel ambulant erbracht werden. Nur für diese Leistungen gilt die Begründungspflicht.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.113,09 € nebst Zinsen zu bezahlen.

i) Verwirkung: Korrekturverlangen erst 1 ½ Jahre nach Rechnungserhalt

SG Hamburg, Urteil v. 16.04.2015 - S 2 KR 23/12

RID 15-03-135

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1; KHG § 17b II 1

Verwirkung liegt vor, wenn eine am 03.02.2009 zugegangene Rechnung erst 1 ½ Jahre später (Dezember 2010) überprüft wird und eine **Überprüfung** der Rechnung durch den MDK **stattgefunden** hat, die zu keiner Beanstandung geführt hat.

Das SG verpflichtete die Bekl., 19.808,39 € nebst Zinsen zu zahlen.

j) Keine Verwirkung einer im Zahlbetrag nicht geänderten Vergütungsforderung

SG Schwerin, Urteil v. 21.01.2015 - S 8 KR 101/10

RID 15-03-136

juris

SGB V §§ 39, 69, 275 I c; BGB § 242

Leitsatz: Zur **Verwirkung** einer im Zahlbetrag nicht geänderten Vergütungsforderung des Krankenhauses für eine vollstationäre Behandlung aufgrund einer Rechnungskorrektur (Abänderung von Nebendiagnosen im zeitlichen Zusammenhang einer MDK Prüfung) durch das Krankenhaus.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.442,72 € nebst Zinsen zu zahlen.

k) Nachberechnung nach 21 Monaten

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 30.04.2015 - L 1/4 KR 74/13

RID 15-03-137

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 108

Ein Krankenhaus kann nach 21 Monaten eine **Nachberechnung** von ursprünglich 12.198,53 auf insgesamt 20.556,27 € vornehmen. Dem steht die Rspr. beider Senate des BSG vom November 2012 nicht entgegen.

SG Oldenburg, Urt. v. 22.01.2013 - S 62 KR 183/12 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an den Kl. 8.357,74 € nebst Zinsen zu zahlen.

I) Aufrechnung und Bestimmtheit

LSG Bayern, Urteil v. 14.07.2015 - L 5 KR 461/13

RID 15-03-138

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 109, 112; BGB §§ 387 ff.

Leitsatz: Krankenhaus-Abrechnungsstreit: **Aufrechnungserklärungen** der Krankenkassen müssen den Minimalanforderungen an die **Bestimmtheit** genügen. Andernfalls können die Wirkungen der Aufrechnung im Sinne des § 389 BGB nicht festgestellt werden. Die in Bayern bis 2010 gebräuchlichen Pflegesatzvereinbarungen regeln eine **zweitstufige Fälligkeit**: Die Anspruchsfälligkeit und die Zahlungsfälligkeit. Für eine wirksame Aufrechnung ist neben der Anspruchsfälligkeit auch die Zahlungsfälligkeit notwendig.

SG Würzburg, Gerichtsbb. v. 27.11.2013 - S 11 KR 616/11 - verurteilte die bekl. Krankenkasse, an die Kl. 2.988,56 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung der Beklagten zurück.

2. Fallpauschalen

a) Kodierung einer Nebendiagnose

SG Osnabrück, Urteil v. 02.07.2015 - S 46 KR 404/13

RID 15-03-139

juris
SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1; KHG § 17b II 1

Leitsatz: **Hygiene- und Sicherheitsstandards** stellen weder einen Betreuungs-, Pflege- noch Überwachungsaufwand dar, weil sie das Patientenmanagement nicht durch eine zusätzliche Betreuung, Pflege oder Überwachung des Patienten beeinflussen, sondern dem Schutz Dritter (insbesondere Beschäftigte des Krankenhauses, Besucher und andere Patienten) dienen und damit das allgemeine Krankenhaus- und Behandlungsmanagement beeinflussen.

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker - Qualifizierter Entzug (OPS 8-985/DRG V 60A)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 12.06.2015 - L 1 KR 288/13

RID 15-03-140

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I, 87 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1

Leitsatz: Zur Anwendung des OPS 8-985.

SG Berlin, Ur. v. 21.08.2013 - S 89 KR 624/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Berücksichtigung nachstationärer Prozeduren/Hochvoltstrahlentherapie mit Linearbeschleuniger

SG Karlsruhe, Urteil v. 20.04.2015 - S 5 KR 4301/14

RID 15-03-141

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 275 I c, 301 I 1 Nr. 3

Leitsatz: 1. Soweit und solange **nachstationäre Behandlungen** nicht gesondert vergütet werden, sind deren Prozeduren bei der Gruppierung und der Abrechnung der zugehörigen **vollstationären Behandlung** zu berücksichtigen. Ergibt sich aus der Neugruppierung eine andere **Fallpauschale**, ist diese für die Abrechnung maßgeblich. Allerdings kommt eine Berücksichtigung nachstationärer Prozeduren nur in Betracht, wenn die nachstationäre Behandlung ihrerseits **medizinisch erforderlich** war; eine überflüssige Leistung ist hingegen nicht zu vergüten, auch nicht mittelbar über eine höherwertige DRG.

2. Es gibt keinen Grundsatz, wonach eine **Hochvoltstrahlentherapie mit Linearbeschleuniger** typischerweise und vorrangig außerhalb des Krankenhauses im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht wird. Angesichts dessen ist das Krankenhaus nicht verpflichtet, bereits bei Übermittlung der Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V unaufgefordert zu begründen, warum es die Durchführung dieser Therapie im nachstationären Rahmen für notwendig erachtet.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 19.227,88 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

d) Begriff des Behandlungstages (OPS 8.550.1)

SG Dortmund, Urteil v. 09.04.2014 - S 8 KR 347/10

RID 15-03-142

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1; KHG § 17b II 1

Die Abrechnung nach der DRG-Fallpauschale I66D bzw. der OPS 8.550.1 setzt mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten voraus. Diese Voraussetzungen liegen nicht vor, wenn sich aus den Behandlungsunterlagen während des stationären Aufenthalts der Versicherten jedoch lediglich 11 Kalendertage ergeben, an denen spezifische Behandlungsmaßnahmen durchgeführt wurden. Der Begriff des **Behandlungstages** ist bereits nach seinem Wortlaut so zu verstehen, dass es sich dabei um einen Tag handelt, an dem eine spezifische Behandlung erfolgt, die für die Kodierung der Prozedur erforderlich ist

Das *SG* verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die Kl. 1.162,37 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Aufenthaltsdauer bei Schwindel

SG Stade, Urteil v. 11.05.2015 - S 29 KR 106/12

RID 15-03-143

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 87 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1

Es entspricht der Schwierigkeit exakter Diagnosestellung im Falle der **meist unklaren Symptomatik eines Schwindels**, die Anamnese des Schwindels und die klinische Untersuchung sorgfältig durchzuführen. Im Zusammenhang mit den zusätzlichen technischen Untersuchungen sind die Teilfunktionen des in der Regel im Schwerpunkt betroffenen - komplizierten - Gleichgewichtssystems zu überprüfen.

Dass eine **frühere Entlassung** aus **organisatorischen Gründen** möglicherweise nicht umzusetzen ist, geht zu Lasten des Krankenhauses.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Rückbuchung des Kürzungsbetrages betreffend den stationären Aufenthalt der Versicherten G. in der Zeit vom 17. bis zum 19.03.2010 im Umfang eines Behandlungstages rückgängig zu machen und den sich daraus ergebenden Betrag erneut zu überweisen mit einer Verzinsung von 2%. Die weitergehende Klage wurde abgewiesen.

f) Intensivmedizinische Komplexbehandlung: Ständige ärztliche Anwesenheit

SG Aachen, Urteil v. 04.08.2015 - S 13 KR 384/14

RID 15-03-144

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1; KHG § 17b II 1

Leistet der für die Intensivstation eingeteilte Internist im Nachtdienst im Bedarfsfall auf der Normalstation Dienst und ist auf der **Intensivstation** immer noch – planmäßig – der Anästhesist anwesend, so ist das Merkmal der „ständigen ärztlichen Anwesenheit“ im Rahmen der intensivmedizinischen Komplexbehandlung erfüllt.

Das *SG* wies die Klage der Krankenkasse gegen den Krankenhausträger ab.

3. Off-Label-Use: Rituximab

SG Lübeck, Urteil v. 07.10.2014 - S 1 KR 102/11

RID 15-03-145

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 109 IV

Leitsatz: Die **Gabe von Rituximab** bei einem systemischen lupus erythematoses (SLE) im Krankenhaus rechtfertigt die Abrechnung des **Zusatzentgelts ZE 85.01**, wenn die Voraussetzungen für einen off-label-use vorliegen.

Die Behandlung des SLE mit **Cyclophosphamid** steht als Therapie dann nicht zur Verfügung, wenn es sich um eine junge Frau mit einem Kinderwunsch handelt, deren Gebärfähigkeit durch die Gabe dieses Medikaments gefährdet ist.

Das *SG* verurteilte die bekl. Krankenkasse, an den Kl. 2.568,67 € nebst zu zahlen.

4. Aufwandspauschale: Keine Auffälligkeitsprüfung/Nicht erlöswirksame sekundäre Fehlbelegung

SG Mainz, Urteil v. 04.05.2015 - S 3 KR 428/14

RID 15-03-146

juris
SGB V §§ 12 I, 39 I 1, 69 I 3, 275 I Nr. 1, 1c

Leitsatz: 1. Der Anspruch auf **Aufwandspauschale** ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil keine „Auffälligkeitsprüfung“, sondern eine „**Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit**“ gewesen sein könnte (entgegen BSG vom 1.7.2014 - B 1 KR 29/13 R = SozR 4-2500 § 301 Nr. 4). Für die Annahme des 1. Senats des BSG, dass es neben dem Verfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V i.V.m. § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (vom BSG ungenau „Auffälligkeitsprüfung“ genannt) ein weiteres Prüfreime („Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit“) für Abrechnungsfragen bei Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V unter Einschaltung des MDK gebe, welches nicht den Beschränkungen und Rechtsfolgen des § 275 Abs. 1c SGB V unterliege, **fehlt eine gesetzliche Grundlage**. Die Auffassung des BSG ist mit Gesetzeswortlaut und -systematik nicht zu vereinbaren und verstößt daher - unter Berücksichtigung der Grenzfunktion des Gesetzeswortlauts - gegen den Grundsatz der Bindung an das Gesetz (Art 20 Abs. 3 und Art 97 Abs. 1 Grundgesetz - GG).

2. 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 zu Einleitung der MDK-Prüfung gehabt hat (Anschluss an SG Mainz vom 14.6.2013 - S 17 KR 58/12, SG Speyer vom 18.6.2014 - S 19 KR 229/12, Fortführung von SG Mainz vom 19.9.2014 - S 3 KR 35/14 und 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 (Fortführung von SG Mainz vom 22.10.2014 - S 3 KR 288/14).

3. Der Anspruch auf Aufwandspauschale ist während des **Verzugs** nach § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. § 288 Abs. 1 BGB in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu **verzinsen**. Der Anspruch ist nicht auf Prozesszinsen beschränkt (Anschluss an SG Speyer vom 18.6.2014 - S 19 KR 229/12 aaO.; Fortführung SG Mainz vom 19.9.2014 - S 3 KR 35/14 aaO; entgegen BSG vom 28.11.2013 - B 3 KR 4/13 R = SozR 4-2500 § 275 Nr. 16).

4. Zum **Zeitpunkt der Fälligkeit** des Anspruchs auf Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V.

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

5. Aussetzung wegen Nichtdurchführung eines Schlichtungsverfahrens

LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss v. 15.07.2015 - L 5 KR 90/15 B

RID 15-03-147

www.sozialgerichtsbarkeit.de
KHG § 17c IV

Die **Nichtdurchführung des Schlichtungsverfahrens** nach § 17c IV SGG rechtfertigt weder die Aussetzung des Verfahrens noch die Abweisung der Klage. Nach BSG, Urt. v. 23.06.2015 - B 1 KR 26/14 R - juris Rn. 24 ist unter Achtung des verfassungsrechtlich gebotenen Vertrauensschutzes bis zum 31.08.2015 an dem Anzeigeeerfordernis über die Arbeitsfähigkeit der Schlichtungsstelle festzuhalten.

SG Koblenz, Beschl. v. 09.04.2015 - S 12 KR 27/15 - setzte das Verfahren der klagenden Krankenhausträgerin aus, das *LSG* hob den Beschl. auf.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 08.07.2015 - *B 3 KR 17/14 R* - gilt die **Zahlungsfrist** des § 130 III 1 SGB V nach Sinn und Zweck der Rabattregelung nur für die **unmittelbare Abrechnung** der im jeweiligen Vormonat erfolgten Abgaben von Arzneimitteln an Versicherte. Die Bindung des Rabatts an die Begleichung der Rechnung des **Apothekers** durch die Krankenkasse innerhalb von 10 Tagen nach Rechnungserteilung passt nicht für **Nachzahlungen der Krankenkassen**, die anfallen, weil nachträglich der Rabatt vermindert wird. Für den Ausgleich nachträglich geänderter Rabattbeträge gibt es keine gesetzliche

Zahlungsfrist. § 130 III 1 SGB V ist zudem an eine gesetzlich vorgesehene Rechnungslegung gebunden, und der Erteilung einer Rechnung für die Zahlung der Differenz zwischen dem ursprünglich von der Beklagten einbehaltenen und dem nach der Entscheidung der Schiedsstelle zutreffenden Rabattbetrag bedurfte es gerade nicht. Nach BSG, Urt. v. 08.07.2015 - **B 3 KR 6/14 R** - besteht, wenn ein Hilfsmittel als untrennbarer Bestandteil einer vertragsärztlichen **Behandlungs- oder Untersuchungsmethode** eingesetzt wird, solange kein Anspruch des Herstellers auf Aufnahme des Hilfsmittels in das **Hilfsmittelverzeichnis**, wie der **GBA** keine **positive Bewertung** der Methode beschlossen hat. Der Gesetzgeber hat im Hinblick auf die Sicherung von Nutzen und Wirtschaftlichkeit von Behandlungsmethoden das Prüfungsverfahren bei dem **GBA** vorgeschaltet. Eine Bewertung durch den **GBA** ist auch bezüglich bereits anerkannter oder zugelassener Methoden erforderlich, wenn diese im Hinblick auf ihre diagnostische bzw. therapeutische Wirkungsweise, mögliche Risiken und/oder Wirtschaftlichkeitsaspekte eine **wesentliche Änderung oder Erweiterung** erfahren. Die Überlassung einer **aktiven Bewegungsschiene** an Versicherte zur selbständigen Durchführung der Therapie ist sowohl im Vergleich zu herkömmlicher physikalischer Behandlung durch Physiotherapeuten, als auch im Vergleich zu den im Hilfsmittelverzeichnis bereits gelisteten mit einem Motor betriebenen, passiven Bewegungsschienen jeweils als „neue“, bisher nicht vom **G-BA** anerkannte oder zugelassene **Behandlungsmethode** anzusehen, weil sich der therapeutische Nutzen sowie mögliche Risiken und Aspekte der Wirtschaftlichkeit bei diesen Methoden jeweils wesentlich unterscheiden. Nach BSG, Urt. v. 22.04.2015 - **B 3 KR 2/14 R** - haben nur die Leistungserbringer selbst, nicht aber ihre Innungen gegenüber der Krankenkasse einen **Anspruch auf Auskunft über geschlossene Verträge** mit einzelnen Leistungserbringern von **Hilfsmitteln**.

1. Apotheken: Keine Barauszahlung von Import-Guthaben

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.04.2015 - L 9 KR 499/12

RID 15-03-148

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 45/15 B
juris

SGB V § 129

Die **Gutschrift**, die einem Apotheker die **Übererfüllung der Importquote** eingebracht hat, kann nur **verrechnet**, nicht aber in bar ausgezahlt werden. Die Regelung des Rahmenvertrages über die Arzneimittelversorgung hierzu ist bereits hinsichtlich ihres Wortlauts eindeutig, findet aber zudem im gesetzlichen Hintergrund des Rahmenvertrages seine Bestätigung.

SG Berlin, Urt. v. 26.10.2012 - S 81 KR 2039/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Arzneimittelhersteller: Veränderung der Packungsgröße und Preisabschlag

SG Berlin, Urteil v. 23.02.2015 - S 211 KR 2196/12

RID 15-03-149

Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 130a

Leitsatz: Führt ein Arzneimittelhersteller eine **größere Packung** eines Arzneimittels ein, ohne das Arzneimittel (insbesondere die Darreichungsform) zu verändern, können die Preise für das Arzneimittel in der alten und neuen Packung zur Feststellung einer Preiserhöhung i.S.d. § 130a Abs. 3a Satz 1 SGB V unmittelbar miteinander verglichen werden und ist für die Anwendung der nur für Umgehungsfälle geschaffenen Preisbestimmungsmethode des § 130a Abs. 3a Satz 3 SGB V kein Raum.

Das **SG** stellte fest, dass die Festlegung eines Abschlags gemäß § 130a III 3 SGB V in Höhe von 1.144,71 € für das Fertigarzneimittel Rebif 22 µg/12 Patronen (Pharmazentralnummer: 6575865) und in Höhe von 39,06 € für das Fertigarzneimittel Rebif 44 µg/12 Patronen (Pharmazentralnummer 6575871) rechtswidrig ist.

3. Hilfsmittelverzeichnis: Umfang der Substantiierungsanforderungen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 30.04.2014 - L 1 KR 11/12

RID 15-03-150

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 20/15 R
SGB V §§ 33 I, 139 I

Die Streichung von **wassergefüllten Dekubitusmatratzen** aus dem **Hilfsmittelverzeichnis** ist rechtmäßig. Wassergefüllte Kissen und Wassermatratzen sind für die Dekubitusprophylaxe und -therapie ungeeignet. Es reicht nicht aus vorzutragen, die Matratzen seit Jahren herzustellen und zu vertreiben und selbst von dem therapeutischen Nutzen auszugehen.

BSG, Urt. v. 28.09.2006 - B 3 KR 28/05 R- SozR 4- 2500 § 139 Nr. 2 Rn. 28 f., wonach sich die Nachweispflicht des Herstellers als bloße Beweislastregel versteht und ggf. das Gericht bei der Prüfung weder auf den medizinisch-technischen Erkenntnisstand zum Zeitpunkt der Verwaltungsentscheidung noch auf die Beurteilung allein der im Verwaltungsverfahren vorgelegten Unterlagen beschränkt ist, sondern ggf. unter Einholung von Sachverständigengutachten aufzuklären

hat und die **Beweislastregel** erst zum Tragen kommt, wenn sich nach **Ausschöpfung aller gerichtlichen Erkenntnismöglichkeiten** die Funktionstauglichkeit, die Qualität und/oder der therapeutische Nutzen eines neuen Hilfsmittels nicht mit hinreichender Sicherheit feststellen lässt, bezieht sich auf §§ 128, 139 SGB V **in der bis zum 31.03.2007 geltenden Fassung**. Eine derartige Aufklärungspflicht des Gerichts besteht unter der derzeit geltenden Fassung des § 139 SGB V jedoch nur dann, wenn der Hersteller selbst bereits Tatsachen vorgetragen und Nachweise vorgelegt hat, die geeignet sind, die Erkenntnisse des MDS substantiiert in Zweifel ziehen.

SG Hannover, Urt. v. 24.11.2011 - S 11 KR 320/08 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Heilmittelerbringer: Bindung des Vergütungsanspruchs an verordnete Leistung/Aufrechnung

SG Stade, Urteil v. 07.04.2015 - S 15 KR 334/12

RID 15-03-151

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

BGB § 387

Eine Krankenkasse kann mit einer Überzahlung der Vergütung für physiotherapeutische Behandlungen der Versicherten analog § 387 BGB die **Aufrechnung** erklären. Der Rahmenvertrag schließt die Durchführung der Rechnungsbeanstandung durch Aufrechnung nicht aus.

Ein Vergütungsanspruch entfällt, wenn seitens des Vertragsarztes die Abgabe von KG-ZNS (Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage) **verordnet** wird, tatsächlich jedoch Leistungen einfacher KG erbracht werden. Eine Heilung des Verstoßes durch die nachträgliche Bescheinigung des behandelnden Arztes auf der Verordnung ist ausgeschlossen.

Das *SG* wies die Klage ab.

5. Häusliche Krankenpflege: Regelungslücke im Vertrag

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.04.2015 - L 9 KR 124/13

RID 15-03-152

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 37, 132a

Leitsatz: 1. Sieht ein Vertrag nach § 132a Abs. 2 SGB V zwischen Pflegedienst und Krankenkasse keine Abrechnungsposition für die Leistung „**Abnehmen von Kompressionsverbänden**“ vor, kann in der Regel nicht auf die Abrechnungsposition für die Leistung „Anlegen von Kompressionsverbänden“ zurückgegriffen werden.

2. **Regelungslücken** in Verträgen nach § 132a Abs. 2 SGB V sind nicht durch die analoge Anwendung von Vorschriften des BGB (z.B. §§ 315, 316, 612, 812) zu schließen, sondern im Rahmen eines **Schiedsverfahrens** nach § 132a Abs. 2 Sätze 6 bis 8 SGB V.

SG Berlin, Urt. v. 05.04.2013 - S 81 KR 2490/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

Nach BSG, Urt. v. 08.09.2015 - **B I KR 16/15 R** - ist eine Krankenkasse ermächtigt, das **Ruhen der Leistungen** festzustellen, wenn ein **Beitragsrückstand** des Versicherten bei der vor dessen Wechsel für ihn zuständigen Krankenkasse mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate trotz Mahnung besteht. Eine Feststellungswirkung der Ruhensfeststellung der vormaligen Krankenkasse sieht das Gesetz nicht vor. Nach BSG, Urt. v. 08.09.2015 - **B I 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**. Nach BSG, Urt. v. 08.09.2015 - **B I KR 28/14 R** - ist bei **Sozialwahlen** bei der Gesamtzahl der Unterzeichner im Sinne von § 48 III 2 SGB IV auf die Gesamtzahl der eingereichten Unterstützerunterschriften abzustellen und nicht auf die Gesamtzahl der für die Erfüllung des Quorums in Abs. 2 entscheidenden Anzahl der Unterstützerunterschriften. Nach BSG, Urt. v. 10.03.2015 - **B I A 10/13 R** - richtet sich die **aufsichtsbehördliche Zuständigkeit einer geöffneten IKK** nach dem Territorium, in dem ihre Satzung gilt. Erstreckt es sich über das Gebiet von mehr als drei Ländern hinaus, ist die räumliche, länderbezogene Verteilung der festen Arbeitsstätten der ihr angehörigen Innungsbetriebe entscheidend. Dies sind die Handwerksbetriebe, deren Inhaber in die Handwerksrolle eingetragen sind und einer Trägerinnung der IKK angehören. Nach BSG, Urt. v. 18.11.2014 - **B I KR 35/13 R** - SozR 4-2500 § 291a Nr. 1 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 Ausnahmeregelungen 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 I 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** - SozR 4-2500 § 264 Nr. 6 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. Unterstützung eines Versicherten bei Verfolgung von Schadensersatzansprüchen

LSG Hessen, Urteil v. 04.05.2015 - L 1 KR 381/13

RID 15-03-153

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 55/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 66; SGB X § 116

Die Unterstützung nach § 66 SGB V ist nicht darauf gerichtet, dem Versicherten eine umfassende Hilfeleistung zur Klärung der Frage, ob ein Behandlungsfehler vorlag oder nicht, zu gewähren oder gar die Kosten der Rechtsverfolgung zu übernehmen. Es ist ihm die **Beweisführung zu erleichtern**, also ihm die für eine Rechtsverfolgung essentiellen Informationen zugänglich zu machen.

Der Kl. begehrt Unterstützungsleistungen der Krankenkasse bei einem Verdacht auf ärztliche Behandlungsfehler im Rahmen seiner medizinischen Behandlung. *SG Gießen*, Urt. v. 05.11.2013 - S 11 KR 143/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 20.03.2015 - L 5 KR 40/15 B ER - RID 15-02-180.

2. Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit durch Ärzte des MDK

LSG Bayern, Beschluss v. 20.05.2015 - L 5 KR 191/15 B ER

RID 15-03-154

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 44 I 1, 46; SGG § 86b II

Leitsatz: Die **Arbeitsunfähigkeit** nach § 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V kann durch **jeden Arzt** festgestellt werden. Weder muss es sich um einen Vertragsarzt handeln, noch um den behandelnden Arzt des Versicherten. Auch die **Ärzte des MDK** können somit die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Dies ergibt sich aus § 62 Abs. 3 Bundesmantelvertrag Ärzte, wonach ein Gutachten des MDK zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit verbindlich ist.

SG Landshut, Beschl. v. 08.04.2015 - S 1 KR 95/15 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** verpflichtet die Ag. vorläufig, dem Ast. wegen der erstmalig zum 11.07.2014 festgestellten Arbeitsunfähigkeit infolge einer diffus parenchymatösen Lungenerkrankung Krankengeld ab 25.03.2015, längstens bis zur rechtskräftigen Entscheidung der Hauptsache, maximal bis zur Erschöpfung des 78 Wochen dauernden Anspruches zu bewilligen, solange Arbeitsunfähigkeit bescheinigt ist.

3. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung „bis auf weiteres“

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 12.03.2015 - L 5 KR 64/13

RID 15-03-155

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 46 S. 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. Eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung „bis auf weiteres“** mit einem darin genannten **Termin zur Wiedervorstellung** ist wirksam und besagt lediglich, dass der Arzt vom Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit jedenfalls bis zum angegebenen Termin ausgeht und nicht, dass die Arbeitsunfähigkeit nur bis zu diesem Zeitpunkt bescheinigt wird.

2. Wenn die Krankenkasse eine solche nicht den Arbeitsunfähigkeits-RL (juris: AURL) entsprechende AU-Bescheinigung entgegennimmt und den Arzt nicht auffordert, eine neue AU-Bescheinigung mit einem Endzeitpunkt auszustellen, muss der Versicherte keine neuen AU-Bescheinigungen vorlegen. Eine verspätete Wahrnehmung des Termins zur Wiedervorstellung unterbricht nicht den Bezug von Krankengeld.

SG Schleswig, Urt. v. 29.01.2013 - S 23 KR 167/11 - verurteilte die Bekl., dem Kl. Krankengeld zu gewähren und ihn als Mitglied nach § 192 I Nr. 2 SGB V zu führen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

4. Erstattung von Kosten einer stationären Anschlussheilbehandlung

LSG Hessen, Urteil v. 07.05.2015 - L 8 KR 145/12

RID 15-03-156

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 57/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 40; SGB II § 25; SGB VI §§ 20 Nr. 3, 21 IV 1, 40 VI 1

Leitsatz: 1. Der **zweitangegangene Reha-Träger** hat einen **privilegierten Erstattungsanspruch** nach § 14 Abs. 4 S. 1 SGB IX gegen den „eigentlich“ leistungspflichtigen Träger nach den für ihn selbst geltenden Rechtsvorschriften, also in vollem Umfang; dieser Erstattungsanspruch geht als der speziellere den allgemeinen Erstattungsvorschriften nach dem SGB X vor.

2. Weil § 14 SGB IX den zweitangegangenen Träger dazu anhält, umfassend nach allen Leistungsvorschriften als zuständiger Reha-Träger zu leisten, bedarf es eines **umfassenden Ausgleichsmechanismus**, der dem Zweck dient, dass der berechtigte Träger alle seine erbrachten Leistungen zurückerhalten soll.

3. Dass **Übergangsgeld** von dem zweitangegangenen Reha-Träger nicht direkt an den Versicherten gezahlt, sondern dem Träger von Leistungen nach dem SGB II überwiesen wurde, welcher während der stationären Reha-Maßnahme vorschussweise Alg II-Zahlungen in dieser Höhe geleistet hatte, ist dabei rechtlich ohne Belang.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 16.03.2012 - S 18 KR 226/09 - verurteilte die bekl. Krankenkasse, an den kl. Rentenversicherungsträger 402,61 € zu zahlen.

5. Unzulässigkeit einer Vereinbarung über Auslandsrankenversicherungsschutz

LSG Hessen, Urteil v. 23.04.2015 - L 1 KR 337/12 KL

RID 15-03-157

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 A 2/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 IV, 16 I 1 Nr. 1, 18 I 1, 60 IV 1, 194 Ia, 197b

Leitsatz: Einer **Vereinbarung** zwischen einer gesetzlichen Krankenversicherung und einem **privaten Versicherungsunternehmen** über einen weltweiten kostenlosen **Auslandsrankenversicherungsschutz** für alle Versicherten fehlt eine rechtliche Grundlage.

Sie stellt eine unzulässige Erweiterung des **gesetzlichen Aufgabenbereichs** einer gesetzlichen Krankenkasse dar.

Geschäfte, die den Aufgabenbereich des Versicherungsträgers überschreiten, sind **verboten**, da der Versicherungsträger mit ihnen seine ihm als öffentlich-rechtliche Körperschaft zustehende Rechtsmacht überschreitet. Die Grenze zu fremden Aufgaben ist regelmäßig dann überschritten, wenn die Aufgabe keine Legitimation im Leistungsrecht findet.

Das *LSG* wies die Klage der BKK ab.

Parallelverfahren:

LSG Hessen, Urteil v. 23.04.2015 - L 1 KR 17/14 KL

RID 15-03-158

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 A 1/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

X. Bundessozialgericht (BSG)

1. Präimplantationsdiagnostik (PID)

BSG, Urteil v. 18.11.2014 - B 1 KR 19/13 R

RID 15-03-159

BSGE = SozR 4-2500 § 27 Nr. 26 = KHE 2014/123 = GesR 2015, 358 = ZfL 2015, 55

Leitsatz: Die **Präimplantationsdiagnostik** gehört nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

2. Fahrkosten: Zuzahlung zu jeder Fahrt bei ambulanter Serienbehandlung

BSG, Urteil v. 18.11.2014 - B 1 KR 8/13 R

RID 15-03-160

SozR 4-2500 § 60 Nr. 7 = NZS 2015, 220

- Leitsatz:** 1. Hat die Krankenkasse **Fahrkosten** zu übernehmen, fällt die **Zuzahlung** Versicherter grundsätzlich bei jeder Fahrt zu ambulanter, nicht stationärer Behandlung an.
2. Bei **stationärer ambulanter Behandlung** müssen sich die Versicherten nur bei der ersten und letzten Fahrt an den von der Krankenkasse zu tragenden Fahrkosten beteiligen.
3. Ambulante Behandlung ist **stationärer ersetzend**, wenn Versicherte aus medizinischen Gründen an sich erforderliche Krankenhausbehandlung nicht wahrnehmen.

3. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Keine Vergütung orthopädischer Krankenhausleistungen im Fachgebiet Chirurgie

BSG, Urteil v. 27.11.2014 - B 3 KR 1/13 R

RID 15-03-161

BSGE = SozR 4-2500 § 108 Nr. 3 = GesR 2015, 299

Leitsatz: Die Implantation von **Kniegelenks-Totalendoprothesen** bei Gonarthrose gehört zum Kernbereich der stationären Orthopädie und ist daher Plankrankenhäusern grundsätzlich untersagt, solange deren **Versorgungsauftrag** nach dem - versorgungs- und planungsrechtlich auszulegenden - Landeskrankenhausplan (hier: des Landes Brandenburg) nur die **Chirurgie** (einschließlich Unfallchirurgie), nicht aber die **Orthopädie** umfasst, obgleich der Eingriff berufsrechtlich auch von Unfallchirurgen ausgeführt werden darf.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 27.12.2014 - B 3 KR 3/13 R

RID 15-03-162

juris

b) Mindestmengenregelung: Prognose am Jahresanfang (Kniegelenk-Totalendoprothesen)

BSG, Urteil v. 14.10.2014 - B 1 KR 33/13 R

RID 15-03-163

BSGE = SozR 4-2500 § 137 Nr. 5 = SGB 2014, 672 = NZS 2015, 106 = KHE 2014/117

- Leitsatz:** 1. Die Festsetzung der **Mindestmenge** von jährlich 50 implantierten **Kniegelenk-Totalendoprothesen** je Krankenhaus (Betriebsstätte) ist rechtmäßig.
2. Ein Krankenhaus wird „voraussichtlich“ die Mindestmenge im folgenden Kalenderjahr nicht erreichen, wenn es die **Mindestmenge im abgelaufenen Kalenderjahr** nicht erreicht hat.
3. Der **Gemeinsame Bundesausschuss** hat die Befugnis, durch **Übergangsregelungen**, die den Anforderungen des Patientenschutzes genügen und einer funktionsadäquaten Anpassung der Versorgungsstruktur dienen, eine Mindestmenge zeitlich gestreckt einzuführen.

c) Fehlerhafte Hauptdiagnose und Sechs-Wochen-Frist

BSG, Urteil v. 14.10.2014 - B 1 KR 34/13 R

RID 15-03-164

SozR 4-2500 § 301 Nr. 5 = SVLFG-Information 013/2015 = KHE 2014/114

- Leitsatz:** 1. Kodierte ein **Krankenhaus** zu Unrecht eine **Nebendiagnose als Hauptdiagnose**, obliegt es ihm, die tatsächlichen Voraussetzungen der berechneten Vergütung darzutun.
2. **Behandlungsunterlagen**, die das Krankenhaus dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorprozessual freiwillig übergibt, unterliegen auch dann keinem **Beweisverwendungsverbot**, wenn die Prüfanzzeige dem Krankenhaus erst nach Ablauf der sechswöchigen Anzeigefrist zugeht.

d) Behandlungsfall und mehrere Krankenhausaufenthalte/Wirtschaftlichkeitsgebot

BSG, Urteil v. 10.03.2015 - B 1 KR 3/15 R

RID 15-03-165

juris = KHE 2015/15

Eine **Fallzusammenführung** liegt auch bei rückschauender Betrachtung nicht vor, wenn die **Behandlung** zum Zeitpunkt der ersten Entlassung **abgeschlossen** war.

Ein Krankenhaus kann nur die Vergütung beanspruchen, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten angefallen wäre, wenn es die Versicherte in nicht **wirtschaftlicher** Weise behandelte.

e) Mitteilungspflicht auch für Leistungen zur medizinischen Frührehabilitation

BSG, Urteil v. 10.03.2015 - B 1 KR 4/15 R

RID 15-03-166

NZS 2015, 422

Parallelentscheidung zu BSG, Urt. v. 14.10.2014 - B 1 KR 26/13 R - SozR 4-2500 § 301 Nr. 3.

Beansprucht ein Krankenhaus **Vergütung für eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung Versicherter**, obliegt es ihm, die Krankenkasse über die durchgeführten Leistungen zur medizinischen **Rehabilitation** zu **informieren**.

f) Keine unzulässige Rechtsausübung bei vorprozessualer Auskunftsverweigerung

BSG, Urteil v. 21.04.2015 - B 1 KR 10/15 R

RID 15-03-167

juris = NZS 2015, 578

Ein Krankenhaus ist nach dem Grundsatz von Treu und Glauben von der Geltendmachung des Vergütungsanspruchs nicht 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 benennt**.

g) Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Facharztanwesenheit (DRG B70C)

BSG, Urteil v. 21.04.2015 - B 1 KR 8/15 R

RID 15-03-168

juris

Die **neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls** nach der DRG-Fallpauschale B70C kann nur abgerechnet werden, wenn eine 24-stündige Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie oder eines Assistenzarztes in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie gewährleistet ist.

4. Erstattungsanspruch des Sozialhilfeträgers: Ablauf der Ausschlussfrist

BSG, Urteil v. 18.11.2014 - B 1 KR 12/14 R

RID 15-03-169

SozR 4-2500 § 264 Nr. 6

Leitsatz: 1. Erbringt ein **Sozialhilfeträger** einem Sozialhilfeempfänger Krankenbehandlung mittels Beauftragung einer Krankenkasse in Unkenntnis einer bestehenden **Familienversicherung**, hat er als nachrangig verpflichteter Leistungsträger Anspruch auf **Erstattung** hierfür aufgewendeter Kosten gegen die Krankenkasse, bei der die Versicherung besteht.

2. Ist ein Erstattungsanspruch eines Leistungsträgers gegen einen anderen wegen **Ablaufs der Ausschlussfrist** von einem Jahr ausgeschlossen, greift dagegen der **Einwand unzulässiger Rechtsausübung** nur bei grob rechtswidrigem Verhalten des Begünstigten.

5. Erledigung des Rechtsstreits durch angenommenes Anerkenntnis/Senatsanfrage

BSG, Beschluss v. 10.03.2015 - B 1 KR 1/15 R

RID 15-03-170

juris

Ein **wirksam angenommenes Anerkenntnis** erledigt den Rechtsstreit. Bei dem 4. und dem 9. Senat des BSG wird angefragt, ob sie an ihrer in den Urteilen v. 27.06.1978 - 4/5 RJ 10/77 - und v. 01.04.1981 - 9 RV 43/80 - vertretenen Rechtsauffassung festhalten, dass ein prozessuales Anerkenntnis der Irrtumsanfechtung unterliegt.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Rücknahme/Widerruf/Ruhen der Approbation

a) Widerruf der Approbation

aa) Verstoß gegen das Betäubungsmittelrecht

OVG Niedersachsen, Urteil v. 11.05.2015 - 8 LC 123/14

RID 15-03-171

^{juris}
BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; BtMG § 13; BtMVV § 8

Auch im Fall der **Verfahrenseinstellung** kann eine eigenständige Überprüfung der in einem **staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren** oder **strafgerichtlichen Verfahren** gewonnenen Erkenntnisse und Beweismittel im Hinblick auf das Vorliegen der Voraussetzungen des Approbationswiderrufs erfolgen.

Hat ein Arzt seinem von **Betäubungsmitteln** abhängigen Patienten auf Privatrezepten innerhalb von fünf Tagen 900 Tabletten Fluninoc, entsprechend 900 mg des Wirkstoffes Flunitrazepam (Schlafmittel aus der Gruppe der Benzodiazepine, Tagesdosis bei 0,5 mg bis 1 mg, in Ausnahmefällen bei 2 mg), verordnet, so verstößt er gegen betäubungsmittelrechtliche Vorschriften und gegen seine ärztlichen Pflichten nach der Berufsordnung.

bb) Ausnutzen hilfloser Lage zur Vornahme sexueller Handlungen durch Anästhesisten

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 19.02.2015 - 8 LA 102/14

RID 15-03-172

^{juris}
BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; StGB §§ 174c I, 179

Ein **Anästhesist**, der unter Missbrauch seiner Stellung als Arzt sowie der besonderen Fürsorgepflichten für das Wohlergehen der durch die Narkose hilflosen Patientin und damit unmittelbar im Rahmen der von ihm durchgeführten Behandlung erheblich in das **sexuelle Selbstbestimmungsrecht einer Patientin eingreift**, verletzt die das Arzt-Patienten-Verhältnis unmittelbar berührende und elementare ärztliche Berufspflicht, eine medizinische Behandlung unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, vorzunehmen (vgl. etwa § 7 I 1 BO Niedersachsen), gravierend. In derartigen Konstellationen ist ein Arzt zur Ausübung des ärztlichen Berufs **unwürdig** (§ 3 I 1 Nr. 2 BÄO).

Der Umstand, dass die strafgerichtlich verhängte Freiheitsstrafe nicht über die nach § 179 I StGB vorgesehene **Mindeststrafe** hinausgeht, bedeutet nicht, dass die Schlussfolgerung der approbationsrechtlichen Unwürdigkeit ausgeschlossen ist. Gerade einem Anästhesisten wird von dem Patienten, der sich in eine hilflose Lage begibt, ein besonderes Vertrauen entgegen gebracht. Das Ausnutzen dieser hilflosen Lage zur Vornahme sexueller Handlungen ist mit dem Berufsbild und den allgemeinen Vorstellungen von der Persönlichkeit eines Arztes schlechthin nicht zu vereinbaren.

Auch ein **erstmaliger**, zumal strafrechtlich erfasster **Verstoß** genügt grundsätzlich für die Annahme der Berufsunwürdigkeit, wenn die Art der Straftat, das Ausmaß der Schuld und der Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit von bedeutendem Gewicht sind.

Die den Verwaltungsbehörden eingeräumte Befugnis zur Untersagung eines Berufes wird selbst durch das **bewusste Absehen der Strafgerichte von der Verhängung eines Berufsverbotes** nicht eingeschränkt.

Der kl. Anästhesist wurde im Februar 2010 vom AG wegen sexuellen Missbrauchs einer widerstandsunfähigen in Tateinheit mit sexuellem Missbrauch einer ihm zur Behandlung anvertrauten Person zu einer Freiheitsstrafe von 6 Monaten verurteilt, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde. Das LG verwarf die Berufung. Das OLG verwies die Sache an eine andere Kammer des LG zurück. Das LG verwarf erneut die Berufung. Das OLG verwarf im Mai 2012 die erneute Revision. **VG Oldenburg**, Urt. v. 08.07.2014 - 7 A 4646/13 - wies die Klage ab, das **OVG** ließ die Berufung nicht zu.

b) Ruhen: Kostengrundentscheidung nach nachgeholter amtsärztlicher Begutachtung

VGH Bayern, Beschluss v. 12.06.2015 - 21 CS 15.415

RID 15-03-173

juris
VwGO § 161 II 1

Die **Kosten des Eilverfahrens** sind in beiden Rechtszügen den Beteiligten je zur Hälfte aufzuerlegen, wenn der Ast. mit seinem Eilantrag vor dem Verwaltungsgericht erfolgreich war, das unter Hinweis auf die Rspr. des BVerfG mit nachvollziehbarer Begründung die aufschiebende Wirkung seiner Klage wiederhergestellt hat, und die Ag. diesen Bescheid aufgehoben hat, weil sich der Ast. zwischenzeitlich der angeordneten **amtsärztlichen Begutachtung** unterzogen hat und eine neue, jetzt auf § 6 Abs. 1 Nr. 2 BÄO gestützte Ruhensanordnung mit Sofortvollzug erlasse hat.

c) Eilrechtsschutz/Beschränkte Berufserlaubnis/Bewährungszeit nach Approbationsentzug

VG Regensburg, Beschluss v. 15.06.2015 - RO 5 E 15.687

RID 15-03-174

juris
BÄO §§ 3 I Nr. 2, 8; VwGO § 123

Eine **Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs** in fachlich abhängiger Stellung ist ausreichend, um die **wirtschaftliche Existenz** bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache über einen Approbationsantrag zu sichern. Insb. außerhalb von Ballungszentren sollte es möglich sein, eine Anstellung als unselbständiger Onkologe zu bekommen.

Eine **Approbation** kann im Eilrechtsschutzverfahren **nicht befristet** erteilt werden, und zwar auch dann nicht, wenn die Klage im Hauptsacheverfahren Erfolg verspricht. Die durch die Approbation verliehene Berechtigung ist nämlich unteilbar und einschränkenden Nebenbestimmungen nicht zugänglich.

Bei einem Arzt, dessen Approbation widerrufen worden ist, stellt die verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung die grundsätzliche Forderung auf, dass der Arzt zunächst eine **außerberufliche Bewährungszeit** durchlaufen muss, innerhalb derer er unter Beweis stellen muss, dass er wieder zur Berufsausübung würdig ist und seine Zuverlässigkeit zurück gewonnen hat und er somit die Voraussetzung des § 3 I Nr. 2 BÄO wieder erfüllt. Dabei ist anerkannt, dass die berufsrechtliche Bewährungszeit grundsätzlich **erst nach Eintritt der Bestandskraft der Widerrufsentscheidung** zu laufen beginnt. Deshalb kommt der Tatsache, dass die Straftaten, die zur Unzuverlässigkeit und Unwürdigkeit des Antragstellers geführt haben, bereits mehr als 12 Jahre zurück liegen, keine allzu große Bedeutung zu.

Absolute **Zeitangaben**, binnen derer der Betroffene **wieder zuverlässig wird**, können nicht gemacht werden. Allerdings scheint sich eine Verwaltungspraxis dahingehend entwickelt zu haben, für die außerberufliche Bewährungszeit einen **Richtwert von 5 Jahren** anzunehmen. Von diesem Wert wird dann nach den besonderen Umständen des Einzelfalles ein mehr oder weniger großer Zu- oder Abschlag vorgenommen. Einen gewissen Anhaltspunkt können darüber hinaus die **Tilgungsfristen** für **im Zentralregister** eingetragene Verurteilungen bieten. Bedenkt man zudem, dass der BGH für die **Wiederzulassung zum Rechtsanwaltsberuf** nach gravierenden Straftaten im Kernbereich der beruflichen Tätigkeit des Rechtsanwalts (z.B. Untreue und Betrug zum Nachteil von Mandanten) einen zeitlichen Abstand zwischen der die Unwürdigkeit begründenden Straftat des Bewerbers und dessen Wiederzulassung zur Rechtsanwaltschaft von in der Regel 15 bis 20 Jahren für erforderlich hält (vgl. zuletzt BGH v. 28.03.2013 - AnwZ (Brfg) 40/12 - juris; v. 10.10.2011 - AnwZ (Brfg) 10/10 - juris - m.w.N.), erscheint es nach der im Eilrechtsschutzverfahren nur möglichen summarischen Prüfung der Sach- und Rechtslage nicht fehlerhaft, wenn die Behörde 5 Jahre nach Bestandskraft des Widerrufs der Approbation des Ast. und etwa 11 ½ Jahre nach den von ihm begangenen berufsbezogenen Straftaten zur Einschätzung gelangt ist, dass er seine Zuverlässigkeit und Würdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs noch nicht wieder erlangt hat.

Dem 1952 geb. Ast. wurde 1978 die Approbation als Arzt erteilt. Zuletzt war er Inhaber einer onkologischen Praxis. Mit rechtskräftigem Strafbefehl vom Dezember 2007 wurde gegen ihn eine Gesamtfreiheitsstrafe von 1 Jahr verhängt. Der Ast. hatte **Zytostatika selbst hergestellt**, aber dennoch - **teurere -Zytostatika-Rezepturen verordnet**. Den Gewinn teilte er mit dem abrechnenden Apotheker. Es entstand ein Schaden von insgesamt 1.005.347,16 €. Im März 2008 wurde die Approbation als Arzt widerrufen. Klage und Berufung blieben erfolglos. Der Widerruf der Approbation ist seit dem 30.11.2009 bestandskräftig. Im März

2014 beantragte der Ast. die Wiedererteilung der Approbation, hilfsweise die Erteilung einer Berufserlaubnis gemäß § 8 I BÄO. Im Oktober 2014 wurde ihm die **Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung** des ärztlichen Berufs in fachlich abhängiger Stellung für den Zeitraum vom 01.12.2014 bis zum 30.11.2016 erteilt. Neben der Klage auf Erteilung einer Approbation (RO 5 K 15.369) beantragte er, ihm eine Erlaubnis ohne Einschränkungen zu erteilen. Ferner beantragte er den Erlass einer einstweiligen Anordnung. Das **VG** lehnte den Antrag ab.

2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen

a) Erteilung einer Weiterbildungsermächtigung: Behandlung eigener Patienten

VG Göttingen, Urteil v. 29.04.2015 - 1 A 57/13

RID 15-03-175

juris

HKD Nieders. §§ 37, 38, 41, 48

Leitsatz: Die Erteilung einer **Weiterbildungsermächtigung** für die Einrichtung einer Hochschule nach § 37 HKG setzt voraus, dass in der **Einrichtung Patienten behandelt** werden. § 37 Abs. 3 HKG wird im Wege der richterlichen Auslegung in diesem Sinne ergänzend ausgelegt.

b) Weiterbildungsbefugnis zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

VG Regensburg, Urteil v. 16.04.2015 - RN 5 K 14.345

RID 15-03-176

juris

HKG Bay Art. 31

Für die Anerkennung einer Weiterbildungsstätte besteht kein **Beurteilungsspielraum**.

Bei den von den verschiedenen Fachberatergremien erstellten **Beurteilungsraster**, die von den Fachberatern zur Beurteilung von Weiterbildungsermächtigungsanträgen herangezogen werden, handelt es sich um antizipierte Sachverständigengutachten.

Das vom Fachberatergremium erstellte Beurteilungsraster fordert für eine 12-monatige **Weiterbildungsbefugnis in der Psychiatrie und Psychotherapie**, dass es sich bei der Weiterbildungsstätte um eine „Akut-Einrichtung“ handelt. Dies ist nicht im krankenhausrrechtlichen Sinn zu verstehen ist. Es handelt sich um ein Krankenhaus, in dem akut erkrankte Patienten stationär oder ambulant behandelt werden und eine Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft (und Aufnahmepflicht) auch für nicht angemeldete akute Patienten besteht. Ein Krankenhaus ohne Notfallaufnahme ist zur Weiterbildung nicht geeignet. Ferner muss eine eigene psychiatrische Abteilung bestehen. Das Leistungsspektrum einer psychosomatischen Klinik weicht in wesentlichen Teilen ganz erheblich von dem einer psychiatrischen Klinik ab.

c) Weiterbildungsverhältnis nur bei Vertrag über Weiterbildung

VGH Bayern, Beschluss v. 08.05.2015 - 21 ZB 15.601

RID 15-03-177

juris

HKG Bayern Art. 30, 31, 35; VwGO § 124

Ein neben einem Arbeitsvertrag bestehendes **Weiterbildungsverhältnis** mit einem beliebigen Weiterbilder kommt nur zustande, wenn sich der Weiterzubildende und der Weiterbilder mit Rechtsbindungswillen über Art, Inhalt und Dauer der durchzuführenden Weiterbildung einigen (OVG Niedersachsen, Beschl. v. 18.08.2011 - 8 LA 101/11 - juris, RID 11-04-204).

d) Zehn Jahre zurückliegende Weiterbildungsabschnitte sind anerkennungsfähig

VG Freiburg, Urteil v. 17.09.2014 - 1 K 39/14

RID 15-03-178

juris = MedR 2015, 359

HBKG Baden-Württemberg § 34

§ 4 IV 7 WBO BW, wonach Weiterbildungsabschnitte, die bei Fortsetzung der Weiterbildung nach einer **Unterbrechung mehr als 10 Jahre zurückliegen**, grundsätzlich nicht auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden können, ist ungültig, weil es an der erforderlichen gesetzlichen Grundlage hierfür fehlt.

e) Fehlende Unterlagen für Vergleich der Ausbildungsgegenstände

VG Düsseldorf, Urteil v. 01.04.2015 - 7 K 4097/14

RID 15-03-179

juris

ZHG § 2 III; VwGO §§ 86 I 1, 108 I 1; VwVfG § 24 I 1

Leitsatz: Einschränkung der Aufklärungspflicht durch die Unmöglichkeit der Vorlage erforderlicher Unterlagen und Nachweise.

Die 1975 geb. Klägerin ist US-amerikanische und libysche Staatsangehörige. Mit Bescheid vom September 2005 erlaubte die Bezirksregierung B. der Kl. die vorübergehende Ausübung der Zahnheilkunde gemäß § 13 ZHG. Mit Bescheid vom Mai 2014 stellte die Bezirksregierung fest, dass zur Feststellung der Gleichwertigkeit ihres Kenntnisstandes eine Kenntnisprüfung zu absolvieren sei. Eine Gleichwertigkeit der zahnärztlichen Ausbildung in Libyen habe nicht festgestellt werden könne. Das VG wies die Klage ab, weil ein Vergleich der Ausbildungsgegenstände, als Grundlage einer Feststellung der Gleichwertigkeit, im vorliegenden Fall nicht möglich sei, da die Kl. keine Unterlagen beigebracht habe, aus denen sich ihre Ausbildungsgegenstände nach Studieninhalt und Stundenzahlen, die einem Vergleich mit den Studieninhalten und ihrer Dauer der Vermittlung zugänglich wären, ergeben.

f) Anerkennung einer Facharztausbildung in der Ukraine (Orthopädie und Unfallchirurgie)

VG Magdeburg, Urteil v. 17.03.2015 - 3 A 79/13

RID 15-03-180

juris

HeilBerG Sachsen-Anhalt §§ 21 ff.

Leitsatz: Keine Gleichwertigkeit einer ausländischen Facharztausbildung in der Ukraine.

g) Ausbildung als Pädiater in der ehemaligen Sowjetunion

VG Ansbach, Urteil v. 23.06.2015 - AN 4 K 14.00412

RID 15-03-181

juris

BÄO §§ 3, 5

Bei der **Ausbildung als Pädiater in der ehemaligen Sowjetunion**, hier an der staatlichen medizinischen Hochschule der Republik **Kirgisien** (1973 bis 1980), handelt es sich um eine Ausbildung, die einer medizinischen Ausbildung i.S.d. § 3 BÄO grundsätzlich gleichzusetzen ist und nicht um eine völlig andersartige Ausbildung (so auch VG Augsburg, Urt. v. 23.02.2012 - Au 2 K 10.1879 - RID 12-02-206, VG Dresden, Urt. v. 19.02.2009 - 5 K 315/05 -, alle juris). Somit ist entscheidend, ob der Ausbildungsstand einer Ausbildung nach der BÄO und der ärztlichen Approbationsordnung als **gleichwertig** anzusehen ist, d.h. keine wesentlichen Unterschiede gegenüber dieser Ausbildung aufweist (hier bejaht).

h) Keine Verlängerung einer Berufserlaubnis für Drittstaatsangehörigen

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 05.05.2015 - 13 B 285/15

RID 15-03-182

juris

ZHG § 13 I

Ist der kl. Zahnarzt der Auffassung, die **Gleichwertigkeit** der Ausbildung sei zu bejahen, so bedarf es aus seiner Sicht einer **Kenntnisprüfung** nicht und besteht daher aus diesem Grund kein Anspruch auf Verlängerung einer Berufserlaubnis.

Eine Berufserlaubnis kann auch dann erteilt werden (und muss ggf.), wenn der Ast. gleichzeitig einen **Antrag auf Erteilung der Approbation** gestellt hat bzw. ein Verwaltungsverfahren auf Erteilung der Approbation im Gange ist.

VG Aachen, Beschl. v. 20.02.2015 - 5 L 66/15 - RID 15-02-219 gab dem Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung auf, die widerruflich erteilte Erlaubnis „zur vorübergehenden Ausübung des zahnärztlichen Berufes, beschränkt auf eine nicht selbstständige und nicht leitende Tätigkeit unter Aufsicht, Anleitung und Verantwortung einer approbierten Zahnärztin oder eines approbierten Zahnarztes an einer Zahnklinik oder in einer zahnärztlichen Praxis in Nordrhein-Westfalen für die Zeit vom 23. Mai 2013 bis zum 22. Mai 2016“ für

eine weitere zwölfmonatige zahnärztliche Tätigkeit innerhalb dieses Zeitraums zu verlängern. Das *OVG* lehnte den Antrag ab.

3. Berufspflichten

a) Werbung einer Einzelpraxis mit „Impfzentrum Altona“

Hamburgisches BerufsG, Urteil v. 03.09.2014 - 47 H 3/12

RID 15-03-183

juris = ZMGR 2015, 139

HeilBerG Hamburg §§ 2 I, 58; GG Art. 12 I

Leitsatz (ZMGR): Der **Begriff des Zentrums** setzt nicht notwendigerweise voraus, dass darunter eine Einrichtung mit mindestens zwei Ärzten zu verstehen ist.

Auch eine Praxis, in der nur **ein Arzt** tätig ist, kann sich als Zentrum bezeichnen, wenn ein regionaler Zusatz erfolge und der Betreiber einen Tätigkeitsschwerpunkt hat, in diesem Bereich besonderes Detailwissen gesammelt hat und eine besonders große Zahl von Patienten in diesem Tätigkeitsbereich behandelt.

b) Geltung des Landesrechts für EU-Bürger bei gelegentlicher ärztlicher Tätigkeit

VG Gießen, Urteil v. 11.03.2015 - 21 K 1976/13.GI.B

RID 15-03-184

juris

EGRL 36/2005 Art. 5 III, 6 I; BO Hessen §§ 12, 27; HeilBerG Hessen §§ 3, 49

Ist grundsätzlich eine die Vorschriften der GOÄ nicht beachtende **Abrechnung** geeignet, einen Verstoß gegen die Berufspflichten zu begründen, so stellt aber nicht jede Abweichung von einer bestmöglichen Handhabung der Abrechnungsvorschriften einen Verstoß gegen die dem Arzt obliegende Berufspflicht dar (vgl. Landesberufsgeschichte für Heilberufe bei dem OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.09.2010 - 6t E 1060/08.T - RID 10-04-177, juris Rn. 56). Bei einer europarechtskonformen Anwendung von § 12 BO auf den Dienstleister führt das Fehlen einer einschlägigen Gebührensatzung in der geltenden Gebührenordnung für Ärzte dazu, dass eine berufsgerichtliche Sanktion wegen unangemessener Honorarrechnung für die von ihm durchgeführte Operation nicht verhängt werden darf.

Ein Verstoß gegen das **Verbot berufswidriger Werbung** liegt vor, wenn ein Arzt, der weder Klinikbetreiber noch Inhaber eines Praxissitzes ist, damit wirbt, obwohl er nur vorübergehend und gelegentlich seine Operationen ausführt ohne Infrastruktur einer Klinik und ohne ggf. notwendig werdende klinische Nachsorge durch ihn selbst. Ebenso irreführend im Sinne des § 27 BO ist die dann später verwendete Bezeichnung „Institut“ als Organisationsrahmen, innerhalb dessen er seine urogenitalen rekonstruktiven Operationen ausführt. Der Verstoß gegen das Verbot berufswidriger Werbung stützt sich darauf, dass der Arzt in seinem Internetauftritt seine private und freiberufliche Tätigkeit unter den Begriffen „Deutsches Institut“ und „Europäisches Institut“ beworben hat, obwohl mit diesen Begriffen der Eindruck erweckt wird, die ärztliche Tätigkeit werde zu wissenschaftlichen Zwecken von einer öffentlichen oder unter öffentlicher Aufsicht stehenden Einrichtung erbracht.

Vorausgehend: VG Gießen, Beschl. v. 02.08.2011 - 21 K 1604/10 - RID 11-04-202 u. EuGH, Urt. v. 12.09.2013 - C-475/11 - RID 13-04-129.

4. Strafrecht

a) BGH: Heimpl. Aufnahmen/Sexueller Missbrauch bei gynäkolog. Vorsorgeuntersuchungen

BGH, Beschluss v. 26.02.2015 - 4 StR 328/14

RID 15-03-185

juris = NSStZ-RR 2015, 141 = GesR 2015, 298

StGB a. F. § 201a I; StPO § 349 II

In dem nach der Teileinstellung des Verfahrens und der Verfahrensbeschränkung verbleibenden Umfang ist die Revision unbegründet, da die Nachprüfung von **LG Frankenthal**, Urt. v. 11.11.2013 - 5221 Js 25913/11.6 KLS - RID 14-02-248 aufgrund der Revisionsrechtfertigung insoweit keinen Rechtsfehler zum Nachteil des Angeklagten ergeben hat.

Nach § 201a StGB macht sich in der Tatbestandsvariante des Herstellens strafbar, wer von einer anderen Person, die sich in einer Wohnung oder einem gegen Einblick besonders geschützten Raum befindet, Bildaufnahmen herstellt und dadurch den höchstpersönlichen Lebensbereich der Person verletzt. Tatbestandlich erfasst werden jedenfalls solche Bildaufnahmen, die aufgrund hinreichend vorhandener Identifizierungsmerkmale von den jeweiligen Tatopfern der eigenen Person zugeordnet werden können.

Dass der Angeklagte durch das **Anfertigen von Bildaufnahmen während der gynäkologischen Behandlung seiner Tatopfer** jeweils deren höchstpersönlichen Lebensbereich verletzte, hat die Strafkammer auf der Grundlage der von ihr zu den Inhalten der Bilder und Videosequenzen getroffenen Feststellungen rechtsfehlerfrei bejaht.

b) Keine Strafbarkeit des Einsetzens einer Intrauterinspirale

LG Essen, Beschluss v. 02.06.2015 - 52 Qs-28 Js 431/14-11/15

RID 15-03-186

GesR 2015, 414

AMG §§ 4 XVII, 95 I Nr. 4, 96 I Nr. 5; StGB § 223 I

Das Einsetzen einer vom behandelnden Arzt erworbenen verschreibungspflichtigen hormonabgebenden **Intrauterinspirale**, die **in Deutschland nicht zugelassen ist**, ist kein strafbares Abgeben oder Handeltreiben.

5. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) BGH: Kostenloses Angebot eines Fahrdienstes einer Augenklinik

BGH, Urteil v. 12.02.2015 - I ZR 213/13

RID 15-03-187

juris

UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8 I 1; EGRL 123/2006 Art. 2 II; HeilmWerbG § 7

Leitsatz: Fahrdienst zur Augenklinik

1. Zu den nach Art. 2 Abs. 2 Buchst. f der Richtlinie 2006/123/EG über Dienstleistungen im Binnenmarkt vom Anwendungsbereich dieser Richtlinie ausgenommenen **Gesundheitsdienstleistungen** gehören auch die Leistungen von Privatkliniken und die Werbung für solche Dienstleistungen.

2. Der Umstand, dass der **Fahrdienst einer Klinik** geeignet ist, deren Ansehen beim Publikum allgemein zu steigern, ändert nichts daran, dass der Fahrdienst aus der maßgeblichen Sicht des angesprochenen Verkehrs in erster Linie der Förderung des Absatzes der Dienstleistungen der Klinik dient und damit der Anwendungsbereich des **Heilmittelwerbegesetzes** eröffnet ist.

3. Der **Formwechsel einer Gesellschaft** nach §§ 190 ff. UmwG hat als solcher ebensowenig Auswirkungen auf das Fortbestehen einer in ihrer Person begründeten **Gefahr der Wiederholung** einer wettbewerbswidrigen Verhaltensweise wie die Aufnahme eines anderen Rechtsträgers nach § 2 Nr. 1, §§ 4 ff. UmwG.

4. Das Angebot eines kostenlosen Fahrdienstes für die Patienten einer Klinik begründet keine abstrakte **Gefahr einer unsachlichen Beeinflussung** des Werbeadressaten, wenn davon auszugehen ist, dass die Aussicht, den Fahrdienst in Anspruch nehmen zu können, einen Patienten nicht veranlassen kann, weniger intensiv nach einer für ihn geeigneten Behandlung zu suchen.

5. Der Fahrdienst einer Klinik, der die Abholung des Patienten an einem Sammelpunkt in einer 37 km entfernten Stadt und den Rücktransport des Patienten nach Hause über eine gegebenenfalls noch längere Wegstrecke umfasst, stellt weder eine **geringwertige Kleinigkeit** im Sinne von § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Fall 2 HWG noch eine nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 Halbsatz 2 HWG handelsübliche Nebenleistung dar.

6. Die Freistellung nach § 1 Satz 1 Nr. 4 Buchst. e der Verordnung über die **Befreiung bestimmter Beförderungsfälle** von den Vorschriften des Personenbeförderungsgesetzes (Freistellungsverordnung) gilt regelmäßig nicht für Transferfahrten, die den Patienten zur Einlieferung in das Krankenhaus hin- oder nach erfolgter Entlassung zurückbefördern.

7. Bei Vorschriften, die dem Schutz der Gesundheit der Verbraucher dienen, kann die Spürbarkeit von Verstößen im Sinne von § 3 UWG nur ganz ausnahmsweise verneint werden.

Vorausgehend: OLG Köln, Urt. v. 22.11.2013 - 6 U 91/13 - RID 14-01-185.

b) Bezeichnung „Laserklinik“/Bewerbung mit kostenlosem Erstgespräch

OLG München, Urteil v. 15.01.2015 - 6 U 1186/14

RID 15-03-188

WRP 2015, 642

UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 5 I 2 Nr. 1; HeilMVerbG § 7 I

Die **Bezeichnung „Laserklinik“** weist nicht nur auf eine bestimmte Therapieform hin, sondern auch auf einen Betrieb mit der Möglichkeit stationärer Unterbringung. Eine Werbung damit ist irreführend, wenn der Augenarzt weder über eine Konzession zum Betrieb einer Privatkrankenanstalt noch über die Gewährleistung einer stationären Betreuung der Patienten verfügt.

Die Bewerbung mit einem **kostenlosen Erstgespräch** unter Einbeziehung einer individuellen körperlichen Untersuchung ist unzulässig (§ 4 Nr. 11 UWG, § 7 I HeilMVerbG).

c) Unzulässige Werbung für Magnetfeldtherapie/Kernspinresonanztherapie

OLG Brandenburg, Urteil v. 28.04.2015 - 6 U 6/14

RID 15-03-189

juris

UWG §§ 3 Nr. 1, 4 Nr. 11, 5, 8 III

Eine **Werbung** ist unzulässig, wenn sie **irreführend** der Anwendung **therapeutischen Kernspins** gesicherte Wirkungen zuschreibt, die diese nicht hat.

6. Ärzte-Bewertungsportal

a) Keine Offenlegung der Anonymität in Ärzte-Bewertungsportal

OLG Köln, Urteil v. 16.12.2014 - 15 U 141/14

RID 15-03-190

Revision zugelassen

juris

BGB § 1004; GG Art. 5 I

Einem **Provider** dürfen im Rahmen der Darlegungs- und Beweislast aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Maßnahmen auferlegt werden, welche den berechtigten **Anonymitätsschutz des Autors** einer Bewertung aushebeln würden. Entsprechend hat es ein Arzt hinzunehmen, dass ihm keine Details vom Provider mitgeteilt werden und er folglich auch nicht in die Lage versetzt wird, eine weitere Stellungnahme abgeben zu können.

LG Köln, Urt. v. 09.07.2014 - 28 O 516/13 - RID 15-03-192 (s. nachstehend) verbot es der Bekl., die Bewertung über den Kläger zu verbreiten und/oder verbreiten zu lassen, soweit diese die Bewertung „6,0“ in den Kategorien „Behandlung“, „Aufklärung“ und „Vertrauensverhältnis“ beinhaltet. Das *OLG* wies die Klage ab.

b) Offenlegung der Anonymität in Ärzte-Bewertungsportal

LG Köln, Urteil v. 09.07.2014 - 28 O 516/13

RID 15-03-191

juris

BGB § 1004; GG Art. 5 I

Ein **Ärzte-Bewertungsportal** muss eine konkrete Bewertung löschen, wenn der Betreiber des Portals nicht hinreichend belegt, dass der klagende Arzt tatsächlich die bewertende Person behandelt hat. Um dies zu belegen, muss das Portal ggf. die **Anonymität** des Bewerter gegenüber dem Bewerteten lüften.

Das Urteil wurde durch *OLG Köln*, Urt. v. 16.12.2014 - 15 U 141/14 - RID 15-03-190 (s. vorstehend) aufgehoben.

c) Ärztesuchportal: Kostenpflichtige Platzierung an erster Stelle ist Werbung

LG München, Urteil v. 18.02.2015 - 37 O 19570/14

RID 15-03-192

juris = WRP 2015, 781
UWG § 5

Es ist unzulässig, im geschäftlichen Verkehr im Internet im Rahmen eines Arztempfehlungs- und Bewertungsportals Einträge von Ärzten, die von der kostenpflichtigen Zusatzoption „Top-Platzierung Fachgebiete“ Gebrauch gemacht haben, **an erster Stelle der Suchergebnisse zu platzieren**, ohne diese Platzierung deutlich als Anzeige zu kennzeichnen.

d) Unterlassungsanspruch gegen Betreiber eines Ärztebewertungsportals

OLG München, Beschluss v. 17.10.2014 - 18 W 1933/14

RID 15-03-193

juris
BGB §§ 823 I, 1004; GG Art. 1 I, 2 I; TMG § 10

Eine Meinungsäußerung in einem Bewertungsportal ist rechtswidrig, wenn für die getroffene Bewertung **keinerlei tatsächliche Anknüpfungspunkte** bestanden oder bestehen. Bei der Konstellation, bei der ein Werturteil eine zugrunde liegende tatsächliche Feststellung von eigenständiger Bedeutung derart widerspiegelt, dass beide zusammen „stehen und fallen“, kann nicht nur **Unterlassung der unwahren Tatsachenbehauptung**, sondern auch der auf dieser beruhenden **Werturteile** verlangt werden. Andernfalls ergäbe sich die merkwürdige Konsequenz, dass der im Rahmen eines Bewertungsportals von einer unwahren Tatsachenbehauptung Betroffene zwar die Behauptung als solche angreifen könnte, aber nicht die eine unwahre Tatsachenbehauptung widerspiegelnde und wiederholende Bewertung.

7. Arbeits- und Sozialrecht

a) Bundesarbeitsgericht (BAG)

aa) Entgeltanspruch einer Psychotherapeutin in Ausbildung (PiA)

BAG, Urteil v. 10.02.2015 - 9 AZR 289/13

RID 15-03-194

juris
BGB V §§ 138, 611 ff., 612; PsychThG

Die Revision gegen *LAG Hamm*, Urteil v. 29.11.2012 - 11 Sa 74/12 - RID 13-02-181 wird zurückgewiesen.

Wird ein **unentgeltliches Praktikum** vereinbart, kann gleichwohl in entsprechender Anwendung von § 612 I BGB ein **Anspruch auf Vergütung** bestehen. Dies gilt auch dann, wenn - wie hier durch § 7 PsychThG - die Anwendung des Berufsbildungsgesetzes und damit der Anspruch auf angemessene Vergütung nach § 26 i.V.m. § 17 I 1 BBiG ausgeschlossen ist.

bb) Ausbildung zum Psychotherapeuten: Rechtsweg zu Arbeitsgerichten

BAG, Beschluss v. 15.04.2015 - 9 AZB 10/15

RID 15-03-195

juris
PsychThG §§ 6, 8; KJPsychTh-APrV; ArbGG § 5 I 1

Ein Rechtsstreit aus einem **Ausbildungsverhältnis zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**, in dem Weisungsrechte, Aufsichtspflichten sowie das Recht zur Durchführung von Aufsichtsmaßnahmen des Ausbildenden bestehen, unterfällt der arbeitsgerichtlichen Rechtswegzuständigkeit, da es sich um „Berufsausbildung“ nach § 5 I 1 ArbGG handelt.

Das *BAG* hob *LAG Baden-Württemberg*, Beschl. v. 12.11.2014 - 4 Ta 31/14 - RID 15-01-175 auf und erklärte den Rechtsweg zu den Gerichten für Arbeitssachen für zulässig.

b) Praktikantenvertrag als psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung kein Arbeitsverhältnis

LAG Hamm, Urteil v. 09.04.2015 - 17 Sa 1615/14

RID 15-03-196

juris

TzBfG § 14 II; PsychThG §§ 1, 2 8

Ein **Praktikantenvertrag** über eine praktische Tätigkeit nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung als **psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung** begründet kein **Arbeitsverhältnis** und steht einer sachgrundlosen Befristung eines anschließenden Arbeitsvertrags nicht entgegen. Unerheblich ist, dass eine systematische Ausbildung und Supervisionen nicht stattgefunden haben. Das ist gerade nicht Inhalt eines Praktikums. Die Behandlung eigener Patienten entspricht der PsychTh-AprV.

c) Prämienanspruch eines ärztlichen Direktors eines Universitätsklinikums

VG Freiburg, Urteil v. 08.07.2015 - 1 K 849/13

RID 15-03-197

juris

VwGO § 42 II; ZPO §§ 254, 264 Nr. 2, 287 II; BGB §§ 307, 315

Leitsatz: 1. Der Schuldner, dessen (hier: öffentlich-rechtliche) Forderung gegen den Drittschuldner von Gläubigern gepfändet und an solche sicherungsabgetreten ist, hat die Klage- und Prozessführungsbefugnis, den Drittschuldner auf Zahlung an die (notwendig beizuladenden) Gläubiger zu verklagen.

2. Im Fall einer durch alle Beteiligten vereinbarten Hinterlegung kann von der Zahlungs- auf die Hinterlegungsklage übergegangen werden.

3. Im Rahmen der Stufenklage kann gemäß § 264 Nr. 2 ZPO von der Auskunftsstufe auf die Leistungsstufe gewechselt werden. Solange die Auskunftsstufe noch nicht endgültig erledigt ist, kann auch wieder zu dieser Stufe zurückgekehrt werden.

4. Ein **Chefarztvertrag**, der zwischen **beamtetem Hochschulprofessor und Universitätsklinikum abgeschlossen** wird und der jenem die **Leitung einer klinischen Abteilung** überträgt, ist öffentlich-rechtlicher Natur. Auf ihn finden gemäß § 62 Satz 2 LVwVfG ergänzend die BGB-Vorschriften entsprechende Anwendung.

5. Ist der Vertrag vom Klinikum vorformuliert, erfolgt eine **Überprüfung** an den §§ 305 ff. BGB (AGB-Maßstab - hier: Angemessenheit und Transparenz einzelner Vorschriften bejaht).

6. Die Bestimmung, wonach die für Erhalt oder Versagung einer **Prämie** maßgebliche Feststellung, ob die vom Ärztlichen Direktor geleitete Einrichtung erfolgreich geleitet wurde, durch den Klinikumsvorstand erfolgt, stellt ein einseitiges Leistungsbestimmungsrecht nach § 315 BGB dar (hier: Ausübung nach billigem Ermessen bejaht).

d) Keine Ersatzkraft zur Ausübung des Liquidationsrechts

LAG Düsseldorf, Urteil v. 20.04.2015 - 9 Sa 151/15

RID 15-03-198

juris

BGB §§ 275, 280, 615

Leitsatz: Bei der **Abgrenzung der Unmöglichkeit der Leistung von einem Schadensersatzanspruch** nach § 280 BGB kommt es darauf an, ob das **Liquidationsrecht des Arztes** eine echte Gegenleistungspflicht darstellt. Dies ist durch Auslegung des Vertrags zu ermitteln. Eine Pflicht, einem **Oberarzt** während der Urlaubszeit einer ihm zugeordneten Mitarbeiterin eine **Ersatzkraft zu stellen**, nur damit ihm Tätigkeiten ermöglicht werden, für die ihm das Liquidationsrecht eingeräumt worden ist, besteht nicht. Dies gilt auch dann nicht, wenn der Urlaub mit der Arbeitsunfähigkeit einer weiteren Mitarbeiterin kollidiert und **deshalb keine liquidationspflichtigen Arbeiten** möglich sind. Denn die Erfüllung eines berechtigten Urlaubsanspruchs kann keine Schadensersatzpflicht auslösen.

8. Heilberufskammern: Mehrfachmitgliedschaft/Berufsausübung in zwei Kammergebieten

OVG Thüringen, Urteil v. 19.06.2014 - 3 KO 1177/10

RID 15-03-199

juris = MedR 2015, 286

HeilBerG Thüringen § 2 I; GG Art. 2 I, 12 I

Leitsatz (MedR): 1. Erfüllen Kammern legitime Aufgaben, ist gegen die Pflichtmitgliedschaft in mehreren Kammern dann nichts einzuwenden, wenn der Aufgabenkreis in sachlicher und örtlicher Hinsicht divergiert.

2. Die Mitgliedschaft in einer Kammer setzt gemäß § 2 Abs. 1 S. 1 ThürHeilBG voraus, dass der Heilberuf in Thüringen ausgeübt wird. Die Frage, ob das tatbestandliche Merkmal der **Berufsausübung** vorliegt, ist unter Berücksichtigung qualitativer und quantitativer Komponenten der Tätigkeit vor dem Hintergrund des vom Gesetzgeber verfolgten Zwecks der Regelung zu beantworten.

3. Für die Frage, ob der Tierarzt seinen Beruf in Thüringen i.S. des § 2 Abs. 1 ThürHeilBG ausübt, ist nicht entscheidend, wo er seinen **Praxissitz** hat.

4. Die Berufsausübung erfasst nicht nur eine überwiegende Berufsausübung in einem Kammergebiet, sondern grundsätzlich **jede Berufsausübung** in einem Kammergebiet, also auch Tätigkeiten in einem geringeren zeitlichen Ausmaß.

9. Versorgungswerk

a) Freiwillige Fortsetzung der Mitgliedschaft: Örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts

VG Sigmaringen, Beschluss v. 10.06.2015 - 1 K 4029/14

RID 15-03-200

juris

VwGO § 52 Nr. 3 Satz 2; KammerG Berlin § 2

Leitsatz: Die Berliner Ärzteversorgung ist keine Behörde im Sinne des § 52 Nr. 3 Satz 2 VwGO. Darauf, dass nach § 7 der Satzung der Berliner Ärzteversorgung eine **freiwillige Fortsetzung der Mitgliedschaft** für solche Ärzte möglich ist, die den im Berliner Kammergesetz vorausgesetzten Bezug zum Land Berlin verlieren, kommt es in diesem Zusammenhang nicht an.

b) Keine einkünftermindernde Berücksichtigung von Darlehenstilgung

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 18.06.2015 - 8 LA 86/15

RID 15-03-201

juris

HeilKG Niedersachsen § 12 V 2

Leitsatz: Aufwendungen zur **Tilgung betrieblicher Darlehen** sind bei der **Ermittlung der Einkünfte** aus freiberuflicher Tätigkeit als Bemessungsgrundlage für die Erhebung von Mitgliedsbeiträgen berufsständischer Versorgungswerke nicht einkünftermindernd zu berücksichtigen.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Rechtliches Gehör: Berücksichtigung eines MDK-Gutachtens

BGH, Beschluss v. 09.06.2015 - VI ZR 235/14

RID 15-03-202

juris

GG Art. 103 I; ZPO § 544 VII

Stellt der Kläger durch Vorlage eines **Gutachtens des MDK** die **Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen** zu Recht in Frage, so muss das Berufungsgericht dies berücksichtigen.

b) Fehlerhafte Präklusion von Parteivortrag durch den Tatrichter

BGH, Beschluss v. 03.03.2015 - VI ZR 490/13

RID 15-03-203

juris = GesR 2015, 284 = MDR 2015, 536

GG Art. 103 I; ZPO §§ 85 II, 139 II, 531 II 1 Nr. 1 u. 3

Leitsatz: 1. Art. 103 Abs. 1 GG ist dann verletzt, wenn der Tatrichter **Angriffs- oder Verteidigungsmittel** einer Partei in offenkundig fehlerhafter Anwendung einer Präklusionsvorschrift zu Unrecht für ausgeschlossen erachtet.

2. Die Berücksichtigungsfähigkeit **neuen Vortrags** in der **Berufungsinstanz** nach § 531 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 ZPO setzt voraus, dass die nach Auffassung des Berufungsgerichts fehlerhafte Rechtsauffassung des erstinstanzlichen Gerichts zumindest mitursächlich dafür geworden ist, dass sich Parteivorbringen in die Berufungsinstanz verlagert hat. Dies kommt schon dann in Betracht, wenn das Gericht des ersten Rechtszugs, hätte es die später vom Berufungsgericht für zutreffend erachtete Rechtsauffassung geteilt, zu einem Hinweis nach § 139 Abs. 2 ZPO verpflichtet gewesen wäre.

3. Der Anwendung des § 531 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 ZPO steht nicht entgegen, dass die erstinstanzliche Geltendmachung des neuen Angriffs- oder Verteidigungsmittels auch aus Gründen unterblieben ist, die eine **Nachlässigkeit der Partei** im Sinne des § 531 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 ZPO tragen.

c) Unzureichende tatrichterliche Würdigung (Belegärztliche Notsectio)

BGH, Beschluss v. 16.06.2015 - VI ZR 332/14

RID 15-03-204

juris

BGB § 823

Den **Widerspruch** zwischen den im Einklang mit den Behandlungsunterlagen stehenden Ausführungen des Sachverständigen im schriftlichen Gutachten und seinen Angaben in der mündlichen Verhandlung, wonach der pH-Wert der Klägerin niedrig gewesen sei, hätten sowohl das Landgericht als auch das Berufungsgericht von Amts wegen erkennen und bei der Beurteilung der Kausalitätsfrage berücksichtigen müssen. Denn der Tatrichter ist verpflichtet, den ihm zur Entscheidung unterbreiteten **Sachverhalt auszuschöpfen** und sämtlichen Unklarheiten, Zweifeln oder Widersprüchen von Amts wegen nachzugehen.

Die Nichtzulassungsbeschwerde beanstandet zu Recht, dass das Berufungsgericht insoweit eine von der Beurteilung des gerichtlich bestellten Sachverständigen abweichende, **eigene medizinische Bewertung** des Behandlungsgeschehens vorgenommen hat ohne aufzuzeigen, dass es über die erforderliche Sachkunde verfügt.

2. Behandlungsfehler

a) Anscheinsbeweis ohne praktische Bedeutung im Arzthaftungsprozess

OLG Köln, Beschluss v. 20.10.2014 - 5 U 97/14

RID 15-03-205

juris = MedR 2015, 518

BGB § 823 I; ZPO § 286

Der Patient trägt die **Beweislast** für die Ursächlichkeit von Behandlungsfehler und Körperschaden.

Der Figur des **Anscheinsbeweises** kommt in Fragen medizinischer Zusammenhänge kaum praktische Bedeutung zu, weil die Möglichkeit eines atypischen Verlaufs nahezu immer besteht. Ein Anscheinsbeweis setzt voraus, dass es sich um einen **typischen Verlauf** handelt. Dies erfordert für sich genommen eine sehr große, d.h. sehr deutlich überwiegende Wahrscheinlichkeit. Ein Anscheinsbeweis kommt nicht in Betracht, wenn ein Krankheitsbild theoretisch die Folge anderer Ursachen sein kann. Es fehlt bereits an der Typizität, wenn eine bloße Wahrscheinlichkeit von 50 - 70% besteht, dass der Schaden vermieden worden wäre.

b) Abgrenzung Diagnose-/Befunderhebungsfehler

LG Regensburg, Urteil v. 18.12.2014 - 4 O 2532/13 (1)

RID 15-03-206

MedR 2015, 524
BGB §§ 630h V 2, 823 I

Leitsatz (MedR): 1. Eine objektiv fehlerhafte Diagnose begründet keine Haftung, wenn sie medizinisch vertretbar war (sog. „vertretbarer Diagnoseirrtum“).
2. Die von der Rspr. entwickelten – und jetzt in §630h Abs. 5 S. 2 BGB kodifizierten – Grundsätze für die **beweisrechtliche Bewertung eines Befunderhebungsfehlers** sind jedenfalls bei Vorliegen eines vertretbaren Diagnoseirrtums nicht anwendbar.
3. Zur Anwendbarkeit der sog. „**Schwerpunkttheorie**“ bei der Abgrenzung von Diagnose- und Befunderhebungsfehler.

c) Verzögerung der erforderlichen Untersuchung nach Schlaganfall

LG Krefeld, Urteil v. 05.03.2015 - 3 O 414/12

RID 15-03-207

juris
BGB §§ 278, 280, 823 I

Auch bei einem - unterstellten - Diagnose- bzw. Befunderhebungsfehlers wegen **Verzögerung** der erforderlichen Untersuchung im Wege der Computertomografie und der Behandlung in der Stroke-Unit der Neurologie wegen des **Verdachts auf einen Hirninfarkt** um drei Tage bedarf es des Beweises, dass diese dreitägige Verzögerung für die gesundheitlichen und sonstigen Beeinträchtigungen **ursächlich** geworden ist.

d) Plexusanästhesie erfordert keine Testinjektion mit Lidocain/Adrenalin

OLG Koblenz, Beschluss v. 27.01.2015 - 5 U 1147/14

RID 15-03-208

juris
BGB §§ 249, 253, 280, 611, 823; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Maßgeblich für den **ärztlichen Sorgfaltsmaßstab** in Vorbereitung einer **Anästhesie** ist der Facharztstandard zum **Zeitpunkt der Behandlung**. Ist dieser nach sachverständiger Einschätzung gewahrt, lässt sich das nicht durch eine Jahre später vom Patient eingeholte aktuelle Herstellerempfehlung entkräften, die keinen Bezug zu den maßgeblichen Umständen des konkreten Behandlungsfalls hat.
2. Zur ärztlichen **Aufklärungspflicht** vor einer Plexusanästhesie.

e) Befunderhebung (Angiografie) zum Ausschluss eines arteriellen Verschlusses

OLG Naumburg, Urteil v. 16.04.2015 - 1 U 119/13

RID 15-03-209

juris
BGB § 823 I

Leitsatz: 1. Ohne erkennbare Einschränkungen der Gehfähigkeit im Sinne einer claudicatio intermittens ist eine Befunderhebung (**Angiografie**) zum Ausschluss eines sich anbahnenden oder vorliegenden **arteriellen Verschlusses** nicht geboten.
2. Erweckt der Patient den **Anschein einer Besserung** des zuvor geäußerten Beschwerdebildes, kann dies einem Befunderhebungsfehler entgegen stehen.

f) Fußamputation wegen behaupteter fehlerhafter und verzögerter Wundversorgung

LG Berlin, Urteil v. 10.03.2015 - 8 O 119/13

RID 15-03-210

juris = RDG 2015, 128
BGB §§ 249, 280, 823

Eine schwere **Verschlusskrankung** der Gefäße kann als Vorerkrankung verhindern, dass bei einer ggf. früher vorgenommenen Amputation unterhalb der Engstelle der Oberschenkel hätte amputiert werden können.

g) Operative Behandlung eines Hirntumors: Ausreichende Öffnung des Schädels

OLG Naumburg, Urteil v. 23.10.2014 - 1 U 136/12

RID 15-03-211

juris
BGB §§ 249, 253, 254, 278, 280, 823 I

Leitsatz: 1. Ist die operative Behandlung eines **Hirntumors** (pilozytisches Astrozytom) nach Möglichkeit auf dessen vollständige Entfernung gerichtet, muss der Operateur dem durch **ausreichende Öffnung des Schädels** Rechnung tragen. Wählt er einen zu kleinen Zugang, kann dies ein Behandlungsfehler sein.

2. Ein **Mitverschulden** durch fehlende Mitwirkung des Patienten an der dringend indizierten Operation kommt nur nach ordnungsgemäßer Therapieaufklärung in Betracht. Im Falle eines Kindes müssen den sorgeberechtigten Eltern hierzu mit Nachdruck die medizinische Notwendigkeit und die drohenden einschneidenden Folgen einer unterbleibenden Operation und damit der Ernst der Lage vor Augen geführt werden. Eine telefonische Benachrichtigung oder eine Mitteilung an den Hausarzt genügen nicht.

h) Befunderhebungsfehler: Synovialsarkom

OLG Hamm, Urteil v. 18.02.2015 - 3 U 166/13

RID 15-03-212

juris
BGB §§ 253, 280

Leitsatz: Verzögert ein grober **Befunderhebungsfehler** die Behandlung eines **Synovialsarkoms** im Unterschenkel einer Patientin, kann eine nach der Behandlung zurückbleibende dauerhafte Fuß- und Großzehenheberschwäche dem Behandlungsfehler zuzurechnen sein (Beweislastumkehr bei **groben Behandlungsfehlern** in Bezug auf einen Sekundärschaden, der eine typische Folge des Primärschadens ist).

i) Indikationsstellung für Amputation des linken Beines oberhalb des Knies

OLG Köln, Urteil v. 12.11.2014 - 5 U 173/12

RID 15-03-213

juris
BGB §§ 278, 280, 823 I

Der Umstand, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt die Indikation zur Amputation gestellt wird, hat mit den **Blutverdünnungswerten** wenig zu tun, wenn entscheidend hierfür die Eskalation des Geschehens insgesamt ist.

Eine **Amputation des linken Beines oberhalb des Knies** ist die einzige noch verbliebene Möglichkeit, das **Leben zu retten**, wenn der Krankheitsprozess schon so weit fortgeschritten ist, dass die bereits eingetretene Auflösung der Weichteile zu einer erheblichen Schwellung im Bereich des Oberschenkels geführt hat.

j) Keine Haftung für Konsiliararzt/MRSA-Infektion

OLG Hamm, Urteil v. 14.04.2015 - 26 U 125/13

RID 15-03-214

juris

BGB §§ 253, 280, 823 I, 831

Leitsatz: 1. Wird ein Patient auf einer **allgemeinchirurgischen Abteilung** behandelt, hat das Krankenhaus nicht die Pflicht, den Patienten auch auf dem in der Klinik nicht vorhandenen Bereich der **Neurochirurgie** fachärztlich zu behandeln. Das Krankenhaus haftet daher nicht für mögliche Fehler eines bei zur Behandlung einer Komplikation zum Zwecke des „Konsils“ beteiligten Neurochirurgen.
2. Ein Patient, der während eines Krankenhausaufenthaltes eine **MRSA-Infektion** erleidet, muss einen schadensursächlichen Hygienemangel auch dann **beweisen**, wenn während der Zeit seines Krankenhausaufenthalts vier weitere Patienten MRSA-Infektionen erleiden. Allein diese Anzahl weiterer MRSA-Infektionen rechtfertigt keine Beweislastumkehr.

k) Keine Haftung des Krankenhauses für MRSA-Infektion unklarer Ursache

OLG Koblenz, Beschluss v. 18.09.2014 - 5 U 632/14

RID 15-03-215

juris = MedR 2015, 353

BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 281, 611, 823; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Für eine Infektion des Patienten mit multiresistenten Keimen haftet die Behandlungsseite nur, wenn das Schadensereignis aus einem von ihr beherrschbaren Bereich herrührt. Das muss der Patient darlegen und **beweisen**. Nur wenn das gelingt, muss die **Behandlungsseite** sich umfassend exkulpieren.
2. Ein grobes, zu Beweiserleichterungen führendes Versäumnis liegt nicht darin, dass bei der stationären Aufnahme ein **MRSA-Screening** nicht vorgenommen wurde. Die dahin zielende Empfehlung des Robert-Koch-Instituts war 2005 nur dann einschlägig, wenn im zurückliegenden Jahr ein mehr als dreitägiger Krankenhausaufenthalt stattgefunden hatte. Dass dies der Fall war, hat der Patient darzulegen.
3. Von einem **groben Fehler** kann im **Hygienebereich** erst dann ausgegangen werden, wenn einer offen zutage getretenen Gefahrensituation nicht begegnet wurde.

l) Schwangerschaft wegen nicht erkannter Anomalie (Diagnoseirrtum/Diagnosefehler)

OLG Hamm, Urteil v. 29.05.2015 - 26 U 2/13

RID 15-03-216

www.justiz.nrw.de/nrwe

BGB §§ 280, 249 ff., 611, 823

Leitsatz: Ein Arzt, der auf vollständig erhobenen Befunden einen falschen Schluss zieht, unterliegt einem - für sich allein noch nicht haftungsbegründenden - **Diagnoseirrtum**. Dieser stellt erst dann einen **haftungsbegründenden Diagnosefehler** dar, wenn die Diagnose im Zeitpunkt der medizinischen Behandlung aus der Sicht eines gewissenhaften Arztes medizinisch nicht vertretbar ist.

m) Letale Infektion mit Citrobacter freundii/Beweisvereitelung/Gemeinschaftspraxis

OLG Koblenz, Urteil v. 04.12.2013 - 5 U 1018/13

RID 15-03-217

juris = GesR 2015, 423

BGB §§ 276, 278, 280, 611, 705, 823 I, 831; HGB § 128; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Ist die behauptete **Verkeimung** der in einer Arztpraxis zubereiteten und sofort applizierten **Infusion** nur eine von vielen denkbaren Ursachen für eine letale Citrobacter freundii-Infektion, kommt dem Erben des Patienten keine Beweiserleichterung zugute, falls ein grober Hygienemangel nicht bewiesen ist.
2. Zur Frage der **Beweisvereitelung**, wenn ein Rest der möglicherweise keimbesiedelten Infusion in der Arztpraxis routinemäßig entsorgt wurde.

3. Den Betrieb einer **Gemeinschaftspraxis** (GbR) mit daran anknüpfender persönlichen Haftung aller Ärzte entsprechend § 128 HGB muss der Patient beweisen, falls die Behandlungsseite eine bloße **Praxisgemeinschaft** plausibel darlegt.

BGH, Beschl. v. 19.05.2015 - VI ZR 2/14 - hat die Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen.

3. Aufklärung/Einwilligung

a) Angaben in ärztlichen Aufklärungsgesprächen und standardisierten Aufklärungsbögen

OLG Nürnberg, Urteil v. 30.04.2015 - 5 U 2282/13

RID 15-03-218

juris
BGB §§ 280, 823 I

Leitsatz: Die **Angaben in ärztlichen Aufklärungsgesprächen** und in standardisierten Aufklärungsbögen zur Wahrscheinlichkeit des Eintritts bestimmter Komplikationen (Komplikationsdichte) haben sich an der Häufigkeitsdefinition des Medical Dictionary for Regulatory Activities (MedDRA), die in Medikamenten-Beipackzetteln Verwendung findet, zu orientieren. Eine hiervon abweichende Verwendung der **Risikobeschreibungen** (selten, sehr selten etc.) kann eine verharmlosende Risikoauflklärung darstellen.

b) Risikoauflklärung vor Operation zur Entfernung des Osteosynthesematerials

LG Heidelberg, Urteil v. 22.04.2015 - 4 O 221/13

RID 15-03-219

juris
BGB §§ 280 I, 823 I

Ein Arzt hat vor einer Operation zur **Entfernung des Osteosynthesematerials** (vollständige Entfernung der Metallplatte sowie der Schrauben) darüber aufzuklären, dass aufgrund des verwendeten Titanmaterials eine **Kaltverschweißung** auftreten kann, weshalb die Operation abgebrochen werden muss, wenn er nicht in einem entsprechend ausgerüsteten Zentrum stattfindet, und ein weiterer Eingriff mit entsprechenden Risiken durchgeführt werden muss.

c) Aufklärung vor OP am Epicondylus radialis/Schmerzensgeld nach Schmerzbehandlung

OLG Brandenburg, Urteil v. 30.04.2015 - 12 U 165/13

RID 15-03-220

juris
BGB §§ 253, 280, 823; StGB § 229

Vor der **Operation am Epicondylus radialis** des rechten Oberarmknochens wird hinreichend aufgeklärt, wenn über die Risiken einer Verschlechterung der Nutzbarkeit des Armes und der Zunahme der Schmerzen durch die Operation **informiert** wird.

Ein schuldhafter Behandlungsfehler des beginnenden Morbus Sudeck/des beginnenden Schmerzsyndroms liegt vor, wenn keine hinreichende **Behandlung mit Schmerzmitteln** erfolgt.

Das der Klägerin zuzusprechende **Schmerzensgeld** war mit 500 € zu bemessen.

d) Unterbliebene Aufklärung über Fehldimensionierung einer Kniegelenksprothese

OLG Koblenz, Beschluss v. 12.12.2014 - 5 U 1191/14

RID 15-03-221

juris
BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823

Leitsatz: 1. Wählt der **Orthopäde** vorwerfbar ein zu gering dimensioniertes **Inlay**, liegt darin seine haftungsrelevante Pflichtwidrigkeit. Lässt sich diese nicht feststellen, kann die Haftung stattdessen nicht auf den Vorwurf gestützt werden, über die **Gefahr einer Fehldimensionierung** sei nicht **aufgeklärt** worden.

2. Ein **Befunderhebungsversäumnis** ist auch bei der operativen Nachsorge nicht haftungsrelevant, wenn ein reaktionspflichtiges Ergebnis nicht hinreichend wahrscheinlich ist.

e) Identität zwischen Risikoaufklärung und Behandlung/Risikoaufklärung Facettenblockade

OLG Naumburg, Beschluss v. 09.03.2015 - 1 U 10/14

RID 15-03-222

juris
BGB § 823 I

Leitsatz: 1. Will sich die Behandlerseite mit Erfolg darauf berufen, dass im Rahmen mehrerer Injektionsbehandlungen im LWS-Bereich eine hinreichende **Risikoaufklärung** „zumindest im Ansatz“ dokumentiert und für eine solche behauptete Aufklärung „einiges an Beweis erbracht“ sei, weshalb der Aussage des aufklärenden Arztes zu den regelmäßig kommunizierten Aufklärungsinhalten auch für den konkreten Fall „im Zweifel zu glauben“ sei, so scheitert eine Anwendung dieser „Zweifelsregel“, wenn diejenige Behandlung, auf sie sich die potentiell „im Ansatz“ dokumentierte Aufklärung bezieht, eine andere ist als die später **nachfolgende Behandlung**, in deren Folge der Patient einen Gesundheitsschaden erlitten hat.

2. Wurde zunächst eine epidurale Injektion von Schmerzmitteln im LWS-Bereich mit Zielrichtung auf das linke Iliosakralgelenk durchgeführt und später von der - an sich in Aussicht genommenen und mit dem Patienten vereinbarten - Wiederholung dieses Eingriffs Abstand genommen und stattdessen eine sog. Facettenblockade durchgeführt (Injektion in und an die Facettengelenke), so handelt es sich hierbei um - nach Gelenkzielrichtung und Vorgehensweise - **unterschiedliche Behandlungen**, die jeweils einer spezifischen Risikoaufklärung bedürfen. Eine für den einen Eingriff im Ansatz dokumentierte Risikoaufklärung macht eine notwendige Risikoaufklärung für den anderen Eingriff nicht entbehrlich.

3. Die **Risikoaufklärung** des Patienten im Vorfeld einer **Facettenblockade** ist unzureichend, wenn sie sich auf die schlagwortartige Erwähnung eines „Infektionsrisikos“, der „Möglichkeit der Verschlechterung und der Nachblutung“, eines „Allergierisikos“ sowie von „intravasalen Beeinträchtigungen“ beschränkt. Dem Patienten ist das (wenn auch äußerst seltene) Risiko einer dauerhaften Nervenschädigung und damit einhergehenden dauerhaften Bewegungseinschränkungen/Lähmungen unmissverständlich vor Augen zu führen. Der Umstand, dass die Patientin im konkreten Fall Krankenschwester war, machte eine solche Aufklärung nicht entbehrlich.

4. Will der Behandler zur Begründung eines fehlenden Ursachenzusammenhangs zwischen der unterbliebenen bzw. unzureichenden Aufklärung und dem eingetretenen Schaden eine **hypothetische Einwilligung** einwenden, so hat er dies substantiiert und widerspruchsfrei darzulegen. Daran fehlt es, wenn die Behandlerseite darauf verweist, die Patientin hätte hypothetisch eingewilligt, weil die durchgeführte Facettenblockade angesichts eines „erheblichen Leidensdrucks“ der Patientin „alternativlos“ gewesen sei, während sich aus den von der Behandlerseite zur Akte gereichten Krankenunterlagen und aus einem „Erinnerungsprotokoll“ der behandelnden Ärzte ergibt, dass im Zeitpunkt des Eingriffs kein „erheblicher Leidensdruck“ bestand und sich im Übrigen nach den Feststellungen des Sachverständigen die durchgeführte Facettenblockade zwar als für die Patientin von Vorteil darstellte, ohne aber absolut indiziert gewesen zu sein.

f) Risiko einer Katheterablation

LG Köln, Urteil v. 26.11.2013 - 3 O 438/09

RID 15-03-223

juris
BGB §§ 253, 280, 823 I

Die Gefahr eines AV-Blockes III. Grades stellt ein spezifisches Risiko einer **Katheterablation** dar. Diese Komplikation ist mit unter 4% sehr selten, hat aber für den hiervon betroffenen Patienten schwerwiegende Konsequenzen durch eine ggf. lebenslang bestehende Herzschrittmacherabhängigkeit. Hierüber ist aufzuklären.

g) Durchführung einer Kataraktoperation ohne wirksame Einwilligung

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 29.01.2015 - 8 U 25/14

RID 15-03-224

juris

BGB §§ 253, 280, 630d, 630e, 823 I

Bei einer **Kataraktoperation** ist darüber zu informieren, welche Chancen die Operation im Hinblick auf eine **Verbesserung des Visus** bringen kann. Es ist darauf hinzuweisen, dass durch eine solche Operation im Hinblick auf die Möglichkeit der Verschlechterung der Gliese nicht unbedingt mit einer Verbesserung des Visus gerechnet werden kann.

h) Aufklärung vor einer allogenen Stammzelltransplantation

LG Münster, Urteil v. 25.03.2015 - 108 O 13/13

RID 15-03-225

juris

BGB §§ 278, 280, 823 I, 831

Prospektiv ausgerichtete, randomisierte Studien über den Nachweis einer Überlegenheit der **allogenen Stammzelltransplantation** gegenüber einer **Chemotherapie** liegen nicht vor. Auf Grund eines signifikanten Langzeitüberlebens vieler Patienten ist aber von einem potentiell kurativen Effekt dieser Behandlung auszugehen.

Es würde die Anforderungen an eine Aufklärung überspannen, und auch den Patienten regelmäßig überfordern, würde man verlangen, dass sich die Aufklärung über einen medizinisch so komplexen Eingriff wie die allogene Stammzelltransplantation auch auf **alle entfernten Risiken** - wie hier etwa einer Infektion konkret mit dem HUS- oder TTP-Virus - sowie sämtliche Nebenwirkungen der eingesetzten Medikamente beziehen muss.

i) PIP-Silikonimplantate: Keine besondere Aufklärungspflicht im Jahr 2007

LG Karlsruhe, Urteil v. 25.11.2014 - 2 O 25/12

RID 15-03-226

BeckRS 2015, 07880

MPG §§ 3 III, 6, 7; GG Art. 34

Zum Behandlungszeitraum im Jahre 2007 waren für einen **Arzt** keine Anhaltspunkte für eine Mangelhaftigkeit der PIP-Silikonimplantate erkennbar. Die Frage der Verletzung einer **Aufklärungspflicht** ist daher losgelöst von der besonderen Problematik der PIP-Implantate zu betrachten.

Ein **TÜV** übt mit der **CE-Zertifizierung** keine hoheitliche Gewalt aus und kann deshalb nicht nach Amtshaftungsgrundsätzen in Anspruch genommen werden.

Ein **französischer Haftpflichtversicherer** von PIP kann zwar in Deutschland verklagt werden. Der abgeschlossene Versicherungsvertrag deckt aber nur Schadensfälle in Frankreich ab. Diese Beschränkung ist kein Verstoß gegen französisches oder europäisches Recht.

j) Aufklärung bei Schönheitsoperationen/Entscheidungskonflikt

OLG Köln, Beschluss v. 27.03.2014 - 5 U 129/13

RID 15-03-227

juris = MedR 2015, 274

BGB §§ 611, 630a, 630d, 630e, 630h; ZPO §§ 286 529, 531

Leitsatz: Zur **Aufklärungspflicht** des Arztes bei **kosmetischen Eingriffen** - hier: Straffung einer Hängebrust und Größenangleichung der Brüste.

4. Sachverständige

a) Anwesenheitsrecht bei Untersuchung durch Sachverständigen

OLG München, Beschluss v. 01.06.2015 - 24 W 881/15

RID 15-03-228

juris
ZPO §§ 42, 357, 406

Leitsatz: 1. Die **ärztliche Untersuchung** einer Partei durch den vom Gericht bestellten **Sachverständigen** greift in ihre durch das Allgemeine Persönlichkeitsrecht geschützte **Privatsphäre** ein.

2. Die **Abwägung der Interessen** der zu untersuchenden Partei mit den Interessen der Gegenpartei wird regelmäßig dazu führen, dass sie bei der Untersuchung kein **Anwesenheitsrecht** hat.

3. Auch das **Anamnesegespräch** erfordert eine vertrauenerweckende Atmosphäre, die bei Anwesenheit der Gegenpartei oder ihres Rechtsanwalts regelmäßig nicht gewahrt werden könnte.

b) Befangenheit: Mängel der Sachverhaltsdarstellung/Berufsüblicher Kontakt

OLG Naumburg, Beschluss v. 01.11.2012 - 10 W 58/12

RID 15-03-229

juris = MedR 2015, 357
ZPO §§ 42, 406

Leitsatz: Mängel und Unvollkommenheiten der **Sachverhaltsdarstellung** in einem schriftlichen Sachverständigengutachten können Rückschlüsse auf die Unparteilichkeit des Gutachters nur dann zulassen, wenn aus ihnen eine tendenzielle Vorgehensweise im Sinne einer greifbaren Einseitigkeit erkennbar wird.

Sachverständige in Arzthaftungsprozessen üben regelmäßig denselben Beruf aus wie die Personen, deren Berufsausübung sie begutachten sollen. Zu der üblichen Berufsausübung hoch spezialisierter Fachärzte gehören die Teilnahme an überregionalen bzw. internationalen **Fachveranstaltungen** und die Zugehörigkeit zu überregionalen bzw. internationalen **Fachverbänden**. Weder dieser Umstand noch ein persönliches Kennen nur aufgrund derartiger berufsüblicher Kontakte kann allein schon die Annahme fehlender Unvoreingenommenheit rechtfertigen.

5. Schmerzensgeld für eine Fehlbehandlung bei der Geburt

OLG Hamm, Urteil v. 17.03.2015 - 26 U 108/13

RID 15-03-230

juris = GesR 2015, 287
BGB §§ 249, 253, 280, 823

Leitsatz: Tritt in Folge einer Fehlbehandlung bei der Geburt eine **spastische Tetraplegie mit gravierenden Beeinträchtigungen** ein, so kann ein Schmerzensgeld von 300.000,- EUR angemessen sein. Als gravierende Beeinträchtigung kommen Störungen der Motorik, der Bewegung, der Sprache und der Umstand in Betracht, dass sich das Kind seiner mangelnden Kompetenzen bewusst wird und darunter leidet.

6. Sicherung eines Schlaganfallpatienten vor Sturz aus dem Bett

OLG Köln, Beschluss v. 02.01.2014 - 5 U 77/13

RID 15-03-231

juris = MedR 2015, 271
BGB §§ 249, 253, 280, 630a, 823 I; ZPO § 522 II

Leitsatz: 1. Die Sicherung eines **Schlaganfallpatienten** vor einem **Sturz aus dem Bett** ist nicht vertragliche Nebenpflicht, sondern **Hauptpflicht** des Behandlungsvertrages. Ihre Verletzung bestimmt sich danach, ob fachärztlicher Standard unterschritten ist.

2. Bei einem Schlaganfallpatienten auf einer neurologischen Notfallstation, bei dem **keine** weiteren konkreten **Anhaltspunkte für eine Eigengefährdung** bestehen (etwa Agitiertheit, Uneinsichtigkeit, Bettflüchtigkeit), ist es nicht behandlungsfehlerhaft, wenn besondere Sicherungsmaßnahmen gegen einen Sturz (wie Bettgitter, Bauchgurt oder elektronische Überwachung) unterbleiben.

3. Zur Beurteilung standardgerechter Sicherungsmaßnahmen ist nicht die Einholung eines Pflegegutachtens erforderlich, sondern das **Gutachten** eines qualifizierten Neurologen ausreichend.

7. Anspruchsübergang nach § 116 SGB X: Regressansprüche wegen Geburtsschadens

OLG Hamm, Beschluss v. 30.03.2015 - 3 U 26/14

RID 15-03-232

juris

BGB §§ 195, 199, 229; BGBEG Art. 229 § 6; SGB X § 116 I 1

Leitsatz: 1. Bei Sozialleistungen, die nicht auf Grund eines Sozialversicherungsverhältnisses erbracht werden, ist für den Zeitpunkt des **Anspruchsüberganges nach § 116 SGB X** maßgebend, dass nach den konkreten Umständen des Einzelfalles eine Leistungspflicht ernsthaft in Betracht zu ziehen ist.

2. Bei einem inzwischen zwölfjährigen Kind, das aufgrund eines **Behandlungsfehlers** einen **Geburtsschaden** mit erheblichen körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen erlitten hat, danach aber trotz der Behinderungen einen heilpädagogischen Kindergarten hat besuchen können und aktuell in einer Schule für Körperbehinderte beschult und auch im Übrigen in vielfältiger Weise gefördert wird, ist die Inanspruchnahme von Förderleistungen der Bundesagentur für Arbeit zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer Werkstatt für behinderte Menschen nicht mehr nur eine im Bereich des theoretisch Denkbaren liegende Möglichkeit, sondern vielmehr eine bereits ernsthaft in Betracht zu ziehende künftige Entwicklung.

8. Schadensersatzanspruch gegen Arzt verjährt ab Kenntnis der ersten Schadensfolge

OLG Koblenz, Beschluss v. 24.02.2015 - 5 U 1320/14

RID 15-03-233

juris

BGB §§ 195, 199, 203, 204, 276, 280, 611; ZPO §§ 166, 167

Leitsatz: 1. Die subjektiven Voraussetzungen des § 199 Abs. 1 BGB müssen nicht hinsichtlich des gesamten Schadensbildes vorliegen. Maßgeblich für den **Verjährungsbeginn** ist der Eintritt der ersten Schadensfolge. Treten später weitere Folgen hinzu, beginnt die Verjährung nicht von Neuem.

2. Auch im Arzthaftungsprozess ist eine um 3 Monate verzögerte Zahlung des Gerichtskostenvorschusses nicht „demnächst“ erfolgt, so dass die erst dann bewirkte Zustellung der Klage nicht auf den Zeitpunkt ihrer Einreichung zurückwirkt.

9. Gerichtsstandbestimmung: Klage gegen zwei Kliniken

OLG Hamm, Beschluss v. 07.05.2015 - 32 SA 14/15

RID 15-03-234

juris

ZPO § 36 I Nr. 3

Leitsatz: Die **Gerichtsstandbestimmung** gemäß § 36 Abs. 1 Nr. 3 ZPO kann in einem Arzthaftungsprozess zulässig sein, mit dem ein Patient zwei in unterschiedlichen Gerichtsständen belegene Kliniken aufgrund einer von den Kliniken untereinander abgestimmten ärztlichen Behandlung in Anspruch nehmen will.

10. Zahnärztliche Behandlung

a) Zahnarzt schuldet nicht die Kosten einer prothetischen Nach- bzw. Neuversorgung

OLG Koblenz, Urteil v. 08.10.2014 - 5 U 624/14

RID 15-03-235

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823; SGB V § 137 IV 3

Leitsatz: 1. War der Zahnarzt mit der Eingliederung und Anpassung von Zahnersatz beauftragt, handelt es sich um einen **Dienstvertrag**. Vom Sonderfall völliger Unbrauchbarkeit abgesehen, schuldet der Patient daher auch für eine suboptimale Leistung des Zahnarztes deren Vergütung.

2. **Kündigt** der Patient den Vertrag vor Abschluss der Behandlung, kann die **Vergütungspflicht** ausnahmsweise entfallen, wenn die bisherigen Leistungen infolge der Kündigung für den Patienten ohne Interesse sind. Nach Behandlungsabschluss scheidet eine Kündigung aus.
3. Die **Kosten** der durch **einen anderen Zahnarzt abgeschlossenen Behandlung** schuldet der erstbehandelnde Zahnarzt nicht als Schadensersatz, falls es sich um Aufwendungen handelt, die ohnehin entstanden wären. Auch die zweijährige Gewähr nach § 137 Abs. 4 Satz 3 SGB V eröffnet insoweit keinen Schadensersatzanspruch.
4. Zur **Schmerzensgeldbemessung**, wenn Brückenkronen derart tief in das Zahnfleisch geführt werden, dass es dort zu einer vorübergehenden Entzündung kommt (3.000 €).

b) Unbrauchbare Zahnarztleistung: Außergerichtliche Rechtsanwaltskosten

KG Berlin, Urteil v. 12.02.2015 - 20 U 114/14

RID 15-03-236

juris

BGB §§ 311, 611, 627 I, 628 I 2; ZPO § 286 I

Leitsatz: Tritt ein **Zahnarzt** eine **Honorarforderung** an eine **Verrechnungsstelle** ab, verlangt diese von dem Patienten den abgetretenen Betrag und bedient sich der Patient zur außergerichtlichen Abwehr dieser Forderung eines Rechtsanwalts, hat die Verrechnungsstelle dem Patienten die **außergerichtlichen Rechtsanwaltskosten** im Rahmen des Schadensersatzes gemäß §§ 280 I, 311 BGB zu ersetzen, wenn die Forderung nicht besteht oder erfolgreichen Einwendungen ausgesetzt ist. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die Forderung nicht plausibel ist und/oder der Zahnarzt hätte erkennen können und müssen, dass die Forderung aufgrund der völligen Unbrauchbarkeit seiner zahnärztlichen Leistungen nicht besteht. Die abgetretene Forderung kann nicht anders beurteilt werden, als hätte sie der Zahnarzt selbst geltend gemacht.

Vorausgehend: LG Berlin, Urt. v. 10.06.2014 - 8 O 398/12 - RID 15-02-298.

c) Haftung für Dentallabor/Kurzfristige Versorgung nur bei Aufklärung

LG Bielefeld, Urteil v. 02.05.2014 - 4 O 449/08

RID 15-03-237

juris

SGB V § 823 I

Ein Zahnarzt hat für die **fehlerhaften Abutments** auch dann einzustehen, wenn sie Folge einer fehlerhaften Einartikulierung durch das **Dentallabor** sind. Auch im Falle mangelhafter zahntechnischer Leistungen haftet allein der Zahnarzt dem Patienten auf Schadensersatz. Fehlerhaft ist die Einbeziehung vorgeschädigter Zähne in eine Brückenkonstruktion. Entspricht die gewählte Versorgung nicht dem fachzahnärztlichen Standard für eine **langfristige Versorgung**, ist sie allenfalls dann eine medizinisch noch vertretbare Lösung, wenn der Patient vorher über die zeitliche Limitierung dieser Lösung **aufgeklärt** worden ist.

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel

1. Europäischer Gerichtshof (EuGH)

a) Auskunftsanspruch über Nebenwirkungen von Medikamenten gegen Arzneimittelhersteller

EuGH, Urteil v. 20.11.2014 - C-310/13

RID 15-03-238

juris = NJW 2015, 927

EWGRL 374/85 Art. 13; AMG §§ 84 II, 84a; ProdHaftG § 15

Leitsatz: Die Richtlinie 85/374/EWG des Rates vom 25. Juli 1985 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Haftung für fehlerhafte Produkte in der durch die Richtlinie 1999/34/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 10. Mai 1999 geänderten Fassung ist dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Regelung wie der im Ausgangsverfahren streitigen nicht entgegensteht, mit der eine **besondere Haftungsregelung** im Sinne von Art. 13 der Richtlinie geschaffen wurde, die im Anschluss an eine nach der Bekanntgabe der Richtlinie an den

betreffenden Mitgliedstaat erfolgte Änderung der nationalen Regelung vorsieht, dass der **Verbraucher** das Recht hat, vom **Hersteller eines Arzneimittels Auskünfte** über dessen Nebenwirkungen zu verlangen.

Vorabentscheidungsersuchen: BGH, Beschl. v. 06.05.2013 - VI ZR 328/11 - RID 14-03-221; nachgehend: BGH, Urt. v. 12.05.2015 - VI ZR 328/11 - RID 15-03-240.

b) Werbemaßnahmen für Arzneimittel

EuGH, Urteil v. 16.07.2015 - C-544/13, C-545/13

RID 15-03-239

juris

Richtlinie 2001/83/EG

Abcur AB gegen Apoteket Farmaci AB (C-544/13) und Apoteket AB und Apoteket Farmaci AB (C-545/13).; Ersuchen um Vorabentscheidung: Stockholms tingsrätt - Schweden

1. **Humanarzneimittel** wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehenden, die auf Verschreibung abgegeben werden und für deren Inverkehrbringen keine Genehmigung von den zuständigen Behörden eines Mitgliedstaats oder gemäß der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln und zur Errichtung einer Europäischen Arzneimittel-Agentur erteilt wurde, fallen gemäß Art. 2 Abs. 1 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel in der durch die Richtlinie 2004/27/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 geänderten Fassung unter diese Richtlinie, wenn sie entweder **gewerblich zubereitet** werden oder bei ihrer Zubereitung ein **industrielles Verfahren** zur Anwendung kommt. Diese Arzneimittel können nur dann unter die in Art. 3 Nr. 1 dieser Richtlinie in geänderter Fassung vorgesehene **Ausnahme** fallen, wenn ihre Zubereitung **speziell für einen vorher bekannten Patienten gemäß einer ärztlichen Verschreibung erfolgt**, die vor der Zubereitung ausgestellt wurde. Diese Arzneimittel können nur dann unter die in Art. 3 Nr. 2 dieser Richtlinie in der durch die Richtlinie 2004/27 geänderten Fassung vorgesehene Ausnahme fallen, wenn sie **von der Apotheke, von der sie zubereitet worden sind, unmittelbar an die Patienten abgegeben werden**, die Kunden dieser Apotheke sind. Es ist Sache des vorlegenden Gerichts, zu prüfen, ob die Anwendungsvoraussetzungen dieser Bestimmungen in den Ausgangsrechtssachen vorliegen.

2. Auch für den Fall, dass Humanarzneimittel wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehenden unter die Richtlinie 2001/83 in der durch die Richtlinie 2004/27 geänderten Fassung fallen sollten, können **Werbemaßnahmen** für diese Arzneimittel wie die in den Ausgangsverfahren behaupteten ebenfalls unter die Richtlinie 2005/29/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Mai 2005 über unlautere Geschäftspraktiken im binnenmarktinternen Geschäftsverkehr zwischen Unternehmen und Verbrauchern und zur Änderung der Richtlinie 84/450/EWG des Rates, der Richtlinien 97/7/EG, 98/27/EG und 2002/65/EG des Europäischen Parlaments und des Rates sowie der Verordnung (EG) Nr. 2006/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates fallen, sofern die Anwendungsvoraussetzungen dieser Richtlinie vorliegen.

2. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Auskunftsverfahren gegen pharmazeutischen Unternehmer

BGH, Urteil v. 12.05.2015 - VI ZR 328/11

RID 15-03-240

juris

AMG §§ 84, 84a; ProdHaftG § 15

Leitsatz: 1. Wer nach § 84a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 AMG **Auskunft** begehrt, muss Tatsachen darlegen und gegebenenfalls beweisen, die die Annahme begründen, dass ein Arzneimittel den Schaden verursacht hat. Diese Tatsachen müssen die Ursächlichkeit des Arzneimittels für den Schaden des Anwenders plausibel erscheinen lassen.

2. Im **Auskunftsverfahren** muss nicht Beweis erhoben werden über Tatsachen, die den Inhalt des Auskunftsanspruchs betreffen und auf deren Kenntnis der Auskunftbegehrende zur Prüfung möglicher Ansprüche angewiesen ist.

3. Der Einwand der **Nichterforderlichkeit der Auskunft**, für die der pharmazeutische Unternehmer die volle Darlegungs- und Beweislast trägt, ist nur dann erheblich, wenn er gegen die Ansprüche nach beiden Alternativen des § 84 Abs. 1 Satz 2 AMG durchgreift.

Vorausgehend: Vorabentscheidungsersuchen des BGH, Beschl. v. 06.05.2013 - VI ZR 328/11 - RID 14-03-221; EuGH, Urt. v. 20.11.2014 - C-310/13 - RID 15-03-238.

b) Auskunftsanspruch über Nebenwirkungen (Allopurinol AbZ 300 mg)

BGH, Urteil v. 12.05.2015 - VI ZR 63/14

RID 15-03-241

juris
AMG § 84a

Leitsatz: Zum Auskunftsanspruch gemäß § 84a AMG.

c) Herstellerhaftung für Implantation von Herzschrittmachern

BGH, Urteil v. 09.06.2015 - VI ZR 284/12

RID 15-03-242

juris
EWGRL 374/85 Art. 1, 6 I, 9 S. 1 Buchst. a

Leitsatz: 1. Bei **Herzschrittmachern** können wegen ihrer Funktion, der Situation besonderer Verletzlichkeit der diese Geräte nutzenden Patienten und des außergewöhnlichen Schadenspotentials alle Produkte derselben Produktgruppe oder **Produktionsserie** als **fehlerhaft** eingestuft werden, wenn bei Geräten der Gruppe oder Serie ein nennenswert erhöhtes Ausfallrisiko festgestellt wurde, ohne dass ein Fehler bei dem im konkreten Fall implantierten Herzschrittmacher festgestellt zu werden braucht.

2. Der **Hersteller haftet** für den Ersatz des durch eine chirurgische Operation zum Austausch eines fehlerhaften Herzschrittmachers verursachten Schadens, wenn der Austausch erforderlich ist, um den Fehler zu beseitigen und das Sicherheitsniveau wiederherzustellen, das die Patienten zu erwarten berechtigt sind.

Vorausgehend: BGH, Beschl. v. 30.07.2013 - VI ZR 284/12 - RID 13-03-308; EuGH, Urt. v. 05.03.2015 - C-503/13, C-504/13 - RID 15-02-306.

d) Kostenersatz für Behandlung wegen operativen Austauschs eines Defibrillators

BGH, Urteil v. 09.06.2015 - VI ZR 327/12

RID 15-03-243

juris
EWGRL 374/85 Art. 1, 6 I,) S. 1; ProdHaftG §§ 1 I, 3 I

Leitsatz: 1. Bei implantierbaren **Cardioverter Defibrillatoren** (ICD) können wegen ihrer Funktion, der Situation besonderer Verletzlichkeit der diese Geräte nutzenden Patienten und des außergewöhnlichen Schadenspotentials alle Produkte derselben Produktgruppe oder Produktionsserie als **fehlerhaft** eingestuft werden, wenn bei Geräten der Gruppe oder Serie eine Fehlfunktion festgestellt wurde, ohne dass der Fehler bei dem im konkreten Fall betroffenen ICD festgestellt zu werden braucht.

2. Der **Hersteller haftet** für den Ersatz des durch eine chirurgische Operation zum Austausch eines fehlerhaften ICD verursachten Schadens, wenn der Austausch erforderlich ist, um den Fehler zu beseitigen und das Sicherheitsniveau wiederherzustellen, das die Patienten zu erwarten berechtigt sind.

Vorausgehend: Vorabentscheidungsersuchen des BGH, Beschl. v. 30.07.2013 - VI ZR 327/12 - RID 13-03-308; EuGH, Urt. v. 05.03.2015 - C-503/13, C-504/13 - RID 15-02-306.

e) TÜV-Haftung wegen Zertifizierung der französischen Brust-Silikonimplantate

BGH, Beschluss v. 09.04.2015 - VII ZR 36/14

RID 15-03-244

juris = GesR 2015, 373
EWGRL 42/93

Leitsatz: Dem Gerichtshof der Europäischen Union werden nach Art. 267 AEUV folgende Fragen zur Auslegung von Art. 11 Abs. 1 Buchstabe a) in Verbindung mit Anhang II Nr. 3.3., 4.3., 5.3., 5.4. der

Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. 1993, L 169, S. 1 ff., zuletzt geändert durch die Richtlinie 2007/47/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. September 2007, ABl. 2007, L 247, S. 21) vorgelegt:

Ist es Zweck und Intention der Richtlinie, dass die mit dem Audit des Qualitätssicherungssystems, der Prüfung der Produktauslegung und der Überwachung **beauftragte benannte Stelle** bei Medizinprodukten der Klasse III **zum Schutz aller potentiellen Patienten tätig wird** und deshalb bei schuldhafter Pflichtverletzung den betroffenen Patienten unmittelbar und uneingeschränkt haften kann. Ergibt sich aus den genannten Nummern des Anhangs II der Richtlinie 93/42/EWG, dass der mit dem Audit des Qualitätssicherungssystems, der Prüfung der Produktauslegung und der Überwachung beauftragten benannten Stelle bei Medizinprodukten der Klasse III eine generelle oder zumindest **anlassbezogene Produktprüfungspflicht** obliegt?

Ergibt sich aus den genannten Nummern des Anhangs II der Richtlinie 93/42/EWG, dass der mit dem Audit des Qualitätssicherungssystems, der Prüfung der Produktauslegung und der Überwachung beauftragten benannten Stelle bei Medizinprodukten der Klasse III eine generelle oder zumindest anlassbezogene Pflicht obliegt, **Geschäftsunterlagen des Herstellers zu sichten und/oder unangemeldete Inspektionen durchzuführen?**

f) Wirkstoff Pseudoephedrin kein „Grundstoff“ i.S.d. GÜG

BGH, Beschluss v. 30.04.2015 - 1 StR 99/14

RID 15-03-245

^{juris}
GÜG §§ 3, 19

Die Strafvorschrift des § 19 I Nr. 1 GÜG erfordert das Handeltreiben mit einem „**Grundstoff**“. Bei dem Wirkstoff **Pseudoephedrin** handelt es sich, wenn er wie hier Wirkstoff eines Arzneimittels (im Sinne von Art. 1 Nr. 2 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates v. 06.11.2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel [ABl. EU Nr. L 311 v. 28.11.2001 S. 67]) ist, nicht um einen „Grundstoff“ im Sinne von § 1 Nr. 1 und § 3 GÜG.

Parallelverfahren:

BGH, Beschluss v. 30.04.2015 - 1 StR 388/13

RID 15-03-246

^{juris}

BGH, Beschluss v. 30.04.2015 - 1 StR 426/13

RID 15-03-247

^{juris}

3. Apothekenrecht

a) BVerwG: Abgabe von aus dem EU-Ausland bezogenen Arzneimitteln in inländischer Apotheke

BVerwG, Urteil v. 26.02.2015 - 3 C 30.13

RID 15-03-248

^{juris}

AMG §§ 43, 69 I, 73, 78; AMPreisV; ApoG § 7; ApoBetrO §§ 2 II, 4 I, 12, 17, 20 I

Leitsatz: Eine inländische Apotheke darf auf Bestellung ihrer Kunden Arzneimittel von einer **Apotheke im EU-Ausland beziehen** und mit Rechnung der ausländischen Apotheke an sie abgeben.

Vorgehend: VGH Bayern, Urt. v. 11.11.2013 - 9 BV 10.706 - RID 14-01-269.

b) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel ohne Rezept

BGH, Urteil v. 08.01.2015 - I ZR 123/13

RID 15-03-249

^{juris}

UWG § 4 Nr. 11; AMG § 48 I; AMVV § 4 I; StGB § 34

Leitsatz: Abgabe ohne Rezept

1. Das in § 48 AMG geregelte Verbot der **Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel ohne Verschreibung** ist eine **Marktverhaltensregelung** im Sinne von § 4 Nr. 11 UWG.

2. Die Vorschrift des § 4 Abs. 1 AMVV erfordert eine eigene Therapieentscheidung des behandelnden Arztes auf der Grundlage einer vorherigen, regelgerechten eigenen Diagnose, die der Verschreibung vorausgeht. Daran fehlt es, wenn ein Apotheker einen **Arzt**, der den Patienten nicht kennt und insbesondere zuvor nicht untersucht hat, um **Zustimmung zur Abgabe eines Medikaments** bittet.

3. Falls auf andere Art und Weise eine erhebliche, akute Gesundheitsgefährdung des Patienten nicht abzuwenden ist, kann die Abgabe eines verschreibungspflichtigen Medikaments durch den Apotheker **im Einzelfall in analoger Anwendung von § 34 StGB** in Betracht kommen, obwohl ihm weder ein Rezept vorgelegt wird noch die Voraussetzungen des § 4 Abs. 1 AMVV erfüllt sind.

bb) Zulassungsfreiheit für im Apothekenbetrieb hergestellte Arzneimittel (Weihrauch-Extrakt-Kapseln)

BGH, Beschluss v. 16.04.2015 - I ZR 130/13

RID 15-03-250

juris = WRP 2015, 863 = GRUR 2015, 705 = GRUR Int 2015, 726

EGRL 83/2001 Art. 3; AMG § 21 II Nr. 1; UWG §§ 4 Nr. 11, 8; HeilMWerbG § 3a

Leitsatz: Weihrauch-Extrakt-Kapseln

Dem **Gerichtshof der Europäischen Union** werden zur Auslegung des Art. 3 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel folgende Fragen zur Vorabentscheidung vorgelegt:

1. Stehen Art. 3 Nr. 1 und Nr. 2 der Richtlinie 2001/83/EG einer nationalen Vorschrift wie § 21 Abs. 2 Nr. 1 AMG entgegen, nach der ein **Arzneimittel keiner Zulassung bedarf**, das zur Anwendung bei Menschen bestimmt ist und auf Grund nachweislich häufiger ärztlicher oder zahnärztlicher Verschreibung in den wesentlichen Herstellungsschritten in einer Apotheke in einer Menge bis zu hundert abgabefertigen Packungen an einem Tag im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebs hergestellt wird und zur Abgabe im Rahmen der bestehenden Apothekenbetriebserlaubnis bestimmt ist?

Falls die Frage zu 1 bejaht wird:

2. Gilt dieses Ergebnis auch, wenn eine nationale Vorschrift wie § 21 Abs. 2 Nr. 1 AMG so ausgelegt wird, dass ein Arzneimittel keiner Zulassung bedarf, das zur Anwendung bei Menschen bestimmt ist und auf Grund nachweislich häufiger ärztlicher oder zahnärztlicher Verschreibung in den wesentlichen Herstellungsschritten in einer Apotheke in einer Menge bis zu hundert abgabefertigen Packungen an einem Tag im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebs hergestellt wird und zur Abgabe im Rahmen der bestehenden Apothekenbetriebserlaubnis bestimmt ist, sofern das Arzneimittel entweder gemäß einer **ärztlichen Verschreibung**, die nicht notwendig bereits vor der Zubereitung vorliegen muss, jeweils für einen bestimmten Patienten abgegeben wird oder das Arzneimittel in der Apotheke nach **Vorschrift einer Pharmakopöe** zubereitet wird und zur unmittelbaren Abgabe an die Patienten bestimmt ist?

cc) Anhörungsrüge (Belieferung im Krankenhaus durch Kooperationsapothek)

BGH, Beschluss v. 17.11.2014 - I ZR 120/13

RID 15-03-251

juris

ZPO § 321a

Die Anhörungsrüge gegen BGH, Urt. v. 13.03.2014 - I ZR 120/13 - RID 14-04-236 wird zurückgewiesen.

c) Approbationswiderruf: Abgabe tetrazepamhaltiger Arzneimittel ohne ärztliches Rezept

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 10.06.2015 - 8 LA 114/14

RID 15-03-252

juris

AMG § 48; ApoG § 11; VwGO § 124

Ein Apotheker, der bewusst und gewollt **tetrazepamhaltige Sedativa-Forte-Kapseln** an Patienten abgibt, obwohl es an einer erforderlichen **ärztlichen Verschreibung fehlt**, ist unwürdig zur Ausübung des Apothekerberufs.

Der **Apotheker** hat Patienten zu **informieren** und zu **beraten**, soweit dies aus Gründen der Arzneimittelsicherheit erforderlich ist. Die Beratung muss die notwendigen Informationen über die sachgerechte Anwendung des Medikaments umfassen, soweit erforderlich auch über eventuelle Neben- oder Wechselwirkungen. Dabei ist der Apotheker oder entsprechend qualifiziertes Personal verpflichtet, den Informationsbedarf des Patienten selbst und aktiv zu ermitteln. Eine bloße Beratung auf Nachfrage des Patienten ist nicht ausreichend. Die Informations- und Beratungspflicht ist eine Kernpflicht und eine Bringschuld des Apothekers.

Eine **lange Verfahrensdauer** stellt den Approbationswiderruf nicht als unverhältnismäßig dar. Die Bundesapothekerordnung ermöglicht das Zuwarten mit dem Widerruf der Approbation bis zum Abschluss des Strafverfahrens. Dass der Apotheker sich während des Strafverfahrens und des Approbationswiderrufsverfahrens beanstandungsfrei geführt hat, steht der Annahme der Unwürdigkeit nicht entgegen. Einem **Wohlverhalten**, das unter dem Druck eines schwebenden behördlichen Verfahrens an den Tag gelegt wird, kann regelmäßig kein besonderer Wert beigemessen werden.

Die Behörde widerrief die Approbation des Kl. als Apotheker, nachdem dieser mit rechtskräftigem Strafbefehl vom Mai 2010 wegen der unerlaubten Abgabe von Arzneimitteln in sechs Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von sechs Monaten auf Bewährung verurteilt worden war. In seinen Apotheken war ein durch einen Heilpraktiker verschriebenes homöopathisches Mittel („Sedativa-Forte-Kapseln“) unter Zugabe des verschreibungspflichtigen Medikaments Tetrazepam (aus der Gruppe der Benzodiazepine) hergestellt und abgegeben worden. **VG Oldenburg**, Urt. v. 08.07.2014 - 7 A 2493/12 - wies die Klage ab, das OVG lehnte die Zulassung der Berufung ab.

d) Rezeptsammelstelle in Edeka-Markt erlaubnisbedürftig

OLG Hamm, Urteil v. 12.05.2015 - 4 U 53/15

RID 15-03-253

juris

ApoBetrO §§ 17, 24; ApoG § 11a; UWG § 4 Nr. 11

Leitsatz: 1. Der Senat lässt dahinstehen, ob die Auffassung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG, Urteil vom 13. März 2008 - 3 C 27/07 - juris), die Regelungen in § 24 ApoBetrO seien für die **Entgegennahme von Arzneimittelbestellungen im Versandhandel** nicht einschlägig, nach der zwischenzeitlichen Änderung der ApoBetrO durch die Vierte Verordnung zur Änderung der ApoBetrO vom 05. Juni 2012 noch Geltung beanspruchen kann.

2. § 24 ApoBetrO in seiner derzeit geltenden Fassung ist jedenfalls insoweit anwendbar, als durch eine **Rezeptsammelstelle** die Bestellung verschreibungspflichtiger Arzneimittel ermöglicht wird, die sodann vom Kunden in der (Präsenz-)Apotheke abgeholt oder - als Alternative zu dieser Abholung - an den Kunden durch Boten der Apotheke ausgeliefert werden sollen.

e) Lagerraum für heimversorgende Aktivitäten einer Apotheke

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 29.04.2015 - 13 A 2551/13

RID 15-03-254

juris

ApoG §§ 1, 6; ApoBetrO § 4 IV 1 Nr. 1

Leitsatz: 1. Ein **Lagerraum** im Sinne des § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 ApoBetrO darf in zulässiger Weise genutzt werden für heimversorgende Tätigkeiten, die notwendiger oder zumindest typischerweise mit der Lagerung von Arzneimitteln und Medizinprodukten verbunden sind oder denen lediglich eine der Lagerung dienende Funktion zukommt. Genutzt werden darf er zudem für heimversorgende Tätigkeiten, die das Apothekengesetz und die Apothekenbetriebsordnung nicht anderen Räumlichkeiten der Apotheke zuordnet.

2. Für die Hinzunahme eines **externen Apothekenbetriebsraums** zu den Räumen einer bereits bestehenden Apotheke bedarf es einer **Erweiterung der Erlaubnis** nach § 1 Abs. 2 und 3 ApoG. Eine Abnahme i. S. d. § 6 ApoG ist nicht erforderlich.

4. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Geschäftl. Handlung durch Hyperlink zum Angebot eines bestimmten Herstellers (Bachblüten)

BGH, Urteil v. 11.12.2014 - I ZR 113/13

RID 15-03-255

juris = GRUR 2015, 694 = MDR 2015, 782

UWG § 2 I Nr. 1; EGRL 29/2500 Art. 2 Buchst. b

Leitsatz: Bezugsquellen für Bachblüten

Weist ein Unternehmen auf seiner Internetseite im Zusammenhang mit Angaben zu einer bestimmten Therapie (hier: Original Bach-Blütentherapie) auf die „Original Produkte“ zu dieser Therapie hin und hält es für den Verbraucher einen **elektronischen Verweis (Link)** im Rahmen des Internetauftritts bereit, der zum Angebot der „Original Produkte“ eines bestimmten Herstellers führt, liegt eine **geschäftliche Handlung** im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 UWG vor.

bb) Unlautere Werbung für kostenlose Abgabe einer Zweitbrille

BGH, Urteil v. 06.11.2014 - I ZR 26/14

RID 15-03-256

juris = WRP 2015, 565 = GRUR 2015, 504

UWG § 4 Nr. 11; HeilMVerbG §§ 1 I Nr. 1a, 7 I

Leitsatz: Kostenlose Zweitbrille

1. Die naheliegende Möglichkeit, dass sich ein Verbraucher wegen einer zusätzlich angebotenen **kostenlosen Zweitbrille** für das entsprechende Angebot entscheidet, ohne zuvor zu prüfen, ob das Angebot eines anderen Unternehmens seinen Bedürfnissen besser entspricht, begründet die für die Anwendung des § 7 Abs. 1 Satz 1 HWG erforderliche abstrakte Gefahr einer unsachlichen Beeinflussung des Werbeadressaten.

2. Ein nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchst. b HWG **zulässiger Mengenrabatt** liegt vor, wenn zu einem Einzelstück ein gleiches Produkt als Zuwendung gewährt wird, so dass der Empfänger insgesamt zwei gleiche Waren erhält.

3. Eine gleiche Ware im Sinne von § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchst. b HWG setzt voraus, dass es sich um eine Ware in identischer Qualität wie die entgeltlich abgegebene Ware handelt.

b) Keine Abgabe von Arzneimittelmustern durch pharmazeutische Unternehmer an Apotheker

OLG Hamburg, Beschluss v. 10.02.2015 - 3 U 16/13

RID 15-03-257

juris

UWG §§ 3, 4 Nr. 11; AMG § 47

Die **Abgabe von Arzneimittelmustern** durch pharmazeutische Unternehmer an **Apotheker** unterfällt nicht der allgemeinen Vorschrift des § 47 I AMG, sondern verstößt gegen § 47 III AMG, da Apotheker in Übereinstimmung mit Art. 96 I der Richtlinie 2001/83/EG nicht zu dem in der Vorschrift genannten Personenkreis gehören, an welchen unter bestimmten Voraussetzungen Arzneimittelmuster abgegeben werden dürfen.

c) Nichteinziehung der Zuzahlung von Versicherten bei der Hilfsmittelversorgung

OLG Stuttgart, Urteil v. 09.07.2015 - 2 U 83/14

RID 15-03-258

juris

UWG §§ 3, 4 Nr. 11; SGB V §§ 33 VIII, 43b I 1; HWG § 7

Die **sozialrechtlichen Zuzahlungsvorschriften** sollen die Versicherten durch einen Finanzierungsbeitrag zu einem verantwortungsvollen und schonenden Umgang mit dem Beitragsaufkommen im Interesse der Sicherung des Sozialsystems anhalten. Dies stellt aber keine

wettbewerbsbezogene Zielsetzung dar. Deshalb handelt es sich nicht um **Marktverhaltensregeln**. Allerdings ist der Verzicht auf die Zuzahlung eine **unzulässige Zuwendung** nach § 7 HWG.

LG Ulm, Urt. v. 23.06.2014 - 3 O 4/14 - RID 14-04-253 wies die Klage ab, das *OLG* verurteilte die Bkl., es zu unterlassen, im geschäftlichen Verkehr (1) gegenüber gesetzlich krankenversicherten Personen damit zu werben, die von den Versicherten zu entrichtende Zuzahlung für Hilfsmittel nicht einzuziehen, und/oder (2) ankündigungsgemäß die bei Hilfsmitteln zu entrichtende Zuzahlung bei gesetzlich krankenversicherten Personen nicht einzuziehen, es sei denn, die Ankündigung und/oder die Nichteinzahlung beziehen sich auf einen kenntlich gemachten geringfügigen Betrag, der nicht höher als 1,00 € liegt.

d) Werbung mit der Messgenauigkeit von Blutzuckermessgeräten

OLG Hamburg, Urteil v. 26.02.2015 - 3 U 104/13

RID 15-03-259

juris

UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 5, 8; HeilMWerbG § 3

Maßgeblich ist das **Verkehrsverständnis** des situationsadäquat aufmerksamen, durchschnittlich informierten und vernünftigen Arztes oder Arztpraxismitarbeiters, der die Werbung wahrnimmt.

Die ISO 15197:2003 macht in Ziff. 7.3.1.2. Vorgaben dazu, wie die **Messgenauigkeit von Blutzuckermessgeräten** zu testen ist. Wenn nun Angaben dazu gemacht werden sollen, ob ein bestimmtes Gerät die ISO-Vorgaben einhält oder nicht, kann dies - uneingeschränkt – nur auf der Basis von Untersuchungen geschehen, bei denen die **Vorgaben** der ISO 15197:2003 zum Prüfungsaufbau vollumfänglich eingehalten wurden. Werden – wie hier – in einer wissenschaftlichen **Studie** Angaben dazu gemacht, welche Blutzuckermessgeräte die Messgenauigkeitsanforderungen der ISO 15197:2003 erfüllen und welche nicht, geht der Verkehr davon aus, dass diese Geräte im Rahmen der Studie nach den von der ISO 15197:2003 vorgegebenen Maßgaben getestet worden sind.

Bei Zugrundelegung dieses Verkehrsverständnisses ist die streitgegenständliche Behauptung **irreführend**, weil die T.-Studie nicht in Übereinstimmung mit dem von der ISO vorgegebenen Prüfungsprotokoll erstellt wurde.

e) Werbung mit Ergebnissen einer Anwendungsbeobachtung

OLG Hamburg, Urteil v. 29.01.2015 - 3 U 81/14

RID 15-03-260

juris

UWG §§ 3, 5 I 2 Nr. 1, 8 I, IV Nr. 11; HeilMWerbG § 3

Eine Werbung ist irreführend, wenn aus der angegebenen Fundstelle nicht hinreichend deutlich wird, dass die Werbeangabe lediglich auf eine **apothekenbasierte Anwendungsbeobachtung** gestützt ist. Die Art der angegebenen Untersuchung ergibt sich für die angesprochenen Fachkreise nicht bereits aus dem Umstand, dass in der Fußnote die **Angabe „AWB“** verwendet wird. Dass diese Angabe vom angesprochenen Fachverkehr, Apothekern und Apothekenpersonal als ein Hinweis auf die verwendete Untersuchungsmethode, nämlich die Abkürzung des Begriffs „Anwendungsbeobachtung“ verstanden wird, kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden.

f) Diagnostisch relevantes Untersuchungsverfahren

OLG München, Urteil v. 12.02.2015 - 6 U 2198/14

RID 15-03-261

juris = Magazindienst 2015, 504

HeilMWerbG § 3 Nr. 1: UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 5 I Nr. 1

Ein **diagnostisch relevantes Untersuchungsverfahren**, vergleichbar mit einer Blutuntersuchung, unterliegt dem Anwendungsbereich des Heilmittelwerbegesetzes.

g) Empfehlung durch eine im Gesundheitswesen tätige Person

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 08.01.2015 - 6 U 152/14

RID 15-03-262

juris

HeilMWerbG § 11

Leitsatz: 1. Zu den „im Gesundheitswesen tätigen Personen“ im Sinne von § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 HWG zählen nur Ärzte, Apotheker und sonstige Personen, die mit Arzneimitteln erlaubterweise handeln, nicht dagegen sog. „Firmenexperten“.

2. Ob ein **Werbespot** die Empfehlung eines Arzneimittels durch eine im Gesundheitswesen tätige Person enthält, beurteilt sich aus der Sicht des Werbeadressaten, der den Spot mit situationsadäquater Aufmerksamkeit verfolgt; dies gilt insbesondere für die Frage, ob die auftretende Person als Apotheker oder als „Firmenexperte“ angesehen wird.

h) Bewerbung von Antischmerzplastern: Kein Nachweis der Wirkungsbehauptung

LG Berlin, Urteil v. 22.01.2015 - 91 O 126/14

RID 15-03-263

juris = Magazindienst 2015, 360

HeilMVerbG § 3; MPG § 4; UWG §§ 3, 4 Nr. 11

Bei der **Bewerbung von Antischmerzplastern** mit Behauptungen zu einer Vielzahl von akuten und chronischen Schmerzzuständen muss die **Wirkungsbehauptung** hinreichend gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen. Fehlt es daran, so ist die Bewerbung mit der schmerzlindernden Wirkung irreführend im Sinne der §§ 3 HWG, 4 MPG.

i) Werbung mit einem rezeptfreien „pflanzlichen Antibiotikum“

OLG Celle, Urteil v. 09.07.2015 - 13 U 17/15

RID 15-03-264

juris

UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 5 I Nr. 1; HeilMVerbG § 3

Leitsatz: 1. In einem auf ein abstraktes und umfassendes Verbot gerichteten Antrag kann ein auf die konkret im Raum stehende Verletzungsform gerichteter „unechter Hilfsantrag“ enthalten sein.

2. Wird durch die **Werbung mit einem rezeptfreien „pflanzlichen Antibiotikum“** beim durchschnittlichen Verbraucher der unzutreffende Eindruck erweckt, es wirke gegen jedwede Bakterien und Viren und sei überdies ebenso wirksam wie ein verschreibungspflichtige „klassisches“ Antibiotikum, liegt darin eine **Irreführung** gem. § 5 Abs. 1 Nr. 1 UWG, § 3 Satz 1 Nrn. 1 und 2 lit. a HWG.

3. Wird mit der „**vorbeugenden Wirkung**“ eines solchen Präparats geworben, muss dies, wenn dies nur auf bestimmte Arten von Infekten zutrifft, mit der gebotenen Klarheit zum Ausdruck kommen, damit nicht der Eindruck einer umfassenden prophylaktischen Wirkung entsteht.

4. Ein Verstoß gegen § 3a Satz 2 HWG liegt nicht vor, wenn lediglich **zusätzliche Wirkungen** eines Arzneimittels - etwa die prophylaktische Wirkung bei bestimmten Arten von Infekten - beschrieben werden, sofern der ursächliche Zusammenhang dieser zusätzlichen Wirkungen mit der zugelassenen Indikation und das Fehlen einer eigenständigen Indikation verdeutlicht wird.

j) Kerngleichheit der Arzneimittelwerbung

OLG Hamburg, Beschluss v. 28.04.2015 - 3 W 32/15

RID 15-03-265

juris = WRP 2015, 906

ZPO § 91a; UWG §§ 3, 5 I, 12 II

Leitsatz: 1. Eine **Kerngleichheit** zweier wegen Irreführung angegriffenen Verletzungshandlungen kann dann, wenn der jeweils auf die konkrete Verletzungsform Bezug nehmende Unterlassungsanspruch mit der Bewirkung der nämlichen Fehlvorstellung begründet wird, unabhängig davon bestehen, ob in dem einen Fall die angegriffene Werbeangabe im Antrag gesondert angeführt oder im anderen Fall die konkrete Verletzungsform antragsgegenständlich ist, innerhalb derer sich die angegriffenen Werbeangaben finden.

2. Ist eine **vorangegangene Werbung** so **abgewandelt** worden, dass bei der Prüfung der durch die neuerliche Werbung bewirkten Verkehrs- bzw. Fehlvorstellung erstmals nur in dieser enthaltene - weitere - Angaben zu berücksichtigen sind, kommt die Annahme, beide Werbungen enthielten kerngleiche Angaben, regelmäßig auch dann nicht in Betracht, wenn die neue Werbung trotz der Abwandlungen unverändert die nämliche Verkehrs- und Fehlvorstellung bewirkt. „Testfrage“ zur Feststellung einer Kerngleichheit ist immer, ob wegen der neuerlichen Werbung auf der Grundlage

eines - unterstelltermaßen - bereits zur älteren Werbung ergangenen Verbotstitels bestraft werden könnte.

5. Auskunftserteilung zu Anwendungsbeobachtungen nach InformationsfreiheitsG

VG Köln, Urteil v. 24.07.2014 - 13 K 3784/12

RID 15-03-266

juris

InformationsfreiheitsG § 1; AMG § 77 I

Einem Verein, dessen Zweck in der weltweiten Korruptionsbekämpfung liegt, steht gegen das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ein Anspruch auf Zugang zu den von ihm in seinem Antrag bezeichneten Informationen nach § 1 I 1 InformationsfreiheitsG im Grundsatz zu. Er ist allerdings nicht in Form der mit dem Hauptantrag begehrten Akteneinsicht, sondern in Form der **Auskunftserteilung** zu gewähren.

Der Beklagte hat dem Kläger im Wege der Auskunft Zugang zu folgenden Informationen zu gewähren:

- a) Wie viele **Anwendungsbeobachtungen** sind der Beklagten in den Jahren 2008, 2009, 2010 für welche Arzneimittel von welchen pharmazeutischen Unternehmer angezeigt worden (Präparatelliste)? Wo haben diese Anwendungsbeobachtungen stattgefunden? Wie lange haben sie jeweils gedauert?
- b) Wie viele Patienten wurden jeweils pro Arzneimittel eingeschlossen und wie viele Ärzte waren jeweils beteiligt?
- c) Für wie viele Anwendungsbeobachtungen wurden dem Bundesinstitut vom pharmazeutischen Unternehmen Informationen über Auswertungen und Ergebnisse oder deren Publikation gegeben?

6. Ausgleich bei gesamtschuldnerischer Haftung

OLG München, Urteil v. 07.05.2015 - 23 U 3139/14

RID 15-03-267

juris

BGB §§ 254 I, 398, 426, 830, 840 I

Bei einer **gesamtschuldnerischen Haftung** für einen durch Abrechnungsbetrug entstandenen Schaden gegenüber der Krankenkasse - hier: Erstellung und Abrechnung von Hilfsmittelrezepten, ohne dass die Hilfsmittel tatsächlich ausgegeben werden - haften die Gesamtschuldner untereinander zu gleichen Teilen. Die Voraussetzungen eines von § 426 I 1 BGB abweichenden Verteilungsmaßstabs sind nachzuweisen. Entscheidend ist danach in erster Linie das Maß der Verursachung.

7. Beihilfe

a) Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)

aa) Beihilfefähigkeit von Medizinprodukten: Verweisung auf SGB V/AMRL

BVerwG, Urteil v. 26.03.2015 - 5 C 9.14

RID 15-03-268

juris

AMG § 2; MPG § 3 Nr. 1BhV Berlin § 22

Leitsatz: Die **Beihilfefähigkeit von Medizinprodukten** wird durch § 22 Satz 2 der Landesbeihilfeverordnung Berlin wirksam beschränkt. Die doppelte Verweisung auf § 31 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die in der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses getroffenen Regelungen über Medizinprodukte verstößt nicht gegen Verfassungsrecht. Sie ist insbesondere mit dem Grundsatz vom Vorbehalt des Gesetzes vereinbar.

bb) Hyaluronsäurehaltige Mittel (Fertigspritzen)

BVerwG, Urteil v. 26.03.2015 - 5 C 8.14

RID 15-03-269

juris

AMG § 2; MPG § 3 Nr. 1BhV Berlin § 22

Auf Grund ihrer rein physikalischen Wirkungsweise bei Gelenkerkrankungen sind **hyaluronsäurehaltige Mittel**, wie die hier streitigen **Fertigspritzen**, als **Medizinprodukte** i.S. von § 3 Nr. 1 MPG und nicht als **Arzneimittel** i.S.d. § 2 des AMG anzusehen. Ihre Beihilfefähigkeit ist nach der speziellen Regelung des § 22 Satz 2 LBhVO BE für Medizinprodukte wirksam ausgeschlossen. Diese Vorschrift enthält eine Sonderregelung für Medizinprodukte, die hier einschlägig ist und gegen deren Wirksamkeit keine durchgreifenden Bedenken bestehen.

b) Arzneimittel

aa) Cialis (Tadalafil) zur Behandlung eines benignen Prostatasyndroms

VG Saarland, Urteil v. 04.08.2014 - 6 K 734/14

RID 15-03-270

Berufung zugelassen

juris

BhV Saarland § 5 I Nr. 6

Leitsatz: 1. Die in der BhVO vorgesehenen Leistungsbeschränkungen und Leistungskürzungen sind bezogen auf ansonsten medizinisch notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen im Krankheitsfall mangels einer **abstrakt-generellen Härtefallregelung** unwirksam (im Anschluss an die Urteile der Kammer vom 12.06.2014 - 6 K 492/13 und 6 K 760/13 -).

2. Die Aufwendungen für das Mittel **Cialis**, das nicht nur zur Therapie einer erektilen Dysfunktion eingesetzt wird, sondern auch zur **Behandlung eines benignen Prostatasyndroms** mit Blasenentleerungsschwäche zugelassen ist, sind beihilfefähig.

bb) Ausschluss von Arzneimitteln zur Behandlung der erektilen Dysfunktion

OVG Saarland, Urteil v. 03.06.2015 - 1 A 312/14

RID 15-03-271

juris

BhV Saarland §§ 4, 5 I Nr. 6

Leitsatz: Der in § 5 Abs. 1 Nr. 6 Satz 4 BhV SL enthaltene Ausschluss der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Arzneimittel, die zur Behandlung einer erektilen Dysfunktion verordnet sind (hier: Veridal), ist wirksam (im Anschluss an BVerwG, Urt.v.28.5.2008 - 2 C 108/07 - zit. n. juris).

cc) Juckreiz lindernde Hautlotion bei Brurigo simplex subacuta

VG Saarland, Urteil v. 17.07.2014 - 6 K 704/13

RID 15-03-272

juris

BhV Saarland § 5 I Nr. 6

Leitsatz: 1. Aufwendungen für eine **Hautlotion** (Exipial U Lipolotio mit Campher und Menthol), die isoliert betrachtet kein Arzneimittel, sondern ein **Hautpflegemittel** darstellt und damit zudem geeignet ist, ein Gut des täglichen Bedarfs (Hautpflegemittel) zu ersetzen, sind dann beihilfefähig, wenn die Lotion nur als **Trägermittel** für einen Arzneimittelwirkstoff (Polidocanol) dient und daher vermengt mit diesem Wirkstoff als Arzneimittelzubereitung zur Linderung des mit einer Hautkrankheit (Prurigo simplex subacuta) einhergehenden quälenden Juckreizes anzusehen ist.

2. Diese Arzneimittelzubereitung mit einem Polidocanol-Anteil von 10 % ist nicht geeignet, ein Gut des täglichen Bedarfs (Hautpflegemittel) zu ersetzen.

3. **Thermalwasser** der Firma Roche ist kein beihilfefähiges Arzneimittel.

c) Hilfsmittel

aa) Schwellkörperprothese (hydraulisches Penisimplantat) bei erektiler Dysfunktion

VG Saarland, Urteil v. 16.01.2015 - 6 K 326/13

RID 15-03-273

juris

BhV Saarland § 5

Leitsatz: 1. Die **erektiler Dysfunktion** ist ein Krankheitsfall im beihilferechtlichen Sinne.

2. Ist die erektiler Dysfunktion durch eine **krankhafte Veränderung der Schwellkörper** bedingt, kann bei Versagen konservativer Behandlungsmethoden die Implantation einer Schwellkörperprothese (hydraulisches Penisimplantat) im beihilferechtlichen Sinne medizinisch notwendig und wirtschaftlich angemessen sein.

3. Die **Schwellkörperprothese** ist ein Körperersatzstück im Sinne von § 5 Abs. 1 Nr. 9 und der Anlage 4 BhV SL.

4. Tz. 2.8 der Anlage 4 zur BhV SL, wonach Aufwendungen für „**Erektionshilfen**“ nicht beihilfefähig sind, schließt eine Beihilfegewährung zu den Aufwendungen für die Implantation einer Schwellkörperprothese nicht aus, da der Begriff „Erektionshilfe“ eng auszulegen ist und die Schwellkörperprothese als Körperersatzstück nicht von ihm erfasst wird.

bb) Kein Anspruch auf Liegedreirad

VG Stuttgart, Urteil v. 21.04.2015 - 12 K 5471/14

RID 15-03-274

juris

BBhV § 25 I

Leitsatz: Für ein **Liegedreirad** müssen keine Kassenleistungen gewährt werden.

cc) Hörgeräteversorgung: Keine zusätzlichen technischen Ausstattungsmerkmale

VG Bayreuth, Urteil v. 12.05.2015 - B 5 K 14.710

RID 15-03-275

juris

BhV Bayern § 21

Die Regelungen zur **Hörgeräteversorgung** enthalten eine klare und abschließende Regelung, welche zusätzlichen Ausstattungsmerkmale (hier: Fernbedienung) gesondert als beihilfefähig anzuerkennen sein können. In das Hörgerät **integrierte technische Ausstattungsmerkmale**, die sich in einem möglicherweise höheren Endverkaufspreis niederschlagen, zählen - im Gegensatz zu einer separat zu erwerbenden Fernbedienung - jedoch nicht hierzu. Hierbei kann nicht unberücksichtigt bleiben, dass der Verordnungsgeber mit der mit Änderung der Bayer. Beihilfeverordnung vom 11. März 2011 (GVBl S. 130) vorgenommenen deutlichen Erhöhung des Höchstbetrags für die Versorgung mit Hörgeräten von 1.025 Euro auf 1.500 Euro je Ohr gerade darauf abgezielt hat, die Beihilfestelle von einer aufwendigen Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit einer besonders teuren Ausführung bzw. der digitalen Technik im Einzelfall zu entlasten (so VG Augsburg, Ur. v. 30.09.2011 - Au 2 K 10.1660 - RID 12-02-340, juris Rn. 15 f.).

dd) Hörgerät eines Kindes: Höchstbetrag und ausreichende Versorgung

VG Wiesbaden, Urteil v. 22.04.2015 - 3 K 271/14.WI

RID 15-03-276

juris

BhV Hessen § 6 I Nr. 4; GG Art. 3 I, 33 V

Leitsatz: Die 20 % ige **Minderung des Höchstsatzes** gemäß Anlage 3 Nr. 13 Satz 2 HBeihVO für das zweite Hörgerät verletzt den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG und ist deshalb unbeachtlich.

Ob die Höchstsätze im Übrigen noch mit der **Fürsorgepflicht** des Dienstherrn zu vereinbaren sind, bleibt offen.

Ein **über die Höchstbeträge hinausgehender Beihilfeanspruch** folgt unmittelbar aus der Fürsorgepflicht, wenn der absehbare Erfolg einer Maßnahme von existenzieller Bedeutung ist. Dies ist

der Fall, wenn eine **ausreichende Versorgung** bei beidseitiger an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit oder bei vergleichbar schwerwiegenden Sachverhalten ohne Überschreitung des Höchstbetrags nicht gewährleistet ist.

ee) Spezial-Kinderbrille

VG Saarland, Urteil v. 14.04.2015 - 6 K 2086/13

RID 15-03-277

juris

BG Saarland § 67; BhV Saarland § 5; GG Art. 34 V, 100

Leitsatz: Für die Frage der Beihilfefähigkeit einer **Spezial-Kinderbrille** nach saarländischem Beihilferecht kommt es wegen Fehlens einer normativen abstrakt-generellen Härtefallregelung allein darauf an, ob die entstandenen Aufwendungen für Gläser und Brillengestelle **medizinisch notwendig** und **wirtschaftlich angemessen** waren.

d) Manuelle Therapie

VG Bayreuth, Urteil v. 12.05.2015 - B 5 K 13.716

RID 15-03-278

juris

BBhV § 6 I 1 u. 2

Nach der hier maßgeblichen BBhV ist **manuelle Therapie** nur zur Behandlung von **Gelenkblockierungen** beihilfefähig. Bei einer **Sehnenerkrankung** besteht keine Beihilfefähigkeit.

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. Privatbehandlung

a) BGH: Auskunftspflicht des Krankenhausträgers über Mitpatienten

BGH, Urteil v. 09.07.2015 - III ZR 329/14

RID 15-03-279

juris

BGB § 242; StGB §§ 34, 203; LKHG Mecklenburg-Vorpommern §§ 32 I, 35 I Nr. 3

Leitsatz: 1. Will der **Patient eines Krankenhauses** vom Träger der (hier in Mecklenburg-Vorpommern gelegenen) Klinik die **Adresse eines Mitpatienten** erfahren, damit er gegen diesen einen deliktischen Schadensersatzanspruch wegen einer während des Krankenhausaufenthalts begangenen vorsätzlichen Körperverletzung geltend machen kann, so ist der Krankenhausträger grundsätzlich **zur Auskunft verpflichtet**. Insoweit überwiegt bei der im Rahmen des § 35 Abs. 1 Nr. 3 LKHG M-V vorzunehmenden Interessenabwägung regelmäßig das Auskunftsinteresse des Geschädigten das Datenschutzinteresse des Schädigers.

2. Ist die geforderte Mitteilung der Anschrift des Mitpatienten nach dieser Vorschrift erlaubt, scheidet eine **Strafbarkeit** der die Auskunft erteilenden Person nach § 203 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 3 Satz 2 StGB aus.

b) Forderungsabtretung aus einem ärztlichen Behandlungsvertrag eines minderjährigen Patienten

LG Mannheim, Urteil v. 20.11.2014 - 10 S 44/14

RID 15-03-280

juris = ZD 2015, 183

BGB §§ 133, 234, 157, 398, 611, 1357 I; StGB § 203 I Nr. 1

Die **Abtretung einer ärztlichen Honorarforderung** an eine gewerbliche **Verrechnungsstelle**, die zum Zwecke der Rechnungserstellung und Einziehung erfolgt, verletzt die ärztliche Schweigepflicht und ist deshalb wegen Verstoßes gegen ein gesetzliches Verbot (§ 203 I 1 Nr. 1 StGB) gem. § 134 BGB nichtig, wenn der Patient der damit verbundenen Weitergabe seiner Abrechnungsunterlagen nicht zugestimmt hat (st. BGH-Rspr., vgl. nur BGH, Urt. v. 10.07.1991 - VIII ZR 296/90 - BGHZ 115, 123; BGH, Urt. v. 10.10.2013 - III ZR 325/12 - GesR 2014, 52). Eine Ausweitung des in § 1357 BGB normierten Gedankens auf die Weitergabe der u.U. hochsensiblen Patientendaten verbietet sich: Auch

wenn seit der Entscheidung des BGH aus dem Jahr 1991 einige Zeit vergangen ist, bleibt daran festzuhalten, dass ein Patient nicht damit rechnen muss, dass seine Daten im Zusammenhang mit einer Abtretung der ärztlichen Honorarforderung an Dritte weitergegeben werden. Auch in entsprechender Anwendung der §§ 1626, 1629 BGB lässt sich nicht rechtfertigen, dass die Einwilligung nur eines **Elternteils** zur Weitergabe der Daten des Kindes genügt.

2. Private Krankenversicherung

a) BGH: Hörgeräteversorgung/Zusätzliche, nicht benötigte Funktionen oder Ausstattungsmerkmale

BGH, Urteil v. 22.04.2015 - IV ZR 419/13

RID 15-03-281

juris
MB/KK 2009 § 5 II 1

Leitsatz: Die Aufwendungen für ein **Hilfsmittel** übersteigen das medizinisch notwendige Maß i.S. von § 5 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 2009, wenn einerseits das Hilfsmittel **zusätzliche, nicht benötigte Funktionen oder Ausstattungsmerkmale** aufweist, und andererseits zugleich preiswertere, den notwendigen medizinischen Anforderungen für den jeweiligen Versicherungsnehmer entsprechende Hilfsmittel ohne diese zusätzlichen Funktionen oder Ausstattungsmerkmale zur Verfügung stehen.

b) Abgrenzung Krankenhausbehandlung/Kur- oder Sanatoriumsbehandlung

LG Neuruppin, Beschluss v. 23.06.2014 - 3b O 59/13

RID 15-03-282

juris = MedR 2015, 198
MB/KK 2009 § 4

Bei der Abgrenzung eines **privates Krankenhauses** nach § 4 IV MB/KK 2009 und einer gemischten Anstalt nach § 4 V MB/KK 2009 ist eine **Krankenhausbehandlung** in der Regel dadurch gekennzeichnet, dass sie unter - behandlungsbedingtem - besonders intensivem Einsatz des medizinischen Personals, ggf. ergänzt durch den Einsatz von besonderen dafür vorgehaltenen medizinisch-technischen Geräten, stattfindet. Der Behandlungsverlauf unterliegt der ständigen ärztlichen Überwachung, insbesondere durch tägliche Visiten. Demgegenüber ist die Durchführung einer **Kur- oder Sanatoriumsbehandlung** auf spezielle Heilanwendungen unter heilklimatisch günstigen Vorbedingungen ausgerichtet (darunter z.B. ernährungs- oder physikalische Therapien), deren Anforderungen auch die weitere Ausstattung und Ausgestaltung der Einrichtung bestimmen.

c) Anzeigepflicht in der Krankenversicherung: Verdachtsdiagnose Morbus Crohn

OLG Karlsruhe, Urteil v. 02.03.2015 - 9 U 14/14

RID 15-03-283

juris = MDR 2015, 590
VVG § 19

Leitsatz (MDR): Eine **Verdachtsdiagnose Morbus Crohn** 3 ½ Jahre vor Antragstellung ist grundsätzlich ein **anzeigepflichtiger Gefahrumstand** i.S.v. § 19 Abs. 1 VVG. Das gilt auch dann, wenn die Gesundheitsfragen im Antragsformular sich nur auf „die letzten 3 Jahre“ beziehen; denn bei Morbus Crohn handelt es sich um eine chronische Erkrankung, die auch dann weiter vorhanden ist, wenn der Versicherungsnehmer seit mehr als drei Jahren ohne Beschwerden lebt.

Eine Anzeigepflicht setzt voraus, dass der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt seiner Vertragserklärung **weiß**, dass in der Vergangenheit die Verdachtsdiagnose Morbus Crohn gestellt wurde, und dass der Verdacht nicht ausgeräumt wurde. Die Beweislast für diese Kenntnis obliegt dem Versicherer.

d) Fortsetzungsanspruch von Mitversicherten nach Kündigung aus wichtigem Grund

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 25.03.2015 - 7 U 264/11

RID 15-03-284

Revision anhängig: BGH - IV ZR 198/15 -
juris

VVG § 206 III

Leitsatz: 1. Die **Kündigung aus wichtigem Grund** erfasst bei einem privaten Krankenversicherungsvertrag auch **weitere Versicherte**, insbesondere die Angehörigen des Versicherungsnehmers.

2. **Mitversicherte** haben aber analog § 206 Abs. 3 VVG einen Fortsetzungsanspruch, wenn ihr Verhalten keinen Anlass zur Kündigung gegeben hat.

e) Anwendbarkeit der sog. „Psychoklausel“ in der privaten Unfallversicherung

OLG Celle, Urteil v. 22.05.2015 - 8 U 199/14

RID 15-03-285

juris

AUB 2000 Nr. 5.2.6

Leitsatz: Die - vom Bundesgerichtshof grundsätzlich für wirksam gehaltene - sog. „**Psychoklausel**“ nach Nr. 5.2.6 AUB 2000 bezieht sich nur auf Fälle, bei denen am Beginn der Kausalreihe ein Unfallereignis ohne Gesundheitsschädigung gestanden hat, dem jedoch aus psychisch-seelischen Gründen die Erkrankung nachgefolgt ist, bzw. auf Fälle, bei denen eine Gesundheitsschädigung stattgefunden hat, es aber aufgrund späterer - inadäquater - Fehlverarbeitung zu Störungen über den physischen Schaden hinaus gekommen ist. **Krankhafte Störungen**, die eine organische, nicht notwendig hirnorganische Ursache haben, sind nicht vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Die Ausschlussklausel gilt damit nicht, wenn der Versicherte nach einem schweren Unfall mit lebensbedrohlichen Folgen bis zum Beginn des operativen Eingriffs bei vollem Bewusstsein ist, und es nach sachverständiger Feststellung nicht um eine spätere psychische Fehlverarbeitung eines Unfalls geht, die psychische Reaktion bei lebensnaher Betrachtung eine vielmehr nicht vermeidbare Begleiterscheinung ist, und insoweit ein Anknüpfen der psychischen Störung direkt an die organischen Unfallfolgen vorliegt.

f) Private Unfallzusatzversicherung: Risikoausschluss für Heilmaßnahmen

OLG Saarbrücken, Urteil v. 09.07.2014 - 5 U 89/13

RID 15-03-286

juris = GesR 2015, 426 = ZfSch 2015, 102

UZVB § 3 II Buchst. h

Leitsatz: Der **Risikoausschluss** für Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen erfasst auch solche, die durch ärztliche Behandlungsfehler entstehen.

3. Beihilfe

a) Laserblutbehandlung, Hochtontechnik und Ganzkörperhyperthermie

VG Stuttgart, Urteil v. 08.06.2015 - 12 K 5262/14

RID 15-03-287

juris

GOÄ Nr. 1, 5, 298, 269a, 441, 5851

Leitsatz: Laserblutbestrahlung, intravasale Laserblutbehandlung, Hochtontechnik und Ganzkörperhyperthermie sind **keine** wissenschaftlich allgemein **anerkannten Behandlungsmethoden**.

b) Behandlung eines Prostatakarzinoms mit dendritischen Zellen

VG Sigmaringen, Urteil v. 10.12.2014 - 3 K 634/12

RID 15-03-288

juris

BhV BW §§ 5 I, 6 I Nr. 1, II Nr. 1

Leitsatz: Bei der **Therapie eines Prostatakarzinoms** im Wege einer **Immuntherapie** mit dendritischen Zellen, kostimulatorischen onkolytischen Viren, kombinierter Hyperthermie (aktiv + passiv), Hitzeschockproteinen und Thymuspräparaten handelt es sich weder insgesamt noch in Teilbereichen um eine **wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungsmethode**.

Bei der Behandlung mit dendritischen Zellen handelt es sich nicht um eine so genannte „autohomologe Immuntherapie“ im Sinne der Nr. 1.5.1 der Anlage zur BVO i.V.m. der Anlage 1 zur BBhV

Nicht jede **Impfung mit dendritischen Zellen** entspricht in ihrer Wirksamkeit einer Therapie mit dem Wirkstoff Sipuleucel-T (Handelsname „Provenge“).

c) Chelat-Therapie und Procain-Basen-Infusionsbehandlung

VG Saarland, Urteil v. 16.12.2014 - 6 K 1837/12

RID 15-03-289

juris

BhV Saarland §§ 4, 5 II

Leitsatz: 1. Die **Chelat-Therapie** gilt für pathologischer Schwermetallbelastung als Methode der Wahl und ist insoweit wissenschaftlich allgemein anerkannt.

2. Die **Procain-Basen-Infusionsbehandlung** ist keine wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungsmethode.

d) Regionale Chemotherapie nach Prof. Dr. Aigner/Außenseitermethode

VG Saarland, Urteil v. 29.08.2013 - 6 K 727/11

RID 15-03-290

juris

BBhV § 6 II 1

Leitsatz: 1. Die **Regionale Chemotherapie nach Prof. Dr. Aigner** ist keine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode zur Behandlung eines Plattenepithelkarzinoms.

2. Zu den Voraussetzungen einer Gewährung von Beihilfe zu den Aufwendungen für eine sog. **Außenseitermethode** im Falle einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheit.

e) Antioxidative Therapie zur Behandlung von MCS

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 09.06.2015 - OVG 7 B 1.14

RID 15-03-291

juris

BG Berlin-Brandenburg § 76

Leitsatz: 1. Der **Begriff des Arzneimittels** im Berliner Beamtenbeihilferecht (§ 76 Abs. 11 S. 2 LBG und § 22 Satz 1 LBhVO) ist ausgehend von dem Begriff des **Funktionsarzneimittels** in § 2 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a AMG im Wege einer Einzelfallprüfung abzugrenzen von einem **Lebensmittel** im Sinne des § 2 Abs. 2 LFGB bzw. Nahrungsergänzungsmittel im Sinne des § 1 Abs. 1 NemV. Dabei kommt es darauf an, ob das Produkt nachweislich objektiv geeignet ist, für therapeutische Zwecke eingesetzt zu werden, weil die Auswirkungen auf die physiologischen Funktionen über die Wirkungen hinausgehen, die ein in angemessener Menge verzehrtes Lebensmittel auf diese Funktionen haben kann.

2. Der Nachweis als wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode ist für die **antioxidative Therapie zur Behandlung von MCS** nicht erbracht.

f) Array-CGH-Analyse

VG Kassel, Urteil v. 24.03.2015 - 1 K 1363/13.KS

RID 15-03-292

juris
BhV Hessen §§ 5, 6

Die **Array-Analyse** ist nach derzeitigem Stand der Medizin zur **Ursachenklärung von Entwicklungsstörungen** in beträchtlichem Maße erfolgreicher als herkömmliche Methoden. Soweit sich – wie hier – durch die Untersuchung des Kindes selbst keine Ursachenerklärung ergibt, ist eine **Untersuchung der Eltern** sowohl im Hinblick auf die Kausalität der Gesundheitsbeeinträchtigungen als auch hinsichtlich der Ermittlung etwaiger Behandlungsmethoden unerlässlich.

g) Akupunkturmassagen nach Penzel

VG Saarland, Urteil v. 16.04.2015 - 6 K 90/12

RID 15-03-293

juris
BBhV § 6

Leitsatz: 1. Die **Akupunkturmassage** nach Penzel ist nicht wissenschaftlich allgemein anerkannt.
2. Die **Verbreitung einer Behandlungsmethode** besagt ebenso wie ihre angebliche empirische Wirksamkeit nichts darüber, ob die begründete Aussicht einer wissenschaftlichen Anerkennung besteht.

h) Überschreitung des Schwellenwertes bei Duplex-Sonographie

VG Saarland, Urteil v. 24.03.2015 - 6 K 740/13

RID 15-03-294

juris
BBhV § 6 I; GOÄ §§ 5, 12

Leitsatz: 1. Eine **Überschreitung des Schwellenwertes** ist nach § 5 Abs. 2 Satz 4 GOÄ nur zulässig, wenn Besonderheiten der in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ genannten Bemessungskriterien (Schwierigkeit und Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie Umstände bei deren Ausführung) dies rechtfertigen. Dies ist nur der Fall, wenn die **besonderen Schwierigkeiten** auf den **individuellen Verhältnissen** des konkret behandelten Patienten beruhen.
2. **Besonders aufwendige Behandlungsmethoden** rechtfertigen eine Überschreitung des Schwellenwertes auch dann nicht, wenn die nach der GOÄ anwendbaren Gebührensatzungen dem mit der Behandlungsmethode verbundenen Aufwand nicht hinreichend Rechnung tragen.
3. Die rechtswidrige Gewährung einer Beihilfe führt nicht zu einer **Selbstbindung der Beihilfestelle** für nachfolgende Beihilfeanträge, so dass der Beihilfeberechtigte nicht schutzwürdig auf eine Fortsetzung der Anerkennungspraxis schließen kann.

i) Keine Kostenübernahme für ICSI der Ehefrau

VG Saarland, Urteil v. 01.07.2015 - 6 K 1510/13

RID 15-03-295

juris
BhV Saarland §§ 4 V 2, 5 I Nr. 13

Es besteht kein Anspruch auf eine Beihilfegewährung zur **künstlichen Befruchtung**, wenn diese nicht dem Beihilfeberechtigten, sondern seiner **Ehefrau zuzuordnen** sind und die insoweit erbrachten ärztlichen Leistungen über die gesetzliche Krankenversicherung der dort nach § 5 I Nr. 2 SGB V versicherungspflichtigen Ehefrau hätten abgerechnet werden können.

j) Bestimmung von Tumormarkern

VG Saarland, Urteil v. 10.07.2015 - 6 K 1094/13

RID 15-03-296

juris BhV Saarland §§ 4, 10
BhV Saarland §§ 4, 10

Die **Bestimmung von Tumormarkern** CEA und Ca 19-gehört nach den KFE-RL nicht zu den Maßnahmen einer **Früherkennung von Krebserkrankungen**.

Tumormarkeruntersuchungen sind keine medizinisch notwendigen Maßnahmen bei einem **Hypogonadismus** mit konsekutivem Testosteronmangel.

k) Bemessungssatz für Beihilfe für Notarzteeinsatzfahrzeug

VG Kassel, Urteil v. 10.06.2015 - 1 K 1556/14.KS

RID 15-03-297

juris
BhV Hessen §§ 6, 15

Leitsatz: Keine Erhöhung des Bemessungssatzes der Beihilfe für Transportkosten und damit im Zusammenhang stehende Aufwendungen bei stationärer Krankenhausbehandlung gem. § 15 Abs. 6 HBeihVO.

l) Behandlung der Wirbelsäule: Kein mehrfacher Ansatz der Ziff. 3306 GOÄ

VG Bayreuth, Urteil v. 12.05.2015 - B 5 K 14.695

RID 15-03-298

juris
BBhV § 6 I 1; GOÄ § 6 II

Für die **Behandlung der Wirbelsäule**, wenn auch ggf. in verschiedenen Abschnitten, kann die Ziff. 3306 GOÄ nur einmal pro Sitzung veranschlagt werden. Ein mehrfacher Ansatz **der Ziff. 3306 GOÄ** unter dem Gesichtspunkt der sog. **Analogabrechnung** kommt nicht in Betracht, wenn die Voraussetzungen nach den Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer vom 11.09.1998 nicht vorliegen.

m) Stationäre Behandlung

aa) BVerwG: Beihilfefähigkeit gesondert in Rechnung gestellter ärztlicher Leistungen

BVerwG, Urteil v. 23.04.2015 - 5 C 2.14

RID 15-03-299

juris
BPflV § 22; BhV §§ 24, 25, 26

Leitsatz: 1. Bei **belegärztlichen** Leistungen handelt es sich nicht um (funktionale) **wahlärztliche Leistungen** (im Sinne von § 26 Abs. 3 Nr. 1 i.V.m. § 24 Abs. 3 Nr. 1 BVO RP).

2. Die **Beihilfefähigkeit belegärztlicher Leistungen** bestimmt sich auch im Zusammenhang mit der Behandlung in privaten Krankenhäusern nach den allgemeinen Regelungen über ärztliche Leistungen (§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 8 Abs. 1 und 2 sowie Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 BVO RP).

Vorausgehend: OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 10.12.2013 - 2 A 11169/12 - RID 14-01-309.

bb) Begrenzung von Kosten bei stationären Sanatoriumsbehandlungen

OVG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 23.06.2015 - 2 A 11181/14

RID 15-03-300

juris
BhV Rheinland-Pfalz §§ 8 IV, 23 I 1, 45 III; BG Rheinland-Pfalz § 66 I Nr. 2, II

Leitsatz: Die in der rheinland-pfälzischen Beihilfenverordnung vorgesehene Begrenzung von Kosten bei **stationären Sanatoriumsbehandlungen** (Maßnahmen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen), die von der Einrichtung im Wege einer **Tagespauschale** oder einer umfassenden **Behandlungspauschale** abgerechnet werden, verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

cc) Prophylaktische Brustoperation mit Implantatrekonstruktion aufgrund BRCA-2-Genmutation

VG Darmstadt, Urteil v. 13.05.2015 - 1 K 491/13.DA

RID 15-03-301

juris
BhV Hessen §§ 5, 6

Die Kosten einer sog. prophylaktischen Operation bei der Klägerin als „gesunder BRCA-2-Gen-Trägerin“ sind nach § 6 BhV Hessen nicht beihilfefähig, da es an einer **Krankheit** fehlt. Aus Gründen der **Fürsorgepflicht** ist aber eine Beihilfefähigkeit gegeben, wenn wegen der Mutation und der familiären Disposition die Wahrscheinlichkeit, an Brustkrebs zu erkranken, bei etwa 80 % liegt und bei einer vollständigen Mastektomie auf unter 2% sinkt.

dd) Spanisches Privatkrankenhaus und Vergleichsberechnung mit Uniklinik

VG Köln, Urteil v. 25.03.2015 - 10 K 4465/13

RID 15-03-302

juris
BVO NRW §§ 3 I Nr. 1, 10 II

Gemäß § 10 II BVO NRW ist bei in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union entstandenen Aufwendungen für stationäre Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern ein Kostenvergleich nicht erforderlich. Bei Behandlungen in - wie hier - **anderen Krankenhäusern** sind die Aufwendungen nur insoweit angemessen, als sie den Aufwendungen entsprechen, die in der der Beihilfestelle nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung für eine medizinisch gleichwertige Behandlung entstanden wären. Eine **Vergleichsberechnung** der geltend gemachten Kosten für den Aufenthalt im „Complejo Hospitalario Integral Privado“ in Malaga (Spanien) mit den hypothetischen Kosten einer Maximalversorgung in der Universitätsklinik Köln ist nicht zu beanstanden.

n) Zahnärztliche Behandlung

aa) Implantatversorgung: Craniomandibulärer Dysfunktion und parodontale Probleme

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 11.05.2015 - 1 A 350/15

RID 15-03-303

juris
BhV NRW § 4 II Buchst. b

Die Gesichtspunkte „craniomandibulärer Dysfunktion“ (CMD) und „parodontale Probleme“ sind keine **Indikationen** i.S.d. § 4 II b) Nr. 1 bis 6 BVO NRW. Auch kann die Zahnmedizin in einem durch den Verlust von Alveolarknochen geprägten Fall als **kostengünstigere Versorgung** eine solche mit nicht feststehendem Zahnersatz anbieten.

bb) Sterilisation von Zahnfleischtaschen

VG Neustadt (Weinstraße), Urteil v. 22.04.2015 - 1 K 953/14.NW

RID 15-03-304

juris
BhV RP § 8; GOZ § 2 III

Aufwendungen für eine **laserbasierte Sterilisation von Zahnfleischtaschen** sind nicht beihilfefähig.

V. Verschiedenes

1. EGMR: Behandlungsabbruch mit der Folge des Versterbens eines Wachkomapatienten

EGMR, Urteil v. 05.06.2015 - 46043/14

RID 15-03-305

<http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-155352>

EMRK Art. 2 I, 34

Leitsatz (Weißer, Zeitschrift für das Juristische Studium, 2015, 442 <http://www.zjs-online.com/dat/artikel/2015_4_933.pdf>):

1. Hinsichtlich der ärztlichen Entscheidung über einen Behandlungsabbruch bei einem Komapatienten, der aller Voraussicht nach zu dessen Tod führen wird, können **nächste Angehörige** vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte eine **Konventionsbeschwerde** unter Berufung auf die Verletzung eigener Rechte aus Art. 2 EMRK einlegen.

2. Unter bestimmten Voraussetzungen stellt die rechtliche Ermöglichung eines **Behandlungsabbruchs** durch Einstellung der Ernährung eines **Wachkomapatienten** keine Verletzung **staatlicher Pflichten zum Lebensschutz** nach Art. 2 EMRK dar.

2. EuGH: Geltung von EU-Recht für Keimzellen sowie fötale und embryonale Gewebe

EuGH, Urteil v. 11.06.2015 - C-29/14

RID 15-03-306

juris

Richtlinie 2006/17/EG; 2004/23/EG; 2006/86/EG

Die Republik Polen hat dadurch gegen ihre Verpflichtungen aus Art. 31 der Richtlinie 2004/23/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die **Spende, Beschaffung**, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von **menschlichen Geweben und Zellen**, aus Art. 3 Buchst. b, Art. 4 Abs. 2, Art. 7 und Anhang III der Richtlinie 2006/17/EG der Kommission vom 8. Februar 2006 zur Durchführung der Richtlinie 2004/23/EG des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich technischer Vorschriften für die Spende, Beschaffung und Testung von menschlichen Geweben und Zellen sowie aus Art. 11 der Richtlinie 2006/86/EG der Kommission vom 24. Oktober 2006 zur Umsetzung der Richtlinie 2004/23/EG des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der **Anforderungen an die Rückverfolgbarkeit, der Meldung schwerwiegender Zwischenfälle und unerwünschter Reaktionen sowie bestimmter technischer Anforderungen** an die Kodierung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen verstoßen, dass sie **Keimzellen sowie fötale und embryonale Gewebe** vom Anwendungsbereich der nationalen Rechtsvorschriften zur Umsetzung dieser Richtlinien ausgenommen hat.

3. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)

a) Höchststrichterliche Rechtsprechung und Rückwirkung (Fehlende Tariffähigkeit)

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 25.04.2015 - 1 BvR 2314/12

RID 15-03-307

juris

GG Art. 20 III, 103 I; TVG § 2 III; ArbGG §§ 2a I Nr. 4, 97

Im Rechtsstaatsprinzip sind die Gebote der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes verfassungskräftig verankert. Die Rechtssicherheit soll verhindern, dass die Rechtsunterworfenen durch die rückwirkende Beseitigung erworbener Rechte über die Verlässlichkeit der Rechtsordnung getäuscht werden. Rechtssicherheit und Vertrauensschutz gewährleisten im Zusammenwirken mit den Grundrechten die Verlässlichkeit der Rechtsordnung als wesentliche Voraussetzung für die Selbstbestimmung. Eine echte **Rückwirkung** von Gesetzen ist verfassungsrechtlich grundsätzlich unzulässig. **Höchststrichterliche Rechtsprechung** ist jedoch kein Gesetzesrecht und erzeugt keine vergleichbare Rechtsbindung (vgl. BVerfGE 122, 248 <277>; 131, 20 <42>). Die über den Einzelfall hinausreichende **Geltung fachgerichtlicher Gesetzesauslegung** beruht allein auf der Überzeugungskraft ihrer Gründe sowie der Autorität und den Kompetenzen des Gerichts. Es bedarf

nicht des Nachweises wesentlicher Änderungen der Verhältnisse oder der allgemeinen Anschauungen, damit ein Gericht ohne Verstoß gegen Art. 20 III GG von seiner früheren Rechtsprechung abweichen kann. Die Änderung einer ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung ist unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes grundsätzlich dann unbedenklich, wenn sie hinreichend **begründet** ist und sich im Rahmen einer **vorhersehbaren Entwicklung** hält (vgl. BVerfGE 84, 212 <227 f.>; 122, 248 <277>). **Schutzwürdiges Vertrauen** in eine bestimmte Rechtslage aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung kann daher in der Regel nur bei Hinzutreten weiterer Umstände, insb. bei einer gefestigten und langjährigen Rechtsprechung entstehen.

b) Ablehnung eines Beratungshilfeantrags erfordert förmliche Entscheidung

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 29.04.2015 - 1 BvR 1849/11

RID 15-03-308

juris

GG Art. 3 I, 19 IV; BerathG §§ 1, 2

Wird einem **Antrag auf anwaltliche Beratung** nach dem **Beratungshilfegesetz** nicht in vollem Umfang entsprochen, muss hierüber grundsätzlich förmlich entschieden werden. Dem Gebot der Rechtsschutzgleichheit aus Art. 3 I i.V.m. Art. 20 III GG genügt es nicht, wenn das Amtsgericht den Beratungshilfeantrag nach Erteilung **mündlicher Hinweise durch den Rechtspfleger** als erledigt erachtet, obwohl ausdrücklich eine anwaltliche Beratung gewünscht war. Zudem überdehnt die Verweisung auf die Beratungsstelle der Behörde, gegen die Widerspruch eingelegt werden soll, den Begriff der „Zumutbarkeit“ vorrangiger anderer Hilfsmöglichkeiten.

c) Nichtanerkennung eines Blutspendedienstes als karitativer Tendenzbetrieb

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 30.04.2015 - 1 BvR 2274/12

RID 15-03-309

juris

GG Art. 3 I, 4, 12 I, 20 I

Die Nichtanerkennung eines **Blutspendedienstes** als karitativer **Tendenzbetrieb** ist mit der Verfassung vereinbar. Die enge Auslegung des Begriffs „karitativ“ durch BAG, Beschl. v. 22.05.2012 - 1 ABR 7/11 - BAGE 141, 367, wonach der Dienst den leidenden Menschen direkt zugutekommen muss, ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.

d) Prozesskostenhilfe und Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 05.05.2015 - 1 BvR 2096/13

RID 15-03-310

juris

GG Art. 3 I, 20 III

Bei **Zulassung der Revision** wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache und gleichzeitiger Entscheidung über einen Prozesskostenhilfeantrag ist die **Prozesskostenhilfe** für die abgeschlossene Instanz in aller Regel zu gewähren.

e) Vorläufige Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung

BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 02.06.2015 - 2 BvR 2236/14

RID 15-03-311

juris

GG Art. 2 II; FamG §§ 312, 331

Es ist unverzichtbare Voraussetzung rechtsstaatlichen Verfahrens, dass Entscheidungen, die den **Entzug der persönlichen Freiheit** betreffen, auf zureichender richterlicher Sachaufklärung beruhen und eine in tatsächlicher Hinsicht genügende Grundlage haben, die der Bedeutung der Freiheitsgarantie entspricht.

Die Fürsorge der staatlichen Gemeinschaft schließt auch die Befugnis ein, den **psychisch Kranken**, der infolge seines Krankheitszustandes und der damit verbundenen fehlenden Einsichtsfähigkeit die Schwere seiner Erkrankung und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen nicht zu beurteilen vermag oder trotz einer solchen Erkenntnis sich infolge der Krankheit nicht zu einer Behandlung

entschließen kann, **zwangsweise in einer geschlossenen Einrichtung unterzubringen**, wenn sich dies als unumgänglich erweist, um eine drohende gewichtige gesundheitliche Schädigung von dem Kranken abzuwenden. Dabei drängt es sich auf, dass dies nicht ausnahmslos gilt, weil schon im Hinblick auf den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz bei weniger gewichtigen Fällen eine derart einschneidende Maßnahme unterbleiben muss und somit auch dem psychisch Kranken in gewissen Grenzen die „**Freiheit zur Krankheit**“ belassen bleibt.

Aus der Diagnose einer **paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie** allein kann nicht auf eine Selbstgefährdung geschlossen werden.

f) Gerichtliche Genehmigung bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen trotz Vorsorgevollmacht

BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 10.06.2015 - 2 BvR 1967/12

RID 15-03-312

juris

BGB §§ 1904, 1906; GG Art. 1, 2 I

Das Erfordernis einer **gerichtlichen Genehmigung** für die Einwilligung des **Vorsorgebevollmächtigten** in ärztliche Sicherungs- und **Zwangsmaßnahmen** wie zum Beispiel Fixierungen ist mit dem Grundgesetz vereinbar. Im Rahmen der Erteilung einer Vorsorgevollmacht kann nicht wirksam auf das Erfordernis der gerichtlichen Genehmigung verzichtet werden. Der damit verbundene Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen ist aufgrund des staatlichen Schutzauftrags gerechtfertigt.

g) Ärztliche Zwangsmaßnahme: „Freiheit zur Krankheit“

BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 14.07.2015 - 2 BvR 1549/14, 2 BvR 1550/14

RID 15-03-313

juris

GG Art. 2 II; BGB § 1906 III; FamFG § 51 II 1

Auch wenn die Genehmigung der Einwilligung in eine **ärztliche Zwangsmaßnahme** im Wege der einstweiligen Anordnung erteilt wird, müssen für deren Zulässigkeit die Voraussetzungen des § 1906 III BGB erfüllt sein.

Hat eine Bf. seit Jahrzehnten aufgrund der medikamentösen Behandlung ihrer Erkrankung ein Leben ohne Betreuer geführt und in diesem Zustand den **Entschluss gefasst, in Zukunft keine Psychopharmaka** mehr einnehmen zu wollen, so muss das Gericht, auch soweit feststehen dürfte, dass die Bf. krankheitsbedingt die Notwendigkeit der Behandlung nicht (mehr) einsehen kann, überprüfen, ob nicht möglicherweise ein nach § 1901a I oder II BGB beachtlicher Wille der Bf. der Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung entgegensteht.

Das Recht auf körperliche Unversehrtheit schließt als Freiheitsgrundrecht das Recht ein, von der Freiheit einen Gebrauch zu machen, der - jedenfalls in den Augen Dritter - den wohlverstandenen Interessen des Grundrechtsträgers zuwiderläuft. Die grundrechtlich geschützte Freiheit schließt gerade auch die „**Freiheit zur Krankheit**“ und damit das Recht ein, auf Heilung zielende Eingriffe abzulehnen, selbst wenn diese nach dem Stand des medizinischen Wissens dringend angezeigt sind (vgl. BVerfGE 128, 282 <304 m.w.N.>).

Eine allein zur Durchführung einer zwangsweisen Heilbehandlung angeordnete Unterbringung ist jedoch lediglich dann **verhältnismäßig**, wenn die angeordnete Zwangsbehandlung ihrerseits ohne Verletzung der Grundrechte der Betroffenen erfolgt.

Ist eine **Eigen- oder Fremdgefährdung** als Voraussetzung für eine öffentlich-rechtliche Unterbringung **nicht mehr gegeben**, dann ist die angeordnete Freiheitsentziehung nur verhältnismäßig, wenn während der Unterbringung eine erfolgversprechende Heilbehandlung überhaupt durchgeführt werden kann, ohne ihrerseits Grundrechte der Betroffenen zu verletzen.

4. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Vorlagebeschluss: Zwangsbehandlung auch ohne „Weglauftendenz“

BGH, Beschluss v. 01.07.2015 - XII ZB 89/15

RID 15-03-314

juris

BGB § 1906; GG Art. 3 I, 100

Leitsatz: Es wird eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu der Frage eingeholt, ob § 1906 Abs. 3 BGB in der Fassung des Gesetzes zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme vom 18. Februar 2013 (BGBl. I S. 266) mit Art. 3 Abs. 1 GG vereinbar ist, soweit er für die **Einwilligung des Betreuers** in eine **stationär durchzuführende ärztliche Zwangsmaßnahme** auch bei Betroffenen, die sich der Behandlung räumlich nicht entziehen wollen oder hierzu körperlich nicht in der Lage sind, voraussetzt, dass die Behandlung im Rahmen einer Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 BGB erfolgt.

b) Betreuungsbedarf bei Unterbringung in einer forensischen Klinik

BGH, Beschluss v. 20.05.2015 - XII ZB 96/15

RID 15-03-315

juris = MDR 2015, 769

BGB § 1896; StGB § 63

Leitsatz: Allein die Unterbringung des betreuungsbedürftigen Betroffenen in einer **forensischen Klinik** gemäß § 63 StGB lässt den **Betreuungsbedarf** nicht entfallen.

c) Fachanwaltsbezeichnung Medizinrecht: Nachmeldung von Fällen

BGH, Beschluss v. 06.07.2015 - AnwZ (Brfg) 40/14

RID 15-03-316

juris

FAO § 5 I Buchst. i

Bis zum **Schluss der mündlichen Verhandlung** kann der von der Fachanwaltsordnung geforderte **Nachweis** für die Befugnis zum Führen der Fachanwaltsbezeichnung Medizinrecht erbracht werden. Auch eine Nachmeldung von Fällen ist bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung möglich.

5. Krankenhäuser

a) Krankenhausplanung

aa) Bedarfsanalyse bei Krankenhausplanung: Durchschnittswerte zur Krankenhaushäufigkeit

VG Düsseldorf, Urteil v. 23.05.2014 - 13 K 2618/13

RID 15-03-317

juris = MedR 2015, 290 = KHE 2014/22

KHG §§ 1 I, 8

Leitsatz: Bei der **Bedarfsanalyse** im Rahmen der **Krankenhausplanung** darf das Land jedenfalls dann nicht auf landeseinheitliche **Durchschnittswerte** zur Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer zurückgreifen, wenn im Einzugsgebiet des Krankenhauses erhebliche und erkennbare, d.h. offensichtliche oder substantiiert dargelegte, Abweichungen von diesen Durchschnittswerten vorhanden sind.

bb) Fachbereich neurologische Frührehabilitation der Phase B

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 16.04.2015 - 10 S 96/13

RID 15-03-318

juris

KHG §§ 2 Nr. 1, 5 I Nr. 7, 8; VwGO § 92

Leitsatz: 1. Eine Erhöhung der beantragten **Planbetten** stellt nicht lediglich eine Änderung des Begehrens im Randbereich dar, die im gerichtlichen Verfahren der Verpflichtungsklage ohne vorherige Befassung der Behörden erfolgen kann.

2. Für Verpflichtungsklagen auf Aufnahme in den Krankenhausplan ist für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage der **Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung** in der Tatsacheninstanz maßgeblich. Wird jedoch die Aufnahme in den Krankenhausplan mit **Rückwirkung** für die Vergangenheit begehrt, hat das Verwaltungsgericht auch zu prüfen, ob dem Kläger bereits für diesen Zeitraum ein entsprechender Aufnahmeanspruch zustand.

3. Der Anspruch eines bedarfsgerechten, leistungsfähigen und kostengünstig wirtschaftenden Krankenhauses auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan oder auf eine fehlerfreie Auswahlentscheidung erfordert es, dass im Rahmen der Bedarfsermittlung und der Auswahlentscheidung die **gleichen Bezugsgrößen** - Einzugsbereiche und bedarfsdeckende Klinikangebote - betrachtet werden.

4. Für die Entscheidung, ob ein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen wird, ist der im Einzugsbereich dieses Krankenhauses tatsächlich zu versorgende **Bedarf** zu prognostizieren. Das kann durch Bedarfsfortschreibung unter konkretisierter Anwendung der Burton-Hill-Formel anhand der bisherigen Zahl der zu versorgenden Krankenhauspatienten des jeweiligen Fachgebietes erfolgen, die aber einer prognostischen Betrachtung im Sinne einer Trendextrapolation zu unterziehen ist.

5. Bei einem **Überangebot geeigneter Krankenhäuser** muss die Planungsbehörde anhand eines richtig und vollständig ermittelten Sachverhalts und sachgerechter Erwägungen im Rahmen des Gesetzes das leistungsgerechteste Krankenhaus auswählen. Bei dieser **Auswahlentscheidung** nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG sind die nach § 6 Abs. 1 KHG für die Krankenhausplanung maßgeblichen Ziele der Bedarfsgerechtigkeit, der Leistungsfähigkeit, der Wirtschaftlichkeit und der Trägervielfalt sämtlich in den Blick zu nehmen und angemessen zu berücksichtigen (vgl. BVerwG, Beschluss vom 12.02.2007 - 3 B 77.06 - juris).

6. Ein **Krankenhaus** im Sinne von § 107 Abs. 1 SGB V und eine **Rehabilitationseinrichtung** im Sinne von § 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. b und Nr. 2 SGB V unterscheiden sich in den Methoden, mit denen die Ziele - Heilung einer Krankheit, Verhütung ihrer Verschlimmerung oder Linderung der Krankheitsbeschwerden - erreicht werden sollen. Bei der Abgrenzung der Krankenhausbehandlung von der medizinischen Rehabilitation für **Neurologiepatienten** der Phase B kann dabei auf die **BAR-Empfehlungen** abgestellt werden, denen die Qualität eines antizipierten Sachverständigengutachtens zukommt.

cc) Anerkennung von Brustzentren: Auswahlkriterium der Primärfallzahlen sachgerecht

VG Gelsenkirchen, Beschluss v. 19.05.2015 - 7 L 668/15

RID 15-03-319

juris

VwGO § 42 II; KHG § 8 II 2

Erreicht ein Krankenhaus nicht die erforderliche Mindestzahl von 100 Erstoperationen im Jahr, so kann die Aufnahme eines Dritten als Brustzentrum in den Krankenhausplan nicht **angefochten** werden.

Das mit der **Anerkennung und Ausweisung von Brustzentren** verfolgte Ziel der Krankenhausplanung, an dem sich die Auswahlentscheidung nach § 8 II 2 KHG maßgeblich auszurichten hat, ist sachlich vertretbar und rechtlich nicht angreifbar. Danach sollen Brust-„Zentren“ personelle und sachliche Mittel konzentrieren, dadurch höchste Kompetenz vorweisen und höchste Effektivität bei der Verfolgung des besonders wichtigen öffentlichen Anliegens der Brustkrebsbekämpfung erzielen. Durch die Ausweisung eines OP-Standorts im Brustzentrum sollen wiederum die operativen Leistungen konzentriert und so deren Qualität und Effektivität gesteigert werden. Das zur Erreichung dieses Ziels gewählte **Auswahlkriterium der Primärfallzahlen** ist sachgerecht.

Parallelverfahren:

VG Gelsenkirchen, Beschluss v. 19.05.2015 - 7 L 692/15
juris

RID 15-03-320

dd) Nebenbestimmung: Hinweis auf Versorgungsauftrag

VG Aachen, Urteil v. 27.04.2015 - 7 K 271/14
juris

RID 15-03-321

KHEntgG § 8; SGB V § 109; VwVfG § 36; KHGestG NRW § 2

Leitsatz: Der in einem Bescheid, der die **Aufnahme** eines Krankenhauses in den **Krankenhausplan** NRW zum Gegenstand hat, enthaltene Hinweis, dass die Erbringung der Leistungsangebote nur dann vom **Versorgungsauftrag** der Einrichtung erfasst ist, wenn und soweit die diesbezüglichen qualitativen Vorgaben des Krankenhausplans NRW erfüllt sind, ist keine **Nebenbestimmung** i.S.d. § 36 VwVfG NRW und damit keine rechtsbehelfsfähige Regelung.

ee) Zertifizierungspflichten als auflösende Bedingung

VG des Saarlandes, Urteil v. 10.03.2015 - 2 K 422/14
juris

RID 15-03-322

KHG Saarland §§ 1 I, 9, 23 IV, 25 II Nr. 10

Leitsatz: Ist die dem Krankenhausträger im **Bescheid über die Planaufnahme** seines Krankenhauses auferlegte Verpflichtung, einzelne Abteilungen oder Einrichtungen zum Zwecke der Qualitätssicherung durch bestimmte medizinische Fachgesellschaften **zertifizieren** zu lassen, als **auflösende Bedingung** für das Fortbestehen des jeweiligen, zunächst unbedingt erteilten Versorgungsauftrages ausgestaltet, richtet sich die Rechtmäßigkeit dieser Regelungen nach § 36 Abs. 1 SVwVfG, wenn (wie hier) für das Krankenhaus mit den entsprechenden Abteilungen oder Einrichtungen ein Anspruch auf Planaufnahme bestand bzw. besteht.

Es fehlt im Saarländischen Krankenhausgesetz an einer ausdrücklichen **Ermächtigung** im Sinne des § 36 Abs. 1 Alt. 1 SVwVfG zum **Erllass von Nebenbestimmungen**, mit denen besondere Qualitätsanforderungen, wie die hier verlangte Zertifizierung von Versorgungsangeboten durch bestimmte medizinische Fachgesellschaften, begründet werden könnten.

Die im vorliegenden Falle als auflösende Bedingungen vorgegebenen **Zertifizierungspflichten** sind auch nicht als Nebenbestimmungen nach § 36 Abs. 1 Alt. 2 SVwVfG zulässig bzw. dienen nicht der Sicherstellung der für die Aufnahme in den Krankenhausplan zu fordernden Leistungsfähigkeit des Krankenhauses der Klägerin, denn der für die Hauptfachabteilung Gefäßchirurgie geforderte Nachweis der so genannten Dreierzertifizierung seitens der Deutschen Gesellschaft für Angiologie, der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und der Deutschen Röntgengesellschaft sowie die Verpflichtung zur Zertifizierung der Stroke Unit seitens der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe nach der ISO-Norm 9001 gehen jeweils über das hinaus, was krankenhausesplanungsrechtlich an Leistungsfähigkeit von einem Plankrankenhaus verlangt werden darf.

ff) Isolierte Aufhebung einer „Qualitätsklausel“

VG Düsseldorf, Urteil v. 08.05.2015 - 13 K 73/14
juris

RID 15-03-323

KHEntgG § 8 I

Leitsatz: Leistungen eines Krankenhauses sind von dessen **Versorgungsauftrag** nicht nur dann erfasst, wenn und soweit die diesbezüglichen qualitativen Vorgaben des Krankenhausplans bei der Leistungserbringung erfüllt sind.

Parallelverfahren:

VG Düsseldorf, Urteil v. 08.05.2015 - 13 K 3042/14
juris

RID 15-03-324

VG Düsseldorf, Urteil v. 08.05.2015 - 13 K 8720/13
juris

RID 15-03-325

gg) Aufnahme in den Krankenhausplan: Maßgeblicher Zeitpunkt

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 02.07.2015 - 13 LA 10/15

RID 15-03-326

juris

KHG § 8; VwGO § 108 I 2

Leitsatz: 1. Maßgeblicher **Zeitpunkt** für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage bei der Klage auf Verpflichtung zur Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan ist die letzte mündliche Verhandlung des Tatsachengerichts.

2. Zur Frage der Begründung eines Bescheidungsanspruchs.

hh) Aktive Konkurrentenklage/Krankenhaus im Entwurfsstadium

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 16.04.2015 - 10 S 100/13

RID 15-03-327

juris

VwGO § 42; KHG §§ 2 Nr. 1, 5 I Nr. 2, 8 II 2

Leitsatz: 1. Konkurrieren mehrere Krankenhäuser um einen bestimmten Versorgungsbedarf und trifft die Planungsbehörde unter ihnen eine Auswahl, so ist eine **Anfechtungsklage** des einen Krankenhausträgers gegen den an das andere Krankenhaus gerichteten begünstigenden Aufnahmebescheid zulässig. Voraussetzung ist jedoch, dass der Kläger für sich selbst eine Planaufnahme erstreiten und nicht lediglich die Planaufnahme eines Konkurrenten verhindern will (Anschluss an BVerwG, Urteil vom 25.09.2008 - 3 C 35.07 - BVerwGE 132, 64).

2. Bei **Drittanfechtungsklagen** gegen die Aufnahme eines Konkurrenten in den Krankenhausplan ist für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage der **Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung** maßgeblich.

3. Voraussetzung für die Aufnahme eines lediglich als **Entwurf** existierenden Krankenhauses in den **Krankenhausplan** ist das Vorliegen eines hinsichtlich seines Inhalts und seiner Realisierbarkeit hinreichend konkretisierten und prüffähigen Konzepts (Anschluss an VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 05.12.2012 - 9 S 2770/10 - MedR 2013, 800).

ii) Festsetzung der Planbettenzahl für den letzten Tag des Planungszeitraums

VG Meiningen, Urteil v. 12.05.2015 - 2 K 287/14 Me

RID 15-03-328

juris

KHG Thüringen § 4 II, VII; KHEntgG § 21 III

Leitsatz: 1. Wird zu Beginn des fünfjährigen Planungszeitraumes eine gesonderte Bettenzahl für den letzten Tag der Planungszeit festgesetzt, beruht die **Bedarfsermittlung** auf einer überholten Grundlage, so dass es für die Planungsaussage keine fachliche Grundlage gibt.

2. Eine **Regelung für nur einen Tag** stellt keine Planung dar.

b) Vergütung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode

VG Stuttgart, Urteil v. 07.05.2015 - 4 K 5125/13

RID 15-03-329

juris

KHEntgG § 6 II 1; SGB V §§ 2 I 3, 137c I

Leitsatz: So lange kein Ausschluss einer **neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode** durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgt ist, darf die Methode pflegesatzrechtlich durch das Krankenhaus zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Das Qualitätsgebot der sozialen Krankenversicherung gilt dabei nicht uneingeschränkt.

c) Genehmigung einer Schiedsstellenfestsetzung betreffend Krankenhausentgelte

VGH Hessen, Urteil v. 07.05.2015 - 5 A 520/13

RID 15-03-330

juris

KHEntgG § 14 I

Die Genehmigungsbehörde ist - ebenso wie die Gerichte - auf eine **Rechtskontrolle** der Schiedsstelle beschränkt, weil sie nicht in den auch für die Schiedsstelle geltenden Gestaltungsspielraum der Vertragsparteien eingreifen soll. Die Kontrolldichte der Genehmigungsbehörde und der Gerichte beschränkt sich nach den Grundsätzen des **Beurteilungsspielraums**.

d) Sicherstellungszuschlag nach dem Krankenhausentgeltgesetz

OVG Schleswig-Holstein, Urteil v. 18.06.2015 - 1 A 27/12

RID 15-03-331

juris

KHEntgG §§ 5 II, 11; KHG §§ 17b, 18

Leitsatz: 1. Das Fehlen bundeseinheitlicher Empfehlungen im Sinne des § 17b Abs. 1 S. 6 KHG steht der Gewährung eines **Sicherstellungszuschlages** gemäß § 5 Abs. 2 KHEntgG nicht entgegen.

2. Der Sicherstellungszuschlag wird grundsätzlich nur **leistungsbezogen** gewährt.

3. Die zuständige Landesbehörde ist gehalten, anhand allgemeingültiger Maßstäbe zu konkretisieren, unter welchen Voraussetzungen der **Tatbestand einer notwendigen Vorhaltung** erfüllt ist.

4. Der Rückschluss vom tatsächlich vorhandenen **Auslastungsgrad** eines Krankenhauses auf einen geringen **Versorgungsbedarf** ist nicht zulässig, weil die Gewährung des Sicherstellungszuschlages allein dem Ausgleich eines strukturellen Nachteils des Einzugsgebiets des Krankenhauses dient

e) Zentrumszuschlag erfordert entsprechenden Versorgungsauftrag

VGH Hessen, Urteil v. 07.05.2015 - 5 A 711/13

RID 15-03-332

juris

KHEntgG § 2 II 2 Nr. 4

Leitsatz: Die Zuerkennung eines **Zuschlages für die Wahrnehmung besonderer Aufgaben von Zentren** und Schwerpunkten (hier eines Brustzentrums und eines geriatrischen Zentrums) nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG erfordert einen entsprechenden **Versorgungsauftrag**.

Bei Plankrankenhäusern setzt dies die Ausweisung des konkreten Zentrums oder Schwerpunkts im Landeskrankenhausplan und die Übertragung auf das Krankenhaus durch Feststellungsbescheid voraus.

f) Abruffrist von Fördermitteln im Rahmen der Krankenhausfinanzierung

OVG Saarland, Urteil v. 03.06.2015 - 1 A 276/14

RID 15-03-333

juris

KonsHilfG §§ 1, 2; KHG Saarland § 28 I; GG Art. 109, 143d

Leitsatz: Zur Rechtmäßigkeit einer Ermessensentscheidung über einen (abgelehnten) Antrag auf Verlängerung der **Abruffrist von Fördermitteln** im Rahmen der Krankenhausfinanzierung.

g) Eilantrag gegen Versagung der Genehmigung eines Schiedsspruchs

VGH Hessen, Beschluss v. 29.05.2015 - 5 B 439/15

RID 15-03-334

juris

KHEntgG § 14; KHG §§ 18 V 3, 18a; VwGO §§ 80 V, 123 I

Leitsatz: Zur vorläufigen Verpflichtung zur Genehmigung einer Schiedsstellenentscheidung im Wege der einstweiligen Anordnung.

VG Wiesbaden, Beschl. v. 18.02.2015 - 1 L 1545/14.WI - RID 15-02-393 wies den Antrag ab, der *VGH* die Beschwerde zurück.

h) Geltendmachung des Nothelferanspruchs: Überprüfungsantrag

SG Dortmund, Urteil v. 29.07.2015 - S 41 SO 203/14

RID 15-03-335

juris

SGB X § 44; SGB XII §§ 25, 116a; BGB § 242

Leitsatz: 1. Der Anspruch des **Nothelfers** gegen den Sozialhilfeträger auf Erstattung der ihm entstandenen Aufwendungen aus § 25 SGB XII ist im Rahmen des § 44 SGB X wie eine Sozialleistung zu behandeln.

2. Der Anspruch des Nothelfers aus § 25 SGB XII im **Zugunstenverfahren** richtet sich nach § 44 Abs. 1 und Abs. 4 SGB X (i.V.m. § 116a SGB XII).

3. § 44 Abs. 4 SGB X ist auf laufende und einmalige **Sozialleistungen** anwendbar.

i) Anordnung zur Vernichtung von Personal- und Patientenakten eines früheren Krankenhauses

VG Göttingen, Beschluss v. 08.05.2015 - 1 B 127/15

RID 15-03-336

juris

RöV § 28 III; DSG Niedersachsen § 1

Leitsatz: Soweit **Personal- und Patientenakten** eines in Insolvenz gegangenen Krankenhauses in verschlossenen Räumen lagern, zu denen nur zuverlässige Personen Zugang haben, besteht keine konkrete **Gefahr für das Recht auf informationelle Selbstbestimmung** der ehemaligen Mitarbeiter und Patienten.

j) Arbeits- und Sozialrecht

aa) Versicherungspflichtige Beschäftigung einer Fachkrankenschwester im Operationsbereich

LSG Hessen, Urteil v. 12.05.2015 - L 8 KR 84/13

RID 15-03-337

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 5 I Nr. 1

Eine **Fachkrankenschwester** kann in die Arbeitsorganisation eines Klinikums durch Planung und Durchführung ihres Einsatzes im **Operationsbereich** der Klinik **eingegliedert** werden. Die Eingliederung zeigt sich des Weiteren daran, dass sie nicht frei war zu entscheiden, welche Kleidung sie innerhalb des OP-Bereichs trug. Operationen sind auch so gestaltet, dass man nicht kommen und gehen kann, wie man möchte.

bb) Intensivpfleger nicht selbständig tätig

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.11.2014 - L 8 R 573/12

RID 15-03-338

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = PaPfleReQ 2014, 139

SGB IV § 7a I 1

Auf einer **Intensivstation** eingesetzte **Pflegekräfte** werden dort als – ggf. befristet beschäftigte – Arbeitnehmer tätig und sind sozialversicherungspflichtig.

cc) Außerordentliche Kündigung bei Entwendung von acht belegten Brötchenhälften

ArbG Hamburg, Urteil v. 01.07.2015 - 27 Ca 87/15

RID 15-03-339

juris

BGB § 626

Leitsatz: 1. Die **Entwendung geringwertiger Sachen** - hier acht belegte Brötchenhälften - kann grundsätzlich eine **außerordentliche Kündigung** rechtfertigen.

2. Auch bei Handlungen, die gegen das Eigentum des Arbeitgebers gerichtet sind, ist eine **Abmahnung** nicht grundsätzlich entbehrlich. Vielmehr ist in Anbetracht der Umstände des Einzelfalls eine Prüfung erforderlich, ob durch eine Abmahnung verloren gegangenes Vertrauen wieder hergestellt werden kann. Dabei ist zugunsten des Arbeitnehmers zu berücksichtigen, ob er bei seiner

Vertragspflichtverletzung offen oder heimlich gehandelt hat und wie er - angesprochen auf seine Verfehlung - mit den Vorwürfen umgeht.

3. Die **Kündigung einer Krankenschwester** nach knapp 23 Dienstjahren, in denen es nicht zu Beanstandungen gekommen ist, weil sie **acht belegte Brötchenhälften**, die von ihrer Arbeitgeberin für externe Mitarbeiter bereitgestellt wurden, genommen und mit ihren Kolleginnen während ihrer Schicht gegessen hat, ist unverhältnismäßig. Zuvor hätte eine **Abmahnung als milderer Mittel** und zur Objektivierung der negativen Prognose ausgesprochen werden müssen.

6. Rettungsdienst/Krankentransport

a) Vergabe von Rettungsdienstleistungen und Qualität des Konzepts

OLG Celle, Beschluss v. 11.06.2015 - 13 Verg 4/15

RID 15-03-340

juris
VOL A § 16

Leitsatz: Die **finanzielle Leistungsfähigkeit eines Bieters** und damit seine Eignung (§ 16 Abs. 5 VOL/A) können nicht allein aufgrund eines im Jahresabschluss ausgewiesenen Jahresfehlbetrages (hier: 223.456,00 €) beurteilt werden. Schon mangels Kenntnis von in der Handelsbilanz häufig verborgenen Reserven ist regelmäßig kein zuverlässiger Schluss auf eine bilanzielle Überschuldung möglich. Selbst bei Insolvenzreife bedarf es zudem einer einzelfallbezogenen Prognose zur Leistungsfähigkeit (Festhaltung an Senatsbeschluss vom 18. Februar 2013, 13 Verg 1/13).

Die Festlegung der auftragsbezogenen Kriterien für die Bestimmung des wirtschaftlichsten Angebots unterliegt einem weiten Spielraum des Auftraggebers. In einem Verhältnis zwischen Preis und Leistung von 40% (Preis) zu 60% (Leistung) kann eine Marginalisierung bzw. Nivellierung des Preiskriteriums grundsätzlich nicht erblickt werden. Gerade bei der **Vergabe von Rettungsdienstleistungen** ist nicht zu beanstanden, wenn der Auftraggeber der **Qualität des Konzepts** besondere Bedeutung beimessen will.

Der Auftraggeber darf aber die dem Leistungskriterium zugrunde liegenden **Wertmaßstäbe** nicht so unbestimmt formulieren, dass der Bieter nicht mehr ausreichend über die Kriterien und Modalitäten informiert wird und er daher nicht genügend vor einer willkürlichen Bewertung seines Angebots geschützt ist (Anschluss an OLG Düsseldorf, Beschluss vom 19. Juni 2013, VII-Verg 8/13). Dies beinhaltet jedoch keine Pflicht zur erschöpfenden Darstellung der erwarteten Dienstleistungen.

Ein sehr **knapper Abstand zwischen dem Erst- und dem Zweitplatzierten** legt noch keine willkürliche Bewertung der Konzepte nahe.

b) Widerruf einer Genehmigung zur Durchführung qualifizierten Krankentransports

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 06.01.2015 - 13 ME 192/14

RID 15-03-341

juris
RettDG Niedersachsen § 22 I Nr. 2

Leitsatz: Zur fehlenden **Zuverlässigkeit eines Krankentransportunternehmers** aufgrund zahlreicher Verkehrsverstöße.

c) Gebühren für Einsätze der Hilfsorganisationen (Berlin)

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.03.2015 - OVG 1 B 3.12

RID 15-03-342

juris
RettDG Berlin §§ 5, 20, 21, 23

Das Land Berlin konnte Gebühren für die **Notfallrettungseinsätze der Hilfsorganisationen** während der Fußball-Weltmeisterschaft 2006 aufgrund von § 1 Satz 1 der Verwaltungsvereinbarung nach Maßgabe der Feuerwehrbenutzungsgebührenordnung gegenüber der Krankenkasse abrechnen.

d) Wertersatz für die Notfallrettungseinsätze der Bundeswehr (Berlin)

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.03.2015 - OVG 1 B 4.12

RID 15-03-343

juris

RettdG Berlin §§5, 20, 21; BGB §§ 812 ff.

Das Land Berlin konnte Wertersatz für die **Notfallrettungseinsätze der Bundeswehr** während der Fußball-Weltmeisterschaft 2006 nach bereicherungsrechtlichen Grundsätzen von den Krankenkassen verlangen.

7. BVerfG: Rettungsassistenten/Übergangsvorschrift nach Notfallsanitätäergesetz

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 10.07.2015 - 1 BvR 2853/13

RID 15-03-344

juris

Notfallsanitätäergesetz § 32 II; GG Art. 3 I, 12 I

Übergangsvorschrift nach § 32 II NotSanG regelt die Möglichkeit für Rettungsassistenten, die Erlaubnis zum Führen der **Berufsbezeichnung „Notfallsanitäter“** zu erhalten. Sie sieht das Ablegen der regulären staatlichen Notfallsanitäterprüfung (§ 32 II 4 NotSanG) oder einer staatlichen Ergänzungsprüfung (§ 32 II 1 NotSanG) vor, ggf. - abhängig von der Berufserfahrung - nach Durchlaufen einer weiteren Ausbildung (§ 32 II 2 NotSanG). § 32 II NotSanG verletzt einen Rettungsassistenten nicht in seiner Berufsfreiheit aus Art. 12 I GG. Insb. ist das nicht schon dadurch der Fall, dass möglicherweise die landesrechtlichen Rettungsdienstgesetze an die Anforderungen des Notfallsanitätäergesetzes anzugleichen sind und so den Rettungsassistenten Tätigkeitsfelder versperrt würden. Dies könnte allenfalls für die verfassungsrechtliche Beurteilung der hier nicht weiter konkretisierten und auch nicht angegriffenen landesrechtlichen Regelungen bedeutsam sein.

8. Widerruf der Berufsbezeichnung „Hebamme“: Letzte verwaltungsgerichtl. Tatsachenentscheidung

VG Göttingen, Urteil v. 29.04.2015 - 1 A 43/14

RID 15-03-345

juris

HebG §§ 2 I Nr. 2, 3 II; GG Art. 12 I 1

Leitsatz: Bei der gerichtlichen Überprüfung eines Widerrufs der Erlaubnis, die Berufsbezeichnung „Hebamme“ zu führen, ist für die Prognose der **Zuverlässigkeit** der Hebamme im Hinblick auf das Gewicht des Eingriffs in die Freiheit der Berufswahl auf den Zeitpunkt der letzten verwaltungsgerichtlichen Tatsachenentscheidung abzustellen (Abweichung von der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts, Urteil vom 28.04.2010 - 3 C 22/09 -, Berufsbezeichnung „Logopäde“, und des Nds. Oberverwaltungsgerichts, Beschlüsse vom 04.03.2014 - 8 LA 138/13 - und vom 25.02.2011 - 8 LA 330/10 -).

9. Heilpraktiker

a) Beschränkung der Heilpraktikererlaubnis auf Ergotherapie

VG Karlsruhe, Urteil v. 19.03.2015 - 9 K 1519/13

RID 15-03-346

juris

HeilprG § 1

Leitsatz: Die Heilpraktikererlaubnis kann auf die Ausübung der **Ergotherapie** beschränkt werden.

b) Haftung für chiropraktische Heilbehandlung ohne Heilpraktikergenehmigung

OLG Oldenburg, Beschluss v. 26.01.2015 - 5 U 71/13

RID 15-03-347

juris

HeilprG §§ 1, 5; BGB § 823 II

Ein Behandler **haftet** aus §§ 823 II BGB i.V.m. § 5 HeilprG, wenn er die **Heilpraktikertätigkeit ohne Genehmigung** ausübt. Chiropraktische Tätigkeiten fallen in den Anwendungsbereich des HeilprG.

10. Herausnahme von der Warteliste zur Nierentransplantation: Fortsetzungsfeststellungsinteresse

VGH Bayern, Beschluss v. 15.06.2015 - 5 ZB 14.1919

RID 15-03-348

juris

VwGO § 113 I 4; TPG § 10 II Nr. 2; GVG § 17a

Es besteht kein **Fortsetzungsfeststellungsinteresse** bzgl. einer **Herausnahme von der Warteliste** zur Nierentransplantation, wenn zwischenzeitlich eine Nierentransplantation erfolgt ist. Die **Meldung an Eurotransplant** als nicht transplantabel hat als solche für sich genommen keinen ehrenrührigen Inhalt. Ihr haftet keinerlei Makel an.

11. Impfschadensrecht

a) Erstmanifestation eines Anfalleidens nach Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.04.2015 - L 6 VJ 1460/13

RID 15-03-349

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 9 V 33/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

IfSG § 60

Leitsatz: Ein **Krampfanfall** genügt nicht, um eine **Erstmanifestation** eines Anfalleidens (hier Epilepsie) zu belegen. Wenn keine andere Ursache für die Erkrankung gefunden werden kann, so führt dies nicht dazu, dass ein Ursachenzusammenhang mit der Impfung wahrscheinlich zu machen ist. Hierfür ist insbesondere ein plausibler zeitlicher Zusammenhang erforderlich.

Der Kl. beehrte erfolglos eine Beschädigtenversorgung aufgrund eines Impfschadens nach einer am 21.01.1999 durchgeführten Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR-Impfung) mit dem Impfstoff M.-V. **SG Freiburg**, Urt. v. 28.02.2013 - S 17 VG 3002/10 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Impfung von Beriglobin gegen Masern

LSG Baden-Württemberg, Teilurteil v. 26.02.2015 - L 6 VJ 3262/12

RID 15-03-350

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

IfSG §§ 2 I Nr. 1, 60 I 1

Leitsatz: Bei der Impfung von **Beriglobin** gegen **Masern** handelt es sich nicht um eine von der STIKO empfohlene Impfung. Es ist nicht wahrscheinlich, dass diese Impfung zu einer Erkrankung mit Hepatitis B bzw. C führt.

12. OEG: Beibringung des verschreibungspflichtigen Medikamentes Haldol durch Mutter

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.02.2015 - L 6 VG 4167/12

RID 15-03-351

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

OEG § 1 II

Leitsatz: Auch an sich unschädliche Stoffe wie **Medikamente in falscher Dosierung** können im Einzelfall Gift sein. Wenn bei der Geschädigten Diagnosen als gesichert gelten können, die eine

Indikation für eine medikamentöse Behandlung mit dem streitigen Medikament darstellen, und eine Überdosierung nicht festgestellt werden kann, vielmehr die Schädigerin als ausgebildete Krankenschwester in der Lage ist, die Dosis entsprechend der Dosierungsanleitung in der Arzneimittelinformation nach dem Körpergewicht zu berechnen, es auch ein Vorsatz und Rechtswidrigkeit fehlt, so liegen die Voraussetzungen einer **Giftbeibringung** nicht vor, insbesondere wenn die Schädigerin in der Annahme handelt, das Opfer leide unter derselben Krankheit wie sie und benötige daher dasselbe Medikament.

13. Voraussetzungen der Unterbringung nach dem Therapieunterbringungsgesetz

OLG Braunschweig, Beschluss v. 10.04.2014 - 6 W 1/14

RID 15-03-352

juris

ThUG § 2; StGB § 67e II

Leitsatz: 1. Eine Einrichtung ist i.S.d. § 2 Abs. 1 Nr. 1 ThUG dann geeignet, wenn dort die notwendigen **Therapieangebote** in ausreichendem Maße vorgehalten werden; ob der/die Betroffene auf die Angebote eingehe, ist wegen der Entscheidungsfreiheit des/der Betroffenen nicht maßgeblich.
2. Das **Schweigegebot für Ärzte und Therapeuten** gilt auch für Behandlungen in und durch Bedienstete einer öffentlichen Einrichtung; dabei ist das Behandlungsverhältnis durch das Recht der Therapeuten zur Verweigerung der Auskunft zwar nicht grenzenlos, aber doch umfassend in einer Weise genauso geschützt, wie es bei externen Behandlern der Fall wäre.
3. Dass der Gesetzgeber die **Prüffristen** des § 67e Abs. 2 StGB für den Bereich der Sicherungsverwahrung verkürzt hat, erfordert keine entsprechende Anpassung der Frist des § 12 ThUG.

14. Sorgfaltspflicht eines Alten- und Pflegeheims bei der Arzneimittellagerung

OLG Koblenz, Beschluss v. 20.08.2014 - 5 U 236/14

RID 15-03-353

juris

BGB §§ 276, 278, 280, 688, 823

Leitsatz: 1. Ein **Alten- und Pflegeheim** ist verpflichtet, für die Heimbewohner gelieferte **Medikamente** entsprechend den Herstellerangaben **sachgemäß zu lagern**. Die so begründete Rechtsposition des Heimbewohners ist durch §§ 276, 280 BGB in Verbindung mit dem Heimvertrag geschützt.
2. Bereits der auf konkreten Tatsachen beruhende bloße **Unbrauchbarkeitsverdacht** kann der Verwendung eines möglicherweise fehlerhaft gelagerten Arzneimittels entgegenstehen.
3. Ist dieser Verdacht von dem **Arzt** des Heimbewohners dadurch herbeigeführt worden, dass er unter **Fehldeutung der gegenläufigen Herstellerangaben** veranlasst hat, das ungekühlt gelagerte und derart auch weiterhin lagerfähige Medikament nunmehr im Kühlschrank aufzubewahren, haftet der Heimträger für die Kosten einer Neuverschreibung nicht.

BGH, Beschl. v.30.04.2015 - III ZR 288/14 - wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

15. Steuerrecht

a) Einkommensteuerrecht

aa) BFH: Rückstellung einer Ärzte-GbR für Richtgrößenregress

BFH, Urteil v. 06.11.2014 - VIII R 13/12

RID 15-03-354

juris = BFHE

EStG §§ 4, 5

Leitsatz: Überschreiten Ärzte in ihrer **Verordnungspraxis** die dafür bestehenden **Richtgrößenvolumen** um mehr als 25 %, so sind sie schon aufgrund des sich aus § 106 Abs. 5a SGB V ergebenden Rechts der Krankenkassen auf Erstattung des sich daraus ergebenden Honorarmehraufwands bei Annahme fehlender Rechtfertigungsgründe für die Überschreitung berechtigt, eine **Rückstellung** für diese Erstattungsforderungen zu bilden.

bb) BFH: Nachweis der Zwangsläufigkeit von krankheitsbedingten Aufwendungen (§ 64 EStDV)

BFH, Urteil v. 15.01.2015 - VI R 85/13

RID 15-03-355

juris = BFHE
EStG § 33; EStDV § 64

Leitsatz: 1. Die Anerkennung von **außergewöhnlichen Belastungen** setzt im Falle von **psychotherapeutischen Behandlungen** und der medizinisch erforderlichen auswärtigen Unterbringung eines an einer Behinderung leidenden Kindes des Steuerpflichtigen voraus, dass die in § 64 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 EStDV normierten **Nachweise** erbracht werden.

2. Diese Nachweise können nicht durch **andere Unterlagen** ersetzt werden.

cc) BFH: Aufwendungen für Arzneimittel bei Diätverpflegung als außergewöhnliche Belastung

BFH, Urteil v. 14.04.2015 - VI R 89/13

RID 15-03-356

juris
EStG § 33 II 3; AMG § 2

Leitsatz: 1. **Aufwendungen für Arzneimittel** i.S. des § 2 AMG unterfallen nicht dem Abzugsverbot für Diätverpflegung nach § 33 Abs. 2 Satz 3 EStG.

2. Sie sind als **außergewöhnliche Belastung** nach § 33 Abs. 1 EStG zu berücksichtigen, wenn die Medikation einer Krankheit geschuldet und deshalb ärztlich verordnet worden ist. Der Umstand, dass der Steuerpflichtige wegen dieser Krankheit **zugleich eine Diät** halten muss, steht dem Abzug nach § 33 Abs. 1 EStG nicht entgegen.

b) Umsatzsteuerrecht

aa) EuGH: Keine Steuerbefreiung für Beförderung menschl. Organe durch selbständigen Dritten

EuGH, Urteil v. 02.07.2015 - C-334/14

RID 15-03-357

juris
Sechste Richtlinie 77/388/EWG

Vorabentscheidungsersuchen, eingereicht von der Cour d'appel de Mons (Belgien) v. 27.06.2014 in dem Verfahren État belge gegen Nathalie De Fruytier

Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. b und c der Sechsten Richtlinie 77/388/EWG des Rates vom 17. Mai 1977 zur Harmonisierung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Umsatzsteuern – Gemeinsames Mehrwertsteuersystem: einheitliche steuerpflichtige Bemessungsgrundlage ist dahin auszulegen, dass er keine Anwendung auf eine **Beförderung von menschlichen Organen** und dem menschlichen Körper entnommenen Substanzen zum Zweck einer medizinischen Analyse oder einer ärztlichen oder therapeutischen Heilbehandlung findet, die von **einem selbständigen Dritten**, dessen Leistungen in der Kostenerstattung der Sozialversicherung enthalten sind, für Krankenhäuser und Laboratorien durchgeführt wird. Insbesondere kann einer solchen Tätigkeit keine Mehrwertsteuerbefreiung als Leistung, die eng mit medizinischen Dienstleistungen im Sinne von Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. b verbunden ist, zugutekommen, wenn der selbständige Dritte nicht als „Einrichtung des öffentlichen Rechts“ eingestuft werden kann und auch nicht der Qualifizierung als „Krankenanstalt“, „Zentrum für ärztliche Heilbehandlung“, „Zentrum für Diagnostik“ oder jede andere „ordnungsgemäß anerkannte Einrichtung“ erfüllt, die unter Bedingungen tätig wird, die mit den Bedingungen für die Einrichtungen des öffentlichen Rechts in sozialer Hinsicht vergleichbar sind.

bb) BFH: Überlassung von Operationsräumen an einen Operateur durch Anästhesisten

BFH, Urteil v. 18.03.2015 - XI R 15/11

RID 15-03-358

juris = BFHE
UStG § 4 Nr. 14 u. 16

Leitsatz: 1. Überlässt ein Anästhesist, der ein „**OP-Zentrum**“ betreibt, einem anderen Arzt Operationsräume nebst Ausstattung gegen Entgelt zur Durchführung von Operationen, an denen er

selbst teilnimmt, ist die Raumüberlassung durch den Anästhesisten an den Operateur nicht als Heilbehandlung steuerfrei.

2. Es kann insoweit aber eine **einheitliche steuerfreie Heilbehandlungsleistung** i.S. von § 4 Abs. 14 UStG des Anästhesisten gegenüber den Patienten oder ein steuerfreier mit dem Betrieb einer anderen Einrichtung eng verbundener Umsatz i.S. von § 4 Nr. 16 Buchst. c UStG vorliegen.

cc) BFH: Zur Steuerfreiheit von Umsätzen privater Krankenhausbetreiber bis 2008

BFH, Urteil v. 18.03.2015 - XI R 8/13

RID 15-03-359

juris

UStG § 4 Nr. 14 S. 3, Nr. 16

Leitsatz: Die Steuerbefreiung der mit dem **Betrieb eines Krankenhauses** eng verbundenen Umsätze nach § 4 Nr. 16 Buchst. b UStG in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung i.V.m. § 67 AO war hinsichtlich der 40 %-Grenze unionsrechtskonform.

dd) BFH: Zur Steuerfreiheit von Umsätzen privater Krankenhausbetreiber ab 2009

BFH, Urteil v. 18.03.2015 - XI R 38/13

RID 15-03-360

juris

UStG § 4 Nr. 14 Buchst. b

Leitsatz: Der Betreiber einer **Privatklinik** kann sich gegenüber der ab dem Jahr 2009 geltenden -- unionsrechtswidrigen-- Regelung in § 4 Nr. 14 Buchst. b Satz 2 Doppelbuchst. aa UStG i.V.m. §§ 108, 109 SGB V für die Steuerfreiheit seiner Leistungen auf Art. 132 Abs. 1 Buchst. b MwStSystRL berufen (Anschluss an BFH-Urteil vom 23. Oktober 2014 V R 20/14, zur amtlichen Veröffentlichung bestimmt, BFH/NV 2015, 631).

ee) BFH: Zahnaufhellungen (Bleaching) als steuerfreie zahnärztliche Heilbehandlung

BFH, Urteil v. 19.03.2015 - V R 60/14

RID 15-03-361

juris

UStG § 4 Nr. 14

Leitsatz: Zahnaufhellungen (Bleaching), die ein Zahnarzt zur Beseitigung behandlungsbedingter Zahnverdunklungen vornimmt, sind steuerfreie Heilbehandlungen.

c) Keine Schätzung bei fremdorganisierter und durchgeführter Zahnaltgoldsammlung

FG Thüringen, Urteil v. 26.02.2015 - 1 K 375/11

RID 15-03-362

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: BFH - I B 39/15 -

juris = EFG 2015, 874

AO § 64

Leitsatz: 1. § 64 Abs. 5 AO findet tatbestandlich keine Anwendung, wenn die gemeinnützige Körperschaft im Rahmen ihres wirtschaftlichen Geschäftsbetriebs Finanzmittel dadurch erhält, dass ein dritter Dienstleister unentgeltlich erworbenes **Altmaterial aus gespendetem Zahngold** selbst sammelt, im eigenen Namen verwertet und lediglich einen **Gewinnanteil** – nach vorher vereinbarter Berechnung – weiterleitet.

2. Die Anwendung des § 64 Abs. 5 AO setzt voraus, dass die gemeinnützige Körperschaft für die Altmaterialsammlung eine **Gegenüberstellung** der gesamten **Einnahmen und Ausgaben** vorweisen kann.

3. Ob der branchenübliche **Reingewinn beim Verkauf von Altgold** entsprechend Nr. 27 der AEAO zu § 64 AO mit 20 v. H. zu schätzen ist, ist davon abhängig, ob die Anwendung der Verwaltungsregelung zu einer offensichtlich unzutreffenden Besteuerung führt.

d) BFH: Steuerbefreiung für als Arzneimittel zugelassene Alkohol-Wasser-Mischungen

BFH, Urteil v. 05.05.2015 - VII R 22/14

RID 15-03-363

juris

BranntwMonG §§ 132 I Nr. 1, 152 I; EWGRL 83/92 Art. 27 I Buchst. d; EGRL 83/2001 Art 1 Nr. 2; AMG § 2

Leitsatz: 1. Der **Ausschluss** als **Arzneimittel** zugelassener reiner Alkohol-Wasser-Mischungen in § 132 Abs. 1 Nr. 1 BranntwMonG a.F. und § 152 Abs. 1 Nr. 1 BranntwMonG verstößt gegen Art. 27 Abs. 1 Buchst. d der Richtlinie 92/83/EWG.

2. Ein Anspruch, den zur Herstellung solcher Arzneimittel verwendeten **Branntwein von der Steuer zu befreien**, ergibt sich aus einer unmittelbaren Anwendung des Art. 27 Abs. 1 Buchst. d Richtlinie 92/83/EWG.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 03.09.2015. 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 Termin: 15.07.2015	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?	<i>LSG Saarland</i> , 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.	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 05.11.2014 - L 5 KA 28/11 -	15-01-12
Individualbudgets: Wachstumsmöglichkeiten (Quartale III/04 bis I/05, KV Hamburg)	B 6 KA 4/15 R	Zur Frage, ob Honorarverteilungsregelungen für die Quartale III/2004 bis I/2005 unter Berücksichtigung der Vorgaben im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 deshalb gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verstoßen und damit rechtswidrig sind, weil sie unterdurchschnittlich kleinen Praxen keine ausreichende Möglichkeit bieten, den Durchschnitt der Fachgruppe zu erreichen.	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 03.12.2014 - L 5 KA 76/13 WA -	15-01-13
Quotierung von Laborleistungen	B 6 KA 33/14 R Termin: 19.08.2015	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?	<i>SG Hamburg</i> , 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 Termin: 19.08.2015	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?	<i>SG Dresden</i> , Urt. v. 03.09.2014 - S 18 KA 167/11 -	15-01-12
Quotierung von Laborleistungen einer Laborgemeinschaft	B 6 KA 34/14 R Termin: 19.08.2015	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?	<i>SG Hamburg</i> , Urt. v. 25.06.2014 - S 27 KA 152/11 -	14-04-10
	B 6 KA 11/15 R B 6 KA 12/15 R Termin: 19.08.2015	Ist eine Quotierung von Laborleistungen durch einen Honorarverteilungsmaßstab bei Laborgemeinschaften im Hinblick auf die Kostenerstattungsregelung der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (juris: EBM-Ä 2008) zulässig?	<i>SG Dresden</i> , Urt. v. 21.01.2015 - S 18 KA 118/11 - - S 18 KA 180/11 -	15-02-9 15-02-10
Vergütung probatorischer Sitzungen	B 6 KA 13/14 R B 6 KA 16/14 R B 6 KA 17/14 R Termin: 25.03.2015	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?	<i>LSG Hessen</i> , 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/Zugun-	B 6 KA 22/14 R Termin: 25.03.2015	Ist eine durch § 45 SGB 10 ausgeschlossene isolierte Korrektur eines Verwaltungsakts im Rahmen eines Zugunstenverfahrens zulässig?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 19.02.2014	14-03-1

stenverfahren			- L 7 KA 10/11 -	
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?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 12.02.2014 - S 14 KA 434/10 -	15-01-26
Geltung der RLV-Regelungen für Lungenärzte (Quartal II/05)	B 6 KA 18/15 R	Sind Arztgruppen, die nicht mehr nach der Weiterbildungsordnung zulassungsfähig sind, von dem Geltungsbereich der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses ausgenommen, wenn sie in diesen nicht explizit als Arztgruppe genannt sind?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 19.03.2014 - L 12 KA 21/11 -	15-03-4 NZB
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?	<i>LSG Sachsen</i> , 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?	<i>SG Magdeburg</i> , 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 20.12.2012 - L 7 KA 51/11 -	14-01-10

Arzt-/Psychotherapeutenregister

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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , 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 Termin: 13.05.2015	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.	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 14.01.2014 - L 4 KA 24/11 -	14-03-23
Weichstrahl- und Orthovolttherapie für Radiologen fachfremd (Nr. 25310 u. 25340 EBM)	B 6 KA 13/15 R	Sind Leistungen nach den Ziffern 25310 und 25340 EBM-Ä (juris: EBM-Ä 2008) für einen Facharzt für diagnostische Radiologie wegen Fachfremdheit nicht abrechnungsfähig?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 28.05.2014 - L 11 KA 36/11 -	15-02-45
Notdienst: Facharzt für Psychotherapeutische Medizin	B 6 KA 41/14 R Termin: 19.08.2015	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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 18.09.2013 - L 3 KA 119/11 -	15-01-33
Befreiung vom Notdienst: MKG-Chirurg	B 6 KA 7/15 R	Ist bei der Prüfung, ob die Wahrnehmung des Bereitschaftsdienstes durch einen Vertreter auf eigene Kosten zumutbar ist, bei einem zur vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie auch das Honorar aus der vertragszahnärztlichen Tätigkeit zu	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 18.12.2014 - L 7 KA 24/14 -	15-02-47

		berücksichtigen?		
Sachlich-rechnerische Berichtigung				
Pauschalierende Umlegung des Defizitanteils wegen Nachvergütung für Psychotherapeuten	B 6 KA 36/14 R Termin: 19.08.2015	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?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , 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 (Aufwandsersatzung für die Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 7:00 und 14:00 Uhr) verfassungswidrig?	<i>LSG Hessen</i> , 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?	<i>SG Magdeburg</i> , Urt. v. 25.09.2013 - S 13 KA 109/10 -	14-03-10
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?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 10.09.2014 - S 14 KA 79/13 -	15-01-23
Laborarzt: Anforderung der Laboratoriumsuntersuchung von Laborgemeinschaft	B 6 KA 27/14 R Termin: 13.05.2015	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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 19.12.2013 - L 7 KA 39/12 -	14-01-19 NZB
Versandkostenpauschale nach Nr. 40100 EBM: Rechtmäßige Einschränkung	B 6 KA 10/15 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 18.12.2014 - L 7 KA 22/13 -	15-02-39
Versandkostenpauschale nach Nr. 40100 EBM in überörtlicher BAG	B 6 KA 26/15 R	Betrifft die Präambel zum Abschnitt 40.3 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen, wonach die Berechnung einer Versandkostenpauschale nach Nr. 40100 EBM-Ä 2008 innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft etc. ausgeschlossen ist, nur örtliche Berufsausübungsgemeinschaften oder findet sie auch auf überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften Anwendung?	<i>SG Kiel</i> , Urt. v. 28.01.2015 - S 16 KA 530/14 -	
MKG-Chirurgen: Splittingverbot	B 6 KA 16/15 R B 6 KA 17/15 R	Liegt ein einheitlicher Behandlungsfall im Sinne des Splittingverbots vor, wenn ein Versicherter in einem Quartal sowohl in der vertragsärztlichen Einzelpraxis eines MKG-Chirurgen als auch in der vertragszahnärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft, der dieser MKG-Chirurg angehört, behandelt wird?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 25.02.2015 - L 4 KA 30/14 - - L 4 KA 42/14 -	15-02-38 15-02-40
	B 6 KA 30/15 R	Verstößt das in den allgemeinen Bestimmungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen normierte Splittingverbot, wonach Vertragszahnärzte, die auch als Vertragsärzte an der Versorgung teilnehmen (hier: MKG-Chirurgen), erbrachte Leistungen entweder nur über die Kassenärztliche Vereinigung oder die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen dürfen, gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 25.02.2015 - L 3 KA 123/11 -	
Antrag einer Krankenkasse	B 6 KA 8/15 R	Verbleibt aufgrund der Neuregelung der Abrechnungsprüfung durch § 106a SGB 5 für die bundesmantelvertraglichen Vorschriften über den Ausgleich eines sog sonstigen Schadens noch ein Anwendungsbereich?	<i>SG Dresden</i> , Urt. v. 17.12.2014 - S 18 KA 101/13 -	15-02-25

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Wahl der preisgünstigsten Bezugsquelle	B 6 KA 18/14 R Termin: 13.05.2015	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 Arzneykostenregresses keinerlei Überlegungen im Hinblick auf eine Berücksichtigung des Arzneimittelherstellerrabatts angestellt hat?	<i>LSG Sachsen-Anhalt,</i> 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?	<i>LSG Bayern,</i> 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?	<i>LSG Schleswig-Holstein,</i> Urt. v. 07.10.2014 - L 4 KA 13/12 -	15-01-35
Regressfestsetzung nach Insolvenzeröffnung	B 6 KA 30/14 R Termin: 15.07.2015	Richtet sich eine Regressfestsetzung wegen Überschreitung der Richtgrößen im Arzneimittelbereich nach Insolvenzeröffnung als neue Forderung gegen den Insolvenzschuldner?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> 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?	<i>LSG Sachsen,</i> Urt. v. 02.10.2013 - L 8 KA 48/11 -	14-02-74
Keine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag bei Vollzeitbeschäftigung	B 6 KA 5/15 R	Steht einer Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag auch nach der Neufassung von § 20 Abs 1 S 1 Ärzte-ZV mit Wirkung vom 1.1.2012 durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22.12.2011 (BGBl I 2011, 2983) entgegen, dass der Arzt außerdem einer Beschäftigung nachgeht, die gemeinsam mit der vertragsärztlichen Tätigkeit zu wöchentlichen Arbeitszeiten von mehr als 52 Stunden führt?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen,</i> Urt. v. 26.11.2014 - L 3 KA 127/11 -	15-01-47
	B 6 KA 19/15 R	Steht einer Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag auch nach der Neufassung von § 20 Abs 1 S 1 Ärzte-ZV mit Wirkung vom 1.1.2012 durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22.12.2011 (BGBl I 2011, 2983) entgegen, dass der Arzt außerdem einer Vollzeitbeschäftigung als Ordinarius und Chefarzt eines Universitätsklinikums nachgeht?	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 14.01.2015 - L 12 KA 44/14 -	15-03-49
Nachbesetzung einer Arztstelle nach Umwandlung einer Vollzulassung in ¾-Stelle	B 6 KA 21/15 R	Ist eine Nachbesetzung nach § 103 Abs 4a S 3 SGB 5 auf den Umfang einer Teilzeitanstellung des ausscheidenden Arztes beschränkt, auch wenn dieser ursprünglich auf eine Vollzulassung verzichtet hat?	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 14.01.2015 - L 12 KA 31/14 -	15-03-55
Zulassungsmoratorium durch GBA bis zur Versorgungsgradfeststellung	B 6 KA 24/15 R	Ist das am 21.9.2012 im Bundesanzeiger (BAnz AT 21.09.2012 B4) veröffentlichte prozedurale Entscheidungsmoratorium des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 6.9.2012 rechtmäßig?	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 14.01.2015 - L 12 KA 66/14 -	15-03-48
Konkurrentenklage bei Vielzahl zu besetzender Stellen	B 6 KA 31/14 R B 6 KA 32/14 R B 6 KA 29/14 R Termin: 15.07.2015	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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg,</i> 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

Konkurrentenklage: Auslastung der Praxis.	B 6 KA 20/15 R (alt: B 6 KA 41/11 R)	Zur Anfechtungsberechtigung einer Berufsausübungsgemeinschaft gegen die Genehmigung eines besonderen Versorgungsauftrags für die Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten für einen Dritten im Wege einer Konkurrentenklage im Hinblick auf eine Beschwer durch die mangelnde Auslastung der Praxis.	<i>LSG Saarland,</i> Urt. v. 24.04.2015 - L 3 KA 9/13 ZVW -	15-03-54
Fortführungsfähigkeit einer Praxis: Maßgeblicher Zeitpunkt	B 6 KA 9/15 R	Ist für die Existenz einer fortführungsfähigen Praxis auch dann auf den Zeitpunkt des Antrags auf Ausschreibung des Praxissitzes abzustellen, wenn zuvor bereits zwei Anträge auf Ausschreibung zurückgenommen wurden, obwohl Bewerbungen vorlagen?	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 09.07.2014 - L 12 KA 57/13 -	14-03-43 NZZ
Teil-Berufsausübungsgemeinschaft: Gemeinsame Berufsausübung	B 6 KA 24/14 R Termin: 25.03.2015	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? 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	<i>LSG Baden-Württemberg,</i> Urt. v. 20.11.2013 - L 5 KA 516/11 -	14-04-43 NZZ
Verschiebung von MVZ-Arztstühlen 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?	<i>SG Hamburg,</i> 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?	<i>LSG Baden-Württemberg,</i> Urt. v. 17.06.2013 - L 5 KA 483/13 -	14-01-51 NZZ
Job-Sharing: Anforderungen an KV-Antrag auf Änderung der Obergrenzen wegen EBM-Änderung	B 6 KA 26/14 R Termin: 15.07.2015	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)?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> 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 Termin: 13.05.2015	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.	<i>LSG Baden-Württemberg,</i> Urt. v. 20.11.2013 - L 5 KA 312/12 -	14-03-51 NZZ
Überörtliche Teil-BAG: Unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte	B 6 KA 21/14 R Termin: 25.03.2015	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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz,</i> Urt. v. 21.08.2014 - L 7 KA 27/13 -	15-01-53
Anfechtung einer Dialysemächtigung	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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> Urt. v. 14.05.2014 - L 11 KA 99/12 -	14-04-46

Ermächtigung: Sozialpädiatrisches Zentrum: Überweiserkreis	B 6 KA 6/15 R	Darf die Ermächtigung eines Sozialpädiatrischen Zentrums gem § 119 SGB 5 mit einem sog Facharztfilter (Überweisungsfilter) versehen werden?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 15.10.2014 - L 12 KA 30/13 -	15-01-57
Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV				
Integrierte Versorgung: Managementgesellschaft als Kooperationspartner	B 6 KA 22/15 R	Kann sich eine Krankenkasse im Streit um die Anschubfinanzierung nach § 140d Abs 1 S 1 SGB 5 in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung darauf berufen, jedenfalls einer der geschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung trage den gesamten Einbehalt	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 20.05.2015 - L 5 KA 1/14 -	15-03-64
Integrierte Versorgung und Anschubfinanzierung: Keine Pflicht zur Rechnungslegung	B 6 KA 23/15 R	Sind Krankenkassen aufgrund der Vorschrift des § 140d Abs 1 S 8 SGB 5 iVm § 140d Abs 1 S 4 SGB 5 in der jeweiligen Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes - GKV-WSG vom 26.3.2007 verpflichtet gewesen, alle Geldmittel, die sie im Wege des § 140d Abs 1 S 1 SGB 5 einbehalten hatten, an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung auszusahlen, wenn sie deren Verwendung nicht bis zum 31.3.2009 dargestellt hatten? Kann sich eine Krankenkasse im Streit um die Berechtigung zum Einbehalt nach § 140d Abs 1 S 1 SGB 5 idF des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes - VÄndG vom 22.12.2006 darauf berufen, bereits einer der von ihr geschlossenen Verträge trage den gesamten Einbehalt?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 20.05.2015 - L 5 KA 60/13 -	15-03-65
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?	<i>SG Potsdam</i> , 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 Termin: 25.03.2015	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.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 18.12.2013 - L 5 KA 3838/12 -	14-02-87
Vergütung sozialpädiatrischer Zentren	B 6 KA 20/14 R Termin: 13.05.2015	Zum Umfang der Überprüfung der individuellen Leistungsfähigkeit eines Sozialpädiatrischen Zentrums durch die Schiedsstelle.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 27.11.2013 - L 11 KA 71/13 KL -	14-02-89
Aufrechnung der Gesamtvergütung mit Richtgrößenregress	B 6 KA 15/15 R	Ist eine Krankenkasse berechtigt, den gegenüber einem einzelnen Vertragsarzt festgestellten Regress aus einer Richtgrößenprüfung von der Gesamtvergütung auch dann einzubehalten, wenn es der betreffenden Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr möglich ist, den auf sie übergegangenen Anspruch gegen den Vertragsarzt geltend zu machen und darf sie die von einer Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund bundesmantelvertraglicher Bestimmungen angebotene Abtretungserklärung ablehnen?	<i>SG Potsdam</i> , Urt. v. 18.02.2015 - S 1 KA 46/14 -	15-03-66
Einbehalt von Teilen der Gesamtvergütung (EKV-Z)	B 6 KA 14/15 R	Berechtigt § 17 Abs 1 S 5 EKV-Z zum endgültigen Einbehalt geltend gemachter Forderungen bei Versäumung der dort genannten Fristen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 25.02.2015 - L 4 KA 73/13 -	15-02-71
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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 24.10.2012 - L 7 KA 1/10 KL -	13-02-68
GBA: Streichung aus der Liste der	B 6 KA 14/14 R	Rechtfertigt die bloße Neubewertung des im Zeitpunkt der Entscheidung vorliegenden	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> ,	14-02-90

verordnungsfähigen Medizinprodukte	Termin: 13.05.2015	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 Bundesausschuss in die Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte aufgenommen worden war?	Urt. v. 29.01.2014 - L 7 KA 119/11 KL -	
GBA: Verordnungsausschluss für Otologika	B 6 KA 25/15 R	Ist das Arzneimittel „Otovowen®“ als Otologikum vom Verordnungsausschluss in Nr 38 der Anlage 3 der AM-RL in den seit 1.4.2009 geltenden Fassungen umfasst? Verstößt die Nr 38 der Anlage 3 der Arzneimittel-Richtlinie - AM-RL in den beiden seit dem 1.4.2009 geltenden Fassungen gegen höherrangiges Recht?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 27.05.2015 - L 7 KA 33/12 KL WA -	15-03-71
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

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 03.09.2015. 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 Termin: 08.07.2015	Handelt es sich bei dem Continuous 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 Termin: 12.09.2015	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
Festzuschuss/Zuwendungen Angehöriger zu Heimunterbringungskosten	B 1 KR 22/14 R Termin: 08.09.2015	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 Termin: 08.09.2015	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

Kostenerstattung: Genehmigungsfiktion/Einhaltung der Fristen seitens der Krankenkasse	B 1 KR 25/15 R	Ist die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 so zu verstehen, dass nach Ablauf der Fristen der geltend gemachte Anspruch (hier: Langzeittherapie einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie) solange von der Krankenkasse zu erfüllen ist, bis sie einen Aufhebungsbescheid erlässt?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 17.06.2015 - L 2 KR 180/14 -	
---	----------------	--	--	--

Stationäre Behandlung

Krankenhausaufenthalt bei Radiojodtherapie	B 1 KR 18/15 R	Ist Krankenhausbehandlung im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer medizinisch indizierten Radiojodtherapie allein deshalb erforderlich, weil die Behandlung aufgrund der maßgeblichen Strahlenschutzbestimmungen nur unter stationären Bedingungen erbracht werden darf?	<i>SG Dresden</i> , Urt. v. 27.02.2015 - S 47 KR 439/12 -	15-02-129
--	----------------	--	---	-----------

Auslandskrankenbehandlung

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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 08.03.2013 - L 16 KR 267/12	13-03-133 NZB
Silikon-Fingerprothese	B 3 KR 14/14 R	Kann eine Versicherte die Versorgung mit einer Silikon-Fingerprothese für den Zeigefinger der rechten Hand beanspruchen?	<i>LSG Hessen</i> , 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?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 18.06.2014 - L 1 KR 83/13 -	14-03-98 NZB
Versorgung mit Kontaktlinsen bei funktionell Einäugigen	B 3 KR 21/15 R	Kann bei funktioneller Einäugigkeit ein Anspruch auf Versorgung des noch sehfähigen Auges mit Kontaktlinsen gegenüber der Krankenkasse bestehen?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 17.04.2015 - L 1 KR 156/13 -	15-03-115
Perücke für Mann	B 3 KR 3/14 R Termin: 22.04.2015	Fällt die Versorgung mit einer Perücke bei krankheitsbedingtem vollständigem Haarverlust bei Männern in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , 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 Termin: 22.04.2015	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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 12.03.2014 - L 4 KR 119/12 -	14-04-111
Häusliche Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe	B 3 KR 14/15 R	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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 17.12.2014 - L 4 KR 316/10 -	15-02-148

Fahrkosten

Nächst erreichbarer Arzt	B 1 KR 27/14 R Termin: 08.09.2015	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 SGB 5?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 06.03.2014 - L 4 KR 58/12 -	14-04-118 NZB
--------------------------	---	---	---	------------------

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Persönliches Budget	B 1 KR 19/15 R	Kann ein für einen zukünftigen Zeitraum beantragtes Persönliches Budget nach Ablauf dieses Zeitraums rückwirkend erstmals bewilligt werden?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Ur. v. 17.04.2014- L 5 KR 297/13 -	15-03-126 NZB
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?	<i>LSG Hessen</i> , Ur. v. 16.05.2014 - L 1 KR 341/11 -	15-01-119 NZB
Versorgungsauftrag für HNO-Heilkunde und neurochirurgische Operation	B 1 KR 20/14 R Termin: 23.06.2015	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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Ur. v. 27.11.2012 - L 4 KR 168/10 -	14-02-163
Notfallbehandlung außerhalb des Versorgungsauftrags	B 1 KR 1/15 R (alt: B 3 KR 9/13 R) Termin: 08.09.2015 (omV)	Zur Auslegung des Notfallbegriffs bei stationärer Versorgung in einem Krankenhaus außerhalb seines Versorgungsauftrags.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Ur. v. 18.07.2012 - L 4 KR 468/09 -	13-03-161 NZB
Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit	B 1 KR 20/15 R	Müssen die Kosten für den Verbleib eines alkoholkranken Versicherten im Krankenhaus nach Wegfall der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bei erforderlicher aber ungeklärter anschließender Unterbringung in einer Betreuungseinrichtung bis zum Wechsel des Versicherten in die Betreuungseinrichtung von der Krankenkasse getragen werden?	<i>SG Halle</i> , Ur. v. 22.04.2015 - S 35 KR 220/12 -	15-03-129
Vergütungsanspruchs bei Ruhen des Leistungsanspruchs des Versicherten	B 1 KR 24/15 R	Besteht ein Vergütungsanspruch eines Krankenhauses für eine stationäre Behandlung, wenn der Leistungsanspruch des Versicherten nach § 16 Abs 3a SGB 5 während dieser Zeit geruht hat und die Behandlung nicht wegen einer akuten Erkrankung oder wegen Schmerzzuständen erfolgte?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Ur. v. 28.05.2015 - L 5 KR 594/14 -	15-03-133
Spätere Änderung der Begründung einer Rechnung	B 1 KR 21/14 R Termin: 23.06.2015	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 nachträglichen Korrekturen zu rechnen?	<i>LSG Hamburg</i> , Ur. v. 20.02.2014 - L 1 KR 34/12 -	14-02-162
Überprüfung der Krankenhausabrechnung nach vier Jahren	B 1 KR 7/15 R (alt: B 3 KR 19/13 R) Termin: 21.04.2015	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)?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Ur. 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) Termin: 21.04.2015	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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Ur. v. 13.06.2014 - L 1 KR 187/13 -	14-03-123 NZB
Verjährungsfrist	B 1 KR 26/14 R Termin: 23.06.2015	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?	<i>SG Mainz</i> , Ur. v. 04.06.2014 - S 3 KR 645/13 -	14-03-115
	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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Ur. 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) Termin: 10.03.2015	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?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 22.08.2012 - L 2 KR 39/09 -	13-03-154 NZB
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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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 Termin: 21.04.2015	Zur Auslegung der Definition der Hauptdiagnose in den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2005.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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)?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 30.10.2014 - L 8 KR 370/11 -	15-01-127
DRG-Fallpauschale G64A	B 1 KR 13/14 R Termin: 23.06.2015	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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 16.12.2013 - L 1 KR 292/11 -	14-02-178
Behandlungsnotwendigkeit über Grenzverweildauer hinaus und Verlegung	B 1 KR 6/15 R (alt: B 3 KR 18/13 R) Termin: 21.04.2015	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.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 20.09.2013 - L 1 KR 161/11 -	13-04-97
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 fristwährend vornehmen?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 31.01.2013 - L 1 KR 150/11 -	13-02-137
Abgebrochene teilstationäre Behandlungen	B 1 KR 21/15 R	Ist ein teilstationärer Behandlungstag zu vergüten, wenn eine geplante Chemotherapie mit MRT-Kontrolle wegen Durchfall und Hand-Fuß-Syndrom unterbleibt?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Urt. v. 21.04.2015 - L 6 KR 32/12	15-03-
Portimplantation für Chemotherapie als eigenständige nachstationäre Behandlung	B 1 KR 23/15 R	Hat ein Krankenhaus, das einer Versicherten stationär ein Zökumkarzinom entfernte, Anspruch auf Vergütung einer Portimplantation für eine spätere Chemotherapie als ambulante Operation, die nach Krankenhauserlassung innerhalb der oberen Grenzverweildauer der abgerechneten Fallpauschale erfolgt?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 21.01.2015 - L 5 KR 699/12 -	RID 15-02-160 NZB
Überprüfung einer Fallzusammenführung	B 1 KR 17/14 R B 1 KR 23/14 R Termin: 23.06.2015	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 möchte, ob es sich in Wahrheit um einen einheitlichen zusammenzuführenden Fall handelt?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 21.11.2013 - L 1 KR 125/12 - - L 1 KR 28/13 -	14-02-180 14-02-181
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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 06.06.2013 - L 5 KR 326/12 -	13-04-102
Aufwandspauschale: Feststellungen des MDK und Gerichtsverfahren	B 1 KR 24/14 R Termin: 23.06.2015	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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 13.02.2014 - L 5 KR 530/12 -	14-02-182

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.	<i>SG Berlin</i> , 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 Termin: 08.07.2015	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?	<i>SG Aachen</i> , 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) Termin: 08.07.2015	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?	<i>SG Aachen</i> , 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
Apothekenwahlrecht und Vergütungsanspruch der Apotheke der Wahl	B 3 KR 16/15 R	Besteht das Apothekenwahlrecht der Versicherten gemäß § 31 Abs 1 S 5 SGB 5 und ein entsprechender Vergütungsanspruch einer Apotheke, wenn Krankenkassen auf Landesebene mit anderen Apotheken Verträge gem § 129 Abs 5 S 3 SGB 5 zur Versorgung mit parenteralen Zubereitungen in der Onkologie abgeschlossen haben?	<i>SG Darmstadt</i> , Urt. v. 29.08.2014 - S 13 KR 344/14 -	14-04-135
Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis	B 3 KR 6/14 R Termin: 08.07.2015	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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 11.12.2012 - L 4 KR 70/08	14-03-131 NZB
Hilfsmittelverzeichnis: Umfang der Substantiierungsanforderungen	B 3 KR 20/15 R	Ist die Streichung von wassergefüllten Dekubitusmatratzen aus dem Hilfsmittelverzeichnis rechtmäßig?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 30.04.2014 - L 1 KR 11/12 -	15-03-150 NZB
Physiotherapeut: Betrieb einer Praxisnebenstelle und Zulassung	B 3 KR 23/15 R	Bedarf ein zugelassener Physiotherapeut für den Betrieb einer Praxisnebenstelle einer weiteren Zulassung?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 05.11.2014 - L 1 KR 158/11 -	NZB
Ausschluss der Masseure von Manueller Therapie	B 3 KR 24/15 R	Ist die in den Heilmittelrichtlinien und in Landesverträgen enthaltene Regelung, nach der zur Versorgung der Versicherten nur zugelassene Physiotherapeuten Leistungen der Manuellen Therapie zu Lasten der Krankenkassen abrechnen dürfen, wenn sie eine Weiterbildung in dieser Behandlungstechnik absolviert und eine Abschlussprüfung bestanden haben, rechtmäßig?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 21.07.2015 - L 11 KR 4481/12 -	
Auskunftsanspruch einer Orthopädietechniker-Innung über	B 3 KR 2/14 R Termin: 22.04.2015	Hat eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, die die Interessen des Orthopädietechnikerhandwerks vertritt, einen Auskunftsanspruch über den Inhalt der	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 09.01.2014	14-01-139

Verträge		Verträge, die zwischen Leistungserbringern oder Leistungserbringergemeinschaften und den Krankenkassen geschlossen werden?	- L 5 KR 319/12 -	
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 NZZ
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
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
Häusliche Krankenpflege: Frist zur Vorlegung der Verordnung	B 3 KR 17/15 R	Richtet sich der Zahlungsanspruch eines ambulanten Pflegedienstes zur Erbringung häuslicher Krankenpflege allein nach der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinie), so dass ein Anspruch ausgeschlossen ist, wenn die dort enthaltenen Voraussetzungen nicht vorliegen?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 12.06.2014 - L 5 KR 98/12 -	15-02-179 NZZ
Unmittelbarer Vergütungsanspruch aus HKPRL auch bei fehlenden Vertragsbeziehungen	B 3 KR 18/15 R	Setzt der Vergütungsanspruch eines Pflegeunternehmens zwingend einen Vertrag zwischen diesem und der beklagten Krankenkasse nach § 132a Abs 2 SGB 5 voraus und muss die medizinische Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege erwiesen sein?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 11.02.2015 - L 9 KR 283/12	15-02-180
Krankentransportunternehmer: Klagebefugnis bei Kassenäußerung zur Vorabgenehmigungspflicht	B 3 KR 19/15 R	Ist eine Klage von Krankentransportunternehmen auf Unterlassung von Äußerungen einer Krankenkasse zu den Voraussetzungen eines Leistungsanspruchs der Versicherten (hier: § 60 Abs 2 S 1 Nr 3 SGB 5) zulässig?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 26.02.2014 - L 9 KR 313/11 -	14-03-136 NZZ
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
Ruhen des Anspruchs auf Leistungen bei Beitragsrückstand und Wechsel der Krankenkasse	B 1 KR 16/15 R Termin: 08.09.2015	Kann nach Krankenkassenwechsel die aufnehmende Krankenkasse dem Versicherten entgegenhalten, sein Anspruch auf Leistungen ruhe, weil bereits die abgebende Krankenkasse ihm gegenüber das Ruhen des Anspruches wegen Beitragsrückstand festgestellt habe?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 27.05.2014 - L 11 KR 1169/13 -	14-03-145 NZZ
Eigeneinrichtung der Krankenkasse: Einsichtnahme in Patientenakte	B 1 KR 36/14 R Termin: 08.09.2015	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 NZZ
Vorschlagsliste zu Sozialwahlen: Begrenzter Anteil der Bediensteten	B 1 KR 28/14 R Termin: 08.09.2015	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	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	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 27.06.2013	13-04-114

viertem Bundesland	Termin: 10.03.2015	die Bewertung der Zuständigkeit einer geöffneten IKK das tatsächliche Vorhandensein von betreuten Betrieben – einschließlich unselbstständiger Betriebsteile – in mehr als drei Bundesländern ist?	- L 5 KR 14/11 KL -	
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Behinderte durch Rentenversicherungsträger	B 1 KR 7/13 R Abgabe an 13. Senat: B 13 R 12/14 R (Termin: 16.06.2015)	Sind die persönlichen Anspruchsvoraussetzungen des § 10 SGB 6 zur Bewilligung von Rehabilitationsleistungen durch (erwerbsunfähige) Behinderte, die in einer Werkstatt 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
Erstattungsstreit mit BG: Ausschlussfrist/Entscheidung über Erstattung von Zuzahlungen	B 1 KR 14/15 R	Hängt der Beginn des Laufs der Ausschlussfrist nach § 111 S 2 SGB 10 davon ab, dass eine erstattungspflichtige Berufsgenossenschaft über die Erstattung von Zuzahlungen an den Versicherten entschieden hat oder entscheiden müsste, nachdem dieser von der erstattungsberechtigten Krankenkasse sich im Erstattungsstreit befindende zuzahlungspflichtige Leistungen erhalten hatte?	SG Mannheim, Urt. v. 07.10.2014 - S 3 KR 1132/14 -	15-02-185
Krankenkassenwahlrecht eine Sozialhilfeempfänger	B 1 KR 26/15 R	Hat ein in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherter Empfänger von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGB 12, der bereits eine Krankenkasse zur Krankenbehandlung im Bereich des zuständigen Sozialhilfeträgers gewählt hat, das Recht zur Wahl einer anderen Krankenkasse?	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 12.09.2014 - L 4 KR 3468/13	
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
Mindestmenge für die Behandlung sehr geringgewichtiger Früh- und Neugeborener	B 1 KR 15/15 R	Ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, für Perinatalzentren des Levels 1 eine jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus von 14 Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von < 1250g vorzusehen, rechtmäßig?	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 16.01.2015 - L 1 KR 258/12 KL -	15-02-188
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
Leistungen des Bildungs- und Teilhabepaktes im Jahr 2012	B 1 AS 1/14 KL Termin: 10.03.2015	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?		
Landwirtschaftliche Krankenkasse: Erbringung von Betriebshilfe an KG	B 3 KR 15/15 R	Ist die landwirtschaftliche Krankenkasse gegenüber einem Landwirt zur Betriebshilfe für einen Viehhaltungsbetrieb verpflichtet, wenn dieser neben einem auf Bodenbewirtschaftung beruhenden Einzelunternehmen aus steuerlichen Gründen als Kommanditgesellschaft geführt wird?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 17.12.2014 - L 4 KR 296/11 -	15-02-190