

Rechtsprechungsinformationsdienst 15-04

REDAKTION	8
EDITORISCHE HINWEISE	8
A. VERTRAGSARZTRECHT	9
I. Honorarverteilung	9
1. Vergütung ab 2009	9
a) Keine Fallwertsteigerung für sog. Jungpraxis	9
b) HVV-Fallwertzuschläge zum RLV zulässig (KV Hamburg, Quartal I/10)	9
c) Umfang einer Erhöhung des Regelleistungsvolumens: Ermessensentscheidung	10
d) Erhöhung des Regelleistungsvolumens: 30 %-Grenze maßgeblich	10
e) Ausnahme vom Regelleistungsvolumen für Gefäßchirurgin	10
f) Einbeziehung von Dialyseleistungen in Regelleistungsvolumen rechtmäßig (Quartal III/10)	11
g) Keine Änderung der Regelleistungsvolumina bei Bestandskraft der Honorarbescheide	11
h) Quotierte Vergütung freier Leistungen (hier: pathologischer Leistungen) (Quartale III u. IV/10)	11
i) Quotierung von Laborleistungen rechtmäßig (Quartal IV/10)	12
2. Vergütung bis 2008	12
a) KV Schleswig-Holstein: Fortführung der Individualbudgets rechtmäßig (Quartale III/05 ff.)	12
b) Widersprüchliches Anerkenntnis/Jungpraxenregelung im HVM der KV Hamburg (Quartal I/05)	12
c) KV Hamburg: Fortführung der Individualbudgetierung im Quartal III u. IV/04 zulässig	13
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	13
1. Keine zwangsläufig vollständige Honorarrückberichtigung bei versehentlicher Falschabrechnung	14
2. Beschäftigung einer nicht genehmigten Assistentin	14
3. Job-Sharing: Überschreitung der Punktzahlgrenze/Ausschlussfrist/Vertrauensschutz	14
4. Ambulante Operationen: Anästhesien und „Operateur“	15
5. Berechtigung zur Erbringung reproduktionsmedizinischer Leistungen	15
6. Nr. 10320 EBM (Behandlung von Naevi flammei)	15
7. Abrechnungsausschluss nach Nr. 40100 EBM (Neuregelung ab II/09) rechtmäßig	16
8. Versandkostenpauschale nach Nr. 40100 EBM in überörtlicher BAG	16
9. MKG-Chirurgen: Verstoß gegen Splittingverbot	16
10. Zahnärzte	17
a) Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten als Obliegenheiten	17
b) MKG-Chirurgen: Verstoß gegen Splittingverbot	18
c) Behandlungsvertrag bedarf der Zustimmung des Betreuers	18
d) Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht nach Nr. 7750 GOÄ-82	18
III. Notdienst/Disziplinarrecht	19
1. Teilnahme am Notdienst: Besonderes öffentliches Interesse für Sofortvollzug	19
2. Disziplinarrecht	20
a) Kein Streikrecht für Vertragsärzte	20
b) Disziplinausschuss/Taggenaue Abrechnung von Psychotherapieleistungen	20
c) Disziplinarrechtliche Verfolgung trotz Einstellung des Strafverfahrens	21
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	21
1. Prüfung von Einzelleistungen: Begründung unterschiedlicher Restüberschreitungen	21
2. Arzneikostenregress	22
a) Richtgrößen	22
aa) Praxisbesonderheiten einer diabetologischen Schwerpunktpraxis	22
bb) Keine Änderung der Geschäftsgrundlage nach Abschluss einer Richtgrößenvereinbarung	22
b) Off-Label-Use: Actonel zur Behandlung der Osteoporose bei Männern	23
c) Arzneimittel mit fiktiver Zulassung (AHP 200)	23
3. Rechtmäßigkeit von Generikazielen in einer Wirkstoffvereinbarung	23
4. Untätigkeitsklage nach fünfjähriger Untätigkeit: Keine Aussetzung	23
V. Zulassungsrecht	24
1. Keine Erledigung nach Verzicht des Mitbewerbers vor Entscheidung des Berufungsausschusses	25
2. Ausschreibung/Praxisnachfolge	25
a) Zulassungsverzicht eines für zwei Fachgebiete zugelassenen Vertragsarztes	25
b) Nachbesetzung nur für einen halben Versorgungsauftrag bei geringem Praxisumfang	26

3. Zuordnung der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie zur Gruppe der Orthopäden	26
4. Keine Anstellungsnachfolge eines Chirurgen mit Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie	26
5. Sitzverlegung: Keine Beschränkung der Prüfung auf Vergleich der Versorgungsgrade der Bezirke	27
6. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	28
a) Anstellungsgenehmigung für Strahlentherapeutin nach Zulassungsmoratorium	28
b) Nachbesetzung einer Arztstelle	28
aa) Nachbesetzung einer Angestelltenstelle im Umfang von 30 Stunden/Woche nach Fristablauf	28
bb) Nachbesetzung einer ¼-Arztstelle durch Aufstockung: Keine Antragsfrist	29
cc) Keine Anstellungsnachfolge eines Chirurgen mit Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie	29
c) Keine Beteiligtenfähigkeit eines unselbständigen MVZ	30
d) Duldungsvollmacht für ärztlichen Leiter eines MVZ	30
e) Herausgabe einer Bürgschaftsurkunde nach Gesellschafterwechsel	31
7. Job-Sharing und Erhöhung der Punktzahlbergrenze: Darlegung substantieller Anhaltspunkte	31
8. Zulassungsentziehung: Sitzverlegung ohne Genehmigung/Vermögensdelikte	31
VI. Vertreterversammlung//HzV-Vertrag/GBA	32
1. Gültigkeit der Wahl zur Vertreterversammlung der KZV Bayern (Legislaturperiode 2011 bis 2016)	33
2. HzV-Vertrag: Bestimmbare Gegenleistung	33
3. Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)	34
a) Beanstandung der Verordnungseinschränkung von Gliniden durch BMG	34
b) Stellungnahmerecht bei Bekanntgabe eines zunächst beanstandeten Beschlusses	34
VII. Verfahrensrecht/Streitwert	35
1. Erledigungserklärung und Erledigung des Rechtsstreits	35
2. Keine Beschränkung einer Klage bei vollumfänglicher Anfechtung eines Widerspruchbescheids	35
3. Beschwerde gegen einen Streitwertbeschluss: Rechtsschutzinteresse	35
VIII. Bundessozialgericht (BSG)	36
1. Honorarverteilung	36
a) BEMA-Z-Umstrukturierung 2004: Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen	36
b) Honoraransprüche gegen die K(Z)V nach „modifizierter“ Freigabe durch Insolvenzverwalter	36
2. Feststellungsklage eines Konkurrenten wg. Genehmigung einer Zweigpraxis mit Dialyse	36
3. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress	36
a) Faktischer Verordnungsausschluss durch Therapiehinweis in AMRL (Forsteo/Teriparatid)	36
b) Überschreitung der zulässigen Dosierung/Off-Label-Use (Forsteo/Teriparatid)	37
c) Keine Verordnungsfähigkeit von LeukoNorm mit fiktiver Zulassung	37
4. Zulassungsrecht	37
a) Weitere hälftige Zulassung in anderem K(Z)V-Bezirk	37
b) Zulassung als Belegarzt: Spezialisiertes Anforderungsprofil (Endprothetik der Gelenke)	37
c) Genehmigung neuropädiatrischer Leistungen für Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung	38
5. Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei Ausschusswahlen einer Vertreterversammlung/Anfechtungsfrist	38
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	39
I. (Zahn-)Ärztliche Behandlung	39
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode	39
a) Circuläre Keratotomie bei Hornhautkrümmung	39
b) Helmtherapie keine GKV-Leistung	39
2. Behandlung mit onkolytischen Viren in Ungarn und Deutschland	39
3. Künstliche Befruchtung: Mischversicherung GKV/PKV	40
4. Fortsetzung einer Behandlung bei einem bestimmten Arzt ohne Abrechnungsbefugnis	40
5. Zahnärztliche Behandlung	41
a) Prüfung eines Heil- und Kostenplanes: Körperliche Untersuchung	41
b) Professioneller Zahnreinigung bei Parodontitis	41
c) Craniomandibuläre Dysfunktion	41
II. Stationäre Behandlung	41
1. Magen-Bypass-Operation: Erfolglosigkeit konservativer Behandlungsmöglichkeiten	41
2. Liposuktionsbehandlung	42
3. Mammaaugmentationsplastik: Fehlende Anlage einer weibl. Brust aufgrund genetischer Erkrankung	42
4. Geschlechtsangleichende Operation: Reduktion des Adamsapfels	42
III. Kostenerstattung	43
1. Fehlende Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut	43
2. Kausalzusammenhang	43
a) Ablehnung für anderes Hörgerät reicht nicht aus	43
b) Vorherige Festlegung auf bestimmte Krankenbehandlung	43

3. Genehmigungsfiktion	44
a) Beweislast für telefonisch ergangene Entscheidung	44
b) Unterlassene Unterrichtung über Einholung eines MDK-Gutachtens unerheblich	44
c) Keine Einhaltung der Fristen seitens der Krankenkasse	44
d) Anforderungen an Informationsschreiben/Einwendungsausschluss	44
e) Anforderungen an eine Verzögerungsmitteilung	45
f) Wirkung der Genehmigungsfiktion: Ausschluss aller Einwendungen	45
g) Subsidiarität der Feststellungsklage gegenüber einer Leistungsklage	45
4. Stationäre Behandlung in Österreich wegen Endometrioseerkrankung	45
IV. Arzneimittel	46
1. Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel	46
2. Off-Label-Use: Rituximab (MabThera ®) bei chronischer Polyarthritis	46
3. Anthroposophische Arzneimittel (Mistelpräparat Iscador)	46
V. Hilfsmittel	46
1. Rollstuhlfahrrad	47
2. Rollstuhlzuggerät (Handbike Speedy Duo 2)	47
3. Sesseldreirad	48
4. Versorgung mit einem Cochlea Implantat	48
VI. Häusliche Krankenpflege/Reha-Maßnahmen/Fahrkosten	48
1. Häusliche Krankenpflege	49
a) Unterbringung in Einrichtung der Behindertenhilfe: Medikamente über Magensonde	49
b) Wohngemeinschaft von Pflegebedürftigen (Wachkomapatienten)	49
2. Reha-Maßnahmen	49
a) Nichterweislichkeit des Gesundheitszustandes wegen Verweigerung eines Gutachtens	49
b) Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter	50
3. Keine Unterkunftskosten zur Anpassung der Hilfsmittel	50
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	50
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	52
a) Fälligkeit eines Zahlungsanspruchs trotz Abrechnungsstreits	52
b) Inhalt einer Aufrechnungserklärung	52
c) Keine Aufrechnung ohne wirksame Aufrechnungserklärung	53
d) Korrektur der Kodierung eines Behandlungsfalls innerhalb der Verjährungsfrist	53
e) Keine Verwirkung einer Nachberechnung mit Ablauf des Haushaltsjahres der Krankenkasse	53
f) Nachkorrektur einer Abrechnung: Keine 6-Wochen-Frist/Keine 5 %-Wertgrenze	53
g) QualitätssicherungsRL zum Bauchaortenaneurysma: Anforderungen an einen Leitungslehrgang	54
h) Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung einer Borderline-Störung	54
i) Erforderlichkeit einer teilstationären Alkoholentzugsbehandlung	54
2. Fallpauschalen	55
a) Kodierung eines Symptoms als Hauptdiagnose	55
b) Abgrenzung Haupt-/Nebendiagnose: Niereninsuffizienz mit Hyperkaliämie/Beatmung	55
c) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Fachliche Behandlungsleitung	55
d) Nebendiagnose T88.4 bei schwierigem Atemweg	56
e) OPS 5-394.2 (Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates)	56
3. Verordnung von Hilfsmitteln während Krankenhausaufenthalt	56
4. Aufwandspauschale	56
a) Nur eine Aufwandspauschale/Unzulässigkeit der Schaffung eines eigenen „Prüfregimes“	56
b) Keine Minderung des Rechnungsbetrages und kein Nachweis einer fehlerhaften Kodierung	57
5. Obligatorisches Schlichtungsverfahren und keine Aussetzung	57
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	58
1. Apotheken	58
a) Änderung der Abgabemenge des verordneten Medikaments	58
b) Fehlende Bestätigung des verschreibenden Arztes zur Sicherheitsbelehrung nach § 3a II AMVV	59
2. Arzneimittelhersteller: Kombination zwischen verschreibungspflichtigem und Nichtmedikament	59
3. Keine Streichung eines Speedy-Tandems aus Hilfsmittelverzeichnis	60
4. Heilmittelerbringer	60
a) Betrieb einer Praxisnebenstelle bedarf Neuerteilung der Zulassung	60
b) Ausbildung zur manuellen Therapie in anderem EU-Staat	60
c) Ausschluss der Masseure von Manueller Therapie	61
5. Häusliche Krankenpflege: Kündigung eines Versorgungsvertrags nach Ermittlungsverfahren	61
IX. Krankenkassen/Sonstiges	62
1. Leistungsausschluss nach Rückkehr aus dem Ausland (§ 52a SGB V)	62

2. Krankenkassenwahlrecht eines Sozialhilfeempfängers	63
3. Ruhen der Leistungsansprüche	63
4. Erstattungsstreitigkeiten	63
a) Verwaltungsakt gegenüber Versicherten ohne Tatbestandswirkung	63
b) Elektroscooter: Allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens	63
c) Häusliche Krankenpflege ohne vorherige ärztliche Verordnung	64
d) Erstattungsanspruch eines drittangegangenen Trägers	64
X. Gemeinsamer Bundesausschuss	64
Keine Verordnungsfähigkeit der Raucherentwöhnung dienender Arzneimittel	64
XI. Verfahrensrecht	65
1. Äußerungsfristen im einstweiligen Anordnungsverfahren	65
2. Keine Missbrauchsgebühr nach günstigem § 109er Gutachten	65
3. Entschädigung für das nicht angeordnete Erscheinen bei Gericht	66
4. Keine Auslagenvergütung für Beteiligte durch Staatskasse in gerichtskostenpflichtigem Verfahren	66
XII. Bundessozialgericht (BSG)	66
1. Elektronische Gesundheitskarte verletzt nicht Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung	66
2. Unaufschiebbarkeit einer Leistung nach § 13 III SGB V	67
3. Hilfsmittel	67
a) Schwenkbarer Autositz	67
b) Keine Perücke für Mann	67
4. Häusliche Krankenpflege in vollstationärer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen	68
5. Beziehungen zu Krankenhäusern	68
a) Kosten für allein erreichbares Thrombozyten-Apheresekonzentrat	68
b) Einwand unzulässiger Rechtsausübung nicht allein aufgrund Zeitablaufs	68
c) Behandlungsnotwendigkeit über Grenzverweildauer hinaus und Verlegung	68
d) Keine abweichende Vereinbarung der Verjährungsfrist	68
e) Festlegung der Hauptdiagnose	69
f) Aufwandspauschale: Rechnungsminderung als Voraussetzung für Aufwandspauschale	69
g) Fehlgeschlagene Schlichtung als zwingende Klagevoraussetzung	69
6. Beziehungen zu Leistungserbringern	69
a) Einbehalt des Apothekenabschlags: Spätere Ausgleichszahlungen	69
b) Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis: Bestandteil einer Behandlungsmethode	69
c) Kein Auskunftsanspruch einer Orthopädietechniker-Innung über Verträge	70
7. Erstattung: Häusliche Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe	70
8. Leistungen des Bildungs- und Teilhabepaktes im Jahr 2012	70
9. Verstoß gegen den Amtsermittlungsgrundsatz: Beweisanzug	71
XIII. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)	71
Voraussetzungen einer Verfassungsbeschwerde/Regelungsbefugnisse des GBA	71
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	73
I. Ärztliches Berufsrecht	73
1. Rücknahme/Widerruf/Ruhen der Approbation/Berufserlaubnis	73
a) Zweifel an der gesundheitlichen Eignung eines Psychologischen Psychotherapeuten	73
b) Fehlende gesundheitliche Eignung eines Zahnarztes (Epilepsie)	73
c) Wiedererlangung der Würdigkeit erst nach fünf Jahren	74
d) Reifeprozess von zehn Jahren bei schwerer beruflicher Verfehlung	74
e) Wiedererteilung der Approbation	74
aa) Änderung der persönlichen Haltung	74
bb) Einstweilige Anordnung: Anordnungsgrund und befristete Erlaubnis	75
f) Bewährungserlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs nach § 8 BÄO	76
2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen	76
a) Weiterbildungsbefugnis: Verpflichtung zu einer oberärztlichen Fachvertretung	76
b) Kostenbescheid über Auslagen für ein Gleichwertigkeitsgutachten	76
3. Berufspflichten	77
a) Pflicht zur ordnungsgemäßen Wahrnehmung des zahnärztlichen Notdienstes	77
b) Massive Beleidigung des Zentralrats der Juden in Deutschland	77
c) Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens nicht durch Antrag eines Verfahrensbevollmächtigten	77
d) Berufsgerichtliches Verfahren zur Nachprüfung einer Rüge	77
e) Zeugnisverweigerungsrecht der Berufshelferinnen (§ 53a StPO): Verfahren gegen Berechtigten	78
4. Benachrichtigung der Straßenverkehrsbehörde wegen Fahruntauglichkeit eines Patienten	78
5. Widerruf einer Befreiung von der Teilnahme am zahnärztlichen Notfalldienst	78
6. Sittenwidriger Zulassungsverzicht nach Ausscheiden aus überörtlicher BAG	79

7. Sachliche Zuständigkeit bei Auseinandersetzung einer BAG unter Eheleuten	79
8. BGH: Anwaltshaftung/Geschäftsmodell für Orthopäden und radiologische Praxis	79
9. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht	80
a) BGH: Ausstrahlung von Werbespots für Apotheken im Wartezimmer-TV	80
b) Teilberufsausübungsgemeinschaft mit Radiologen: Unzulässige Gewinnverteilung	80
c) Empfehlung eines Hörgeräteakustikers durch HNO-Arzt	81
d) Werbung eines Augenarztes für Augenakupunktur bzw. Sauerstofftherapie	81
e) Keine Werbung einer Arzt-GmbH in Bayern	81
f) Rubrizierung einer Heilpraktikerin im Ärzteverzeichnis unter „Homöopathie“	81
10. Äußerung auf Ärzte-Bewertungsportal als zulässige Meinungsäußerung	81
11. Untersagungsanordnung: Auflösende Bedingung einer Röntgengenehmigung	81
12. Arbeits- und Sozialrecht	82
a) BAG: Altersdiskriminierung/Kündigung einer Arzthelferin unter Hinweis auf „Pensionsberechtigung“	82
b) Verteilung von Liquidationseinnahmen des Leiters eines Zentrallabors	82
c) Befristung eines Arbeitsvertrags mit Ärzten in Weiterbildung	82
d) Sozialversicherungspflicht: Einbindung in Rufbereitschaftsdienst einer Klinikabteilung	82
e) Sozialversicherungspflicht eines Notarztes im ärztlichen Bereitschaftsdienst	83
13. Heilberufskammern: Wahlwiederholung wegen Nichtzulassung eines Zahnarztes zur Kammerwahl	83
14. Versorgungswerk: Keine Berufsunfähigkeit bei möglicher Verbesserung des Gesundheitszustands	83
II. Arzthaftung	84
1. BGH: Verletzung des Gebots des rechtlichen Gehörs	84
2. Behandlungsfehler	84
a) Sorgfaltspflichten eines Hausarztes bei Patient mit kontinuierlich steigendem PSA-Wert	84
b) Notdienstliche Fehlbehandlung: Verstoß gegen Pflicht zur Erhebung von Befunden	85
c) Rettungseinsatz: Keine Anzeichen für ein schweres Schädel-Hirn-Trauma	85
d) Folge eines groben Diagnose- und Befunderhebungsfehlers: Sekundärschaden	86
e) Unfallchirurg: Übersehen eines Bruchs des Orbitabodens	86
f) Keine Notwendigkeit eines MRT vor Kniespiegelung bei hochgradiger Bewegungsschmerzhaftigkeit	86
g) Keine Diagnostik wegen erhöhter Leberwerte/Schmerzensgeld	86
h) Unterlassene Abstrichentnahme bei einer perforierten Appendizitis	87
i) Erhöhte Blutdruckwerte als Symptom einer Nierenerkrankung/Schmerzensgeld	87
j) PIP-Silikonimplantate: Kein Behandlungsfehler im Jahr 2010	87
k) Lagerungsschäden bei einer laparoskopischen, roboterassistierten Myomenukleation	87
l) Verzögerte Verlegung in ein Krankenhaus der Maximalversorgung	88
m) Hygienemangel: An Türklinke des Krankenzimmers infizierte Handschuhe	88
n) Folgen einer fehlerhaften Dokumentation (operative Versorgung einer Dünndarmserosaläsion)	88
3. Aufklärung/Einwilligung	89
a) Aufklärungspflicht bei unterschiedl. Operationstechniken/Vernichtung von Behandlungsunterlagen	89
b) Aufklärung vor Operation bei klinisch unauffälligen Tests	89
c) Aufklärung bei allenfalls relativer Operationsindikation: Kreuzbandplastik	90
d) Aufklärungspflicht bei Miktionsproblemen/Abgrenzung Diagnoseirrtum v. Befunderhebungsversäumnis	90
e) Valgisierende Umstellungsosteotomie des rechten Schienbeins/Schmerzensgeld	90
f) Sterilisation im Wege einer Eileiterdurchtrennung oder einer Eileiterentfernung	90
g) Einwilligung in künstliche Ernährung schließt Wechsel der Sonde ein	91
4. Fixierung eines psychisch auffälligen, sich selbst gefährdenden Patienten	91
5. Sturz im Krankenhaus	91
6. Haftung eines Durchgangsarztes	91
7. Schadenshöhe	92
a) Stundensatz bei Haushaltsführungsschaden	92
b) Ausfälle bei der Haushaltsführung	92
8. Schmerzensgeld	92
a) Schmerzensgeldbemessung bei Schwerstschadensfällen	92
b) Schmerzensgeld deutlich über 15.000 €/Anwaltsgebühren für vorgerichtliche Tätigkeiten	93
c) Schmerzensgeldhöhe: Schwere Komplikation bei Schwangerschaftsabbruch	93
9. Sachverständige	93
a) Pflicht zur Neutralität auch gegenüber unsachlicher Kritik der Partei	93
b) Keine Besorgnis der Befangenheit aufgrund Arzthaftungsstreitigkeiten	94
10. Verfahrensrecht	94
a) Keine Verpflichtung zur mündlichen Verhandlung	94
b) Keine überlange Stellungnahmefrist zur Einholung eines Privatgutachtens	94
c) Abgrenzung eines Parteiwechsels von einer Rubrumsberichtigung	95
d) Örtliche Zuständigkeit	95
aa) Gerichtsstand der unerlaubten Handlung: Unterlassung ordnungsgemäßer Behandlung	95
bb) Erfolgsort des Gerichtsstands nach primärer Gesundheitsbeschädigung	95
11. Zahnärzte	95
a) Nicht nachvollziehbare prothetische Versorgung	95
b) Keine völlige Unbrauchbarkeit einer prothetischen Versorgung bei langer Tragedauer (6 ½ Jahre)	96

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel	96
1. BVerwG: Teilidentische Arzneimittelbezeichnungen	96
2. Bundesgerichtshof (BGH)	96
a) Patientenindividuell zusammengestellte Arzneimittelblister und einheitlicher Abgabepreis	96
b) Abschlag auf Herstellerabgabepreis verfassungsrechtlich gerechtfertigt	97
3. Apotheker	97
a) Keinen Einkaufsgutschein für rezeptpflichtiges, preisgebundenes Arzneimittel	97
b) Insolvenzrecht: Keine Anordnung der Eigenverwaltung bei drohender Gläubigerbenachteiligung	98
c) Befreiung von der Rentenversicherungspflicht	98
4. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht	98
a) Werbung mit nicht zulassungskonformer Dosisempfehlung	98
b) Bewerbung eines Bluttests	98
5. Kein Erwerb eines Betäubungsmittels in tödlicher Dosis zum Zweck der Selbsttötung	99
6. Arzneimittelrabattverträge: Bietergemeinschaften im Konzernverbund/Sortimentsbreite	99
7. Vereinbarkeit der Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel mit EU-Recht	99
8. Beihilfe	100
a) Beschränkung der Beihilfefähigkeit auf apothekenpflichtige Arzneimittel	100
b) Beschränkung der Beihilfefähigkeit von Medizinprodukten	100
c) Hepatitis A-Schutzimpfung nach der BBhV	100
d) Regeneresen: Präparate NeyChon und NeyAth	100
e) Präparat „Melatonin 5 mg JuneKapseln“	100
f) Diätetische Lebensmittel	101
g) Hilfsmittel: Beihilfeausschluss/Beschränkung von Sehhilfen für Erwachsene	101
h) Heilmittel: Keine Beihilfefähigkeit der konduktiven Förderung nach Petö	101
IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe	101
1. Privatbehandlung	101
a) Anspruch auf Negativauskunft über Behandlungsfehler	101
b) Vorlage von Proben außerhalb des Praxissitzes	102
c) Mischung aus konventionellem Fertigungsverfahren und Chairside-Fertigungsverfahren	102
d) Wahlleistungen	102
aa) Chefärztliche Leistungen in Klinik für psychosomatische Medizin	102
bb) Abrechnung vereinbarter Wahlleistungen durch Anästhesistin	103
cc) Radiologische Honorarärztin aufgrund Kooperationsvertrags	103
2. Private Krankenversicherung	103
a) Falschberatung bei Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung	103
b) Wirksame Belehrung vor Abschluss eines Krankenversicherungsvertrags	104
c) Tarifbestimmung über „gesondert berechenbare ärztliche stationäre Behandlung im Krankenhaus“	104
d) Abrechnung eines Femtosekundenlasers bei Kataraktoperation	104
e) Prozedurenschlüssel 8-55.1: Führung eines Protokolls	104
f) Hörgeräteversorgung: Berücksichtigung beruflicher Anforderungen	104
g) Kieferorthopädische Behandlung: Invisalign-Schienen	105
3. Beihilfe	105
a) Freiwilliges Mitglieds einer gesetzlichen Krankenversicherung: Keine weitergehende Beihilfe	105
b) PostBKK: Rückforderung wegen Abrechnungsbetrugs des Arztes	105
c) Entfernung schadhafter Brustimplantate	106
d) Kryokonservierung keine Maßnahme der künstlichen Befruchtung	106
e) Ziff. 2137 GOÄ keine allumfassende Komplexgebühr für eine Schulteroperation	106
f) Heilpraktiker/Hyperthermiebehandlung/Dendritische Zellen/Galvanotherapie	107
g) Kieferorthopädische Behandlung: Nr. 6100 GOZ (Klebebrackets) neben Nr. 2197 beihilfefähig	107
V. Verschiedenes	107
1. EGMR: Anordnung der Fortdauer der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus	107
2. EuGH: Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen öffentl. Krankenhäuser in privaten Einrichtungen	108
3. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)	108
a) Keine Aussetzung des Vollzugs des Gesetz zur Tarifeinheit	108
b) Gemeinsame Ausführung mehrerer Strafgefangener zu einem Facharzttermin	109
c) Ausschöpfen prozessualer Möglichkeiten/Fahrkosten zur Substitutionsbehandlung	109
d) Rechtspflicht zur Publikation veröffentlichungswürdiger Gerichtsentscheidungen	109
e) Unangemessene Dauer eines Verfahrens vor dem BVerfG	109
4. BSG: Schuldner der Aktenversendungspauschale/Teillieferungen	110
5. Bundesgerichtshof (BGH)	110
a) Einwilligung zur heterologen künstlichen Befruchtung: Auch Vertrag zugunsten des Kindes	110
b) Voraussetzungen der Genehmigung der Einwilligung in eine ärztliche Zwangsbehandlung	111
c) Genehmigung einer Zwangsmedikation ohne ausreichende gutachterliche Grundlage	111
d) Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus	111
e) Vergütungsanspruch eines ambulanten Pflegedienstes	112
f) Übergang eines Schadensersatzanspruchs auf den Sozialversicherungsträger	112

g) Kostenübernahmebescheid des Sozialhilfeträgers: Ambulante Pflegekosten/Verzugszinsanspruch	112
6. BFH: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung reicht für Terminverlegung nicht aus	112
7. Krankenhäuser	113
a) BVerwG: Schiedsstelle nach § 13 KHEntgG/Festsetzung des Erlösbudgets	113
b) Krankenhausplan	113
aa) Fehlende Bedarfsanalyse begründet Anspruch auf Neubescheidung	113
bb) Herausnahme einer Betriebsstätte eines Kooperativen Brustzentrums aus Krankenhausplan	113
cc) Teilweise Herausnahme eines Plankrankenhauses aus dem Krankenhausplan	113
dd) Anfechtung der Aufnahme in Krankenhausplan durch Mitbewerber	114
ee) Auswahlentscheidung: Kriterium der Wohnortnähe im Bereich der geriatrischen Versorgung	114
c) Kein Anspruch des Nothelfers bei fehlender Bedürftigkeit	114
d) Sicherstellungszuschlag: Geringer Versorgungsbedarf	114
e) Zuschlag für besondere Leistungen eines Brustzentrums	115
f) Teilweiser Widerruf bewilligter Fördermittel	115
g) Abhängige Beschäftigung einer Krankenschwester im Krankenhaus	115
h) Kopftuchverbot im evangelischen Krankenhaus	115
8. Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen pauschalierenden Entgeltsystems (PEPP)	115
9. Informationsbegehren über Drittmittelverträge an Hochschule	116
10. Krankenkassen	117
a) BGH: Verjährung eines Amtshaftungsanspruchs/Unrichtige Auskunft einer Krankenkasse	117
b) Haftung eines Vorstandsmitglieds gegenüber seiner gesetzlichen Krankenkasse (Mietvertrag)	117
c) Amtshaftung: Bearbeitung eines Antrags auf Bewilligung einer Mutter-Kind-Kur	117
d) Keine Beiladung einer Krankenkasse im Klageverfahren wegen Aufnahme in Krankenhausplan	117
11. Rettungsdienst	118
a) Zahlungsanspruch gegenüber privaten Selbstzahlern	118
b) Vergaberelevante Vertragsänderung: Aufstockung von Vorhalteleistungen	118
12. Intensivpflegerin für ambulanten Pflegedienst als freie Mitarbeiterin	119
13. Heilpraktiker	119
a) Ausübung osteopathischer Behandlungen durch Physiotherapeuten	119
b) Ungeeignete schriftliche Prüfungsfragen	119
c) Rücknahme einer Heilpraktikererlaubnis wegen sexueller Nötigung	119
14. Patiententransport eines ambulanten Rehabilitationszentrums nicht genehmigungspflichtig	120
15. Gesetzliche Unfallversicherung: Infektionsgefahr bei Krankenschwester im Blutspendedienst	120
16. Petö-Therapie als Eingliederungshilfe bei Erwachsenen	120
17. OEG: Verabreichung von Dopingmitteln an eine minderjährige Hochleistungssportlerin	121
18. Anerkennung als Contergangeschädigte	121
a) Keine charakteristischen thalidomidbedingten Fehlbildungen	121
b) Fehlender Nachweis der Einnahme thalidomidhaltiger Präparate	121
19. Keine Übernahme ungedeckter Kosten über Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus	121
20. Keine abhängige Beschäftigung einer in Praxis angestellten Physiotherapeutin	122
21. Zwangsbehandlung	122
a) Schmerzensgeld nach zwangsweiser Fixierung und Verabreichung von Neuroleptika	122
b) Zwangsmedikationen nur nach Durchführung des Hauptsacheverfahrens	122
22. Steuerrecht	122
a) Einkommensteuerrecht	122
aa) BFH: Außergewönl. Belastungen im Fall wissenschaftl. nicht anerkannter Behandlungsmethoden	122
bb) Künstliche Befruchtung: Befruchtung von mehr als drei Eizellen	123
cc) Aufwendungen für künstliche Befruchtung: Gleichgeschlechtliche Partnerschaft	123
b) Umsatzsteuerrecht	123
aa) BFH: Steuerfreie Umsätze aus der Kryokonservierung weiblicher Eizellen	123
bb) Vorabentscheidungsersuchen an EuGH: Blutplasma zur Herstellung von Arzneimitteln	123
cc) Telefonische Gesundheitsberatung	124
c) Gewerbesteuerrecht	124
aa) BFH: Gewerbesteuerpflicht eines ambulanten Rehabilitationszentrums vor 2015	124
bb) Gewerbesteuerpflicht eines psychotherapeutischen Ausbildungsinstituts	124
cc) Gewerbesteuerpflichtigkeit einer Heileurythmistin	124

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT _____ 125

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG _____ 132

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

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

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

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

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

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank www.sozialgerichtsbarkeit.de wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 08.11.2015 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 selbstständigen 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 2009

a) Keine Fallwertsteigerung für sog. Jungpraxis

SG Potsdam, Urteil v. 06.05.2015 - S 1 KA 134/13

RID 15-04-1

juris
SGB V §§ 87a, 87b

Es ist nicht zu beanstanden, wenn eine Ärztin alle abgerechneten Behandlungsfälle mit dem **durchschnittlichen Fallwert** der Arztgruppe im Regelleistungsvolumen vergütet bekommt, soweit für eine Fallwertsteigerung aufgrund der Morbidität der Patienten oder einer besonderen Ausrichtung der Praxis keine Anzeichen ersichtlich sind. Sofern jedoch das „normale“ Leistungsspektrum der Arztgruppe im Durchschnitt pro Behandlungsfall erbracht wird, ggf. nur in vermehrtem Maße, kann dies nicht dazu führen, dass über die tatsächliche Fallzahl hinaus eine weitere Vergütung erfolgt.

Die kl. Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, seit 2008 niedergelassen, streitet über die Höhe des Honorars für die Quartale I, III u. IV/11 (9., 11. und 12. Abrechnungsquartal). Das **SG** wies die Klage ab.

b) HVV-Fallwertzuschläge zum RLV zulässig (KV Hamburg, Quartal I/10)

LSG Hamburg, Urteil v. 19.08.2015 - L 5 KA 18/12

RID 15-04-2

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

Die Vertragspartner waren berechtigt, **Fallwertzuschläge** für ihren Regelungsbereich zu vereinbaren. Wenn über § 87b II 7 SGB V a.F. bestimmte Leistungen schon komplett außerhalb des RLV mit den vollen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung honoriert werden dürfen, dann muss das auch in der Weise möglich sein, dass deren „Abrutschen“ in den Abstufungsbereich durch eine flexible, mengenabhängige Erhöhung der RLV hinausgeschoben wird.

Die Kl. ist eine BAG aus einem Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie-Angiologie und zwei Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie. Sie streitet über die Höhe des Regelleistungsvolumens für das Quartal I/10. **SG Hamburg**, Urt. v. 25.04.2012 - S 3 KA 224/10 - wies die Klage ab, nachdem die Bekl. mit Teilanerkennnis erklärt hatte, alle von der Kl. erbrachten Leistungen der Serienangiographie vollständig zu vergüten. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

c) Umfang einer Erhöhung des Regelleistungsvolumens: Ermessensentscheidung

SG Hamburg, Urteil v. 12.08.2015 - S 27 KA 250/12

RID 15-04-3

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b

Liegen die tatbestandlichen Voraussetzungen für eine **Ausnahme vom RLV** (hier: Quartale I/11 bis I/12) vor, hat die KV nach pflichtgemäßem **Ermessen** zu entscheiden, in welchem **Umfang** eine Erhöhung des RLV vorzunehmen ist (vgl. BSG, Ur. v. 29.06.2011 - B 6 KA 17/10 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 66, juris Rn. 26). Sie ist im Rahmen ihres Ermessens berechtigt, die **Berechnungsmethode** für den Zuschlag zum RLV im Vergleich zu den Vorquartalen zu **verändern**, insb. auch, um die neuere BSG-Rspr. zu berücksichtigen.

Das **SG** wies die Klage des Facharztes für Orthopädie zurück.

Parallelverfahren:

SG Hamburg, Urteil v. 12.08.2015 - S 27 KA 249/12

RID 15-04-4

www.sozialgerichtsbarkeit.de

d) Erhöhung des Regelleistungsvolumens: 30 %-Grenze maßgeblich

LSG Hamburg, Urteil v. 07.10.2015 - L 5 KA 50/14

RID 15-04-5

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b

Es ist nicht zu beanstanden, wenn im HVV von der durch den Erweiterten Bewertungsausschuss geschaffenen Möglichkeit, im Einzelfall aus Gründen der Sicherstellung eine **Praxisbesonderheit** hinsichtlich des **RLV** auch festzustellen, wenn die vorgegebene Überschreitung von mindestens 30 % nicht vorliegt, kein Gebrauch gemacht wird.

Die kl. hausärztliche Internistin beantragte erfolglos die Erhöhung ihres RLV wegen Praxisbesonderheiten für die Quartale I/09 bis II/10. Sie gab an, sie sei auch Fachärztin für Lungen- und Bronchialheilkunde mit der Zusatzbezeichnung Allergologie. Sie behandle deshalb häufig Patienten mit pulmonalen Symptomen und Erkrankungen. **SG Hamburg**, Ur. v. 20.01.2010 - S 27 KA 32/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

e) Ausnahme vom Regelleistungsvolumen für Gefäßchirurgin

LSG Hessen, Urteil v. 16.09.2015 - L 4 KA 72/13

RID 15-04-6

SGB V a.F. §§ 85 IV, 87b

Im Rahmen des der **KV** zustehenden **Ermessens** darf sie wählen, auf welche Weise sie bestehende Praxisbesonderheiten bei der Honorarverteilung berücksichtigt, d.h. ob sie ganz oder teilweise von der Abstufung absieht oder den Fallwert entsprechend steigert. Sie kann auch beide Maßnahmen nebeneinander anwenden. Entscheidet sie sich – wie hier – für die Fallwerterhöhung, ist das Festhalten an der Abstufung nur dann ermessensfehlerhaft, wenn das sich hierdurch errechnende **Regelleistungsvolumen** die vorhandenen Besonderheiten der Praxis nicht hinreichend abbildet.

Ist das Tätigkeitsspektrum einer **Fachärztin für Gefäßchirurgie** mit dem der Gruppe der Fachärzte für Innere Medizin, Schwerpunkt Angiologie und invasive Tätigkeit vergleichbar, dann ist sie beim Regelleistungsvolumen wie diese Gruppe zu behandeln. Geboten, aber auch ausreichend ist damit eine Sonderregelung, aufgrund der sie letztlich ein Regelleistungsvolumen in gleicher Höhe erhält. Die Sonderregelung muss dabei keine völlige Gleichstellung erreichen; bleibt es bei einer geringfügigen Unterschreitung, ist dies unbedenklich.

Die kl. Fachärztin für Gefäßchirurgie begehrte eine Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens und hierbei eine Ausnahme von der Abstufung des Fallwertes für das Quartal IV/09. **SG Marburg**, Ur. v. 30.10.2013 - S 11 KA 132/12 - RID 14-01-2 verpflichtete die bekl. KV zur Neubescheidung. Aufgrund der rein gefäßchirurgischen Tätigkeit der Kl. hielt es das **SG** für naheliegend, die Kl. auch hinsichtlich der für die Fallwertabstufung maßgeblichen Fallzahl mit der Arztgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit zu vergleichen und zumindest insoweit eine Ausnahme von der Abstufung zu gewähren. Das **LSG** wies die Klage ab.

f) Einbeziehung von Dialyseleistungen in Regelleistungsvolumen rechtmäßig (Quartal III/10)

SG Marburg, Urteil v. 02.09.2015 - S 16 KA 553/12

RID 15-04-7

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

Leitsatz: Im Quartal III/2010 bestand für den Bewertungsausschuss aufgrund seines Gestaltungsspielraums keine Verpflichtung, **nephrologische Leistungen**, hierbei insbesondere die Dialyseleistungen GOP Nr. 13601 bis 13612 EBM, vom System der **Regelleistungsvolumina** auszunehmen.

Es bestand auch keine Verpflichtung der **Kassenärztlichen Vereinigung** Hessen, von dieser Vorgabe abzuweichen.

Die Bet. streiten noch über die Zuweisung des RLV sowie das Honorar für das Quartal III/10 u. hierbei insb. um die Frage, ob bestimmte Leistungen des Kapitels 13.3.6 EBM in das RLV einbezogen werden dürfen. Das **SG** wies die Klage ab.

S. auch SG Düsseldorf, Urt. v. 25.09.2013 - S 14 KA 261/11 - RID 14-02-3; zum Quartal I/09 SG Düsseldorf, Urt. v. 06.02.2013 - S 2 KA 125/10 - RID 13-01-3, Berufung anhängig; LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KA 35/13 -; z.T. anders SG Marburg, Urt. v. 02.04.2014 - S 12 KA 888/11, S 12 KA 889/11 - RID 14-02-4, Berufung anhängig; LSG Hessen - L 4 KA 34/14 -.

g) Keine Änderung der Regelleistungsvolumina bei Bestandskraft der Honorarbescheide

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.02.2015 - L 11 KA 85/12

RID 15-04-8

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 87a, 87b; SGB X § 37

Einem Anspruch auf eine Neubescheidung über die Gewährung von Zuschlägen auf die **Regelleistungsvolumina** steht die Bestandskraft der Honorarbescheide entgegen (BSG, Urt. v. 03.02.2010 - B 6 KA 31/08 R - BSGE 105, 236 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 53; v. 15.08.2012 - B 6 KA 38/11 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 1).

Streitig ist die Erhöhung des Fallwertes im Regelleistungsvolumen (RLV) in den Quartalen I bis IV/09. Die Kl. ist eine Gemeinschaftspraxis einer Fachärztin und eines Facharztes für **Neurochirurgie**. Die Bekl. lehnte den Antrag auf Erhöhung des RLV-Fallwertes ab. **SG Düsseldorf**, Urteil v. 11.07.2012 - S 2 KA 378/10 - RID 12-04-3 gab der Klage statt und verpflichtete zur Neubescheidung. Das **LSG** wies die Klage ab.

h) Quotierte Vergütung freier Leistungen (hier: pathologischer Leistungen) (Quartale III u. IV/10)

SG Düsseldorf, Urteil v. 18.03.2015 - S 33 KA 416/11

RID 15-04-9

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 33/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 72 II, 85 IV 3, 87 I 1, 87b

Die **Vergütung der pathologischen Leistungen** des Kapitels 19 EBM ist nicht zu beanstanden, denn ein Anspruch auf eine **unquotierte Vergütung** dieser Leistungen zum Orientierungspunktwert besteht nicht. Die **Kontingentierung der sog. freien Leistungen** beruht auf gesamtvertraglichen Regelungen, die wiederum auf Vorgaben des Bewertungsausschusses zurückgehen. Die maßgeblichen Bestimmungen auf beiden Regelungsebenen verstoßen nicht gegen höherrangiges Recht.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Honorarfestsetzung für die Quartale III u. IV/10 hinsichtlich der Kontingentierung der pathologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM. Das **SG** wies die Klage ab.

Zur Quotierung von Laborleistungen s. BSG, Urt. v. 19.08.2015 - B 6 KA 33/14 R -, bei Laborgemeinschaften 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 - und zu laboranalytischen Untersuchungen und humangenetischen Leistungen BSG, Urt. v. 19.08.2015 - B 6 KA 44/14 R -.

i) Quotierung von Laborleistungen rechtmäßig (Quartal IV/10)

LSG Hamburg, Urteil v. 19.08.2015 - L 5 KA 62/13

RID 15-04-10

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b

Die **Quotierung der Leistungen nach Kapitel 32 EBM** beruht auf gültigen Rechtsgrundlagen, die insb. im Einklang mit höherrangigem Recht stehen.

Das seit Januar 2009 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene MVZ in der Rechtsform der GmbH erbringt schwerpunktmäßig laboratoriumsmedizinische Leistungen. Die Kl. wendet sich gegen die nur quotierte Vergütung der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM und der Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM im Quartal IV/10. *SG Hamburg*, Urt. v. 31.07.2013 - S 3 KA 150/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Zur Quotierung von Laborleistungen s. BSG, Urt. v. 19.08.2015 - B 6 KA 33/14 R -, bei Laborgemeinschaften 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 - und zu laboranalytischen Untersuchungen und humangenetischen Leistungen BSG, Urt. v. 19.08.2015 - B 6 KA 44/14 R -.

2. Vergütung bis 2008

a) KV Schleswig-Holstein: Fortführung der Individualbudgets rechtmäßig (Quartale III/05 ff.)

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 21.04.2015 - L 4 KA 52/13

RID 15-04-11

Revision anhängig: B 6 KA 37/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V a.F. § 85 IV

Der HVV der **KV Schleswig-Holstein** mit fortgeführten **Individualbudgets** steht in den **Quartalen III/05 ff.** im Einklang mit höherrangigem Recht (Festhalten an LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 18.01.2011 - L 4 KA 11/10 - RID 11-03-7).

Die Kl. ist eine Berufsausübungsgemeinschaft bestehend aus Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie. Sie betreibt Dialyse-Leistungen und besitzt die Genehmigung zur Durchführung des Versorgungsauftrags Nephrologie mit Dialyse gemäß § 3 III Buchst. b der Anlage 9.1 zum BMV-Ä/EKV-Ä zur Betreuung von bis zu 150 Dialyse-Patienten. Die Bet. streiten über die Richtigkeit der Honorarabrechnungen verschiedener Abrechnungsquartale der Jahre 2005 bis 2008. *SG Kiel*, Urt. v. 24.04.2013 - S 16 KA 137/10 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Widersprüchliches Anerkenntnis/Jungpraxenregelung im HVM der KV Hamburg (Quartal I/05)

LSG Hamburg, Urteil v. 07.10.2015 - L 5 KA 33/13 WA

RID 15-04-12

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V a.F. § 85 IV

Die **Anerkennung** auf Neubescheidung des Honorars für das Quartal I/05 auf der Grundlage einer das Quartal II/05 betreffenden Entscheidung des BSG ist eine sog. **perplexe, widersprüchliche Willenserklärung** und damit unwirksam.

Der im **Quartal I/05** gültige **Honorarverteilungsmaßstab der KV Hamburg** entsprach nicht den gesetzlichen Vorgaben aus § 85 IV 7 und 8 SGB V, deren Einhaltung der KV aber nicht möglich war, da die Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht vorlagen. Dies führt jedoch nicht zur Nichtigkeit der Honorarverteilungsvereinbarung (vgl. LSG Hamburg, Urt. v. 05.11.2014 - L 5 KA 28/11 - RID 15-01-12, Revision anhängig: B 6 KA 46/14 R; LSG Hamburg, Urt. v. 03.12.2014 - L 5 KA 76/13 WA - RID 15-01-13, Revision anhängig: B 6 KA 4/15 R).

3. Die **Regelung für Jungpraxen** im HVM der KV Hamburg für das Quartal I/05 ist rechtmäßig.

Die kl. hausärztliche Internistin, seit Januar 2005 zugelassen, beantragte erfolglos die Erhöhung ihres praxisbezogenen Regelversorgungsvolumens (pRVV) wegen Praxisbesonderheiten für das Quartal I/05. Sie gab an, sie sei auch Fachärztin für Lungen- und Bronchialheilkunde mit der Zusatzbezeichnung Allergologie. Sie behandle deshalb häufig Patienten mit pulmonalen Symptomen und Erkrankungen. *SG Hamburg*, Urt. v. 20.01.2010 - S 27 KA 161/07 - wies die Klage ab. Nach BSG, Urt. v. 06.02.2013 - B 6 KA 13/12 R - SozR 4-

2500 § 85 Nr. 73 verpflichtete sich die bekl. KV zur Neubescheidung über den Honoraranspruch. Wegen Irrtums widerrief die Bekl. das Anerkenntnis an dem Tag, an dem ihr vorheriger Schriftsatz vom Gericht versandt wurde. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

c) KV Hamburg: Fortführung der Individualbudgetierung im Quartal III u. IV/04 zulässig

LSG Hamburg, Urteil v. 19.08.2015 - L 5 KA 63/13

RID 15-04-13

Revision anhängig: B 6 KA 34/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V a. F. § 95 IV, IVa

Die Honorarverteilungsvereinbarung der KV Hamburg für die Quartale III/04 und IV/04 ist nicht wegen eines Verstoßes gegen § 85 IV SGB V nichtig. Die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben aus § 85 IV 7 und 8 SGB V war der KV nicht möglich, da die **Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht vorlagen**. Das von der KV Hamburg gewählte Konzept ist mit höherrangigem Recht vereinbar und insb. auch verhältnismäßig (Festhalten an LSG Hamburg, Urteil v. 05.11.2014 - L 5 KA 28/11 - RID 15-01-12, Revision anhängig: B 6 KA 46/14 R). Die Abschaffung einer zuvor geltenden **Abstaffelungsregelung** für die Leistungen von **Radiologen und Nuklearmedizinern** im Quartal III/04 und die Einführung eines floatenden Punktwerts ist nicht zu beanstanden.

Streitig ist die Vergütung im Quartal III/04. Rechtlicher Kern der Streitigkeit ist die Frage nach der Rechtmäßigkeit der Abschaffung der zuvor geltenden Abstaffelungsregelung für die Leistungen von Radiologen und Nuklearmedizinern. *SG Hamburg*, Ur. v. 21.08.2013 - S 27 KA 153/09 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Hamburg, Urteil v. 19.08.2015 - L 5 KA 65/13

RID 15-04-14

Revision anhängig: B 6 KA 36/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

LSG Hamburg, Urteil v. 19.08.2015 - L 5 KA 64/13

RID 15-04-15

Revision anhängig: B 6 KA 35/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Ur. v. 28.10.2015 - **B 6 KA 42/14 R** - verstößt die **Beschränkung der Abrechenbarkeit** der **Nr. 06225 EBM 2008 auf ausschließlich konservativ tätige Augenärzte** nicht gegen höherrangiges Recht. Der Bewertungsausschuss hat im Interesse der Sicherstellung der Versorgung mit Leistungen konservativ tätiger Augenärzte die wirtschaftliche Lage dieser Praxen verbessern wollen. Die Differenzierung danach, ob ein Augenarzt überhaupt operative oder ausschließlich konservative Leistungen erbringt, ist vor diesem Hintergrund sachlich gerechtfertigt. Damit werden zielgenau die Praxen gefördert, die zugunsten konservativer Leistungen auf operative Leistungen verzichten. Dass dies gleichzeitig zu einer gewissen Konzentration der operativen Leistungen führt, steht der Rechtmäßigkeit der Zuschlagsregelung nicht entgegen, solange eine Beeinträchtigung der Versorgung mit diesen Leistungen nicht ersichtlich ist. Ob das Regelungsziel auch auf anderem Wege hätte erreicht werden können, ist nicht Gegenstand der gerichtlichen Prüfung. Nach BSG, Ur. 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, Ur. 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, Ur. 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, Ur. 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. Keine zwangsläufig vollständige Honorarrückberichtigung bei versehentlicher Falschabrechnung

SG Gotha, Urteil v. 14.01.2015 - S 2 KA 4767/11
SGB V § 106a

RID 15-04-16

Fehler auf der **Leistungserbringungsebene** führen zur vollständigen Berichtigung. Fehler auf der **Abrechnungsebene** - ordnungsgemäße und vollständige Leistungserbringung bei Vorliegen sämtlicher erforderlicher Genehmigungen - führen nicht zwangsläufig zur vollständigen Honorarrückforderung, wenn eine fehlerhafte Abrechnung nur versehentlich erfolgte. Die Honorarrückforderung nach § 106a SGB V ist in Konstellationen, in denen die (formalen und inhaltlichen) Abrechnungsvoraussetzungen einer Gebührenordnungsposition vorliegen und an ihrer Stelle aufgrund eines schlichten Versehens eine andere Gebührenordnungsposition abgerechnet worden ist, auf den **Differenzbetrag** zwischen abgerechneter und tatsächlich entstandener Gebührenordnungsposition zu begrenzen. Ist dem Vertragsarzt danach ein finanzieller Vorteil nicht entstanden, ist die Honorarrückforderung vollständig aufzuheben.

Die Kl., eine Dialyse-BAG, rechnete in der 40. Kalenderwoche 2008, einer quartalsübergreifenden Woche, bei 84 Dialyse-Patienten jeweils drei Einzelsachkostenpauschalen (Nr. 40806/40807/40808 EBM 2008) anstelle der Wochenpauschale (Nr. 40800/40802/40804 EBM 2008) ab, die die Bekl. vollständig (14.613,70 €) berichtigte. Das SG hob den Berichtigungsbescheid auf.

2. Beschäftigung einer nicht genehmigten Assistentin

SG Marburg, Urteil v. 02.09.2015 - S 16 KA 531/13

RID 15-04-17

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a II 1; SGB X § 50; Ärzte-ZV § 32 II; BMV-Ä § 45

Leitsatz: Die Berechtigung des Vertragsarztes zur Abrechnung der Leistungen seiner **Assistenten** setzt die formelle Grundlage einer **Genehmigung** nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV voraus. Eine handschriftliche Anzeige der Beschäftigung eines Assistenten durch den abrechnenden Arzt auf der Sammelerklärung genügt ebenso wenig wie eine mündliche Unbedenklichkeitsauskunft eines Vertreters der Kassenärztlichen Vereinigung.

Macht ein Vertragsarzt zum Umfang der tatsächlichen Beschäftigung seines Assistenten keine Angaben, ist die Kassenärztliche Vereinigung zur **Schätzung** berechtigt. Hierbei ist es sachgerecht, bei der Beschäftigung eines Entlastungs-, Weiterbildungs- oder Vorbereitungsassistenten einen Fallzahlanteil von bis zu 25 % anzunehmen.

Macht der Vertragsarzt zeitliche Angaben über die Beschäftigung des Assistenten im Umfang **halber Tage**, ist es sachgerecht, wenn die Kassenärztliche Vereinigung diesen Beschäftigungsumfang in Relation zum zeitlichen Praxisgesamtbetrieb setzt und hieraus einen prozentualen Leistungsanteil des Assistenten ableitet.

Die Bet. streiten noch um eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Abrechnungen für die drei Quartale II u. III/03 sowie I/05 in Höhe von insgesamt 33.471,84 € netto wegen der Beschäftigung einer Assistentin. Das SG wies die Klage ab.

3. Job-Sharing: Überschreitung der Punktzahlgrenze/Ausschlussfrist/Vertrauensschutz

LSG Hamburg, Urteil v. 19.08.2015 - L 5 KA 51/14

RID 15-04-18

www.sozialgerichtsbarkeit.de

BMV-Ä § 45

Auch § 8 VI HV KV Hamburg stellt auf die **vierjährige Ausschlussfrist** ab, die durch die Regelung in Satz 1 dieser Bestimmung offensichtlich nicht abgekürzt werden sollte. Eine Verkürzung der bundesrechtlich geltenden vierjährigen Ausschlussfrist durch einen Honorarverteilungsmaßstab wäre auch unwirksam (vgl. SG Marburg, Ur. v. 10.11.2010 - S 12 KA 455/10 - RID 10-04-30).

Ein Verstoß gegen **Vertrauensschutzgesichtspunkte** besteht nicht darin, dass die KV die Vergütung vornimmt und nicht auf die Möglichkeit der Jahressaldierung hinweist.

Streitig sind sachlich-rechnerische Richtigstellungen in Honorarbescheiden wegen Überschreitung der Gesamtpunktzahlvolumina im Rahmen einer Job-Sharing-Gemeinschaftspraxis zweier Chirurgen in den

Quartalen III/01 bis II/02. *SG Hamburg*, Urt. v. 27.08.2014 - S 27 KA 202/11 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

4. Ambulante Operationen: Anästhesien und „Operateur“

LSG Bayern, Urteil v. 08.07.2015 - L 12 KA 9/14

RID 15-04-19

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

Leitsatz: Operateur im Sinne der Nr. 8 der Präambel zu Kapitel 31.2.1 - ambulante Operationen - EBM ist nicht der einzelne Arzt, sondern die abrechnende Stelle, also z.B. die Berufsausübungsgemeinschaft oder das Medizinische Versorgungszentrum.

Das klagende MVZ wendet sich mit seiner Klage gegen sachlich-rechnerische Richtigstellungen im Quartal II/07, mit der die bekl. KV anästhesistische Leistungen nach Nr. 05310, 05330, 05340 und 05350 in insgesamt ca. 130 Fällen im Zusammenhang mit ambulanten Operationen, augenärztliche Leistungsziffern in 133 Fällen ebf. im Zusammenhang mit ambulanten Operationen aufgrund der Prüfregel UR4206 sowie strukturvertragliche Leistungen nach Nr. 97146, 97147 und 97148 in zwei Fällen abgesetzt hat, sowie im Quartal II/09. *SG München*, Urt. v. 08.11.2013 - S 49 KA 405/10 - RID 14-01-17 u. - S 49 KA 399/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Berechtigung zur Erbringung reproduktionsmedizinischer Leistungen

LSG Hamburg, Urteil v. 19.08.2015 - L 5 KA 1/13

RID 15-04-20

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

Eine Regelung der Partner der Bundesmantelverträge zur **Abrechenbarkeit von reproduktionsmedizinischen Leistungen** nach § 135 II SGB V liegt mit Abschnitt 8.5 Nr. 1 EBM vor, wonach die Leistungen nach Nr. 08520, 08531, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 EBM für zugelassene Ärzte, ermächtigte Ärzte oder ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen berechnungsfähig sind, die eine Genehmigung gemäß § 121a SGB V nachweisen können.

Wird eine Genehmigung nach § 121a SGB V **personenbezogen** erteilt, so gilt sie nur für diese Person.

Im Streit ist Höhe des Honoraranspruchs eines MVZ für das Quartal I/10 und hierbei die Frage, ob andere ärztliche Mitglieder der IVF-Arbeitsgruppe (In-vitro-Fertilisation, künstliche Befruchtung) als deren Leiter zur Abrechnung reproduktionsmedizinischer vertragsärztlicher Leistungen berechtigt waren. *SG Hamburg*, Urt. v. 24.10.2012 - S 3 KA 235/10 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

6. Nr. 10320 EBM (Behandlung von Naevi flammei)

SG Stuttgart, Urteil v. 23.01.2015 - S 11 KA 5605/11

RID 15-04-21

Berufung anhängig: LSG Baden-Württemberg - L 5 KA 929/15 -
juris
SGB V § 106a

Die **Nr. 10320 EBM (Behandlung von Naevi flammei)** kann nicht nur unabhängig von der Zahl der Behandlungen je cm² Gesamtfläche des behandelten Areals nur einmal im Leben des Patienten abgerechnet werden. Tatsächlich kann sie einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden.

Der kl. Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten unterhält eine Laserklinik, in welcher u.a. Behandlungen mit einem gepulsten Farbstofflaser durchgeführt werden. Er beschäftigte Frau Dr. G. als Assistentin im Wege des Job-Sharings. Die Bekl. berichtete 2.565 Ansätze der Nr. 10320 EBM im Zeitraum der Quartale III/06 bis IV/08 und forderte Honorar im Umfang von 35.853,61 € zurück. Das *SG* hob den Berichtigungsbescheid auf und wies die Klage im Übrigen (Verpflichtung zur Nachvergütung) ab.

7. Abrechnungsausschluss nach Nr. 40100 EBM (Neuregelung ab II/09) rechtmäßig

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 01.09.2015 - L 3 KA 93/13

RID 15-04-22

Revision anhängig: B 6 KA 39/15 R

juris

SGB V § 87 I; GG Art. 3 I, 12 I; EBM Nr. 40100

Der zum April 2009 durch die Partner der Bundesmantelverträge eingeführte **Abrechnungsausschluss** der Ziff. 40100 EBM verstößt in den Fällen, in denen in demselben Behandlungsfall sowohl Leistungen des Speziallabors nach dem Abschnitt 32.3 EBM als auch Leistungen des Allgemeinlabors nach den Abschnitten 32.2.1 bis 32.2.7 EBM erbracht werden, nicht gegen Art. 12 I GG i. V. m. Art. 3 I GG. Die Regelung beruht weder auf sachfremden Erwägungen noch führt der Ausschluss zu einer willkürlichen Benachteiligung einer Minderheitsgruppe.

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars des kl. MVZ im Quartal II/09. Streitig ist dabei die Absetzung der Kostenpauschale nach der Nr. 40100 EBM in den Fällen, in denen neben der Gebührenordnungsposition des Abschnitts 32.3 EBM gleichzeitig auch Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM abgerechnet wurden. *SG Hannover*, Ur. v. 07.08.2013 - S 61 KA 177/10 - RID 14-01-18 verpflichtete die Bekl., der Kl. die wegen der gleichzeitigen Erbringung von Leistungen nach den Abschnitten 32.2.1 bis 32.3.7 EBM im selben Behandlungsfall gestrichenen Kostenpauschale 40100 EBM nachzuvergüten. Das *LSG* wies die Klage ab.

S.a. *SG Marburg*, Ur. v. 18.04.2012 - S 12 KA 166/11 - RID 12-02-33, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 26/12 -. Anders *SG Dresden*, Ur. v. 03.09.2014 - S 18 KA 163/11 - RID 14-04-14, Berufung anhängig: LSG Sachsen - L 8 KA 26/14 -.

8. Versandkostenpauschale nach Nr. 40100 EBM in überörtlicher BAG

SG Kiel, Urteil v. 28.01.2015 - S 16 KA 530/14

RID 15-04-23

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 26/15 R

juris

SGB V § 106a

Eine gynäkologische **überörtliche BAG** mit acht gynäkologischen Praxen in sechs Orten bzw. vier Planungsbereichen ist zur Abrechnung der Versandkostenpauschale nach Nr. 40100 EBM (hier: Quartal III/11) berechtigt, wenn die zytologische Befundung durch eines ihrer Mitglieder an dessen Praxissitz vorgenommen wird. Eine Abrechnung ist nicht nach der Präambel zu 40.3 Abs. 2 EBM („Kosten für Versandmaterial, für die Versendung bzw. den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses **innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft**, eines Medizinischen Versorgungszentrums, einer Apparate- bzw. Laborgemeinschaft oder eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig“) ausgeschlossen, da die Vorschrift nur die örtliche BAG erfasst.

Die Versandkostenpauschale kann in einer überörtlichen BAG auch **neben Leistungen der allgemeinen Laboruntersuchungen** nach den Ziffern 32.2.1 bis 32.2.7 abgerechnet werden.

Das *SG* verurteilte zur Neubescheidung.

9. MKG-Chirurgen: Verstoß gegen Splittingverbot

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 25.02.2015 - L 3 KA 122/11

RID 15-04-24

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a; Allg. Best. EBM Nr. 6.3; Allg. Best. BEMA Nr. 4; BMV-Ä § 21 I 1 u. 2; EKV-Ä § 25 I 1 und 2; § 9 I BMV-Z; EKV-Z § 14 I Nr. 1

Leitsatz: 1. Das sog **Splittingverbot** in Ziff. 6.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM hat zur Folge, dass sich **MKG-Chirurgen** nach Ablauf des Quartals entscheiden müssen, ob sie ihre Leistungen vertragsärztlich oder vertragszahnärztlich abrechnen.

2. Das Splittingverbot steht mit **höherrangigem Recht** in Übereinstimmung.

SG Hannover, Ur. v. 08.06.2011 - S 65 KA 513/09 - gab der Klage gegen die Honorarberichtigung in Höhe von 20.004,86 € in den Quartalen II/05-IV/07 in 560 Behandlungsfällen teilweise statt; es hob die

Berichtigung insoweit auf, als dort Leistungen gekürzt wurden, die zeitgleich mit Leistungen erbracht worden waren, die gegenüber der KZV abgerechnet worden waren und die einen höheren Wert als die gegenüber der KZV abgerechneten und zeitgleich erbrachten Leistungen gehabt hatten. Das **LSG** wies auf Berufung der Bekl. die Klage insgesamt ab.

S. auch LSG Hessen, Urt. v. 25.02.2015 - L 4 KA 30/14 - RID 15-02-38, Revision anhängig: B 6 KA 16/15 R. Zur Berichtigung durch die KZV s. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.02.2015 - L 3 KA 123/11 - Revision anhängig: B 6 KA 30/15 R; LSG Hessen, Urt. v. 25.02.2015 - L 4 KA 42/14 - RID 15-02-40, Revision anhängig: B 6 KA 17/15 R.

10. Zahnärzte

a) Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten als Obliegenheiten

LSG Hessen, Urteil v. 27.05.2015 - L 4 KA 50/12

RID 15-04-25

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 60/15 B
SGB V § 106a

Ein **Vertragszahnarzt** hat im Rahmen seiner **Abrechnung** die Voraussetzungen der beanspruchten Gebührenpositionen unter Beachtung des unmittelbar verpflichtenden Wirtschaftlichkeitsgebots jedenfalls nach Beanstandungen und Nachfragen der KZV nachzuweisen. Dies gilt auch für die besonderen Leistungsvoraussetzungen von qualifizierten, d.h. aufwändigeren und daher höher dotierten Leistungspositionen. Der **Nachweispflicht** unterfällt auch, dass die aufwändigere (und daher höher honorierte) Leistung gegenüber einer weniger aufwändigen (geringer honorierten) Leistung erforderlich war, d.h. die den höheren Aufwand bedingenden Umstände müssen ebfd. nachgewiesen werden.

Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten stellen **Obliegenheiten** des Vertragszahnarztes dar. Soweit diesen nicht hinreichend nachgekommen wird, wird der entsprechende **Honoraranspruch verwirkt**. Nicht hinreichend dargelegte, dokumentierte und nachgewiesene Leistungen sind als nicht erbracht bzw. als nicht erfüllt anzusehen und können nicht abgerechnet werden (s. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.11.2014 - L 3 KA 70/12 - RID 15-01-20, Revision <B 6 KA 1/15 R> zurückgenommen).

Die **Dokumentation** hat **zeitnah** zu erfolgen, da mit zunehmender zeitlicher Distanz immer weniger gewährleistet ist, dass die Dokumentation auch der erfolgten Behandlung entspricht. Einem erst nach Jahren erstellten Operationsbericht kann daher der Beweiswert abgesprochen werden.

In Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung ist nicht nur der Tatsachenvortrag zu berücksichtigen, der bereits Gegenstand des Verwaltungsverfahrens war, die (Zahn-)Ärzte sind daher mit **neuem Sachvortrag im sozialgerichtlichen Verfahren** nicht ausgeschlossen (s. LSG Hessen, Urt. v. 20.03.2013 - L 4 KA 60/10 - RID 13-02-21). Allerdings hat eine verstärkte **Glaubwürdigkeitskontrolle** zu erfolgen.

Die Entfernung eines Zahns durch **Osteotomie** (Nr. 47, 47a BEMA-Z) stellt eine qualifizierte Form der Zahnentfernung dar, deren besondere Voraussetzungen vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots nachzuweisen sind. Einer Röntgenaufnahme kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu. Zum Nachweis reicht die Angabe im OP-Bericht nicht aus.

Die **Nr. 48 (Ost2)** stellt gegenüber den Leistungen nach Nr. 47, 47a BEMA-Z eine qualifizierte Leistung, deren besondere Voraussetzungen im Einzelnen dargelegt und nachgewiesen werden müssen.

Für die Abrechnung der **Operation einer Zyste** (Nr. 56 BEMA-Z) können Größenwerte festgelegt werden. Dem radiologischen Bild einer Zyste kommt entscheidende Bedeutung zu. Eine histologische Befundung ist ohne Bedeutung. In Ausnahmefällen ist ein detaillierter klinischer Befund zu erstellen. Abgerechnete **Röntgenaufnahmen**, die nicht vorgelegt werden und deren Verbleib nicht nachgewiesen ist, können abgesetzt werden. Pauschale Behauptungen einer Weitergabe reichen nicht aus.

SG Marburg, Urt. v. 20.06.2012 - S 12 KA 812/11, 137/11, 152/12, 641/11, 640/11, 227/11 - RID 12-03-36 bis 42 wies verschiedene Klagen der BAG (Zahnärzte und ein MKG-Chirurg) gegen Berichtigungsbescheide für die Quartale I/03-II/04 u. I/05 über insgesamt ca. 105.500 € ab, das **LSG** die Berufungen - nach einem Teilanerkennnis der Bekl. in geringen Umfang und nach Verbindung der Verfahren - zurück.

b) MKG-Chirurgen: Verstoß gegen Splittingverbot

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 25.02.2015 - L 3 KA 123/11

RID 15-04-26

Revision anhängig: B 6 KA 30/15 R

juris

SGB V §§ 82 I, 87 I 1, 95 I, 106a

Ein Vertragszahnarzt, der auch als **MKG-Chirurg** zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, ist nach Ziff. 4 der Allgemeinen Bestimmungen des Bema-Z nicht befugt, die **Abrechnung einheitlicher Behandlungsfälle** körperschaftsübergreifend aufzuteilen.

Das **Splittingverbot** des Bema-Z steht mit **höherrangigem Recht** in Einklang. Es ist nicht zu beanstanden, dass das Splittingverbot des Bema-Z in besonders gelagerten Fallkonstellationen u.U. dazu führt, dass einzelne Quartalsleistungen eines MKG-Chirurgen nicht abgerechnet werden können, da es sich bei diesen Fallkonstellationen in aller Regel um Ausnahmefälle handelt, die in der Abrechnungspraxis der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung keine nennenswerte Rolle spielen und die zudem häufig durch eine quartalsübergreifende Terminvergabe vermeidbar sind.

SG Hannover, Urt. v. 27.07.2011 - S 35 KA 4/09 - wies die Klage gegen die Honorarberichtigung in Höhe von 881,92 € in den Quartalen III u. IV/05 ab, das *LSG* die Berufung zurück.

S. auch LSG Hessen, Urt. v. 25.02.2015 - L 4 KA 42/14 - RID 15-02-40, Revision anhängig: B 6 KA 17/15 R. Zur Berichtigung durch die KV s. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.02.2015 - L 3 KA 122/11 - Revision zugelassen; LSG Hessen, Urt. v. 25.02.2015 - L 4 KA 30/14 - RID 15-02-38, Revision anhängig: B 6 KA 16/15 R.

c) Behandlungsvertrag bedarf der Zustimmung des Betreuers

SG Marburg, Urteil v. 28.10.2015 - S 12 KA 33/15

RID 15-04-27

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a; BGB §§ 630d, 630e

Leitsatz: Bei einer angeordneten **Betreuung** bedarf der Behandlungsvertrag der Zustimmung des Betreuers. Fehlt es an einem Nachweis hierfür, können die Leistungen sachlich-rechnerisch berichtigt werden.

Die Bet. streiten um die Abrechnung eines Behandlungsfalls innerhalb der Quartalsabrechnung für die Quartale III und IV/13 und hierbei um eine sachlich-rechnerische Berichtigung in Höhe von insgesamt 1.698,69 € wegen eines fehlenden Behandlungsvertrags. Dem lag zugrunde, dass sich der Sohn der Versicherten im Oktober 2013 an die bekl. KZV gewandt und mitgeteilt hatte, er sei aus Zufall beim Besuch seiner Mutter in einem Pflegeheim auf einem bis dahin unbekanntem Herrn gestoßen, der sich als behandelnder Zahnarzt vorgestellt und ihm im Nachhinein darüber informiert habe, dass er seine Mutter, ohne sein Wissen und ohne sein Einverständnis, behandelt habe. Seine Mutter sei aufgrund ihrer Alzheimererkrankung nicht mehr rechts- und geschäftsfähig. Ihm obliege die Besorgung aller Rechtsgeschäfte sowie die Gesundheitsfürsorge. Weder er noch der behandelnde Zahnarzt seien von dem angeblichen Behandlungsbedarf informiert worden. Seiner Mutter sei eine Eigenanteilsrechnung, datierend vom August 2013 (über 89,75 €) zugesandt worden, die später storniert worden sei. Das *SG* wies die Klage ab.

d) Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht nach Nr. 7750 GOÄ-82

SG Marburg, Urteil v. 28.10.2015 - S 12 KA 471/14

RID 15-04-28

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a; GOÄ-82 Nr. 7750

Leitsatz: Die Befundmitteilung oder der **einfache Befundbericht** ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten. Der **ausführliche schriftliche Krankheits- und Befundbericht** nach Nr. 7750 GOÄ-82 muss über den einfachen Befundbericht hinaus, unter Berücksichtigung der aktuellen anamnestischen Daten, eine epikritische Bewertung des Befundes beinhalten und/oder einen epikritischen Vergleich mit Vorbefunden und sonstigen Informationen. Die Epikrise bzw. **epikritische Bewertung** verlangt einen zusammenfassenden kritischen Bericht über den Ablauf einer Krankheit nach Abschluss des Falles oder nach endgültiger Diagnosestellung. Es reicht nicht aus, dass sich die epikritische Bewertung durchgehend auf die Zusammenfassung des Therapieverlaufs und die geplante Weiterbehandlung beschränkt, wobei angemerkt wird, dass sich der Patient im Folgequartal nicht wieder vorgestellt habe, verbunden mit der Bitte, den Patienten zur Wiedervorstellung zu schicken.

Die Bet. streiten um eine sachlich-rechnerische Berichtigung der konservierend-chirurgischen Abrechnung für das Quartal IV/11 in 101 Behandlungsfällen und hierbei um die Absetzung von je einer Leistung nach Nr. 7750 (Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht) und 602 GOÄ-82 (Telefon-, Versand-, Portokosten) pro Behandlungsfall in Höhe von insgesamt 1.792,85 €, weil der Leistungsinhalt nicht erfüllt sei. Das *SG* wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

SG Marburg, Urteil v. 28.10.2015 - S 12 KA 57/15

RID 15-04-29

III. Notdienst/Disziplinarrecht

Nach BSG, Urt. v. 28.10.2015 - **B 6 KA 43/14 R** - kann eine BAG die **Genehmigung zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten mit Dialyse** an einen aus der BAG ausgeschiedenen Arzt anfechten. Die Dialysegenehmigung wird bezogen auf die Arztpraxis erteilt und verbleibt bei Ausscheiden eines Mitglieds der BAG in der Arztpraxis. Das Vertrauensverhältnis von Patienten zu dem ausscheidenden Arzt kann nicht die Erteilung einer weiteren Genehmigung an diesen begründen. Etwas Anderes kann nur in ganz besonders gelagerten **Ausnahmekonstellationen** gelten, wenn das Vertrauensverhältnis nicht nur einzelner Patienten zu den in der Praxis verbleibenden Ärzten so schwerwiegend gestört ist, dass ihnen die Inanspruchnahme dieser Ärzte nicht zuzumuten ist und wenn auch keine andere Dialysepraxis in zumutbarer Entfernung die Behandlung übernehmen kann. Grundsätzlich werden das allerdings nur Umstände sein können, auf die die KV nicht nur mit der **Erteilung eines neuen Versorgungsauftrags**, sondern gleichzeitig mit der **Entziehung des bisherigen Versorgungsauftrags** zu reagieren hat. Die grundsätzlich gebotene Verzahnung des Widerrufs des einen Versorgungsauftrags mit der Erteilung eines anderen Versorgungsauftrags vermeidet auch soweit wie möglich eine wirtschaftlich nicht sinnvolle Vermehrung von Versorgungsaufträgen. Für das Vorliegen solcher Umstände gibt es vorliegend konkrete Anhaltspunkte mit zahlreichen Hinweisen auf eine langjährige Alkoholabhängigkeit eines Praxispartners. Ermittlungen dazu und zu der Frage, ob der Bedarf durch andere Dialysepraxen gedeckt werden kann, wird die Beklagte nachzuholen haben, um auf dieser Grundlage den Bedarf für die Erteilung einer Genehmigung an den Beigel. zu beurteilen. Dabei steht ihr ein begrenzter, der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher Beurteilungsspielraum zu. Nach BSG, Urt. v. 19.08.2015 - **B 6 KA 41/14 R** - darf ein nach jahrelanger Befugung 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, 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** - SozR 4-5540 Anl 9.1 Nr. 5 räumt das Regelwerk in Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä einem Facharzt für Innere Medizin mit Dialysepraxis eine Berechtigung zur **Drittanfechtung** einer Genehmigung einer fachärztlich **nephrologischen Zweigpraxis mit Dialyse** ein. Im Sonderfall der Genehmigung eines weiteren Standortes für die Erbringung von Dialyseleistungen wird durch die durchzuführende **Bedarfsprüfung** mit der Vorgabe in den Bundesmantelverträgen, nach der die Zweigpraxis jedenfalls im Grundsatz nicht in der Versorgungsregion einer anderen Praxis liegen darf, **Drittschutz** für denjenigen vermittelt, der bei der Ermittlung des Bedarfs zu berücksichtigen ist.

1. Teilnahme am Notdienst: Besonderes öffentliches Interesse für Sofortvollzug

SG München, Beschluss v. 06.05.2015 - S 38 KA 284/15 ER

RID 15-04-30

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 75; SGG § 86b

Sieht eine Satzung die **Befreiung** von Belegärzten vom **Notdienst** vor, so muss nicht auch eine Befreiung wegen einer Tätigkeit auf der Grundlage eines **Kooperationsvertrages** mit einem Krankenhaus zur Erbringung von radiologischen Leistungen für den Krankenhausträger erfolgen.

Bei fehlender Einteilung in den ärztlichen Bereitschaftsdienst bis zum Jahresende 2015 besteht über sechs Monate davor kein **Anordnungsgrund** bzgl. einer Befreiung vom Notdienst.

Eine **Anfechtung der Zuordnung zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst** entfaltet aufschiebende Wirkung.

Bei der „gleichmäßigen Heranziehung aller Ärzte“ und dem „solidarischen Einstehen“ für den allgemeinen Bereitschaftsdienst handelt es sich um allgemeine Aspekte, die zwar ein öffentliches Interesse, nicht aber ein **besonderes öffentliches Interesse für einen Sofortvollzug** darstellen. Nur wenn sich diese allgemeinen Gesichtspunkte im konkreten Fall realisieren, besteht ein besonderes Interesse am Sofortvollzug. Dies ist zumindest kurz darzustellen und zu begründen, soll die Begründungspflicht des § 35 SGB X eingehalten werden.

Die Ast., Fachärztin für diagnostische Radiologie, beehrte im Wesentlichen die Befreiung vom Allgemeinen Ärztlichen Bereitschaftsdienst. Das *SG* wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung nach § 86b II 2 SGG sowohl im Hauptantrag, als auch im Hilfsantrag ab und hob den im Widerspruchsbescheid angeordneten Sofortvollzug auf und stellte die aufschiebende Wirkung wieder her.

2. Disziplinarrecht

a) Kein Streikrecht für Vertragsärzte

SG Stuttgart, Urteil v. 23.07.2015 - S 4 KA 3147/13

RID 15-04-31

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 38/15 R

juris

SGB V §§ 73 I, 75 II 2, 81 V; Ärzte-ZV §§ 24 II, 32 I

Weder im SGB V noch in der Ärzte-ZV oder den Verträgen ist ein **Streikrecht** als Grund für eine **Unterbrechung der Praxistätigkeit** vorgesehen. Die Bedeutung des **Sicherstellungsauftrages** besteht insb. darin, dass es eine verantwortliche Institution gibt, die letztlich immer dafür Sorge zu tragen hat, dass gesetzlich Krankenversicherte eine ambulante ärztliche Versorgung gewährt werden kann. Daraus, dass der Vertragsarzt an diesem System teilnimmt, folgert der Gesetzgeber, dass der Vertragsarzt die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages zu fördern und alles zu unterlassen hat, was die Sicherstellung und Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gefährden oder ausschließen könnte. Jede Schädigung der vom Körperschaftszweck erfassten Interessen der Beteiligungen hat zu unterbleiben. Dieses System wird durch Streiks oder streikähnliche Maßnahmen der niedergelassenen Ärzte möglicherweise gefährdet.

Aus Art. 9 III GG kann kein Recht auf Unterbrechung der Sprechstundenverpflichtung hergeleitet werden. Vertragsärzte sind nicht als **Arbeitnehmer** einzustufen, die des **Schutzes des Art. 9 III GG** bedürften.

Freiberufler sind vom Schutzbereich des **Art. 11 I EMRK** nicht erfasst.

Der kl., seit 1985 zugelassene Facharzt für Allgemeinmedizin, wandte sich gegen einen Verweis, der ihm erteilt wurde, da er am 10.10.2012 sowie am 21.11.2012 – wie auch andere Vertragsärzte – seine Praxis geschlossen hatte, um das ihm seiner Meinung nach zustehende Streikrecht auszuüben. Das *SG* wies die Klage ab.

b) Disziplinausschuss/Taggenaue Abrechnung von Psychotherapieleistungen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.07.2015 - L 11 KA 63/13

RID 15-04-32

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 81 V

Dem **Disziplinausschuss** muss kein Jurist angehören oder gar vorsitzen. Ein solches Erfordernis ergibt sich weder aus § 81 V SGB V noch aus allgemein-rechtsstaatlichen Erwägungen. Es ist schon nicht notwendig, überhaupt einen Disziplinausschuss zu bilden; als Disziplinarorgan könnte vielmehr auch der - regelmäßig nur aus Ärzten bestehende - Vorstand der KV vorgesehen werden. Den Anforderungen des Rechtsstaatsprinzips wird dadurch ausreichend Rechnung getragen, dass die Möglichkeit gerichtlichen Rechtsschutzes besteht (BSG, Urt. v. 14.03.2001 - B 6 KA 36/00 R - SozR 3-2500 § 81 Nr. 7).

Ein Vertragspsychotherapeut muss sich mit den Abrechnungsvoraussetzungen der einzelnen von ihm abgerechneten Leistungen nach dem EBM vertraut machen. **Psychotherapieleistungen** nach Nr. 35140, 35141, 35300 und 35302 EBM können nicht auf mehrere Tage aufgeteilt werden und müssen an dem Tag abgerechnet werden, an dem sie erbracht werden.

Die KV forderte vom Kl., einem psychologischen Psychotherapeuten, 2.316,34 € Honorar zurück, soweit er an mindestens drei Tagen im Quartal Leistungen abgerechnet habe, für die er mehr als zwölf Stunden benötigt

habe, wobei sie nicht die Prüfzeit von 70 Minuten, sondern 50 Minuten nach der Leistungslegende für eine Psychotherapiestunde zugrunde legte. Ferner informierte sie die Staatsanwaltschaft, die das Ermittlungsverfahren nach § 153 I StPO einstellte, da ein Verschulden des Kl., falls überhaupt sicher feststellbar, als gering anzusehen wäre. Der Disziplinarausschuss verhängte wegen implausibler Abrechnung in den Quartalen II/05 bis I/06 einer Geldbuße von 5.500 €. *SG Dortmund*, Urt. v. 08.05.2013 - S 16 KA 2/09 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Disziplinarrechtliche Verfolgung trotz Einstellung des Strafverfahrens

SG München, Urteil v. 18.09.2015 - S 38 KA 801/13

RID 15-04-33

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 81 V

Der **strafrechtlichen** und der **disziplinarrechtlichen Verfolgung** liegen **unterschiedliche Zielsetzungen** zugrunde (ratio der Disziplinarmaßnahme: Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Gegenwart und Zukunft), und sie knüpfen an unterschiedliche Voraussetzungen an, weshalb sie nebeneinander stehen. Dies hat zur Folge, dass das disziplinarrechtliche Verfahren nicht zwingend den gleichen Ausgang nehmen muss wie das strafrechtliche Verfahren (hier: Einstellung des Ermittlungsverfahrens nach § 153 I StPO nach Nichtzulassung der Anklage).

Die Aufnahme der Diagnose nach einem Telefongespräch mit einer anderen Ärztin und das Ausstellen eines Überweisungsscheins stellt keinen **unmittelbaren persönlichen Arzt-Patienten Kontakt** dar, so dass die Leistungslegende der Nr. 1 EBM 1996 (Ordinationsgebühr) nicht erfüllt ist.

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

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 28.10.2015 - **B 6 KA 45/14 R** - muss dem Vertragsarzt vor der Festsetzung des Regresses eine **Vereinbarung** angeboten werden, die eine **Minderung des Erstattungsbetrages** um bis zu 1/5 zum Gegenstand haben kann. Aus BSG, Urt. v. 15.07.2015 - **B 6 KA 30/14 R** - folgt, dass der Kl. im Revisionsverfahren so zu stellen ist, als hätte ihm die Prüfungsstelle eine entsprechende Vereinbarung angeboten, die er - hypothetisch - akzeptiert hätte. Die ursprüngliche Regresssumme ist deshalb um 1/5 zu mindern. Ein Regress wegen Überschreitung der Richtgrößen kann gegen den Vertragsarzt auch noch nach dessen **Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Versorgung** festgesetzt werden. Mit dem Ausscheiden eines Arztes aus der vertragsärztlichen Versorgung endet nicht seine Verantwortlichkeit für seine Behandlungs- und Verordnungsweise während der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Ein auf das Ordnungsverhalten des Arztes in der Vergangenheit gestützter Regress wird auch nicht dadurch in Frage gestellt, dass ein nicht mehr vertragsärztlich tätiger Arzt den Regress nicht durch Abschluss einer individuellen Richtgrößenvereinbarung für die Zukunft abwenden kann. Die für Richtgrößenprüfungen seit 2008 geltende zweijährige **Frist** ist nicht anwendbar, weil Ordnungszeiträume zwischen 2003 und 2005 betroffen sind. Dass der Prüfungsausschuss ausdrücklich keinen Regress festgesetzt hat, ändert an der Fristwahrung durch die Entscheidung des Prüfungsausschusses nichts. Nach BSG, Urt. v. 15.07.2015 - **B 6 KA 30/14 R** - richtet sich eine **Regressfestsetzung** wegen Überschreitung der Richtgrößen im Arzneimittelbereich **nach Insolvenzeröffnung** als neue Forderung nicht gegen den Insolvenzschuldner, sondern den Vertragsarzt selbst. Dem Vertragsarzt muss aber vor der Festsetzung des Regresses eine **Vereinbarung** nach § 106 Va 4 SGB V angeboten werden. Die in dieser Vorschrift normierte Hinwirkungspflicht trifft auch den beklagten Beschwerdeausschuss. Ist dieses Angebot unterblieben und ist der Regressbescheid noch nicht bestandskräftig, muss der Beschwerdeausschuss im gerichtlichen Verfahren auf eine Vereinbarung hinwirken. In dem hier gegebenen Sonderfall, dass im Revisionsverfahren feststeht, dass die Regressfestsetzung nicht zu beanstanden ist, der Beklagte also keine Anlass mehr hat, den Erstattungsbetrag zu mindern, kommt ein derartiges Vorgehen nicht mehr in Betracht. In dieser Sonderkonstellation ist der Erstattungsbetrag um die maximal möglich Quote von 20% zu mindern. Nach BSG, Urt. v. 13.05.2015 - **B 6 KA 18/14 R** - verstößt eine Ärztin gegen das unmittelbar verpflichtende Gebot der **Wirtschaftlichkeit**, indem sie den für den Versicherten benötigten Gerinnungsfaktor verordnet, statt diesen **direkt beim Hersteller zu beziehen** und selbst an den Patienten abzugeben.

1. Prüfung von Einzelleistungen: Begründung unterschiedlicher Restüberschreitungen

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 18.12.2014 - L 7 KA 25/13

RID 15-04-34

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 29/15 R
juris
SGB V § 106

Für die Prüfungsgremien besteht keine Verpflichtung, bei ihrer Entscheidung über die Grenze des offensichtlichen Missverhältnisses und ihrer Ermessensentscheidung über die Höhe des Regresses die **Entscheidungen zu einzelnen Leistungen zueinander in Beziehung** zu setzen und unterschiedliche

belassene Restüberschreitungen (hier: 100 % bei Nr. 03311 und 03320 EBM bzw. 50 % bei Nr. 03120 EBM, Gewährung eines Bonus von + 50 % nur bei der Nr. 03120 EBM) näher zu begründen.

Die Beigel. zu 1) ist Ärztin für Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung Diabetologie. Umstritten ist die Rechtmäßigkeit eines Honorarregresses in den Quartalen III u. IV/05 und IV/06 aufgrund einer statistischen Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten der Leistungen nach Nr. 03311 EBM (Ganzkörperstatus) und 03320 EBM (EKG) in Höhe von insgesamt 3.263,75 €. *SG Mainz*, Urt. v. 03.04.2013 - S 8 KA 208/11 - verurteilte den Bekl. zur Neubescheidung. Das *LSG* wies auf Berufung des Bekl. die Klage ab und die Anschlussberufung der Beigel. zu 1) zurück.

2. Arzneikostenregress

a) Richtgrößen

aa) Praxisbesonderheiten einer diabetologischen Schwerpunktpraxis

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 15.04.2015 - L 11 KA 116/13

RID 15-04-35

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106

Legt ein Vertragsarzt einen **diabetologischen Tätigkeitsschwerpunkt** in sich schlüssig und substantiiert dar, indem er geltend macht, dass er schwerpunktmäßig Patienten mit schwer einstellbarem bzw. nicht allein mit Metformin und Metformin/Sulfonylharnstoff einzustellenden Diabetes mellitus behandelt bzw. solche, bei denen (höhere Dosen) Insulin contraindiziert sind, dann dürfte sich seine Praxis vom typischen Zuschnitt einer Praxis der Vergleichsgruppe unterscheiden. Der Beschwerdeausschuss muss dann ausführlich darlegen, warum er dieser Argumentation nicht folgt. Den Vertragspartnern einer Richtgrößenvereinbarung fehlt die Rechtsmacht, den **Begriff „Praxisbesonderheiten“** abweichend von den durch die Rechtsprechung präzisierten Vorgaben des § 106 SGB V zu definieren.

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit einer schriftlichen Beratung wegen Überschreitung der Arzneimittel-Richtgrößen im Jahre 2010. Die Kl. ist eine Gemeinschaftspraxis und Schwerpunktpraxis in den Disease-Management-Programmen Diabetes Typen 1 und 2 und bestand aus den hausärztlich tätigen Fachärztinnen für Innere Medizin Dr. M und Dr. T. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 27.11.2013 - S 2 KA 205/13 - verurteilte zur Neubescheidung, das *LSG* wies die Berufung des Bekl. zurück.

bb) Keine Änderung der Geschäftsgrundlage nach Abschluss einer Richtgrößenvereinbarung

SG Dresden, Gerichtsbescheid v. 20.03.2015 - S 18 KA 41/14

RID 15-04-36

Berufung anhängig: LSG Sachsen - L 8 KA 5/15 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106

Nach Abschluss einer praxisindividuellen Richtgrößenvereinbarung ist die nachträgliche Geltendmachung von Praxisbesonderheiten ausgeschlossen (BSG, Urt. v. 28.08.2013 - B 6 KA 46/12 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 42, juris Rn. 18). Als **Änderung der Geschäftsgrundlage** entsprechend § 313 BGB, § 59 I SGB X können nur Umstände berücksichtigt werden, die bei Abschluss der individuellen Richtgrößenvereinbarung weder bekannt noch vorhersehbar oder vom Arzt zu beeinflussen gewesen waren. Das trifft auf die behaupteten Änderungen der ärztlichen Versorgungsstruktur, den hohen Anteil an Rentnern und chronisch Kranken sowie der ausschließlichen Erreichbarkeit der Kl. für viele Patienten mit Verordnung zahlreicher Arzneimittel, die sonst Fachärzte verschreiben, nicht zu.

Mit den **erstmalig im Klageverfahren bezeichneten Umständen**, aus denen die Kl. einen Wegfall der Geschäftsgrundlage ableitet, kann sie schon deshalb nicht gehört werden, weil sie ihrer Obliegenheit nicht nachgekommen ist, diese spätestens im Verwaltungsverfahren zu unterbreiten. Insoweit gilt für die Berücksichtigung neuer Tatsachen wegen Änderung der Geschäftsgrundlage einer individuell vereinbarten Richtgröße nichts anderes als für die Geltendmachung von Praxisbesonderheiten.

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Off-Label-Use: Actonel zur Behandlung der Osteoporose bei Männern

SG Magdeburg, Urteil v. 09.05.2012 - S 21 KA 151/08

RID 15-04-37

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Leitsatz: 1. Eine unwirtschaftliche Verordnung, die einen Arzneimittelregress rechtfertigt, liegt vor, wenn der Vertragsarzt ein Arzneimittel (hier: Actonel) **außerhalb des Zulassungsrahmens** verordnet.
2. Ein zulässiger **Off-label-use** unter Berufung auf Nebenwirkungen bei Anwendung der vorhandenen (zulässigen) Bisphosphonattherapie (hier: Fosamax) setzt voraus, dass die betreffenden Nebenwirkungen mittels Diagnostik und Therapie im ambulanten Bereich nicht zu beheben waren.

Das *SG* wies die Klage eines Orthopäden gegen einen Arzneimittelkostenregress wegen der Verordnung der Medikamente Actonel 35 mg + Calcium, Actonel 35 mg und Actonel 5 mg (betreffend 6 Versicherte) im Quartal III/05 in Höhe von 833,50 € ab.

c) Arzneimittel mit fiktiver Zulassung (AHP 200)

LSG Hessen, Beschluss v. 10.08.2015 - L 4 KA 61/13 NZB

RID 15-04-38

SGB V § 106; AMG § 105

Die Frage, unter welchen Voraussetzungen ein Arzneimittel, das nach dem Arzneimittelrecht **verkehrsfähig** ist, im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) **verordnungsfähig** ist, wurde bereits dahingehend geklärt, dass aus der arzneimittelrechtlichen Zulassung nur dann auf die Verordnungsfähigkeit im Rahmen der GKV geschlossen werden kann, wenn die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit des Arzneimittels geprüft wurden. Ein Vertragsarzt, der ein Arzneimittel verordnet, das mangels Überprüfung der Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit nicht verordnungsfähig ist, kann wegen der Verordnungskosten in Regress genommen werden (vgl. BSG, Urt. v. 05.11.2008 - B 6 KA 63/07 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 21 = USK 2008-106 = GesR 2009, 539). Eine lediglich „**fiktive**“ **Zulassung** kann eine Leistungspflicht der Krankenkassen und einen Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit einem solchen Arzneimittel im Rahmen der GKV nicht begründen.

SG Marburg, Urt. v. 11.09.2013 - S 12 KA 384/13 - RID 13-04-29 wies die Klage gegen einen Arzneikostenregress für die Quartale I bis III/10 wegen der Verordnung des Arzneimittels AHP 200 in Höhe von 312,82 € netto ab, das *LSG* die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

3. Rechtmäßigkeit von Generikazielen in einer Wirkstoffvereinbarung

SG München, Beschluss v. 17.08.2015 - S 28 KA 822/15 ER

RID 15-04-39

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12, 73 VIII 1, 84 I 2 Nr. 2, 106; GG Art. 3 I, 12 I, 19 III

Leitsatz: Zur Frage der Rechtmäßigkeit, insbesondere der Ermächtigungsgrundlage von sog **Generikazielen in einer Wirkstoffvereinbarung** gem. § 106 Abs. 3b SGB V.

Das *SG* lehnte den Antrag des mittelständischen pharmazeutischen Unternehmens auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gegen die in der Wirkstoffvereinbarung der Ag. geregelten Generikaziele für Analgetika ab. Die Wirkstoffvereinbarung löste die Richtgrößenprüfung für Arznei- und Verbandmittel ab.

4. Untätigkeitsklage nach fünfjähriger Untätigkeit: Keine Aussetzung

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 20.12.2013 - L 3 KA 79/13 B

RID 15-04-40

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106; SGG § 88

Soweit der Bekl. vorträgt, dass ausgehend von einer **chronologischen Abarbeitung** des Verfahrensbestandes erst jetzt Widersprüche der Jahre 2003 und 2004 zur Bearbeitung anstünden, kann dies nicht als ausreichende Erklärung angesehen werden, weil schon nicht ersichtlich ist, wie es zu diesen langen Verfahrenszeiten gekommen ist. Ein Bearbeitungszeitpunkt von neun bzw. zehn Jahren nach dem maßgeblichen Prüfungsjahr ist insgesamt als drastisch verspätet anzusehen.

Darüber hinaus gelingt es dem Bekl. auch nicht, nachvollziehbar darzulegen, welche **Gesetzesänderungen** seit 2008 genau zu welchen Schwierigkeiten bei der Bearbeitung geführt haben. Die vom Bekl. geschilderte **Zusatzbelastung durch die Übernahme von Verfahren der Rechtsvorgänger** in den Jahren 2004 und 2010 kann zwar grundsätzlich als zureichender Grund für eine verspätete Entscheidung angesehen werden. Allerdings hätte die Behörde substantiiert darlegen müssen, dass sie das ihr Mögliche und Zumutbare unternommen hat, um trotz gestiegenen Geschäftsanfalls die Sache zeitgerecht zu erledigen (vgl. BSG SozR 31500 § 88 Nr 1). Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung muss insb. dargetan werden, dass die zur Einrichtung und Ausstattung der Prüfungsausschüsse verpflichteten Vertragspartner **alle vorhandenen Möglichkeiten zur Bewältigung von Zusatzbelastungen** (z.B. Aufstockung des Personals) **ausgeschöpft** haben. Selbst wenn aber der Beklagte und die ihn tragenden Vertragspartner sich nach Kräften bemüht hätten, die Voraussetzungen für eine schnellere Erledigung der Verfahren zu schaffen, spricht viel für einen Erfolg der Untätigkeitsklage. Es ist allgemein anerkannt, dass ein Amtswalter sich **nicht dauerhaft** - also auch nach Jahren seit der Übernahme zusätzlicher Verfahren - darauf berufen kann, zur Aufgabenerfüllung mangels ausreichender Ausstattung mit den erforderlichen Mitteln nicht in der Lage zu sein (so ausdrücklich BSG SozR 3-1500 § 88 Nr 1).

Der Prüfungsausschuss setzte im Rahmen der Richtgrößenprüfung für das Jahr 2005 mit Bescheid v. 16.10.2007 gegen den Kl. einen Regress i.H.v. 11.067,53 € fest. Gegen den Bescheid legte der Kl. am 22.10.2007 Widerspruch ein und erhob am 26.09.2012 Untätigkeitsklage. **SG Hannover**, Beschl. v. 12.07.2013 - S 65 KA 600/12 - setzte das Verfahren gem. § 88 SGG bis zum Ablauf des 31.10.2014 aus, weil für die Untätigkeit des Bekl. ein zureichender Grund vorliege. Aufgrund der zwischenzeitlich eingetretenen Gesetzesänderungen und aufgrund der Komplexität des Richtgrößenverfahrens sei dem Bekl. eine Bearbeitung des Widerspruchs erst innerhalb von 15 Monaten möglich. Auf Beschwerde des Kl. hob das **LSG** den Beschl. auf. **SG Hannover**, Gerichtsbb. v. 22.12.2014 - S 20 KA 600/12 - juris verpflichtete die Bekl., über den Widerspruch des Kl. zu entscheiden.

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. Keine Erledigung nach Verzicht des Mitbewerbers vor Entscheidung des Berufungsausschusses

SG Kiel, Urteil v. 25.03.2015 - S 14 KA 347/14

RID 15-04-41

juris

SGB V §§ 96 IV 1, 97; SGG § 131 I 3

Eine **offensive Konkurrentenklage** ist immer dann zulässig, wenn der übergangene Bewerber plausibel geltend macht, die Auswahlentscheidung sei zu seinen Lasten fehlerhaft (vgl. BSG, Urt. v. 05.11.2003 - B 6 KA 11/03 R - BSGE 91, 253 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 1, Rn. 19).

Verzichtet der Mitbewerber im Klageverfahren auf seine Zulassung, so tritt Erledigung ein (vgl. BSG, Urt. v. 05.11.2003 - B 6 KA 11/03 R - aaO., Rn. 22; v. 11.12.2013 - B 6 KA 49/12 R - BSGE 115, 57 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 13, Rn. 23). Erledigung tritt jedoch nicht ein, wenn der Verzicht **vor einer Entscheidung des Berufungsausschusses** erfolgt, da dieser die ursprüngliche Entscheidung des Zulassungsausschusses nicht lediglich zu überprüfen, sondern durch eine originäre Sachentscheidung zu ersetzen hat.

Der Kl. ist als Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit einem halben Vertragsarztsitz zugelassen. Nach partieller Aufhebung der Zulassungssperre für die bedarfsplanerische Gruppe der Nervenärzte für eine halbe Vertragsarztstelle bewarben sich der Kl. und M. Der Zulassungsausschuss ließ M zu, weil dessen Niederlassungsort besser geeignet sei. Nach Widerspruch des Kl. verzichtete M. auf seine Zulassung. Der bekl. Berufungsausschuss wies den Widerspruch als erledigt zurück, weil eine Auswahlentscheidung von ihm nicht mehr getroffen werden könne. Das **SG** verurteilte den Bekl., den Antrag des Kl. auf Zulassung als Facharzt für Psychiatrie mit einem halben Versorgungsauftrag unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Ausschreibung/Praxisnachfolge

a) Zulassungsverzicht eines für zwei Fachgebiete zugelassenen Vertragsarztes

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 16.06.2015 - L 4 KA 36/13

RID 15-04-42

Revision anhängig: B 6 KA 32/15 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95 VII, 103 IV 1, IVa1

Verzichtet ein Vertragsarzt, der für **zwei Fachgebiete zugelassen** ist, auf seine Zulassung zum Zweck der Anstellung in einem MVZ, so kann eine Ausschreibung des Vertragsarztsitzes für das zweite Fachgebiet nicht erfolgen. Es ist rechtlich unerheblich, dass der Vertragsarzt nur für ein Fachgebiet den Verzicht erklärt hat. Angesichts der Einheitlichkeit des Vertragsarztsitzes und des Versorgungsauftrages hat eine solche Beschränkung keine rechtliche Bedeutung. Mit dem Verzicht endete der Zulassungsstatus des Klägers. Insb. führen die Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung in beiden Facharztgebieten nicht dazu, dass der Vertragsarzt mit zwei Vertragsarztsitzen zugelassen wird und zwei Versorgungsaufträge erhält (Senatsurt. v. 16.06.2015 - L 4 KA 37/13 -).

Nach dem ab Januar 2007 durch das VÄndG eingeführten Recht kann ein Vertragsarzt zwei hälftige Vertragsarztsitze unabhängig voneinander haben und entsprechend auch auf einen halben Vertragsarztsitz verzichten. Nur unter den neu geregelten Voraussetzungen kann ein Arzt **mehrere Zulassungen mit Teil-Versorgungsaufträgen** bekommen, jedoch kann kein Arzt zwei Zulassungen mit einem vollen Versorgungsauftrag erhalten (BSG, Urt. v. 17.10.2012 - B 6 KA 49/11 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 26). Für zuvor erteilte Zulassungen gilt dies jedoch nicht. Auch bei einer Doppelzulassung kann dieser dem Arzt erteilte einheitliche volle Versorgungsauftrag nicht in zwei hälftige Versorgungsaufträge aufgespalten werden. Eine Reduzierung der Zulassung eines Arztes auf deren Hälfte ändert den vertragsärztlichen Status des Arztes nur hinsichtlich des Umfangs der vertragsärztlichen Tätigkeit, nicht aber den Status seinem Grunde nach ab.

Hat ein Vertragsarzt bereits eine volle Zulassung gemäß der ersten Alternative des § 95 III 1 SGB V inne, bewirkt eine **zweite Zulassung in einem weiteren Fachgebiet** nicht die Ausweitung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit im Hinblick auf den quantitativen Rahmen, sondern lediglich seine qualitative Ausweitung der Abrechnungsbefugnis nach dem EBM in dem weiteren Facharztgebiet.

Der **Verzicht auf die Zulassung** ist eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung, die mit ihrem Zugang bindend wird. Ein Arzt kann sich grundsätzlich nicht mehr von ihr lösen. Eine

Anfechtung der Erklärung ist nur nach den §§ 119, 120, 123 BGB möglich (LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 29.12.1997 - L 5 KA 3737/97 eA-B - juris).

Der 1942 geb. Kl. erlangte 1974 die Facharztbezeichnung für Anästhesiologie und 1978 für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. 1978 erhielt er eine Vertragsarztzulassung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 1996 zusätzlich eine Zulassung als Arzt für Anästhesiologie. Mit Wirkung vom Januar 2010 verzichtete er auf seine Zulassung als Vertragsarzt für Gynäkologie zugunsten des MVZ, das seinerseits beantragte, den Kl. als Arzt zunächst ganztägig und ab Januar 2011 für 20 Stunden wöchentlich anzustellen. Im April 2010 beantragte der Kl. die Ausschreibung seines Vertragsarztsitzes für Anästhesiologie als volle Arztstelle. Die bekl. KV lehnte den Antrag ab. *SG Kiel*, Gerichtsbb. v. 21.08.2013 - S 14 KA 304/10 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Nachbesetzung nur für einen halben Versorgungsauftrag bei geringem Praxisumfang

SG Bremen, Urteil v. 20.08.2014 - S 1 KA 22/13

RID 15-04-43

MedR 2015, 745

SGB V § 103 IV

Leistet eine Praxis (hier: einer Vertragspsychotherapeutin) in den letzten drei Jahren vor Ausschreibung des Vertragsarztsitzes einen Versorgungsbeitrag von **weniger als der Hälfte**, kommt eine **Nachbesetzung nur für einen halben Versorgungsauftrag** in Betracht.

Das *SG* wies die Klage ab.

3. Zuordnung der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie zur Gruppe der Orthopäden

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 15.04.2015 - L 11 KA 126/12

RID 15-04-44

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

BedarfsplRL § 6 IV, 38

Ein als **Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie** zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Vertragsarzt hat bei Zulassungsbeschränkungen keinen Anspruch auf Umwandlung der Zulassung als **Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie**.

Die BedarfsplRL ist wegen der Differenzierung zwischen Orthopäden und Chirurgen nicht rechtswidrig; der GBA muss der weiterbildungsrechtlichen Vorgabe in der MWBO, in der die Gebiete Chirurgie und Orthopädie zusammengeführt worden sind, nicht folgen und keine entsprechende bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppe einführen. Die **Zuordnung der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie** zur Gruppe der Orthopäden ist nicht zu beanstanden.

Der Kl. ist als Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er erhielt im Juli 2006 die Anerkennung als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Sein Antrag auf Umwandlung seiner Zulassung als Facharzt für Chirurgie in eine Zulassung als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie blieb erfolglos. *SG Dortmund*, Ur. v. 15.08.2012 - S 9 KA 4/09 - verpflichtete den Bekl., den Kl. als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie zuzulassen. Auf die Berufung der Beigel. zu 7) wies das *LSG* die Klage ab.

S. auch LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 27.08.2015 - L 5 KA 5076/14 ER-B - RID 15-04-45; SG Berlin, Ur. v. 06.05.2015 - S 79 KA 258/13 - RID 15-04-50.

4. Keine Anstellungsnachfolge eines Chirurgen mit Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 27.08.2015 - L 5 KA 5076/14 ER-B

RID 15-04-45

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95 IX, 103 IVb; Ärzte-ZV § 18; SGG § 86b II

Die **Nachbesetzung** eines nach § 103 IVb 3 SGB V eingebrachten Arztsitzes kann bei Vorliegen von Zugangsbeschränkungen nur mit einem **Arzt derselben Arztgruppe** im Sinne des Bedarfsplanungsrechts erfolgen.

Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie gehören nicht zur Arztgruppe der Chirurgen. Der Normgeber hat das Problem von Fachärzten für Chirurgie und Fachärzten für Orthopädie und

Unfallchirurgie gesehen, dem aber - bewusst - (lediglich) punktuell Rechnung getragen. Darüber hinaus sind auch die Praxisnachfolge und die Anstellungsnachfolge wegen ihrer Ähnlichkeit nicht gleich zu bewerten. Die unterschiedliche Situation ist vor allem dadurch gerechtfertigt, dass die Regelung mit Blick auf die **Praxisnachfolge** das Eigentumsrecht des abgebenden Arztes schützt. Bei der **Anstellungsnachfolge** handelt es sich nicht um die Veräußerung und Verwertung der Praxis, sondern die weitere Tätigkeit der Praxis.

Die Kl. sind eine Fachärztin für Chirurgie und ein Facharzt für Orthopädie und Chirurgie/Unfallchirurgie und deren BAG. Der Zulassungsausschuss genehmigte die Anstellung des zuvor als Sicherstellungsassistenten tätigen Beigel. zu 4), eines Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie/Spezielle Unfallchirurgie. Die Genehmigung erfolgte im Rahmen der Nachbesetzung für eine Arztstelle, welche ursprünglich durch Verzicht des L., Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie gemäß § 103 IVb SGB V zu Gunsten einer Anstellung in der Praxis der Kl. entstanden war. Auf Widerspruch der KV lehnte der Bekl. den Antrag auf Genehmigung ab. **SG Stuttgart**, Beschl. v. 20.11.2014 - S 11 KA 5763/14 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

S. auch LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.04.2015 - L 11 KA 126/12 - RID 15-04-44; SG Berlin, Urt. v. 06.05.2015 - S 79 KA 258/13 - RID 15-04-50.

5. Sitzverlegung: Keine Beschränkung der Prüfung auf Vergleich der Versorgungsgrade der Bezirke

SG Berlin, Urteil v. 25.03.2015 - S 83 KA 559/13

RID 15-04-46

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 31/15 R

juris

SGB V §§ 70 I 1, 90a, 92 I 2 Nr. 9; GG Art. 12 I

Die Zulassungsgremien haben bei der Prüfung der „Gründe der vertragsärztlichen Versorgung“ nach § 24 VIII Ärzte-ZV einen gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren **Beurteilungsspielraum**. Darüber hinaus ist kein Beurteilungsspielraum oder Ermessen eröffnet.

Zur Gewährleistung der Niederlassungsfreiheit ist eine **konkrete Betrachtungsweise** geboten (vgl. SG Marburg, Beschl. v. 24.11.2014 - S 12 KA 531/14 ER - RID 15-01-52, juris Rn. 29 f.; zur alten, aber insoweit vergleichbaren Rechtslage: LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 15.10.2009 - L 3 KA 73/09 B ER - RID 10-01-70, juris Rn. 27, 29). D.h., die Versorgungssituation muss so unmittelbar wie – mit nicht unverhältnismäßigem Aufwand – möglich, bezogen auf den bisherigen und den begehrten Sitz beurteilt werden, d.h. zudem: nicht allein mit bedarfsplanerischen Zahlen, sondern auch bezogen auf die konkrete Patientenversorgung. Die Relevanz von dabei ermittelten Gesichtspunkten muss bezogen auf die Umstände der jeweiligen Sitzverlegung beurteilt werden (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 16.01.2013 - L 12 KA 77/12 - RID 13-03-49, juris Rn. 32). Dabei müssen die Gründe für die Sitzverlegung berücksichtigt werden. Allein mit der Qualifizierung von derart konkret ermittelten Versorgungsgesichtspunkten als konkret gewichtiger als die begehrte Verlegung stehen sie einer Verlegung entgegen. Anderenfalls, also bei einer abstrakten Betrachtungsweise und/oder unter Außerachtlassung von Gründen für die Verlegung, wäre die Niederlassungsfreiheit nicht ausreichend berücksichtigt.

Empfehlungen in einer Vereinbarung des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V sind nicht rechtsverbindlich.

Die Verfassungskonformität von Normen mit einer Anordnung der Prüfung entgegenstehender Versorgungsgründe allein unter Beachtung der Gleichmäßigkeit der Patientenversorgung und allein unter Beachtung der Versorgungsgrade für die Verwaltungsbezirke ist mit Blick auf die Niederlassungsfreiheit und das Konkretisierungsgebot per se zweifelhaft. Eine Prüfung kann sich nicht auf einen **Vergleich der Versorgungsgrade der Bezirke** beschränken.

Praxisräume für Gruppentherapie und **Nähe zur Wohnung** sind keine besonders gewichtigen Gründe für die Verlegung, insb. wenn zudem keine Standortkontinuität gewahrt wird. Anderes ergibt sich etwa in Fällen, in denen die Möglichkeit zur Ausübung der zugelassenen Tätigkeit gefährdet ist, wenn die Verlegung nicht genehmigt wird.

Die für einen hälftigen Versorgungsauftrag zugelassene u. beigel. Psychotherapeutin beantragte die Verlegung ihres Praxissitzes. Zur Begründung gab sie u.a. an, dass sie in dem Haus wohne und dass der bisherige Praxisraum zu klein für Gruppentherapie sei. Der Zulassungsausschuss lehnte den Antrag ab. Der Bekl. gab dem Antrag statt. Das **SG** wies die Klage der KV ab.

6. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

a) Anstellungsgenehmigung für Strahlentherapeutin nach Zulassungsmoratorium

SG Düsseldorf, Urteil v. 14.10.2015 - S 2 KA 9/14

RID 15-04-47

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95 IX 1, 101 I Nr. 1, 103 IVa 5; Ärzte-ZV § 32b; GG Art. 12 I, 14 I

Durch das **Entscheidungsmoratorium des GBA** vom 06.09.2012 (§ 48 I Nr. 4, II BedarfspIRL i.d.F. ab 06.09.2012) waren die Zulassungsgremien an einer positiven Entscheidung gehindert. Nach § 48 II 3, 4 BedarfspIRL war ein Antrag wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese noch nicht bei Antragstellung angeordnet waren. Das gilt auch für Anträge auf Genehmigung von **Anstellungen in MVZ**.

Rechtliche Bedenken gegen die neu eingeführte **Bedarfsplanung** auch für die Arztgruppe der **Strahlentherapeuten** bestehen nicht. § 101 II Nr. 2 SGB V verpflichtet den GBA, bei einem Überschreiten der Zahl der Ärzte von 1.000 zwingend Verhältniszahlen festzusetzen. Wird bei einer Arztgruppe die Zahl von bundesweit 1.000 Ärzten nicht erreicht, besteht nach pflichtgemäßem Ermessen jedenfalls die Möglichkeit, auch für diese Arztgruppe Verhältniszahlen festzusetzen. Anhaltspunkte dafür, dass die Einbeziehung der von § 48 BedarfspIRL i.d.F. ab 06.09.2012 erfassten Arztgruppen unverhältnismäßig im Sinne einer fehlenden Erforderlichkeit oder Eignung wäre, bestehen nicht. Vielmehr zeigen die „Tragenden Gründe“ eine starke Steigerung der Vertragsarztzahlen in den bisher unbepflanzten Arztgruppen, die eine Reaktion erforderlich machte.

Der **GBA** hatte die **Kompetenz** zum Erlass des Beschlusses vom 06.09.2012, mit dem das Entscheidungsmoratorium festgesetzt wurde (Anschluss an LSG Bayern, Urt. v. 12.01.2015 - L 11 KA 66/14 -).

Die **Nachbesetzungsregelungen** nach § 103 IVa 5 SGB V sind auf ein MVZ, das vor Erlass des Zulassungsmoratoriums einen Vertragsarztsitz hat, anwendbar. Der Vertragsarztsitz genießt über Art. 12 I und 14 I GG grundrechtlichen Schutz. Die Sechs-Monats-Frist für die Stellung eines Antrages auf Nachbesetzung beginnt mit dem Moratoriumsbeschluss des GBA (hier: 06.09.2012).

Erfolgt die **Arztregistereintragung** erst nach Ablauf der Sechs-Monats-Frist, ist dies unschädlich. Ein zusätzlicher Zeitbedarf als Folge von Verwaltungsverfahren bei anderen Behörden darf nicht zu Lasten eines Antragstellers gehen (vgl. BSG, Urt. v. 05.05.2010 - B 6 KA 2/09 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 16, Rn. 20).

Das kl. MVZ verfügt seit Jahren über zwei strahlentherapeutische Sitze. Auf dem einen - nicht streitbefangenen - Sitz war bis zum 24.10.2014 die Fachärztin für Strahlentherapie D2 als angestellte Ärztin beschäftigt. Nach ihrem Ausscheiden wurde der Sitz mit dem Facharzt für Strahlentherapie N als angestelltem Arzt nachbesetzt. Auf dem zweiten - hier streitbefangenen - Sitz war vom 01.10.2009 bis **01.04.2011 die Fachärztin für Strahlentherapie I2 als angestellte Ärztin beschäftigt**. Für diesen Sitz **beantragte die Kl. erstmals am 14.09.2012 eine Anstellungsgenehmigung für Frau H** mit Wirkung zum 01.01.2013, ferner am 14.11.2012 mit Wirkung zum 01.02.2013 und am 14.01.2013 mit Wirkung zum 01.03.2013. **Frau H wurde am 26.11.2012 approbiert** und auf ihren Antrag vom 18.12.2012 am 14.03.2013 ins Arztregister eingetragen. Das **SG** verurteilte den Bekl., der Kl. eine Anstellungsgenehmigung für die Beschäftigung von Frau H mit einem Beschäftigungsumfang von 40 Stunden pro Woche am Vertragsarztsitz des MVZ am Evangelischen Krankenhaus zu erteilen.

b) Nachbesetzung einer Arztstelle

aa) Nachbesetzung einer Angestelltenstelle im Umfang von 30 Stunden/Woche nach Fristablauf

SG Düsseldorf, Urteil v. 14.10.2015 - S 2 KA 492/14

RID 15-04-48

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95 II 2 u. 8, 103 IVa 5

Die **Nachbesetzung einer Angestelltenstelle** in einem **MVZ** kann nur innerhalb einer **Höchstfrist** von sechs Monaten erfolgen (BSG, Urt. v. 19.10.2011 - B 6 KA 23/11 R - BSGE 109, 182 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 8, Rn. 25; Beschl. v. 14.05.2014 - B 6 KA 67/13 B - juris Rn. 9). Eine weitere Fristverlängerung von sechs Monaten ist möglich, muss aber spätestens unmittelbar vor Ablauf der (ersten) Sechs-Monats-Frist gestellt werden. Denn nur zu diesem Zeitpunkt hat der Zulassungsausschuss noch eine Entscheidungsmöglichkeit, den Fristverlängerungsantrag abzulehnen,

wenn er dessen Voraussetzungen als nicht erfüllt erachtet. Diese Möglichkeit würde ihm genommen, wenn der Verlängerungsantrag erst am letzten Tag der (zweiten) Sechs-Monats-Frist gestellt werden dürfte. Dies würde im Ergebnis darauf hinauslaufen, dass die nachzubesetzende Stelle letztlich ein ganzes Jahr offen gehalten bleibt und es allein vom Willen des MVZ abhängt, ob die Stelle dann wegfällt oder nicht.

Nach Veröffentlichung der BSG-Entscheidung kann sich ein MVZ nicht auf **Unkenntnis** berufen. Eine **vakante Angestelltenstelle im Umfang von 30 Stunden/Woche** verfällt nach Fristablauf in vollem Umfang, nicht lediglich im Umfang von 20 Stunden/Woche (Anrechnungsfaktor 0,5). Es bleibt keine 1/4-Stelle, die über die halbe Stelle hinausgeht, sanktionslos bestehen.

Im kl. MVZ in T1 waren bis zum 30.06.2013 der ausschließlich psychotherapeutische Arzt L1 mit 30 Stunden/Woche (Anrechnungsfaktor 0,75) und bis zum 19.03.2014 der ausschließlich psychotherapeutische Arzt L2 mit 10 Stunden/Woche (Anrechnungsfaktor 0,25) als angestellte Ärzte beschäftigt. Die für 20 Stunden/Woche beantragte Beschäftigung des ausschließlich psychotherapeutischen Arztes X ab 01.07.2014 genehmigte der Bekl. nur im Umfang von 10 Stunden/Woche. Im August 2015 genehmigte der Zulassungsausschuss die Anstellung des X zu 30 Stunden/Woche aufgrund des Ankaufs eines weiteren halben Sitzes. Das **SG** wies die Fortsetzungsfeststellungsklage ab.

bb) Nachbesetzung einer 1/4-Arztstelle durch Aufstockung: Keine Antragsfrist

LSG Bayern, Urteil v. 20.05.2015 - L 12 KA 175/14

RID 15-04-49

Revision anhängig: B 6 KA 28/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 95 II 5 u, 8, 103 IVa

Bei der **Nachbesetzung einer Angestelltenstelle** ist nicht zwischen originären und durch Teilung bei Verbleib des Arztes im MVZ entstandenen **1/4-Arztstellen** zu unterscheiden. Es besteht insb. kein bedarfsplanerischer Grund, im Hinblick auf die Entstehung der 1/4-Arztstelle dahingehend eine Unterscheidung zu treffen, ob die Arztstelle, aus der diese 1/4-Arztstelle entstanden ist, noch durch den gleichen Arzt besetzt ist oder nicht. Der von BSG, Urt. v. 19.10.2011 - B 6 KA 23/11 R - BSGE 109, 182 = SozR 4-2500 § 103 Nr 8 aufgestellte Grundsatz, dass eine 1/4-Arztstelle ohne zeitliche Begrenzung nachbesetzt werden kann, ist daher auf beide Fallkonstellationen anzuwenden.

Es besteht außerdem kein rechtlicher Unterschied, ob die 1/4-Arztstelle durch einen neu in das MVZ eintretenden Arzt nachbesetzt wird oder durch **Aufstockung der Arbeitszeit** eines bereits im MVZ angestellten Arztes. Mit der Aufstockung einer Arztstelle auf den Umfang mit einem Anrechnungsfaktor von 0,5 (wie hier) wird die Schwelle der 1/4-Arztstelle zwar überschritten, die Auswirkung auf die Bedarfsplanung ist aber identisch zur Neubesetzung einer 1/4-Arztstelle (Anschluss an SG Marburg, Urt. v. 14.11.2012 - S 12 KA 515/11 - RID 13-01-46).

Allerdings gilt bei **Anzeichen von Missbrauch** auch für durch Teilung bei Verbleib des Arztes im MVZ entstandene 1/4 Arztstellen die von BSG, Urt. v. 19.10.2011 - B 6 KA 23/11 R - aaO. aufgestellte Modifizierung der zeitlich nicht begrenzten Nachbesserungsmöglichkeit.

SG München, Urt. v. 09.07.2014 - S 38 KA 305/13 - gab dem Antrag auf Erhöhung des Beschäftigungsumfangs von Dr. C. als angestellter fachärztlich tätiger Internist im MVZ statt, das **LSG** wies die Berufung der KV zurück.

cc) Keine Anstellungsnachfolge eines Chirurgen mit Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

SG Berlin, Urteil v. 06.05.2015 - S 79 KA 258/13

RID 15-04-50

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 40/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 95 II 4, VI 1, 103; Ärzte-ZV § 18

Eine **Nachbesetzung** einer zuvor mit einem **Facharzt für allgemeine Chirurgie** ohne Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie besetzte Arztstelle mit einem **Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie** ist nicht möglich. Das Vorhandensein der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie als Bindeglied zwischen dem Facharzt für Chirurgie (nach altem Weiterbildungsrecht) und dem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (nach neuem Weiterbildungsrecht) ist zwingend erforderlich. Es ist unerheblich, ob bereits zuvor der Chirurg ausschließlich in der Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates bzw. unfallchirurgisch tätig war.

Die Kl. ist ein in der Rechtsform einer GbR geführtes MVZ, das u.a. Ärzte der Fachgruppen Orthopädie und Chirurgie beschäftigt. Für diese Arztgruppen ist der Planungsbereich wegen Überversorgung gesperrt. Bis August 2011 beschäftigte sie **Dr. S., Facharzt für Chirurgie**, der dann seine Anstellung in eine Zulassung umwandelte. Die frei werdende Stelle wurde mit einer Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie nachbesetzt. Die hiergegen erhobene Klage der KV wies SG Berlin, Urt. v. 19.12.2012 - S 71 KA 462/11 - RID 13-02-58 ab. Vom 01.09.2011 bis 31.03.2012 war Dr. S. mit Praxissitz unter der Anschrift der Kl. tätig. Anschließend war er bis 31.10.2012 erneut bei der Kl. angestellt. Nach den Angaben der Kl. war Dr. S., der nicht berechtigt ist, die Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie zu führen, ausschließlich in der Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates bzw. unfallchirurgisch tätig. Auf Antrag der Kl. genehmigte der Zulassungsausschuss die **Anstellung von Herrn P., einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie**, mit Wirkung zum 15.12.2012, jedoch mit der Maßgabe zur ausschließlichen Tätigkeit auf dem Gebiet der Unfallchirurgie. Der Bekl. genehmigte unter Zurückweisung des Widerspruchs die Anstellung von Herrn P. bei der Kl. unter **Zuordnung zum Gebiet der Chirurgie** und stellte das Ende der Anstellung von Dr. S. zum 30.11.2011 fest. Das **SG** wies die Klage (auf Genehmigung ohne die inhaltliche Beschränkung der Tätigkeit auf das Gebiet der Unfallchirurgie) ab.

S. auch LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.04.2015 - L 11 KA 126/12 - RID 15-04-44; LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 27.08.2015 - L 5 KA 5076/14 ER-B - RID 15-04-45.

c) Keine Beteiligtenfähigkeit eines unselbständigen MVZ

LSG Bayern, Beschluss v. 26.08.2015 - L 12 KA 69/15 B ER

RID 15-04-51

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95 I; SGG §§ 70, 86b I 1 Nr. 1

Beteiligtenfähig i.S.d. § 70 SGG in Bezug auf Statusfragen wie Anstellungsgenehmigungen ist nur der **MVZ-Rechtsträger** und nicht die rechtlich unselbständige Einrichtung MVZ. Nur wenn sich das MVZ einer Organisationsform bedient, die § 70 SGG zugeordnet werden kann, ist es beteiligtenfähig. Das MVZ als solches ist kein Rechtsträger, dem subjektive Rechte zugeordnet werden können. Der Ärztliche Leiter ist nicht Träger des MVZ und nicht prozessführungsbefugt.

Nach Entsperrung des Planungsbereichs für zwei Radiologensitze genehmigte der Zulassungsausschuss die Beschäftigung des Beigel. zu 10) im zu 1) beigel. MVZ im Umfang von 40 Wochenstunden und ließ einen weiteren Radiologen zu. Der Berufungsausschuss genehmigte dem Ast. die Beschäftigung des Beigel. zu 9) im Umfang von 20 Wochenstunden, wogegen der zu 1) Beigel. als MVZ Klage erhob, die SG Nürnberg, Gerichtsbb. v. 13.04.2015 - S 1 KA 17/14 - (s. Parallelverfahren: SG Nürnberg, Gerichtsbb. v. 13.04.2015 - S 1 KA 18/14 - RID 15-02-60) abwies (Berufung anhängig: LSG Bayern - L 12 KA 65/15). Auf Antrag des Ast. erklärte **SG Nürnberg**, Beschl. v. 20.04.2015 - S 1 KA 3/15 ER - die Genehmigung für sofort vollziehbar, das **LSG** wies die Beschwerde des Beigel. zu 1) als unzulässig zurück.

d) Duldungsvollmacht für ärztlichen Leiter eines MVZ

LSG Bayern, Beschluss v. 17.12.2013 - L 12 KA 197/13 B ER

RID 15-04-52

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95 IXb 1, 32b V 1; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Eine wirksame **Bevollmächtigung** in statusrechtlichen Angelegenheiten gegenüber den Zulassungsausschüssen kann ein **ärztlicher Leiter eines MVZ** nicht allein aus seiner Stellung als ärztlicher Leiter herleiten. Ein MVZ muss sich aber dessen Handlungen im Wege der **Duldungsvollmacht** zurechnen lassen, wenn der ärztliche Leiter mehrfach gegenüber dem Zulassungsausschuss als Vertreter in statusrechtlichen Belangen aufgetreten ist.

Der Ast war bei der Beigel., Träger eines MVZ, angestellt. Es bestand eine Zusatzvereinbarung, wonach der Ast. die ärztliche Leitung des MVZ übernehmen und damit als Ansprechpartner in allen Belangen für die KV dienen sollte. Es kam zu diversen Meinungsverschiedenheiten, in deren Folge der Ast. die außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung, hilfsweise die ordentliche Kündigung erklärte. Zudem beantragte er als ärztlicher Leiter des MVZ beim Zulassungsausschuss die Umwandlung der von ihm gehaltenen vertragsärztlichen Angestelltenstelle in eine volle Vertragsarztzulassung, die ihm auch erteilt wurde. Der Ag. wies den Widerspruch der Beigel. zurück, wogegen die Beigel. die Klage erhob (S 43 KA 979/13). **SG München**, Beschl. v. 14.10.2013 - S 55 KA 707/13 ER - ordnete auf Antrag des Ast. die sofortige Vollziehung an, das **LSG** wies die Beschwerde der Beigel. zurück.

e) Herausgabe einer Bürgschaftsurkunde nach Gesellschafterwechsel

SG Hannover, Urteil v. 02.09.2015 - S 78 KA 505/10

RID 15-04-53

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95 II 6; BGB § 371

Leitsatz: 1. Die Entscheidung über die **Herausgabe einer Bürgschaft**, die im Rahmen eines Zulassungsverfahrens nach § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V abgegeben wurde, ist ein Verwaltungsakt.

2. Das **Ausscheiden eines Gesellschafters** aus einem MVZ und die Abgabe einer weiteren Bürgschaftserklärung durch den neu eintretenden Gesellschafter führen nicht automatisch zu einem Herausgabeanspruch im Hinblick auf die alte Bürgschaftsurkunde.

Gründer und Gesellschafter des kl. MVZ in der Rechtsform einer GmbH mit den Fachgebieten Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Infektionsepidemiologie und hausärztliche Innere Medizin war u.a. zunächst die ISG Intermed Service GmbH & Co. KG, später ISG Intermed Holding GmbH & Co. KG (im Folgenden: Altgesellschafterin). Zum 30.07.2009 fand ein Gesellschafterwechsel statt. Die Kl. zeigte den Eintritt der neuen Gesellschafterin (ISG Intermed Service GmbH & Co. KG) an und legte eine durch die neue Gesellschafterin ausgestellte Bürgschaftsurkunde vor. Zudem wurde die Herausgabe der von der Altgesellschafterin ausgestellten Bürgschaftsurkunde begehrt. Der Zulassungsausschuss lehnte die Herausgabe der Bürgschaftsurkunde aber ab. Hiergegen erhob die Kl. erfolglos Widerspruch, weil die neue Bürgschaftserklärung sich auch auf Altforderungen beziehe, der Gesellschafterwechsel akzeptiert worden sei und ein Sicherungsbedürfnis im Hinblick auf die Altgesellschafterin nicht bestehe. Das **SG** wies die Klage ab.

7. Job-Sharing und Erhöhung der Punktzahlbergrenze: Darlegung substantieller Anhaltspunkte

LSG Hessen, Urteil v. 29.07.2015 - L 4 KA 20/11

RID 15-04-54

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 64/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB X § 44 II; BedarfspIRL-Ä a. F. § 23e S. 2

Für eine Änderung des Gesamtpunktzahlvolumens im Rahmen eines sog. **Job-Sharing-Verhältnisses** bedarf es einer hinreichenden **Darlegung**, die spätestens im Verfahren vor dem Berufungsausschuss erfolgen muss, **substantieller Anhaltspunkte** (vgl. BSG, Urt. v. 12.12.2012 - B 6 KA 1/12 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 14 = ZMGR 2013, 177 = juris Rn. 37 f.).

Der Senat lässt offen, ob es bei rechtzeitigem Vorbringen genügen würde, zur Darlegung eines von der Fachgruppe abweichenden Honorarprofils pauschal auf die **Häufigkeits- und Frequenzstatistik** und die daraus erkennbare Abweichung der klägerischen Praxis vom Fachgruppendurchschnitt zu verweisen. Dagegen spricht, dass sich die Abweichung auch aus einer bloßen Leistungsausweitung ergeben könnte.

Die mit dem EBM 2005 neu eingeführte **Bereitschaftsdienstpauschale** ist keine praxisspezifische Auswirkung einer Änderungen des EBM, die von § 23 e BedarfspIRL-Ä erfasst wird (vgl. BSG, Urt. v. 28.08.2013 - B 6 KA 36/12 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 15 = ZMGR 2014, 32 = MedR 2014, 338 = USK 2013-57, juris Rdnr. 34):

Die Bet. streiten um die Neufestsetzung des Gesamtpunktzahlvolumens im Rahmen eines sog. Job-Sharing-Verhältnisses für die Leistungsjahre 6 bis 10 (Zeitraum vom 01.10.2004 bis 30.09.2009) **SG Marburg**, Urt. v. 23.02.2011 - S 12 KA 605/10 - RID 11-02-85 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

8. Zulassungsentziehung: Sitzverlegung ohne Genehmigung/Vermögensdelikte

LSG Hamburg, Urteil v. 07.10.2015 - L 5 KA 20/13

RID 15-04-55

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 69/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 95 VI 1; Ärzte-ZV §§ 21, 27

Die bloße **Verlegung der Praxis innerhalb des Bezirks** ohne die erforderliche Genehmigung ist kein Verlassen des Bezirks i.S.v. § 95 VII 1 SGB V. Sie macht eine weitere vertragsärztliche Tätigkeit unzulässig, lässt die Wirkung der **Zulassung** jedoch nicht kraft Gesetzes enden. Ob unter „Bezirk“ der Planungsbereich im Sinne des Bedarfsplanungsrechts oder der Zuständigkeitsbereich des Zulassungsausschusses zu verstehen ist, kann hier offen bleiben. Die noch engere, auf den Praxissitz

abstellende Auffassung (LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.12.2009 - L 3 KA 117/08 - RID 10-02-54, juris, Rn. 39) findet im Gesetzestext keine Stütze.

Die Zulassungsvoraussetzung der **Eignung** (§ 21 Ärzte-ZV) kann angesichts der **Begehung von Straftaten** entfallen. Das Vorliegen eines Entziehungsgrundes kann aus rechts- bzw. bestandskräftigen Entscheidungen anderer Gerichte oder Behörden abgeleitet werden (BSG, Beschl. v. 05.05.2010 - B 6 KA 32/09 B - juris). Mangelnde Eignung kann sich auch in der Begehung von Vermögensdelikten manifestieren.

Die **Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes ohne bzw. vor der Genehmigung der Sitzverlegung** (§ 24 VII Ärzte-ZV) stellt eine Pflichtverletzung von erheblichem Gewicht dar, die zur Zulassungsentziehung gemäß § 95 VI 1 SGB V führt, wenn sie nicht glaubhaft abgestellt wird und deshalb der Schluss gerechtfertigt ist, dass die betroffenen Ärzte nicht bereit sind, sich auch dann an die rechtlichen Vorgaben für die vertragsärztliche Versorgung zu halten, wenn sie diese als lästig empfinden (BSG, Urt. v. 02.09.2009 - B 6 KA 35/08 R - BSGE 104, 128 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 15).

Eine Vertragsärztin verstößt gegen die sich aus § 24 I, II, III und VII Ärzte-ZV ergebende Pflicht, **am Vertragsarztsitz Sprechstunde zu halten**, vertragsärztliche Tätigkeiten **nicht außerhalb des Vertragsarztsitzes** zu erbringen und den Vertragsarztsitz nur mit vorheriger Genehmigung des Zulassungsausschusses zu **verlegen**, wenn sie die Praxis an dem Ort der Niederlassung, für den sie gemäß § 24 I Ärzte-ZV zugelassen ist, zum 01.04.2008 aufgibt und erst im Juli 2008 die Genehmigung einer solchen Verlegung des Vertragsarztsitzes beantragt. Diese Pflichtverletzung ist als **gröblich** im Sinne von § 95 VI 1 SGB V anzusehen.

Die 1944 geb. Kl., Fachärztin für Allgemeinmedizin, wandte sich gegen eine Zulassungsentziehung. **SG Hamburg**, Urt. v. 13.03.2013 - S 3 KA 111/10 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VI. Vertreterversammlung//HzV-Vertrag/GBA

Nach BSG, Urt. v. 28.10.2015 - **B 6 KA 15/15 R** - **reduziert sich** nach der speziell für den Richtgrößenregress geltenden gesetzlichen Regelung **die Gesamtvergütung um die durch die Prüfungsgremien gegenüber den einzelnen Ärzten festgesetzten Regressbeträge**. Der Umstand, dass ein **Arzt aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschieden** ist, hindert nicht die Durchsetzung der Regressforderung, sondern kann sie allenfalls erschweren, weil eine Aufrechnung mit Honorarforderungen nicht mehr möglich ist. Selbst wenn die Forderung der KV gegenüber einem Arzt z.B. in Folge von Insolvenz - für deren Vorliegen hier allerdings keine Anhaltspunkte bestehen - nicht durchsetzbar ist, ändert dies nichts an der Verringerung der Gesamtvergütung um den Regressbetrag. Darin liegt keine mit der bis 2001 geltenden Rechtslage vergleichbare sog. Kollektivhaftung, weil die Reduzierung der Gesamtvergütung nicht pauschal an die Überschreitung eines Budgets für die von den Vertragsärzten insgesamt veranlassten Ausgaben für Verordnungen anknüpft, sondern an individuell gegenüber einzelnen Ärzten festgesetzte Regresse und weil es im Ergebnis nur dann zu einer Reduzierung der für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen zur Verfügung stehenden Mittel kommt, wenn die KV die Regressforderung gegenüber dem Arzt ausnahmsweise nicht durchzusetzen vermag. Durch die Umstellung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01.01.2009 hat sich nichts daran geändert, dass die **KV das Risiko der fehlenden Durchsetzbarkeit der gegenüber dem einzelnen Arzt bestehenden Regressforderung zu tragen hat**. 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 Gesteungskosten 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** - SozR 4-2500 § 80 Nr. 1 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. Gültigkeit der Wahl zur Vertreterversammlung der KZV Bayern (Legislaturperiode 2011 bis 2016)

LSG Bayern, Urteil v. 17.06.2015 - L 12 KA 5039/13

RID 15-04-56

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 80 I; GG Art. 38 I 1

Die von BVerfG, Urt. v. 02.03.1977 - 2 BvE 1/76 - BVerfGE 44, 125 aufgestellten **Grundsätze für Staatsorgane**, denen von Verfassung wegen versagt ist, sich in amtlicher Funktion im Hinblick auf Wahlen mit politischen Parteien oder bei Bewerbern zu identifizieren und sie unter Einsatz staatlicher Mittel zu unterstützen oder zu bekämpfen, insb. durch Werbung die Entscheidung des Wählers zu beeinflussen, **gelten auch für Mitglieder von Verbänden**, soweit sie nicht ausschließlich im Rahmen ihrer Verbandstätigkeit, sondern als **Vertreter der Körperschaften des öffentlichen Rechts** mit dem Recht der Selbstverwaltung oder als Organe der solchen tätig werden.

Unter Zugrundelegung dieser Grundsätze subsumiert der Senat die Vorwürfe der Kl. gegen die Bekl. im Wesentlichen unter eine **gerade noch zulässige Öffentlichkeitsarbeit** bzw. bzgl. des Aufsatzes in „Transparent 10/10“ unter dem Gesichtspunkt des Erforderlichkeitsgrundsatzes als jedenfalls **hinzunehmenden möglichen Wahlmangel**.

SG München, Urt. 03.07.2013 - S 21 KA 5160/10 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. HzV-Vertrag: Bestimmbare Gegenleistung

LSG Bayern, Beschluss v. 05.10.2015 - L 12 KA 83/15 B ER

RID 15-04-57

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 73b

Leitsatz: 1. Die Entscheidung der **Schiedsperson** nach § 73b Abs. 4a SGB V unterliegt nur in eingeschränktem Umfang der gerichtlichen Kontrolle, wobei die **inhaltliche Kontrolle** darauf beschränkt ist, zu prüfen, ob der zugrunde gelegte Sachverhalt zutrifft und ob die Schiedsperson den ihr zustehenden Gestaltungsspielraum eingehalten, d.h. die maßgeblichen Rechtsmaßstäbe beachtet hat.

2. Die Schiedsperson hat die wesentlichen Gesichtspunkte, die aus ihrer Sicht für die Festsetzung des Vertragsinhaltes sprechen, in die **Begründung zum Schiedsspruch** einzubeziehen und gegeneinander abzuwägen, wobei die Anforderungen nicht überspannt werden dürfen.

3. Die **Gestaltungsfreiheit der Schiedsperson** ist nicht geringer als diejenige der Vertragspartner bei einer im Wege freier Verhandlung erzielten Vereinbarung (vgl. BSG vom 25.3.2015 - B 6 KA 9/14 R = zur Veröffentlichung vorgesehen).

SG München, Beschl. v. 24.06.2015 - S 21 KA 620/15 ER - RID 15-03-70 stellte im Wege der Einstweiligen Anordnung fest, dass zwischen der Ast. und dem Ag., der AOK Bayern und dem Bayerischen Hausärzterverband 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 Teil-Schiedsspruch 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. Das LSG hob auf Beschwerde des Ag. den Beschl. des SG auf, soweit das SG dem Antrag der Ast. stattgegeben hat, und wies den Antrag der Ast. auch insoweit ab.

3. Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

a) Beanstandung der Verordnungseinschränkung von Gliniden durch BMG

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.05.2015 - L 7 KA 44/11 KL

RID 15-04-58

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 91, 92, 94; SGB IV § 89; SGB X § 43; SGG § 54

Leitsatz: 1. Im Rahmen des **Beanstandungsverfahrens** nach § 94 Abs. 1 SGB V sind Anforderungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Antworten des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), die offenkundig nicht einer sachlichen, auf einen zügigen Abschluss gerichteten Verfahrensweise, sondern sachfremden Zielen dienen, für die **Fristberechnung** bedeutungslos.

2. Die **Anwendung allgemeiner Aufsichtsmaßnahmen** nach § 91 Abs. 8 SGB V i.V.m. § 89 Abs. 1 SGB IV wird dann nicht durch die für Richtlinien des GBA geltenden Spezialregelungen in § 94 Abs. 1 SGB V verdrängt, wenn eine vor Ablauf der Beanstandungsfrist von zwei Monaten nicht absehbare Zäsur tatsächlicher oder rechtlicher Art eintritt.

3. Es ist einer Behörde nicht gestattet, eine **Entscheidung** aus sachfremden Gründen bis zum In-Kraft-Treten einer für den Normadressaten ungünstigeren Rechtsänderung **hinauszuschieben**.

4. Eine im Zeitpunkt ihres Erlasses auf gesetzlicher Grundlage ergangene untergesetzliche Rechtsnorm wird grundsätzlich nicht durch den **Fortfall der Ermächtigungsvorschrift** in ihrer Gültigkeit berührt (Anschluss an BVerfG).

5. Die **Prüfung des Rechtsschutzbedürfnisses** als Sachurteilsvoraussetzung ist in der Regel nicht der Ort, schwierige, bislang ungeklärte materiellrechtliche Fragen einer Antwort zuzuführen.

6. Das **Rechtsschutzbedürfnis einer Behörde** für die Klage gegen eine Entscheidung der Aufsichtsbehörde entfällt nicht allein dadurch, dass die Behörde vorsorglich alternative Maßnahmen vorbereitet.

Der kl. GBA wendet sich gegen eine Beanstandungsverfügung des die bekl. Bundesrepublik Deutschland vertretenden Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom Februar 2011, mit dem dieses den Beschluss des GBA vom 17.06.2010 zur **Verordnungseinschränkung von Gliniden zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2** beanstandete. Die Auseinandersetzung zwischen den Beteiligten steht im (zeitlichen) Zusammenhang mit einer Änderung von § 92 I SGB V durch das mit Wirkung zum 01.01.2011 in Kraft getretenen AMNOG v. 22.12.2010. Das **LSG** hob die Beanstandungsverfügung auf.

b) Stellungnahmerecht bei Bekanntgabe eines zunächst beanstandeten Beschlusses

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.05.2015 - L 7 KA 113/12 KL

RID 15-04-59

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 92 IIIa; SGG § 29

Das **Recht zur Stellungnahme** nach § 92 IIIa SGB V ist wohl lediglich als objektivrechtliche Regelung zu begreifen, die kein wehrfähiges subjektives Recht zu vermitteln vermag (im Ergebnis offen gelassen).

Es ist **kein erneutes Stellungnahmeverfahren** durchzuführen, wenn ein zunächst beanstandeter Beschluss, für den ein Stellungnahmeverfahren ordnungsgemäß durchgeführt wurde, erst Jahre später bekanntgegeben wird.

Die kl. Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V. ist eine ärztlich-wissenschaftliche Fachgesellschaft auf dem Gebiet der anthroposophischen Medizin und stellungnahmeberechtigter Dachverband der Ärztesellschaften der besonderen Therapierichtungen i.S.v. § 92 IIIa SGB V. BSG, Urt. v. 11.05.2011 - B 6 KA 25/10 R - BSGE 108, 183 = SozR 4-2500 § 92 Nr. 12 = GesR 2011, 687 stellte auf Revision des seinerzeit kl. GBA fest, die Beanstandungsverfügung des BMGS sei rechtswidrig gewesen, insb. könne aus § 34 I 3 SGB V nicht abgeleitet werden, dass der GBA im Rahmen der anthroposophischen und homöopathischen Therapierichtungen Arzneimittel wie etwa Mistel-Präparate sowohl für die kurativ-adjuvante wie für die palliative Therapie für verordnungsfähig erklären müsse. Hierauf beschloss der GBA (Beschl. v. 19.04.2012), den seinerzeitigen Beschluss, der Mistel-Präparate nur in der palliativen Therapie für verordnungsfähig erklärte, neu bekannt zu geben. Die neuerliche Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens sah der jetzt bekl. GBA insoweit nicht als erforderlich an. Das **LSG** wies die Klage ab.

VII. Verfahrensrecht/Streitwert

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. Erledigungserklärung und Erledigung des Rechtsstreits

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.07.2015 - L 11 KA 107/13

RID 15-04-60

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG §§ 101, 102, 197a

Eine **Erledigungserklärung**, der die Gegenseite widerspricht, kann - in kostenpflichtigen Verfahren - nicht mit einer Klagerücknahme gleichgesetzt werden. Vielmehr wird der Rechtsstreit durch nur einseitige Erledigungserklärung in einen sog. Erledigungsrechtsstreit umgewandelt (BSG, Beschl. v. 15.08.2012 - B 6 KA 97/11 B - juris). Der Senat geht in st. Rspr. davon aus (z.B. Beschl. v. 31.01.2011 - L 11 KA 61/11 B ER - RID 12-01-49 und 21.05.2010 - L 11 B 15/09 KA ER - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris), dass eine einseitige, nicht widersprochene Erledigungserklärung eine Kostenentscheidung nach billigem Ermessen eröffnet (§ 161 II SGG). Bei einer einseitigen Erledigungserklärung, der widersprochen wurde, ist diese Möglichkeit nicht gegeben, denn sie erledigt den Rechtsstreit nicht in der Hauptsache (zutreffend BSG, aaO.).

Erledigung tritt ein, wenn ein nach der Klageerhebung eingetretenes außerprozessuales Ereignis dem Klagebegehren die Grundlage entzogen hat und die Klage deshalb für den Kl. gegenstandslos geworden ist. Widerspricht der Bekl. der Erledigungserklärung, so wird der Rechtsstreit fortgesetzt. Indessen hat das Gericht grundsätzlich nur noch die Frage zu prüfen, ob sich das ursprüngliche Klagebegehren durch ein nach Klageerhebung eingetretenes Ereignis außerhalb des Prozesses erledigt hat. Erweist sich das Vorbringen des Kl. über ein nachträgliches Ereignis, das seiner Klage die Grundlage entzogen habe, als richtig, so ist dem veränderten Klageantrag stattzugeben; anderenfalls ist die Klage abzuweisen (BVerwG, Urt. v. 31.10.1990 - 4 C 7/88 -; vgl. auch BGH, Urt. v. 27.02.1992 - I ZR 35/90 -). Abzustellen ist auf den vor der Erledigungserklärung zuletzt verfolgten Klageantrag (BGH, aaO.).

SG Düsseldorf, Urt. v. 28.08.2013 - S 14 KA 134/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Keine Beschränkung einer Klage bei vollumfänglicher Anfechtung eines Widerspruchsbescdeids

SG Marburg, Beschluss v. 18.09.2015 - S 12 KA 120/15

RID 15-04-61

Beschwerde anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 40/15 B -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG § 94

Leitsatz: Für die **Beschränkung einer Klage** kommt es im Hinblick auf die Kostenfolge (Gerichtskosten) maßgeblich darauf an, ob die Klage **bereits von Anfang an**, jedenfalls aber innerhalb der Klagefrist beschränkt wurde. Enthält die Klageschrift selbst keinerlei Beschränkung und keinen Klageantrag und richtet sie sich „gegen den Bescheid der Beklagten in der Gestalt des Widerspruchsbescdeids vom“, der der Klageschrift beigefügt ist, so wird der **Widerspruchsbescdeid zunächst vollumfänglich angefochten**; bei Honorarstreitigkeiten sind dann alle Quartale streitbefangen.

Das **SG** stellte fest, dass mit der Klage vom 12.03.2015 der Bescheid über den Antrag auf Änderung des Regelleistungsvolumens für das Quartal I/11 in der Gestalt des Widerspruchsbescdeids vom 11.02.2015 anhängig geworden und durch Klagerücknahme am 28.07.2017 beendet worden ist.

3. Beschwerde gegen einen Streitwertbeschluss: Rechtsschutzinteresse

LSG Hessen, Beschluss v. 28.09.2015 - L 4 KA 68/14 B

RID 15-04-62

GKG § 68

Einer Klägerin fehlt es für eine **Beschwerde gegen einen Streitwertbeschluss** an einem **Rechtsschutzinteresse**, wenn sie keine Kostenschuldnerin ist. Sie ist nur dann rügeberechtigt, wenn

der Streitwert zu ihren Lasten zu hoch festgesetzt wurde. Dies ist nicht der Fall, wenn sie im Rechtsstreit obsiegt und keine Verfahrenskosten zu tragen hat.

Grundsätzlich kann zwar der **bevollmächtigte Rechtsanwalt** gemäß § 32 II RVG **aus eigenem Recht** eine Erhöhung des festgesetzten Streitwerts fordern. Daran fehlt es, wenn die Beschwerde ausdrücklich im Namen der Klägerin erhoben wird.

VIII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Honorarverteilung

a) BEMA-Z-Umstrukturierung 2004: Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen

BSG, Urteil v. 10.12.2014 - B 6 KA 12/14 R

RID 15-04-63

SozR 4-2500 § 87 Nr. 30

Leitsatz: Die **Punktzahlreduzierung für kieferorthopädische Leistungen** bei der Neugestaltung des Bewertungsmaßstabs für kassenzahnärztliche Leistungen zum 1.1.2004 unter Berücksichtigung der abgesenkten Punktwerte für diesen Leistungsbereich war rechtmäßig.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 10.12.2014 - B 6 KA 2/14 R

RID 15-04-64

juris

b) Honoraransprüche gegen die K(Z)V nach „modifizierter“ Freigabe durch Insolvenzverwalter

BSG, Urteil v. 10.12.2014 - B 6 KA 45/13 R

RID 15-04-65

SozR 4-2500 § 85 Nr. 81 = BSGE = ZInsO 2015, 952 = ZIP 2015, 1079 = NZI 2015, 620 = ZVI 2015, 246 = WM 2015,

Leitsatz: 1. Der Beschluss, mit dem das Insolvenzgericht die **Freigabe einer selbstständigen Tätigkeit durch den Insolvenzverwalter** für unwirksam erklärt, wirkt nur für die Zukunft (ex nunc) und nicht auf den Zeitpunkt der Freigabe zurück (ex tunc).

2. Die Begründetheit einer allein von einem **Beigeladenen** eingelegten **Revision** setzt voraus, dass das angegriffene Urteil auch dessen subjektive Rechte verletzt.

2. Feststellungsklage eines Konkurrenten wg. Genehmigung einer Zweigpraxis mit Dialyse

BSG, Urteil v. 11.02.2015 - B 6 KA 7/14 R

RID 15-04-66

SozR 4-5540 Anl. 9.1 Nr. 5 = GesR 2015, 622

Leitsatz: 1. Die **Genehmigung einer Dialysezweigpraxis** in der Versorgungsregion eines Dritten kann von diesem **angefochten** werden.

2. Zu den Anforderungen an die Herstellung eines **Einvernehmens mit den Krankenkassen**.

3. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress

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

BSG, Beschluss v. 06.08.2015 - B 6 KA 6/15 B

RID 15-04-67

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Hamburg**, Urtr. v. 03.12.2014 - L 5 KA 27/12 - wird zurückgewiesen.

Mit BSG, Urtr. v. 13.5.2006 - B 6 KA 13/05 R - BSGE 96, 261 = SozR 4-2500 § 92 Nr. 5 ist geklärt, dass **Therapiehinweise** für den behandelnden Arzt durchaus „**eine strikte Bindung**“ beim Einsatz des Medikaments bewirken. Welche Maßgaben im Einzelfall zu beachten sind, hängt allerdings von der jeweiligen Formulierung der Therapiehinweise ab.

Das LSG ist in Übereinstimmung mit der o.g. Entscheidung des Senats von der Verbindlichkeit der Therapiehinweise ausgegangen. Ebf. in Übereinstimmung mit dieser Entscheidung hat sich das LSG

mit der Frage befasst, ob ein medizinisch begründeter Einzelfall i.S. des § 31 I 4 SGB V vorlag, der die Verordnung eines nach der AMRL ausgeschlossenen Arzneimittels zu Lasten der Krankenkasse ausnahmsweise ermöglicht.

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

BSG, Beschluss v. 06.08.2015 - B 6 KA 7/15 B

RID 15-04-68

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hamburg*, Urt. v. 03.12.2014 - L 5 KA 28/12 - RID 15-01-36 wird zurückgewiesen.

Die **Rüge einer „Fehlinterpretation“ eines konkreten Therapiehinweises** durch das LSG begründet keinen zulässigen Revisionsgrund, sondern nur die Unrichtigkeit der Entscheidung des LSG.

c) Keine Verordnungsfähigkeit von LeukoNorm mit fiktiver Zulassung

BSG, Beschluss v. 15.07.2015 - B 6 KA 18/15 B

RID 15-04-69

BeckRS 2015, 71378

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hamburg*, Urt. v. 16.02.2015 - L 5 KA 44/13 - RID 15-02-50 wird zurückgewiesen.

In der BSG-Rspr. ist geklärt, dass aus der **arzneimittelrechtlichen Zulassung** eines Arzneimittels, sofern hierbei dessen Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit geprüft worden waren, zugleich die Verordnungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gefolgt werden kann. Für eine solche Schlussfolgerung von der arzneimittelrechtlichen Zulassung auf die Verordnungsfähigkeit im System der GKV fehlt aber dann die Grundlage, wenn der arzneimittelrechtlichen Zulassung eines Medikaments keine - oder eine strukturell nur unzureichende - Überprüfung von Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit zugrunde liegt. Die lediglich auf übergangsrechtlichen Vorschriften beruhende Verkehrsfähigkeit von Arzneimitteln, die **keine Prüfung nach den Maßstäben des AMG durchlaufen** haben, führt daher nicht ohne Weiteres zur Verordnungsfähigkeit zulasten der Krankenkassen.

Parallelverfahren:

BSG, Beschluss v. 15.07.2015 - B 6 KA 19/15 B

RID 15-04-70

BeckRS 2015, 71379

4. Zulassungsrecht

a) Weitere hälftige Zulassung in anderem K(Z)V-Bezirk

BSG, Urteil v. 11.02.2015 - B 6 KA 11/14 R

RID 15-04-71

SozR 4-2500 § 95 Nr. 29 = GesR 2015, 472 = ZMGR 2015, 254

Leitsatz: Einem Vertragszahnarzt, der seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränkt hat, kann eine **zweite Teilzulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag** erteilt werden.

b) Zulassung als Belegarzt: Spezialisiertes Anforderungsprofil (Endoprothetik der Gelenke)

BSG, Beschluss v. 01.04.2015 - B 6 KA 48/13 R

RID 15-04-72

NZS 2015, 476 = GesR 2015, 629

Entscheidungen der Zulassungsgremien über Zulassungen zur Ausübung der belegärztlichen Tätigkeit nach § 103 VII SGB V können von nicht berücksichtigten Bewerbern aus dem Kreis der bereits zugelassenen Vertragsärzte nicht nach Maßgabe der für sog defensive Konkurrentenklagen geltenden Grundsätze angegriffen werden. In Betracht kommt allein eine sog **offensive Konkurrentenklage**.

Unerlässliche Voraussetzung der **Ausschreibung einer Belegarztstelle** ist nach der Senats-Rspr. (BSG SozR 4-2500 § 103 Nr 5 Rn. 33) ein transparentes, allen Bewerbern gegenüber gleiches **Anforderungsprofil** der konkreten belegärztlichen Tätigkeiten in qualitativer wie quantitativer Hinsicht sowie die Angabe von Kriterien für die Auswahlentscheidung. Dem würde es nicht entsprechen, wenn die maßgeblichen Kriterien derart speziell wären, dass sie allein von einer

bestimmten - nämlich der vom Krankenhausträger favorisierten - Person erfüllt werden könnten. Es dürfen nicht nur Leistungsbereiche ausgeschrieben werden, die - im Sinne „typischer“ Tätigkeiten - von jedem niedergelassenen Arzt der Fachgruppe erbracht werden können. In ein Anforderungsprofil können auch solche Leistungen aufgenommen werden, die zwar grundsätzlich belegärztlich, fachlich jedoch **allein von noch vor kurzem an einem Krankenhaus operativ tätigen Ärzten** mit entsprechender Erfahrung erbracht werden können. Damit werden Leistungsbereiche erfasst, in denen sich eine belegärztliche Leistungserbringung erst in jüngerer Zeit durchgesetzt hat.

Maßstab ist das, was als belegärztliche Leistung **im jeweiligen Fachgebiet typisch** ist; ob dies auch für die Fachgruppe insgesamt gilt, ist hingegen ohne Bedeutung. „Typisch“ sind Leistungen, deren belegärztliche Erbringung grundsätzlich möglich ist und die auch in nennenswerter Zahl belegärztlich erbracht werden. Dass **endoprothetische Operationen** der Großgelenke hierzu gehören, kann angenommen werden.

Wenn die **Krankenhausplanung** eines Landes eine Krankenhausabteilung mit 22 Betten für Chirurgie als Belegabteilung - auch - mit der Ausrichtung auf die endoprothetische Versorgung ausweist, dürfen die Zulassungsgremien nicht generell in Frage stellen, dass endoprothetische Eingriffe aus medizinisch-fachlicher Sicht auch in belegärztlich geführten Abteilungen angeboten werden dürfen.

Vorausgehend: LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.11.2013 - L 5 KA 2647/12 - RID 14-01-46.

c) Genehmigung neuropädiatrischer Leistungen für Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung

BSG, Urteil v. 10.12.2014 - B 6 KA 49/13 R

RID 15-04-73

SozR 4-2500 § 73 Nr. 5

- Leitsatz:** 1. Eine Regelung der Zulassungsgremien, nach der ein an der **hausärztlichen Versorgung teilnehmender (Kinder-)Arzt** Leistungen des **fachärztlichen Versorgungsbereichs** erbringen und abrechnen darf, setzt voraus, dass der Arzt über die dafür erforderliche formale **Qualifikation** verfügt.
2. Zur Gliederung des EBM-Ä bezogen auf kinderärztliche Leistungen.

5. Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei Ausschusswahlen einer Vertreterversammlung/Anfechtungsfrist

BSG, Urteil v. 11.02.2015 - B 6 KA 4/14 R

RID 15-04-74

juris = SozR 4-2500 § 80 Nr. 1

- Leitsatz:** 1. Die **Anfechtung der Wahl der Mitglieder in Ausschüssen der Vertreterversammlung** einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung kann nur innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Wahlergebnisses erfolgen.
2. Zur Geltung des **Prinzips der Spiegelbildlichkeit** im Bereich der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. (Zahn-)Ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 12.09.2015 - **B 1 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. 08.09.2015 - **B 1 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. 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 1 KR 19/13 R** - BSGE 117, 212 = 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 Behandlungsmethode

a) Circuläre Keratotomie bei Hornhautkrümmung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.07.2015 - L 11 KR 269/14

RID 15-04-75

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

Leitsatz: Der Anspruch auf Behandlung einer Hornhautkrümmung (Keratokonus) umfasst nicht die circuläre Keratotomie (Behandlungsjahr 2013).

SG Karlsruhe, Urt. v. 16.12.2013 - S 5 KR 2678/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Helmtherapie keine GKV-Leistung

LSG Sachsen, Urteil v. 15.10.2015 - L 1 KR 87/15

RID 15-04-76

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 2 Nr. 1, 33 I 1

Leitsatz: 1. Die **Kopforthesenbehandlung** stellt eine **neue Behandlungsmethode** dar (Bestätigung und Fortführung von LSG Sachsen, Urteil v. 11.11.2013 - L 1 KR 132/11 - RID 14-01-75).

2. Die Therapie der Plagiocephalie mittels einer Orthese ist im EBM nicht abgebildet.

SG Leipzig, Urt. v. 03.03.2015 - S 27 KR 55/13 - verurteilte die Bkl., dem Kl. die Kosten für die Anfertigung der Kopfkorrekturorthese in Höhe von 1.260,44 € zu erstatten. Das **LSG** wies die Klage ab.

2. Behandlung mit onkolytischen Viren in Ungarn und Deutschland

LSG Thüringen, Urteil v. 24.03.2015 - L 6 KR 175/12

RID 15-04-77

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 18

Voraussetzung des § 18 III SGB V ist, dass eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nur im **Ausland** möglich ist. Eine Behandlung höhergradiger Gliome bei Kindern (Astrozytom WHO Grad III) mit MTH-68/H entsprach im Jahr 2010 nicht dem **medizinischen Standard**. Für einen kurative Behandlungserfolg lagen keine hinreichenden Indizien

vor. Es ist bereits fraglich, ob das die Impfstofftherapie mit MTH-68/H anbietende UCRI zum maßgebenden Zeitpunkt des Behandlungsbeginns im Jahr 2003 davon ausging, dass mit der Therapie ein kurativer Behandlungserfolg erzielt werden konnte.

Die Voraussetzungen für die in **Deutschland** durch die Kläger selbst weitergeführte Therapie liegen ebenfalls nicht vor. Die Versorgung mit dem als **Tumorimpfstoff** bezeichneten MTH-68/H gehört nicht zu den Leistungen, die die GKV als Sachleistung zu erbringen hat.

SG Altenburg, Urt. v. 14.12.2011 - S 5 KR 1271/04 - verurteilte die Bekl., die anlässlich der Behandlung des Versicherten durch Dr. St. B. in Ungarn entstandenen Kosten der Behandlung mit onkolytischen Viren des Typus MTH-68/H und oral verabreichter Valproinsäure zu erstatten und wies im Übrigen die Klage ab. Das *LSG* wies die Klage insgesamt ab, *BSG*, Beschl. v. 06.07.2015 - B 1 KR 49/15 B - BeckRS 2015, 70587 verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

3. Künstliche Befruchtung: Mischversicherung GKV/PKV

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

RID 15-04-78

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

Leitsatz: Für einen Anspruch der Ehefrau gegen ihre gesetzliche Krankenkasse auf Erstattung von Kosten der künstlichen Befruchtung gibt es keine Grundlage, wenn die **private Krankenkasse des Ehemannes** bereits die Hälfte der Gesamtkosten erstattet hat und davon auch die Hälfte der Kosten für bei der Ehefrau durchgeführte Maßnahmen und die Hälfte der Kosten für extrakorporale Maßnahmen umfasst ist (Anschluss an *BSG* vom 17.6.2008 - B 1 KR 24/07 R = SozR 4-2500 § 13 Nr. 17).

SG Berlin, Urt. v. 21.11.2012 - S 111 KR 207/09 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 05.11.2015 - B 1 KR 64/15 B - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

4. Fortsetzung einer Behandlung bei einem bestimmten Arzt ohne Abrechnungsbefugnis

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 20.08.2015 - L 5 KR 152/15 B ER

RID 15-04-79

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87 I; SGG § 86b II

Leitsatz: 1. Im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht kein Anspruch auf die **Fortsetzung einer Behandlung bei einem bestimmten Arzt**, wenn dieser die Leistung nur noch mit für ihn nicht abrechenbaren EBM-Ziffern erbringen will.

2. Der Einwand, andere Leistungserbringer würden vor einer Fortsetzung einer bestimmten Behandlung eine erneute Diagnostik durchführen, begründet keine **Versorgungslücke**, da regelmäßig medizinisch geboten.

Der Ast. leidet an einer behandlungsbedürftigen Rheumaerkrankung in Form einer juvenilen chronischen Arthritis (JIA). Außerdem leidet er nach seinen Angaben an der Bluterkrankheit sowie Glasknochen. Seine Behandlung erfolgte zunächst im Klinikum Bad B. Im Jahr 2013 wechselte der ihn dort behandelnde Arzt Dr. T in die Praxis R, ebenfalls in Bad B. Dort wurde der Ast. seit 2014 intravenös mit dem Medikament x behandelt. Dr. T verfügt über eine vertragsärztliche Zulassung als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie. Für die Behandlung erhielt er zunächst aufgrund einer zeitlich begrenzten Ausnahmegenehmigung die Befugnis, zu den für die Behandlung anzusetzenden Gebührensatz des EBM die Betreuungsziff. 01510 und 01512 zusätzlich abzurechnen. Diese Berechtigung erfolgte bis Juni 2015, wovon sowohl Dr. T als auch die Eltern der betroffenen Kinder unterrichtet wurden. Im April 2015 beantragte der Ast. die Kostenübernahme für die Infusionstherapie auch zukünftig. Dies lehnte die Ag. ab mit dem Hinweis, dass Dr. T die kinderrheumatische Therapie nur noch bis Juni 2015 über die KV abrechnen könne. Eine Behandlung der Betroffenen über diesen Zeitraum hinaus sei in den Universitätskliniken K, L, H und im W-Klinikum Ha möglich. *SG Lübeck*, Beschl. v. 27.07.2015 - S 17 KR 360/15 ER - lehnte den Antrag, der Ag. aufzugeben, bis auf weiteres die Behandlungskosten für ambulante Infusionen mit dem Medikament x 10 mg/kg zur Behandlung der Juvenilen Arthritis zu übernehmen, ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

5. Zahnärztliche Behandlung

a) Prüfung eines Heil- und Kostenplanes: Körperliche Untersuchung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.05.2015 - L 11 KR 4956/14

RID 15-04-80

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27, 55, 87; SGB I § 66

Leitsatz: Eine Krankenkasse hat im Rahmen der **Prüfung eines Heil- und Kostenplanes** für eine zahnärztliche Versorgung das Recht, den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten zu lassen. Der Versicherte ist verpflichtet, an einer vom Gutachter für notwendig erachteten ambulanten **körperlichen Untersuchung** mitzuwirken. Kommt er dieser Verpflichtung nicht nach, ohne hierfür einen wichtigen Grund zu haben, kann die Krankenkasse die Genehmigung des Heil- und Kostenplans nach § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I versagen.

SG Ulm, Ur. v. 02.10.2014 - S 13 KR 4264/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Professioneller Zahnreinigung bei Parodontitis

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.07.2015 - L 11 KR 211/15

RID 15-04-81

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13, 27, 28

Leitsatz: Der Anspruch auf künftige Gewährung **professioneller Zahnreinigung** ist mit der allgemeinen **Leistungsklage** geltend zu machen.

Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung haben auch bei Vorliegen einer **Parodontitis** neben dem als Sachleistung gewährten Entfernen harter Beläge keinen (weitergehenden) Anspruch auf Durchführung einer professionellen Zahnreinigung.

SG Freiburg, Ur. v. 09.12.2014 - S 5 KR 2340/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Craniomandibuläre Dysfunktion

LSG Thüringen, Urteil v. 30.06.2015 - L 6 KR 1152/13

RID 15-04-82

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 28 II 6

Die Behandlung einer **Craniomandibulären Dysfunktion** unterfällt nicht den in den KfO-Richtlinien des GBA aufgeführten **Kieferanomalien**. Die Richtlinien können nicht erweiternd ausgelegt werden. Der umfassend geregelte Leistungsausschluss des § 28 II 6 SGB V gilt unabhängig von den Gründen, die im konkreten Fall zu einer Behandlungsnotwendigkeit erst nach Vollendung des 18. Lebensjahres geführt haben. Aus diesem Grund bestehen Ansprüche des Versicherten weder bei Folgeerkrankungen noch im Hinblick auf Art oder Ursache der zu behandelnden Kieferanomalie.

SG Altenburg, Ur. v. 03-06.2013 - S 30 KR 2091/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

II. Stationäre Behandlung

1. Magen-Bypass-Operation: Erfolglosigkeit konservativer Behandlungsmöglichkeiten

SG Speyer, Gerichtsbescheid v. 19.05.2015 - S 26 KR 326/13

RID 15-04-83

juris
SGB V §§ 2 I, 12 I, 27, 39

Mit einem BMI von über 45 kg/m², nahe an 50 kg/m², liegt eine behandlungsbedürftige Krankheit in Form einer Adipositas III. Grades vor. Kann das Behandlungsziel der Gewichtsreduktion mit **konservativen Behandlungsmöglichkeiten** wegen deren Erfolglosigkeit nicht erreicht werden, besteht ein Anspruch auf eine Magen-Bypass-Operation.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. eine stationäre Magen-Bypass-Operation als Sachleistung zu gewähren.

2. Liposuktionsbehandlung

SG Hamburg, Urteil v. 04.09.2015 - S 33 KR 822/13

RID 15-04-84

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I 2, 12 I, 27 I 1, 39 I, 137c

Eine behandlungsbedürftige **Erkrankung** liegt vor, wenn eine nicht übergewichtige Versicherte an einem schmerzhaften und ausgeprägten **Lipödem** beider Beine leidet.

Die alleinige Ausrichtung am Qualitätsmaßstab des § 2 I SGB V und der Ausschluss jeglicher innovativer **neuer Behandlungsmethoden** im stationären Bereich durch die höchstrichterliche Rechtsprechung stand mit der gesetzgeberischen Intention nicht im Einklang. Dies hat der Gesetzgeber mit § 137c III SGB V klargestellt.

Eine **Liposuktionsbehandlung** kann im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten für eine stationäre Liposuktionsbehandlung der Kl. zu übernehmen.

3. Mammaaugmentationsplastik: Fehlende Anlage einer weibl. Brust aufgrund genetischer Erkrankung

SG Halle (Saale), Urteil v. 09.09.2015 - S 35 KR 71/13

RID 15-04-85

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 35/15 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 27

Leitsatz: Versicherte, die aufgrund einer genetischen Erkrankung über **keine Anlage einer weiblichen Brust verfügen**, haben Anspruch auf eine Mamma-Augmentationsplastik zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Es besteht ein Anspruch aus § 27 SGB V wie bei Aufbauplastiken nach einer Mastektomie, da eine Brust zur **weiblichen Körpersilhouette** gehört, ohne dass auf die Rechtsprechung zur Entstellung zurückgegriffen werden muss.

Die 1984 geb. Kl. leidet an dem Camurati-Engelmann-Syndrom. Dabei handelt es sich um eine seltene, autosomal dominant vererbte Erkrankung, die im Wesentlichen mit einer Knochendysplasie einhergeht. Die Kl. beantragte erfolglos die Kostenübernahme für eine Brustvergrößerung. In dem Antrag führt sie aus, sie sei nunmehr 27 Jahre alt, 1,60 m groß und wiege 55 kg. Da sich aufgrund der Erkrankung keine Brust entwickelt habe - auch nicht in der Pubertät - habe sie sich jetzt entschieden, sich operieren lassen zu wollen. Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. eine Mammaaugmentationsplastik als Sachleistung zu gewähren.

4. Geschlechtsangleichende Operation: Reduktion des Adamsapfels

SG Landshut, Urteil v. 06.08.2015 - S 4 KR 159/14

RID 15-04-86

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27 I 1, 2 Nr. 5, 39 I

Leitsatz: 1. Die Ansprüche auf **geschlechtsangleichende Operationen** erstrecken und zugleich beschränken sich auf einen Zustand, bei dem aus der Sicht eines verständigen Betrachters eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts eintritt.

2. Streitentscheidend ist allein die Frage, ob der **Adamsapfel** der Klägerin in einem solchen Maße vom Erscheinungsbild des weiblichen Geschlechts entfernt ist, dass durch eine operative Reduktion des Adamsapfels eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des weiblichen Geschlechts herbeigeführt wird.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. die beantragte operative Reduktion des Adamsapfels zu gewähren.

III. Kostenerstattung

Nach BSG, Urt. v. 08.09.2015 - **B 1 KR 14/14 R** - hat die Vorinstanz aufzuklären, ob die Bestrahlung von Tumoren mit Protonen nicht **unaufschiebbar** war und deswegen kein Kostenerstattungsanspruch besteht.

1. Fehlende Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.04.2015 - L 11 KR 5355/14

RID 15-04-87

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2, 13, 76

Leitsatz: Ein Anspruch auf Gewährung einer **Hypnosebehandlung** durch einen nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen **Psychologischen Psychotherapeuten** besteht, wenn im Einzelfall eine Unterversorgung mit zugelassenen Leistungserbringern (sog. Versorgungslücke) nachgewiesen ist. Ein solcher Nachweis ist nicht erbracht, wenn der Versicherte auf einen bestimmten Therapeuten fixiert ist und sich deshalb nicht um einen Therapieplatz bei den von der Krankenkasse vorgeschlagenen Behandlern bemüht.

SG Ulm, Urt. v. 11.11.2014 - S 2 KR 3491/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Kausalzusammenhang

a) Ablehnung für anderes Hörgerät reicht nicht aus

SG München, Urteil v. 01.07.2014 - S 28 KR 450/11

RID 15-04-88

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 5 KR 311/14 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I

Ein **Kostenerstattungsanspruch** nach § 13 III SGB V setzt voraus, dass die Krankenkasse Gelegenheit hat, über den Primäranspruch bzgl. der Versorgung mit einem Hörgerät zu entscheiden. Daran fehlt es, wenn die Versicherte vorab keinen Kostenübernahmeantrag stellt. Mangels **Gleichartigkeit der Leistungen** ist es nicht genügend, dass die Versicherte vor der Selbstbeschaffung einen (von der Krankenkasse abgelehnten) Kostenübernahmeantrag wegen Versorgung mit einem anderen Hörgerät gestellt hat.

Die Kl. begehrt die Erstattung der den Festbetrag übersteigenden Kosten eines digitalen Hörgerätes i.H.v. 4.308,84 € (beidseitige Versorgung). Das **SG** wies die Klage ab.

b) Vorherige Festlegung auf bestimmte Krankenbehandlung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 23.04.2015 - L 11 KR 3650/14

RID 15-04-89

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13

Leitsatz: Zwischen der Ablehnung einer Leistung durch die Krankenkasse und der Selbstbeschaffung der Leistung durch den Versicherten muss ein **Kausalzusammenhang** bestehen. Daran fehlt es, wenn der Versicherte von vornherein auf eine bestimmte Art der (privatärztlich durchgeführten) Krankenbehandlung festgelegt ist.

Die Beteiligten streiten über eine Kostenerstattung bezüglich einer im August 2012 durchgeführten ambulanten Penis-Operation. *SG Freiburg*, Urt. v. 29.07.2014 - S 5 KR 1459/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Genehmigungsfiktion

a) Beweislast für telefonisch ergangene Entscheidung

SG Karlsruhe, Urteil v. 19.05.2015 - S 16 KR 78/15

RID 15-04-90

juris
SGB V § 13 IIIa

Die Krankenkasse trifft die **Beweislast** für das Vorliegen einer **Entscheidung**. Sie muss nachweisen, dass ihre Mitarbeiterin bei dem in Rede stehenden **Telefonat** eine Regelung, mithin eine verbindliche Rechtsfolge, getroffen hat. Es reicht nicht aus, lediglich das Ergebnis eines Gutachtens mitzuteilen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. eine Bodylift-Operation nach Lockwood sowie eine Brust- und Thoraxstraffung zu gewähren.

b) Unterlassene Unterrichtung über Einholung eines MDK-Gutachtens unerheblich

LSG Saarland, Urteil v. 21.10.2015 - L 2 KR 27/15

RID 15-04-91

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 116/15 B

juris
SGB V §§ 13 IIIa 2, 24 I

Leitsatz: Eine Krankenkasse hat zwar nach § 13 Abs. 3a S. 2 SGB V die Leistungsberechtigten darüber zu unterrichten, wenn sie eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält. Ein **Unterbleiben dieser Unterrichtung** führt jedoch nicht zur Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V.

Die Bet. streiten um die Bewilligung einer Mutter-Kind-Maßnahme. *SG für das Saarland*, Gerichtsbb. v. 04.03.2015 - S 23 KR 801/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Keine Einhaltung der Fristen seitens der Krankenkasse

LSG Saarland, Urteil v. 25.06.2015 - L 2 KR 180/14

RID 15-04-92

Revision anhängig: B 1 KR 25/15 R

juris
SGB V § 13 IIIa 6; SGB IX §§ 14 II, 15 I

Leitsatz: Werden Fristen i.S. von § 13 Abs. 3a S. 1-4 SGB V seitens der Krankenkasse nicht eingehalten und erfolgt keine rechtzeitige schriftliche Mitteilung nach § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V, gilt die klar formulierte Rechtsfolge des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V, dass die Leistung als genehmigt gilt; dies ohne weitere Prüfung der Erforderlichkeit und unabhängig davon, ob es um einen Antrag auf Sachleistung oder auf Kostenerstattung geht.

SG für das Saarland, Gerichtsbb. v. 11.08.2014 - S 23 KR 563/14 - verurteilte die Bekl., die Kosten einer psychotherapeutisch fundierten Psychotherapie durch Frau T. zu übernehmen. Das *LSG* fasste den Tenor neu und verurteilte zur Kostenerstattung.

d) Anforderungen an Informationsschreiben/Einwendungsausschluss

SG Speyer, Urteil v. 09.07.2015 - S 17 KR 327/14

RID 15-04-93

juris
SGB V §§ 13 IIIa, 27

Für die Einhaltung der **5-Wochen-Frist** nach § 13 IIIa SGB V ist es unerheblich, ob die Krankenkasse weitere Unterlagen bei dem Antragsteller anfordert und den MDK zum Zwecke der Prüfung der medizinischen Voraussetzungen einschaltet, wenn aus der **Information** hierüber nicht erkennbar ist, ob die Krankenkasse überhaupt von einer Entscheidungsfrist ausgeht und die Mitteilung fehlt, dass diese Frist nicht eingehalten werden kann und auf welchen Gründen dies beruht.

§ 13 IIIa SGB V ist nicht auf eine reine **Kostenerstattung** beschränkt (Anschluss an LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.05.2014 - L 5 KR 222/14 B ER - RID 14-03-78).

Folge der Genehmigungsfiktion ist, dass die Kasse mit allen **Einwendungen**, die im Genehmigungsverfahren zur Versagung der Genehmigung hätten führen können, ausgeschlossen ist.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kl. mit einem Magenbypass zu versorgen.

e) Anforderungen an eine Verzögerungsmitteilung

SG Stade, Urteil v. 24.08.2015 - S 29 KR 28/15

RID 15-04-94

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 IIIa, 33 I

Die **Genehmigungsfiktion** nach § 13 IIIa SGB V betrifft sowohl den Sachleistungs- als auch den Kostenerstattungsanspruch.

Es reicht für die **Fristverlängerung** nach § 13 IIIa SGB V aus, auf eine Verzögerung hinzuweisen, die zu erwarten sei, „da der MDK etwas mehr Zeit benötige“. Nähere Erläuterungen, etwa über die Daten des Auftragseingangs beim MDK, über eventuelle Anforderungen von Berichten seitens der behandelnden Ärzte oder Krankenhäuser, über Organisation und Ablaufplanung beim MDK oder über die Reihenfolge der Terminvergabe sind nicht zu fordern.

Das *SG* wies die Klage ab.

f) Wirkung der Genehmigungsfiktion: Ausschluss aller Einwendungen

SG Detmold, Urteil v. 09.07.2015 - S 24 KR 254/14

RID 15-04-95

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 IIIa, 33 I

Zur Verhinderung der Genehmigungsfiktion nach § 13 IIIa SGB V reicht eine **Mitteilung** nicht aus, dass es eine 5-Wochen-Frist gibt und dass die Krankenkasse bemüht sei, eine schnellstmögliche Entscheidung zu treffen, wenn nicht mitgeteilt wird, dass diese gesetzliche Frist nicht eingehalten werden kann.

Durch die **Fiktion der Genehmigung** ist die Leistungsberechtigung wirksam verfügt und die Krankenkasse mit allen **Einwendungen ausgeschlossen**. Die Ansicht, wonach die Genehmigungsfiktion gemäß § 13 IIIa 6 SGB V nur bei einer Leistung greifen kann, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben, wird nicht geteilt.

§ 13 IIIa 9 SGB V ist auch auf Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation** anwendbar.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kl. mit einem „Bioness L300 Fußhebersystem rechts“ entsprechend dem Kostenvoranschlag des Sanitätshauses N zu versorgen.

g) Subsidiarität der Feststellungsklage gegenüber einer Leistungsklage

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.09.2015 - L 4 KR 424/15

RID 15-04-96

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa; SGG §§ 54, 55 I Nr. 1

Leitsatz: Die **Feststellungsklage**, dass die **Genehmigungsfiktion** des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V eingetreten ist, ist gegenüber einer Leistungsklage subsidiär. Für eine solche Feststellungsklage fehlt es am Feststellungsinteresse, wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung bereits eine Leistungsklage auf Freistellung oder Erstattung von entstandenen Kosten erhoben werden könnte.

Die Bet. streiten, ob der Kl. die Erstattung der Kosten einer bariatrischen Operation in Höhe von 11.359,29 € (bei richtiger Addition: 11.449,29 €) aufgrund der Genehmigungsfiktion des § 13 IIIa SGB V beanspruchen kann. *SG Mannheim*, Gerichtsbb. v. 19.01.2015 - S 5 KR 3623/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Stationäre Behandlung in Österreich wegen Endometrioseerkrankung

SG Stuttgart, Gerichtsbescheid v. 20.04.2015 - S 19 KR 1981/14

RID 15-04-97

juris

SGB V §§ 13 IV, V, 39 I

Es besteht **keine medizinische Notwendigkeit**, wegen einer **Endometrioseerkrankung** mit Darmbefall außerhalb Deutschlands in **Österreich** behandelt zu werden.

Das *SG* wies die Klage ab.

IV. Arzneimittel

1. Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel

LSG Hamburg, Urteil v. 14.10.2015 - L 1 KR 4/15

RID 15-04-98

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I 1 Nr. 3, 31, 34 I 2

Verfassungsrechtliche Bedenken gegen den Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen nicht. (BSG, Urt. v. 06.11.2008 - B 1 KR 6/08 R - BSGE 102, 30 = SozR 4-2500 § 34 Nr. 4, Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen durch BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 12.12.2012 - 1 BvR 69/09 - juris).

Sofern der Betroffene im Einzelfall wirtschaftlich nicht in der Lage sein sollte, die Kosten der von ihm benötigten nicht verschreibungspflichtigen Medikamente zu tragen, begründet dies keine Ansprüche gegen die Krankenkasse, sondern allenfalls gegen die Träger der Sozialhilfe oder Grundsicherung für Arbeitsuchende, zu deren Aufgaben die Existenzsicherung des Einzelnen im Falle der **Bedürftigkeit** zählt (BSG, Urt. v. 06.03.2012 - B 1 KR 24/10 R - BSGE 110, 183 = SozR 4-2500 § 34 Nr. 9).

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 18.12.2014 - S 28 KR 1936/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Off-Label-Use: Rituximab (MabThera ®) bei chronischer Polyarthrit

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 04.05.2015 - L 16 KR 50/15 B ER

RID 15-04-99

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 Ia, 31

Ein Off-Label-Use von **Rituximab** (MabThera ®) bei chronischer Polyarthrit sowie Autoimmunhepatitis kommt wegen **fehlender Erfolgsaussicht** nicht in Betracht. Eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung oder eine damit zumindest wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung i.S.d. § 2 Ia SGB V liegt nicht vor.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 12.01.2015 - S 8 KR 1073/14 ER - verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, die Ast. bis zur Beendigung des Hauptsacheverfahrens, längstens bis zum 30.06.2016, gemäß ärztlicher Verordnung mit Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Rituximab zu versorgen. Das **LSG** lehnte den Antrag ab.

3. Anthroposophische Arzneimittel (Mistelpräparat Iscador)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 12.11.2014 - L 5 KR 245/14

RID 15-04-100

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 30/15 R

juris

SGB V §§ 27, 31 I, 34 I 192 I 1 u. 2 Nr. 6, IIIa

§ 12 VI AMRL in der seit 21.06.2012 geltenden Fassung widerspricht nicht den Regeln **besonderer Therapierichtungen**. BSG, Urt. v. 11.05.2011 - B 6 KA 25/10 R - BSGE 108, 183 = SozR 4-2500 § 92 Nr. 12 = GesR 2011, 687 hat die hier maßgebliche Fassung der AMRL des GBA höchstrichterlich bestätigt.

Die Kl. begehrt die Kostenübernahme für das Mistelpräparat Iscador, eines nicht-verschreibungspflichtigen, aber apothekenpflichtigen anthroposophischen Arzneimittels. *SG Heilbronn*, Gerichtsbb. v. 18.12.2013 - S 15 KR 2279/12 - wies die Klage auf Übernahme der im Rahmen einer Misteltherapie entstandenen Kosten von zuletzt 890,58 € ab, das **LSG** die Berufung zurück.

V. Hilfsmittel

Nach BSG, Urt. v. 30.09.2015 - **B 3 KR 14/14 R** - besteht kein Anspruch auf Versorgung mit einer **Silikon-Fingerprothese** für den Zeigefinger der rechten Hand. Eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung scheidet jedoch selbst für Hilfsmittel, die ein fehlendes Körperteil ersetzen, ausnahmsweise dann aus, wenn das **Defizit des Betroffenen zu keinen oder allenfalls ganz geringfügigen Funktionsbeeinträchtigungen führt**, die durch das begehrte Hilfsmittel nicht ausgeglichen werden können. Der Leistungsanspruch ergibt sich - soweit keine Funktionsbeeinträchtigung

vorliegt - nicht bereits zur Wiederherstellung der vollständigen körperlichen Integrität bzw. eines vollständigen, unversehrten Körperbildes. Das Fehlen des letzten Gliedes des Zeigefingers beeinträchtigt die Greif- und Haltefunktion der Hand nicht nennenswert, wie sich auch aus den Regelungen des SGB IX und des BVG über den Ausgleich für den Verlust eines Fingerendgliedes ergibt. Den Schutz vor Schmerzen beim Anstoßen des nicht durch einen Fingernagel geschützten Stumpfes leistet eine Fingerkappe nicht weniger sicher als die von der Klägerin begehrte Prothese. Da das Fehlen des Zeigefingerendgliedes nicht mit einer wesentlichen Beeinträchtigung von Körperfunktionen verbunden ist, liegt **keine Krankheit** im Sinne des § 27 SGB V vor, deren Behandlungserfolg mit Hilfe eines Hilfsmittels zu sichern wäre. Auch unter dem Aspekt einer „**entstellenden Wirkung**“ liegt in dem Verlust des Fingerendgliedes weder eine Behinderung noch eine Krankheit. Beim für die Öffentlichkeit typischen oberflächlichen Kontakt fällt der Fingerdefekt der Kl. kaum auf. Diesem kommt insgesamt allenfalls die Wirkung einer kleineren ästhetischen Unregelmäßigkeit ohne Krankheitswert zu, deren Beseitigung bzw. Kaschierung - soweit sie vom Betroffenen gewünscht wird - als kosmetische Maßnahme dem Bereich der Eigenverantwortung angehört. Nach BSG, Urt. v. 22.4.2015 - **B 3 KR 3/14 R** - SozR 4-2500 § 33 Nr. 45 besteht grundsätzlich kein Anspruch eines **männlichen Versicherten** auf eine **Kunsthhaarperücke**. 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, Urt. v. 25.02.2015 - **B 3 KR 13/13 R** - SozR 4-2500 § 33 Nr. 45 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. Rollstuhlfahrrad

LSG Thüringen, Urteil v. 28.07.2015 - L 6 KR 1110/11

RID 15-04-101

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

Während für körperbehinderte Jugendliche gerade die Entwicklung zur Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Erwachsenen von Bedeutung ist und damit zu den Grundbedürfnissen zählt und nach der Rspr. des BSG einen Basisausgleich erfordert, ist dies für einen Versicherten aufgrund seiner **individuellen Entwicklungssituation** nicht der Fall, wenn er aufgrund seiner Behinderung und der Entwicklungsverzögerung in wesentlich stärkerem Maße auf Unterstützung und Begleitung angewiesen als ein gleichaltriger Jugendlicher, dessen Beeinträchtigungen sich auf eine rein körperliche Behinderung beschränken. Dieser Umstand führt allerdings nicht dazu, dass von der Erforderlichkeit des begehrten Rollstuhlfahrrads zum Basisausgleich der Behinderung auszugehen ist. Denn die zu seiner Bedienung in der Regel **notwendige Anwesenheit einer erwachsenen Begleitperson** wird von Jugendlichen bei ihren Aktivitäten, mit denen sie gerade Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Erwachsenen beweisen wollen, üblicherweise nicht akzeptiert; hierzu bedarf es anderer therapeutischer Behandlungsmaßnahmen, die auf die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten des Klägers abgestimmt sind.

Ein Rollstuhlfahrrad ist nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewähren, um **Fahrradausflüge mit der Familie** zu ermöglichen.

SG Altenburg, Urt. v. 18.04.2011 - S 30 KR 1963/10 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Rollstuhlzuggerät (Handbike Speedy Duo 2)

LSG Saarland, Urteil v. 21.10.2015 - L 2 KR 92/14

RID 15-04-102

juris
SGB V § 33 I

Leitsatz: Zum Versorgungsanspruch eines an MS Erkrankten mit einem **Rollstuhlzuggerät** in Form eines mit Elektromotor versehenen „Hand-Biker“ zur Erschließung des Nahbereichs bei schneller Ermüdung der Armmuskulatur (Speedy Duo2).

SG für das Saarland, Gerichtsbb. v. 04.06.2014 - S 23 KR 841/13 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Handbike Speedy Duo 2 zu versorgen.

3. Sesseldreirad

SG Gießen, Urteil v. 01.06.2015 - S 15 KR 368/14

RID 15-04-103

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I

Ein **Sesseldreirad** ist nicht **erforderlich** im Sinne des § 33 SGB V und zudem als **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens** von der Leistungspflicht der Krankenkasse ausgeschlossen.

Das **SG** wies die Klage ab.

4. Versorgung mit einem Cochlea Implantat

LSG Thüringen, Beschluss v. 23.09.2015 - L 6 KR 1447/14 B ER

RID 15-04-104

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

Die **Versorgung mit einem Cochlea Implantat (CI)** setzt voraus, dass die konservativen Maßnahmen ausgeschöpft sind. Bei einer nur einseitigen Ertaubung handelt es sich zudem bei der CI-Versorgung noch nicht um eine allgemein anerkannte Versorgung. Eine medizinische Indikation zur Versorgung des rechten Ohres mit einem CI besteht daher nur bei einer beidseitigen Taubheit.

Eine behauptete subjektive Verschlechterung der Hörsituation genügt nicht für die Glaubhaftmachung eines **Anordnungsgrunds**, jedenfalls wenn lediglich von einer leichten Hörverschlechterung auf dem linken Ohr berichtet wird.

SG Gotha, Beschl. v. 14.10.2014 - S 38 KR 4450/14 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

VI. Häusliche Krankenpflege/Reha-Maßnahmen/Fahrkosten

Nach BSG, Urt. 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, Urt. 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.

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 1 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.

1. Häusliche Krankenpflege

a) Unterbringung in Einrichtung der Behindertenhilfe: Medikamente über Magensonde

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.07.2015 - L 11 KR 3901/14

RID 15-04-105

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13, 37

Leitsatz: Versicherte, die in einer vollstationären **Einrichtung der Behindertenhilfe** i.S.v. § 71 Abs. 4 SGB XI wohnen, können Anspruch auf häusliche Krankenpflege haben, wenn ihnen Medikamente über eine Magensonde (PEG) verabreicht werden müssen.

SG Mannheim, Urt. v. 07.08.2014 - S 9 KR 2659/12 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., den Kl. 9.905,56 € zu zahlen.

b) Wohngemeinschaft von Pflegebedürftigen (Wachkomapatienten)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.07.2015 - L 11 KR 3010/14

RID 15-04-106

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13, 37

Leitsatz: Eine **Wohngemeinschaft** von Pflegebedürftigen (Wachkomapatienten) kann ein geeigneter Ort i.S.v. § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V sein, unabhängig davon, ob es sich dabei um ein Heim nach dem jeweiligen Landesheimgesetz handelt. Entscheidend ist, ob die Pflegebedürftigen einen Anspruch gegen den Eigentümer und Vermieter des Hauses bzw. Träger des Heimes auf Erbringung von Leistungen der Behandlungspflege haben.

SG Reutlingen, Urt. v. 28.05.2014 - S 9 KR 2199/12 - verurteilte die Bekl., die Kl. von den Kosten häuslicher Krankenpflege im Zeitraum 09.03. bis 31.05.2012 i.H.v. 2.640,54 € freizustellen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

2. Reha-Maßnahmen

a) Nichterweislichkeit des Gesundheitszustandes wegen Verweigerung eines Gutachtens

LSG Bayern, Urteil v. 28.01.2015 - L 5 KR 214/14

RID 15-04-107

juris

SGB V §§ 11 II 1, 27 I 1, 40 II 1; SGB I §§ 62, 65 II; GG Art. 2 II; SGG § 103 S. 1

Die Weigerung zur Teilnahme an einer gerichtlich angeordneten ambulanten Untersuchung bzw. die wesentliche Erschwerung einer solchen führt grundsätzlich dazu, dass der Anspruch auf Durchführung einer stationären Rehabilitation nicht zur vollen Überzeugung nachgewiesen werden kann. Eine **Mitwirkungspflicht** besteht jedoch immer dann, wenn das Gericht den Sachverhalt ohne Mitwirkung des Kl. nicht oder nicht vollständig selbst erforschen kann, wobei sich die Grenzen der zumutbaren Mitwirkung aus dem durch Art. 2 II GG konkretisierenden § 65 II SGB I ergeben. Nach den Grundsätzen der objektiven Beweislast geht die **Nichterweislichkeit des Gesundheitszustandes** grundsätzlich zu Lasten desjenigen, der hieraus Rechte herleiten will.

SG Würzburg, Gerichtsbb. v. 28.04.2014 - S 11 KR 176/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 23.06.2015 - B 1 KR 17/15 B - BeckRS 2015, 70919 - hob die Entscheidung auf und verwies die Sache an das LSG zurück.

b) Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 07.08.2015 - L 1 KR 291/14

RID 15-04-108

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 23 I, 24 I

Eine **medizinische Vorsorge für Mütter und Väter** nach § 24 SGB V soll die Belastungen mindern, die wesentlich im Zusammenhang mit der Stellung der Versicherten als Eltern eines oder mehrerer Kinder stehen. Ein Anspruch kann nur bestehen, wenn die Gesundheitsstörungen gerade auf den mit der **Elternschaft einhergehenden besonderen Belastungen** beruhen (LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 24.09.2013 - L 9 KR 312/12 B ER - RID 13-04-87, juris Rn. 2; SG Karlsruhe, Urt. v. 28.10.2010 - S 3 KR 2544/09 - RID 11-01-151, juris Rn. 16). Es besteht kein Anspruch wegen Gesundheitsstörungen, die ihre Ursache nicht in der Belastung aus dem Eltern-Kind-Verhältnis haben, sondern aus der Lebensführung und/oder der beruflichen Situation herrühren.

SG Frankfurt (Oder), Urt. v. 11.07.2014 - S 4 KR 211/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Keine Unterkunftskosten zur Anpassung der Hilfsmittel

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 16.04.2015 - L 6 KR 56/12

RID 15-04-109

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 60 V; SGB IX § 53

Entgegen LSG Hessen, Urt. v. 27.01.2011 - L 8 KR 201/09 - RID 11-02-171 kann für die Erstattung von **Fahrt- bzw. auch Unterkunftskosten** als **Rechtsgrundlage** weder § 13 III 2 SGB V i.V.m. § 15 I 4 SGB IX noch § 13 III 1 SGB V herangezogen werden, da es sich hierbei nicht um selbst beschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation handelt, sondern ggf. Nebenkosten vorliegen, die lediglich im Zusammenhang damit angefallen sind. Derartige bloße Nebenkosten, die im Zusammenhang mit der eigentlichen Behandlungsleistung stehen (sei es als Fahrt- oder Unterkunftskosten), sind von vornherein als Ansprüche auf eine Geldleistung gerichtet, da sie typischerweise nicht als Sachleistung erbracht werden. Die Gewährung einer privat beschafften Unterkunft ist nicht selbst eine Leistung zu einer medizinischen Rehabilitation. Dies ergibt sich aus der gesetzlich geregelten Sonderregelung für Reisekosten in § 53 SGB IX.

SG Halle, Urt. v. 29.02.2012 - S 25 KR 159/08 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 17.11.2015 - **B 1 KR 15/15 R** - ist die „**Mindestmenge**“ von jährlich 14 Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1250 g (Level-1-Geburten) für **Perinatalzentren** rechtmäßig. Nach BSG, Urt. v. 17.11.2015 - **B 1 KR 18/15 R** - ist die vollstationäre Behandlung wegen einer **Radiojodtherapie** der Versicherten im Rechtssinne aus allein medizinischen Gründen erforderlich. Hierfür genügt es, dass die Versicherte medizinisch dieser Therapie bedurfte und die **Behandlung strahlenschutzrechtlich nur stationär erbracht** werden darf. Nach BSG, Urt. v. 17.11.2015 - **B 1 KR 12/15 R** - **durften Krankenhäuser im Jahr 2006 ihre Hauptleistungen - hier die elektive Spondylodese - für Versicherte der GKV nicht von Vertragsärzten erbringen lassen**. Erst das **VändG** sieht zur Flexibilisierung beruflicher Betätigung ab 2007 organisationsrechtliche Erleichterungen vor. Ein Vertragsarzt kann seitdem gleichzeitig auch als angestellter Arzt in einem Krankenhaus arbeiten. Nach BSG, Urt. v. 17.11.2015 - **B 1 KR 30/14 R** - **schließt das Gesetz den Vergütungsanspruch wegen vorstationärer Behandlung bei nachfolgender ambulanter Operation nicht aus**. Das LSG hat nicht festgestellt, dass der bei Aufnahme der Versicherten zur vorstationären Abklärung verfügbare Wissens- und Kenntnisstand eine Verweisung auf notwendige vertragsärztliche Diagnostik zuließ, wie es der Erstattungsanspruch voraussetzt. Nach BSG, Urt. v. 17.11.2015 - **B 1 KR 13/15 R** - ist die Verweildauer der Versicherten bei der Falldatenzusammenfassung und Neueinstufung in eine Fallpauschale nach § 3 III Fallpauschalenvereinbarung 2009 um **die Tage zu kürzen**, in denen **keine medizinische Behandlungsbedürftigkeit bestand**. § 3 III Fallpauschalenvereinbarung stellt ausschließlich auf den tatsächlichen Behandlungsverlauf ab und sieht keine fiktiven Abrechnungen auf der Ebene sachlich-rechnerischer Richtigkeit vor. Eine Alternativberechnung, die von zwei Behandlungsepisoden der Versicherten ausgeht, ist nicht zulässig. Nach BSG, Urt. v. 17.11.2015 - **B 1 KR 41/14 R** - rechtfertigt die **bloße Bereitstellung von Blutkonserven** auch nach Vornahme einer sog. „Blutkreuzung“ nicht die Kodierung einer Nebendiagnose bezüglich der Diagnose D62 ICD-10 (akute Blutungsanämie), da die bestehende Blutungsanämie keinen weiteren therapeutischen Aufwand

bewirkte. Das präoperative Bereitstellen gekreuzter Blutkonserven genügt hierfür nicht. Es ist lediglich ein allgemeiner, hier therapeutisch nicht ausgenutzter Vorsorgeaufwand. Nach BSG, Urt. v. 17.11.2015 - **B I 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 nicht von der Krankenkasse getragen werden; die Regelung des Versorgungsmanagements erweitert den Anspruch Versicherter auf Krankenhausbehandlung lediglich um die in dem Management liegende Dienstleistung, nicht aber darüber hinaus auf Fälle, in denen Krankenhausbehandlung nicht medizinisch erforderlich ist. Nach BSG, Urt. v. 23.06.2015 - **B I KR 21/14 R** - SozR 4-2500 § 109 Nr. 46 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 I KR 26/14 R** - SozR 4-5560 § 17c Nr. 3 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 I 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 I KR 23/14 R** - (Parallelverfahren: **B I 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 I 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 I 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 I KR 11/15 R** - SozR 4-2500 § 69 Nr. 10 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 I KR 8/15 R** - liegen die nach OPS 8-981 notwendigen **Mindestvoraussetzungen einer 24-stündigen Anwesenheit** 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 I 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 Grenzerweildauer 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 I KR 9/15 R** - SozR 4-2500 § 109 Nr. 45 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 I KR 10/15 R** - setzt in Fällen, in denen **regelhaft 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 I 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 I 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 I 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 Kl. 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 I 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** - BSGE 117, 236 = 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) Fälligkeit eines Zahlungsanspruchs trotz Abrechnungsstreits

LSG Bayern, Urteil v. 21.07.2015 - L 5 KR 92/15

RID 15-04-110

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1; KHG § 18 II

Die Krankenkasse hat einen **fälligen Zahlungsanspruch** zu erfüllen, wenn die Pflegesatzvereinbarung bei einem **Abrechnungsstreit** vorsieht, dass eine Rückzahlungspflicht erst ab Rechtskraft der Gerichtsentscheidung binnen einer Frist von drei Wochen besteht.

SG Würzburg, Urt. v. 15.01.2015 - S 11 KR 535/12 - wies Klage sowie Widerklage ab, das *LSG* die Berufung der bekl. Krankenkasse zurück.

b) Inhalt einer Aufrechnungserklärung

LSG Bayern, Urteil v. 14.07.2015 - L 5 KR 374/14

RID 15-04-111

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 108/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

BGB § 389

Welchen Inhalt eine wirksame **Aufrechnungserklärung** haben muss, ist im Gesetz nicht ausdrücklich geregelt. Da die beiderseitigen Forderungen aber nur soweit erlöschen, als sie sich decken, müssen, damit das Erlöschen der jeweiligen Forderungen festgestellt werden kann, Art und Umfang in der Erklärung eindeutig bezeichnet werden. Dazu gehören insbesondere Angaben über die Höhe, den Rechtsgrund, die Bezugszeiten, die Fälligkeit der Forderung sowie die Darlegung, ob die Forderung bestands- bzw. rechtskräftig festgestellt worden ist (so BSG, Urt. v. 24.07.2003 - B 4 RA 60/02 R - SozR 4-1200 § 52 Nr. 1 Rn. 21).

SG Würzburg, Gerichtsbb. v. 11.08.2014 - S 11 KR 315/13 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 509,26 € zu zahlen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

c) Keine Aufrechnung ohne wirksame Aufrechnungserklärung

LSG Bayern, Urteil v. 24.09.2015 - L 5 KR 244/13

RID 15-04-112

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 110/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 69 I 3; BGB §§ 387, 388

Leitsatz: Auch im Klinikabrechnungsstreit erfordert eine **Aufrechnung** durch die **Krankenkasse** eine **wirksame Aufrechnungserklärung** im Sinne des § 388 BGB.

SG München, Gerichtsbb. v. 13.06.2013 - S 29 KR 1007/11 - verurteilte die bekl. Krankenkasse, an die Kl. 1.837,57 € nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Berufung zurück und die Widerklage ab.

d) Korrektur der Kodierung eines Behandlungsfalls innerhalb der Verjährungsfrist

SG Magdeburg, Urteil v. 31.03.2015 - S 45 KR 426/10

RID 15-04-113

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 109 IV 2 u. 3, 275; KHEntgG §§ 1 I, 7, 9 I 1; KHG § 17b I; BGB §§ 69, 242

Leitsatz: 1. Die Trägerin eines Krankenhauses ist nach Treu und Glauben grundsätzlich nicht gehindert, innerhalb der regelmäßigen Verjährungsfrist die **Kodierung eines Behandlungsfalles zu korrigieren** und ihren dabei nach dem DRG-System unverändert fortbestehenden Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse ihres Patienten geltend zu machen. Dies gilt jedenfalls dann, wenn diese ein Prüfverfahren gemäß § 275 SGB V eingeleitet hat und somit zwischen der Krankenhausträgerin und der Krankenkasse Streit über die Abrechnung besteht.

2. Die Krankenkasse kann sich nur dann auf **Verwirkung** berufen, wenn besondere Umstände hinzutreten, aufgrund derer sie davon ausgehen kann, dass die Krankenhausträgerin ihren Vergütungsanspruch nicht mehr geltend machen wird.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. 3.623,79 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Keine Verwirkung einer Nachberechnung mit Ablauf des Haushaltsjahres der Krankenkasse

LSG Hessen, Urteil v. 17.09.2015 - L 8 KR 115/15

RID 15-04-114

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Verwirkung einer Nachberechnung tritt nicht bereits mit Ablauf des Haushaltsjahres der Krankenkasse ein. Den Krankenhäusern ist, um eine sachgerechte Abgrenzung der Risikosphären zu erreichen, eine Rechnungskorrektur jedenfalls bis zum Ende des auf die Schlussrechnung folgenden Kalenderjahres zu gestatten.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 12.03.2015 - S 28 KR 446/13 - verurteilt die Bekl. zur Zahlung von 1.148,51 € nebst Zinsen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

f) Nachkorrektur einer Abrechnung: Keine 6-Wochen-Frist/Keine 5 %-Wertgrenze

LSG Hamburg, Urteil v. 27.08.2015 - L 1 KR 182/13

RID 15-04-115

Revision anhängig: B 1 KR 33/15 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 112, 275 Ic

Die **6-Wochen-Frist** des § 275 Ic SGB V kann auf vertragliche Regelungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus zur Nachkorrektur einer Abrechnung nicht übertragen werden.

Der Senat vermag dem BSG nicht zu folgen, wenn dieses über die Wertgrenze von 300 € hinaus eine weitere **Wertgrenze von 5%** des ursprünglichen Rechnungsbetrages statuiert (vgl. BSG, Urt. v. 17.12.2009 - B 3 KR 12/08 R - BSGE 105, 150 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 20, Rn. 15, 17; BSG, Urt. v. 13.11.2012 - B 1 KR 6/12 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 27, Rn. 20). Sie steht nicht in einer nachvollziehbaren Verbindung zu dem genannten Ausgleich zwischen Forderungsrealisierung des Krankenhauses und Verwaltungsaufwand der Krankenkasse. Es ist nicht zu erkennen, welchen

anderen anerkennenswerten Grund eine Krankenkasse in wertmäßiger Hinsicht haben sollte, die Zahlung einer berechtigten Nachforderung verweigern zu dürfen, als der bei ihr dadurch entstehende Verwaltungsaufwand.

SG Hamburg, Urt. v. 29.10.2013 - S 28 KR 217/11 - verurteilte die bekl. Krankenkasse, an die Kl. 922,57 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

g) QualitätssicherungsRL zum Bauchortenaneurysma: Anforderungen an einen Leitungslehrgang

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 18.06.2015 - L 5 KR 258/14

RID 15-04-116

Revision anhängig: B 1 KR 28/15 R

juris

SGB V §§ 39 I 2, 92 I 2 Nr. 13, 108, 109, 137 I 1 Nr. 2; KHEntgG § 7 I 1

Die **Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma** (QBAA-RL) regelt zwingende **Qualitätsvorgaben**. Die vom GBA in der QBAA-RL geregelten zwingenden Qualitätsvorgaben sind wirksam und verletzen die betroffenen Krankenhäuser nicht in ihrem Grundrecht der Berufsfreiheit, wenn sie Träger dieses Grundrechts sind (BSG, Urt. v. 01.07.2014 - B 1 KR 15/13 R - BSGE 116, 153 = SozR 4-2500 § 137 Nr. 4).

Soweit die **Stationsleitung** der betroffenen **Intensivstation** nach § 4 III 5 QBAA-RL zusätzlich einen **Leitungslehrgang** zu absolvieren hat, muss die nach Landesrecht für eine staatliche Anerkennung geforderte Weiterbildung absolviert werden. Ein jedenfalls nicht gleichwertiger modularer Führungskurs reicht nicht aus. Unter Berücksichtigung des Zwecks der QBAA-RL, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Patienten mit Bauchortenaneurysma zu sichern und eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten zu gewährleisten und zu verbessern (vgl. § 2 QBAA-RL), müssen jedoch auch die personellen und fachlichen Anforderungen des § 4 III QBAA-RL einem gewissen Standard unterliegen.

SG Speyer, Urt. v. 13.06.2013 - S 17 KR 449/11 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 6.875,01 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Klage ab.

h) Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung einer Borderline-Störung

LSG Hamburg, Urteil v. 22.05.2014 - L 1 KR 15/13

RID 15-04-117

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Die Beurteilung der Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung einer **Borderline-Störung** hat auf der Grundlage der fachärztlichen Erfahrung in jedem Einzelfall unter Berücksichtigung der konkreten Umstände des Falles zu erfolgen.

SG Hamburg, Urt. v. 01.11.2012 - S 35 KR 1134/10 - gab der Klage auf Zahlung von 43.418,62 € statt, das *LSG* wies die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 22.10.2014 - B 1 KR 102/14 B - BeckRS 2014, 73448 - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde der beklagten Krankenkasse als unzulässig.

i) Erforderlichkeit einer teilstationären Alkoholentzugsbehandlung

LSG Hamburg, Urteil v. 30.09.2015 - L 1 KR 110/13

RID 15-04-118

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 112/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 109 IV 3, 112 II Nr. 1; KHG § 17b; KHEntgG § 9 I Nr. 1

Bei der Beurteilung der **Erforderlichkeit einer teilstationären Behandlung** des Versicherten in einer Tagesklinik kann eine Orientierung an der **Leitlinie** der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. zur Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen erfolgen. Die **Nichteignung** für ein teilstationäres Setting für die Behandlung kann aus einer vorausgehenden siebenmaligen teil-/vollstationären Behandlung hervorgehen.

SG Hamburg, Urt. v. 01.07.2013 - S 6 KR 1527/10 - verurteilte den bekl. Träger einer Tagesklinik für Suchtkrankheiten, der kl. Krankenkasse die gezahlte Vergütung zu erstatten, da die teilstationäre Behandlung des Versicherten in einer Tagesklinik nicht geeignet und damit auch nicht erforderlich gewesen sei. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

2. Fallpauschalen

a) Kodierung eines Symptoms als Hauptdiagnose

LSG Hamburg, Urteil v. 23.07.2015 - L 1 KR 96/13

RID 15-04-119

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Die Kodierung eines Symptoms als **Hauptdiagnose** bei bekannter Grunderkrankung hängt davon ab, ob nur das **Symptom** behandelt wird (dann ist dieses die Hauptdiagnose) oder ob - zumindest auch - die **Grunderkrankung** behandelt wird (dann stellt diese die Hauptdiagnose dar). Auch wenn in Ziffer D002f der DKR 2007 von „einem Symptom“ die Rede ist, kann daraus nicht gefolgert werden, dass bei Behandlung von mehreren Symptomen doch wieder die Grunderkrankung als Hauptdiagnose zu kodieren ist.

SG Hamburg, Urt. v. 23.04.2013 - S 8 KR 1551/10 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.811,97 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Abgrenzung Haupt-/Nebendiagnose: Niereninsuffizienz mit Hyperkaliämie/Beatmung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 07.04.2015 - L 11 KR 5275/13

RID 15-04-120

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: Zum Anspruch auf Vergütung einer Krankenhausbehandlung bei einer Versicherten, die an chronischer Niereninsuffizienz litt und dialysepflichtig war und bei der es aufgrund übermäßiger Zufuhr kaliumreicher Ernährung zu einer (letztlich tödlich verlaufenden) Hyperkaliämie gekommen ist (Abgrenzung Haupt-/Nebendiagnose).

SG Heilbronn, Urt. v. 25.10.2013 - S 8 KR 1137/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück, weil die Kl. lediglich die niedriger vergütete **DRG L60B** (Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, mit akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC oder mit Kalziphylaxie, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre), nicht die tatsächlich in Rechnung gestellte **DRG F43B** (Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, mit äußerst schweren CC) abrechnen durfte.

c) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Fachliche Behandlungsleitung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 24.03.2015 - L 11 KR 5212/13

RID 15-04-121

juris

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

„**Fachliche Behandlungsleitung**“ im Sinne des OPS-Kodes 8-981 verlangt keine durchgehende persönliche **Anwesenheit** eines Facharztes für Neurologie bzw. seines Vertreters. Der Facharzt für Neurologie muss die fachliche Leitung der Behandlung innehaben. Allerdings genügen für das Bestehen der fachlichen Behandlungsleitung nach OPS 8-981 nicht allein die rechtliche Übertragung der fachlichen Behandlungsleitung und eine rein formale Stellung als fachlicher Behandlungsleiter. Hinzukommen muss, dass der Facharzt für Neurologie die fachliche Leitung auch tatsächlich wahrnimmt und er diese generell sowie individuell, d.h. bezogen auf den einzelnen Patienten, ausübt.

SG Reutlingen, Urt. v. 09.10.2013 verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.791,61 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück. Das vor dem BSG - nach Nichtzulassungsbeschwerde - anhängige Revisionsverfahren B 1 KR 32/15 R wurde ohne Sachentscheidung beendet.

d) Nebendiagnose T88.4 bei schwierigem Atemweg

LSG Thüringen, Urteil v. 30.06.2015 - L 6 KR 1792/11

RID 15-04-122

juris

SGB V §§ 39 I; KHG § 17b

Zusätzlich zur Hauptdiagnose kodierfähig sind solche **Nebendiagnosen**, deren Versorgung weitere und in Bezug auf die Haupterkrankung nicht gebotene Leistungen des Krankenhauses ausgelöst haben. Besteht die medizinische Indikation, den Patienten zur **Sicherung der Atemwege fiberoptisch zu intubieren**, und liegt insb. eine schwierige Erkrankung der Halswirbelsäule mit neurologischen Defiziten und einer nicht auszuschließenden Instabilität vor, so kann die Nebendiagnose T88.4 kodiert werden. Die fiberoptische Intubation stellt nicht das Standardvorgehen für eine Bandscheibenoperation bzw. die Hauptdiagnose M50.0 (Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie) dar.

SG Meiningen, Urt. v. 28.06.2011 - S 16 KR 2974/08 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 2.836,11 € nebst Zinsen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

e) OPS 5-394.2 (Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates)

SG Aachen, Urteil v. 29.09.2015 - S 13 KR 185/14

RID 15-04-123

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Zum Anspruch aus der Fallpauschale DRG F54Z anstatt der höher vergüteten DRG F14A, zur Nebendiagnose D68.3 (Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper) und Nebendiagnose D68.3 (Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper) und zur OPS 5-394.2 (Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates).

Das *SG* verurteilte das bekl. Krankenhaus, der kl. Krankenkasse 4.415,58 € nebst Zinsen zu zahlen.

3. Verordnung von Hilfsmitteln während Krankenhausaufenthalt

SG Nürnberg, Urteil v. 09.07.2015 - S 7 KR 197/14

RID 15-04-124

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 69, 109; KHEntgG § 2 I; BGB § 280

Erforderliche stationäre Behandlung Versicherter in einem zugelassenen Krankenhaus begründet zwischen seinem Träger und der Krankenkasse ein gesetzliches **öffentlich-rechtliches Schuldverhältnis**, auf das § 280 I BGB anzuwenden ist.

Sieht ein Vertrag gem. § 115 I SGB V vor, dass **Hilfsmittel**, die für die Zeit nach dem **Krankenhausaufenthalt** bestimmt und nicht Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen sind, jedoch bereits zum Zeitpunkt der Entlassung benötigt werden, vom Krankenhausarzt verordnet werden können, so gilt dies nicht für eine Verordnung von Hilfsmitteln, die - zumindest auch - während des Krankenhausaufenthaltes benötigt wurden. Wird ein Hilfsmittel schon früher zur Behandlung im Krankenhaus selbst benötigt, dann muss das Krankenhaus dieses dem Versicherten im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung zur Verfügung stellen.

Das *SG* wies die Klage ab.

4. Aufwandspauschale

a) Nur eine Aufwandspauschale/Unzulässigkeit der Schaffung eines eigenen „Prüfregimes“

SG Speyer, Urteil v. 28.07.2015 - S 19 KR 588/14

RID 15-04-125

juris

SGB V §§ 39 I, 69 I 3, 275 I Nr. 1, Ic, 276 II 1, 301; GG Art. 20 III, 97 I

Leitsatz: 1. Mehr als eine **Aufwandspauschale** pro Prüfung fällt nicht an, solange der Prüfung **derselbe Abrechnungsfall** zu Grunde liegt (Fortführung von *SG Speyer* vom 18.06.2014 - S 19 KR

229/12 - Rn. 30 f. - RID 14-04-129). Auch wenn die Krankenkasse einen **weiteren Prüfauftrag** erteilt, handelt es sich noch um die (unter den Voraussetzungen des § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V zulässige) Prüfung derselben Abrechnung. Auch das Ergebnis der Abrechnungsminderung oder aber das Fehlen einer solchen tritt nur einmal ein, nämlich am Ende der Prüfung (entgegen BSG vom 17.12.2013 - B 1 KR 14/13 R - SozR 4-2500 § 275 Nr. 15 und BSG vom 23.06.2015 - B 1 KR 23/14 R - zur Veröffentlichung vorgesehen Rn. 15). Auch wenn mehrere Abrechnungsfälle mit dem Ziel der Fallzusammenführung überprüft wurden, fallen bei jeweils unterbliebener Rechnungsminderung mehrere Aufwandspauschalen an (so bereits LSG Hamburg vom 21.11.2013 - L 1 KR 125/12 - RID 14-02-180 und L 1 KR 28/13 - RID 14-02-181). Auf die Anzahl und Ausgestaltung der Prüfaufträge der Krankenkasse gegenüber dem MDK kommt es nicht an (entgegen BSG vom 17.12.2013 - B 1 KR 14/13 R - a.a.O. und BSG vom 23.06.2015 - B 1 KR 23/14 R = a.a.O. und B 1 KR 17/14 R - zur Veröffentlichung vorgesehen).

2. In Ermangelung einer gesetzlichen Grundlage kann es eine - rechtlich zulässige - „Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit“, in deren Rahmen die Vorlage von **Behandlungsunterlagen** an den MDK gefordert wird, die aber nicht den Beschränkungen und Rechtsfolgen des § 275 Abs. 1c SGB V unterliegen soll (vgl. BSG vom 01.07.2014 - B 1 KR 29/13 R - BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 § 301 Nr. 4), schon aus Gründen des **Patientendatenschutzes** nicht geben (so auch SG Mainz vom 04.05.2015 - S 3 KR 428/14 Rn 22 ff.). Da es mit § 275 Abs. 1c SGB V i.V.m. § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V eine einschlägige gesetzliche Regelung für ein Verfahren zur Überprüfung von Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen gibt (vom BSG sog. „Auffälligkeitsprüfung“), verstößt der 1. Senat des BSG mit der Schaffung eines **eigenen „Prüfregimes“ der sachlich-rechnerischen Richtigkeit** nicht nur gegen den Grundsatz der Bindung an das Gesetz (Art. 20 Abs. 3 und Art. 97 Abs. 1 GG), sondern zugleich auch gegen das hiervon getragene Gewaltenteilungsprinzip. Gegenstand einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 2 SGB V können sowohl Fragen der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der erfolgten Behandlung als auch der zutreffenden Kodierung sein.

3. Der Anspruch auf Aufwandspauschale wird **fällig**, sobald entweder durch die Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus angezeigt wird, dass die Abrechnung in Folge der Prüfung im Ergebnis endgültig nicht beanstandet wird oder aber wenn die Abrechnung durch ein rechtskräftiges Urteil - auch im Falle der Rechtskrafterstreckung auf die aufgerechnete Forderung nach § 141 Abs. 2 SGG - als zutreffend bestätigt wird.

Das SG verurteilt die Bekl., an die Kl. 600 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Keine Minderung des Rechnungsbetrages und kein Nachweis einer fehlerhaften Kodierung

SG Hamburg, Urteil v. 24.07.2015 - S 33 KR 2349/13

RID 15-04-126

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39 I 1, 275 Ic

Eine Krankenkasse ist verpflichtet, eine Aufwandspauschale zu entrichten, wenn die Prüfung nicht zu einer **Minderung des Rechnungsbetrages** geführt hat. Eine möglicherweise **fehlerhafte Kodierung** ändert hieran nichts.

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

5. Obligatorisches Schlichtungsverfahren und keine Aussetzung

SG Mainz, Urteil v. 09.06.2015 - S 14 KR 417/14

RID 15-04-127

juris
KHG § 17c IV

Leitsatz: 1. Klagen, mit denen Krankenhausträger nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V eine streitig gebliebene Vergütung fordern, sind unzulässig, wenn vor Klageerhebung kein **Schlichtungsverfahren** nach § 17c Abs. 4 KHG durchgeführt wurde und der Wert der Forderung 2.000 Euro nicht übersteigt (§ 17c Abs. 4b S 3 KHG).

2. Ein **obiter dictum des BSG** ändert nichts am geltenden Recht. Wenn der Gesetzgeber ein Anzeigeverfahren hätte vorsehen wollen, hätte er es geregelt. Wenn sich politische Argumente im

Gesetzgebungsverfahren nicht durchsetzen, ist dem Gesetz zu folgen, auch wenn es unliebsam erscheint.

3. § 17c Abs. 4b S. 3 KHG verstößt nicht gegen das **Grundgesetz**.

Das **SG** wies die Klage, mit der die weitere Vergütung einer Krankenhausbehandlung in Höhe von 421,41 € begehrt wurde, als unzulässig ab.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 30.09.2015 - **B 3 KR 1/15 R** - hängt die Entscheidung, ob Plavix der Regelung über den Generikaabschlag in § 130a IIIb SGB V unterfällt, davon ab, **ob es sich bei dem als Hydrogensulfat aufbereiteten Clopidogrel um denselben Wirkstoff handelt wie bei dem als Besilat aufbereiteten Clopidogrel**. Wenn nur Clopidogrel der Wirkstoff im Sinne der maßgeblichen Vorschriften des SGB V ist und die Aufbereitung als Hydrogensulfat oder als Besilat für den Wirkstoffbegriff (§ 130a IIIb 1, § 129 I 1 SGB V) ohne Bedeutung ist, unterliegt Plavix dem Generikaabschlag nach § 130a IIIb 1 SGB V. Für die „Patentfreiheit“ i.S. dieser Vorschrift kommt es allein auf das **Wirkstoffpatent** an. Ein etwaiger Patentschutz für andere Bestandteile des jeweiligen Arzneimittels ist insoweit ohne Bedeutung. Nach BSG, Urt. v. 30.09.2015 - **B 3 KR 2/15 R** - ist der Abschluss von **Einzelverträgen** über Preise mit **Heilmittelerbringern** (Ergotherapeuten) neben oder anstelle von Verbandsverträgen möglich. Scheitert der Abschluss eines Einzelvergütungsvertrags, steht auf Seiten der Heilmittelerbringer nur ihren **Verbänden**, nicht aber einzelnen oder sonstigen zusammengeschlossenen Leistungserbringern das Recht zu, das **Schiedsverfahren einzuleiten**, um den Preis durch eine von den Vertragspartnern gemeinsam zu benennende Schiedsperson nach der seit März 2009 gültigen Regelung von § 125 II 4 bis 6 SGB V festlegen zu lassen. Die im Außenverhältnis als GbR auftretende Kl. besitzt keine körperschaftliche Verbandsstruktur. Dies folgt aus der Auslegung ihrer Gesellschaftsverträge unter Berücksichtigung des Vereins- und Gesellschaftsrechts und steht im Einklang mit Wortlaut, Entstehungsgeschichte, Regelungszusammenhang und Gesetzeszweck von § 125 II SGB V. Verfassungsrecht steht dem nicht entgegen. Nach BSG, Urt. v. 08.07.2015 - **B 3 KR 17/14 R** - SozR 4-2500 § 130 Nr. 3 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** - SozR 4-2500 § 139 Nr. 7 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** - SozR 4-2500 § 127 Nr. 5 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

a) Änderung der Abgabemenge des verordneten Medikaments

LSG Thüringen, Urteil v. 26.05.2015 - L 6 KR 478/11

RID 15-04-128

Rechtskräftig - Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 129; ApBetrO § 17 V 3

Enthält der Arzneilieferungsvertrag (ALV) - wie die AMVV - keine ausdrückliche Bestimmung für die Fälle, in denen aufgrund einer **telefonischen Rücksprache** der abgebenden Apotheke mit dem verordnenden Vertragsarzt die Apotheke die **Abgabemenge des verordneten Medikaments ändert** und dies entsprechend auf der Verordnung vermerkt, so folgt hieraus nicht, dass eine entsprechende Verfahrensweise damit ausgeschlossen wird (Aufgabe von LSG Thüringen, Beschl. v. 15.03.2011 - L 6 KR 516/10 NZB -), wenn der ALV den Apotheken die Möglichkeit einräumt, sogar ohne ärztliche Genehmigung die jeweiligen Abgabemengen selbst festzulegen, falls die Verordnung diesbezüglich nicht eindeutig ist, und ihnen die Befugnis einräumt, bei unvollständiger oder ungenauer Bezeichnung

die Darreichungsform oder die Dosierung der verordneten Fertigarzneimittel nach pflichtgemäßem Ermessen selbst zu bestimmen, wenn der verordnende Vertragsarzt nicht erreichbar ist.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte zu Recht in zwei Fällen bereits gezahlte Vergütungen für die an ihren Versicherten abgegebenen Arzneimittel in Höhe von insgesamt 797,28 € beanstandet und gegen unstrittige Vergütungsforderungen der Kl. aus späteren Arzneimittelabgaben aufgerechnet hat (Retaxierung). **SG Altenburg**, Urt. v. 14.02.2011 - S 30 KR 879/09 - wies die Klage der Apothekerin ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 797,28 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Fehlende Bestätigung des verschreibenden Arztes zur Sicherheitsbelehrung nach § 3a II AMVV

SG Braunschweig, Urteil v. 19.06.2015 - S 6 KR 428/12

RID 15-04-129

juris

SGB V § 129; AMVV § 3a II

Es besteht kein **Zurückweisungsrecht der Krankenkasse** für eine anfänglich fehlerhafte Verordnung - hier: **fehlende Bestätigung** des verschreibenden Arztes zur **Sicherheitsbelehrung** nach § 3a II AMVV -, wenn der das Medikament verordnende, durch seine Unterschrift und den Vertragsarztstempel schon anfänglich erkennbare Vertragsarzt in einer nachdrücklichen Bestätigung ausdrücklich erklärt, dass sämtliche von § 3a II AMVV geforderten Voraussetzungen einer Abgabe des Medikaments bereits anfänglich gegeben waren.

Das **SG** verurteilte die Bekl. wird, an die kl. Apotheke den Gesamtbetrag von 6.800,99 € zu zahlen.

2. Arzneimittelhersteller: Kombination zwischen verschreibungspflichtigem und Nichtmedikament

SG München, Gerichtsbescheid v. 19.06.2015 - S 29 KR 1397/13

RID 15-04-130

juris

SGB V §§ 31, 69, 92 I 2 Nr. 6; GG Art. 12 I

Die **fixe Kombination** zwischen einem verschreibungspflichtigen Medikament und einem Nichtmedikament kann nicht dazu führen, dass das gesamte Konglomerat nicht zulasten der Krankenkasse verschrieben werden darf; die Zugabe eines Reinigungsgels lässt die grundsätzliche Sachleistungsverpflichtung der Krankenkasse (§ 31 I 1 SGB V) für das Arzneimittel unberührt, wenn sich ein bestandteilähnlicher Charakter des Reinigungsgels für das Arzneimittels ergibt und beide zusammen erst eine bestimmungsgemäße Anwendung des Medikaments ermöglichen.

Die Kl., ein **pharmazeutisches Unternehmen**, vertreibt in Deutschland das Arzneimittel „Q.“ in Form eines **Pflasters** mit dem hoch dosierten Wirkstoff Capsaicin, der arzneimittelrechtlich seit 2009 zur Behandlung von peripheren neuropathischen Schmerzen bei Erwachsenen, die nicht an Diabetes leiden, zugelassen und verschreibungspflichtig ist. Das dem Arzneimittel „Q.“ beigefügte Reinigungsgel enthält u.a. (neben Macrogol, Carbomer, gereinigten Wasser, Natriumhydroxid und Natriumedetat) im wesentlichen Butylhydroxyanisol, der zu den in der EU zugelassenen Lebensmittelzusatzstoffen gehört und in verschiedenen Lebensmittelkategorien eingesetzt werden darf. Nachdem bei einer Besprechung des GKV-Spitzenverbandes mit dem Verband der Ersatzkassen (VDEK) im September 2013 festgelegt worden war, dass die Kombination eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels mit einem nicht-apothekenpflichtigen Reinigungsmittel insgesamt zulasten der Krankenversicherung nicht ordnungsfähig ist, hatte die Bekl. verschiedene Ärzte angeschrieben, die „Q.“ verordnet hatten, und teilte ihnen mit, dass die Beifügung des Reinigungsmittels in der Verpackung eine Verordnungsfähigkeit von „Q.“ insgesamt entfallen lasse und bat sie, dieses Präparat nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen zu verordnen, wobei allerdings zurückliegende Verordnungen nicht retaxiert werden sollten. Eine Unterlassungserklärung gab die Bekl. nicht ab. Zuletzt hatte das **LSG Bayern** am 17.02.2014 die Bekl. in einem ER-Beschluss aufgegeben, bis zu einer Klärung der Verordnungsfähigkeit der Arzneimittelverpackung „Q.“ zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung außerhalb von Prüfverfahren nach § 106 SGB V oder Gerichtsverfahren, die wegen der Behandlung mit „Q.“ anhängig gemacht werden, gegenüber Dritten die Behauptung zu unterlassen, die Arzneimittelpackung „Q.“ sei keine Kassenleistung und nicht zulasten gesetzlicher Krankenkassen ordnungsfähig. Das **SG** verpflichtete die Bekl. entsprechend und gab ihr auf, ihre Behauptung gegenüber denjenigen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, gegenüber denen eine dieser Behauptungen aufgestellt wurde, zu widerrufen.

3. Keine Streichung eines Speedy-Tandems aus Hilfsmittelverzeichnis

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 25.06.2015 - L 16 KR 66/11

RID 15-04-131

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I, 139

Bei anfänglich zu Unrecht erfolgter Aufnahme in das **Hilfsmittelverzeichnis** (HMV) ist für die **Rücknahmeentscheidung** allein maßgebend, ob die materiellen Eintragungsvoraussetzungen nach § 139 IV SGB V nach der Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der Rücknahme gegeben sind oder ob die weitere Leistung des Hilfsmittels im HMV mit diesen Anforderungen nicht in Einklang steht (BSG, Urteil vom 24.01.2013 - B 3 KR 22/11 R - BSGE 113, 33 = SozR 4-2500 § 139 Nr. 6, Rn. 18).

Für die Streichung/Widerruf eines Hilfsmittels kommt es nicht darauf an, dass dieses nach der Rechtsprechung nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung **verordnungsfähig** ist.

Ein **Speedy-Tandem** erfüllt weiterhin die Voraussetzungen gemäß § 33 SGB V; dies gilt jedenfalls für eine Versorgung jugendlicher Behinderter mit dem Speedy-Tandem zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

SG Detmold, Ur. v. 16.10.2010 - S 3 KR 30/08 - hob die Streichung des Produktes Speedy-Tandem aus dem Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenkassen auf, das *LSG* wies die Berufung zurück.

4. Heilmittelerbringer

a) Betrieb einer Praxisnebenstelle bedarf Neuerteilung der Zulassung

LSG Sachsen, Urteil v. 05.11.2014 - L 1 KR 158/11

RID 15-04-132

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 23/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 124 II 1 Nr. 2, VI 1; GG Art. 12 I; BGB §§ 254, 812

Leitsatz: 1. § 124 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V ist ortsbezogen zu verstehen.

2. § 254 BGB ist auf Schadensersatzansprüche beschränkt und findet im Bereicherungsrecht keine Anwendung.

SG Dresden, Ur. v. 15.07.2011 - S 25 KR 143/09 - verurteilte die bekl. Masseurin, der kl. Krankenkasse bereits vergütete physiotherapeutische Leistungen im Zeitraum vom 05.07.2006 bis 25.07.2007 in Höhe von insgesamt 5.719 € nebst Zinsen zu erstatten. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

b) Ausbildung zur manuellen Therapie in anderem EU-Staat

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.07.2015 - L 1 KR 382/10 ZVW

RID 15-04-133

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 54/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 92 I 2 Nr. 6, 125 I u. II; HeilMRL Abschn. III Buchst. A Nr. 17.A Abs. 2, Ziff. 2.7; EWGRL 48/89 u. 51/92

Voraussetzung für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen der **manuellen Therapie** ist der Nachweis einer speziellen Weiterbildung. Dafür reicht ein Abschluss in einem Bachelor-Studiengang nach niederländischem Recht an der „Hogeschool van A voor Paramedische Opleidingen“ (Fachhochschule) nicht aus, wenn keine **260 Unterrichtseinheiten** entsprechend den Weiterbildungsanforderungen nach den Rahmenempfehlungen absolviert wurden.

SG Berlin, Ur. v. 02.07.2008 - S 111 KR 2961/07 - wies die Klage ab, das *LSG Berlin-Brandenburg*, Ur. v. 05.03.2009 - L 1 KR 351/08 - 10-01-175 die Berufung zurück. Nach Nichtzulassungsbeschwerde und Revision d. Kl. verwies *BSG*, Ur. v. 12.08.2010 - B 3 KR 9/09 R - SozR 4-2500 § 125 Nr. 6 den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurück. Das *LSG* wies die Berufung erneut zurück.

c) Ausschluss der Masseurin von Manueller Therapie

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.07.2015 - L 11 KR 4481/12

RID 15-04-134

Revision anhängig: B 3 KR 24/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 12, 92 I 2 Nr. 6, 125; GG Art, 12 I; HeilM-RL

Krankenkassen entscheiden über den Antrag auf Erteilung der **Abrechnungsbefugnis** nicht mittels eines **Verwaltungsakts** (BSG, Ur. v. 12.08.2010 - B 3 KR 9/09 R - SozR 4-2500 § 125 Nr. 6).

Voraussetzung für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen der **Manuellen Therapie** ist eine abgeschlossene **Berufsausbildung als Physiotherapeut/Krankengymnast**. Es kommt nicht darauf an, ob eine Weiterbildung in Manueller Therapie nebst Abschlussprüfung absolviert wurde, wenn schon nicht die Eingangsvoraussetzungen für diese Weiterbildung erfüllt werden.

Die **Gemeinsamen Rahmenempfehlungen** der Spitzenverbände der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene haben anders als die HeilM-RL, selbst weder normative Wirkung noch verwaltungsinterne Verbindlichkeit gegenüber den regionalen Vertragsparteien. Diese Wirkung entsteht jedoch durch die Verweisung in den Landesrahmenverträgen auf die Empfehlungen.

Die Anforderungen zur Erbringung der Manuellen Therapie regeln nicht subjektive Voraussetzungen der Berufsaufnahme, sondern die **Berufsausübung** (anders LSG Bayern, Ur. v. 17.08.2006 - L 4 KR 295/03 - RID 06-04-180). Der Ausschluss von Masseuren von der Erbringung der Manuellen Therapie ist durch vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls unter Zweckmäßigkeit Gesichtspunkten gerechtfertigt. Das Qualitätsgebot des SGB V ist der maßgebliche Gesichtspunkt in diesem Sinne.

Der Ehemann JL der Kl., einer krankenversicherungsrechtlich zugelassenen Masseurin und medizinischen Bademeisterin, absolvierte am Lehr- und Weiterbildungsinstitut für Physiotherapie, Massage und Podologie „u.“ die qualifizierte Weiterbildungsmaßnahme „Manuelle Therapie“ mit 340 Unterrichtseinheiten und bestand die Abschlussprüfung. JL ist ebf. Masseur und medizinischer Bademeister und bei seiner Ehefrau beschäftigt. Die Bekl. lehnte den Antrag der Kl., künftig auch die manuelle Therapie durch JL abgeben und abrechnen zu dürfen, ab. *SG Konstanz*, Ur. v. 22.09.2010 stellte fest, dass die Kl. berechtigt ist, Leistungen der manuellen Therapie durch JL als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung abzugeben und diese Leistungen gegenüber der Bekl. abzurechnen. Das *LSG* wies die Berufung zurück, soweit darin der Bescheid der Bekl. aufgehoben wurde. Im Übrigen hob es das Urteil des *SG Konstanz* auf und wies die Klage ab.

5. Häusliche Krankenpflege: Kündigung eines Versorgungsvertrags nach Ermittlungsverfahren

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 30.07.2015 - L 11 KR 303/15 B ER

RID 15-04-135

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 132, 132a II; SGG § 86b II

Ein **Umsatzverlust** von ca. 3,3 % des Gesamtumsatzes erfüllt nicht die Voraussetzungen eines **Anordnungsgrunds**. Drohende Umsatzverluste durch weitere Kündigungen anderer Krankenkassen sind nicht zu berücksichtigen.

Fehlt es eindeutig an einem **Anordnungsgrund**, vermag allein der **Anordnungsanspruch** die Sicherungsanordnung nicht zu rechtfertigen.

Bedarf es nach dem Vertrag im Fall einer ordentlichen Kündigung keiner Kündigungsgründe, so kann ohne Grund gekündigt werden. Zwar wird eine solche Kündigung schwerlich wirksam sein, wenn sie gegen den aus Art. 3 I GG herzuleitenden Anspruch auf Teilnahme (**Kontrahierungszwang**) steht. Die Gleichheit der Leistungserbringer und damit der Kontrahierungszwang ist indessen unterbrochen, wenn gegen die **Geschäftsführer** ein **staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren** geführt wurde, das gem. § 153a StPO eingestellt wurde, da dies nur bei geringer Schuld möglich ist, aber voraussetzt, dass die übrigen Voraussetzungen eines Vergehens mit einer Sicherheit vorliegen, dass die am Ende des jeweiligen Verfahrensstadiums stehende Sachentscheidung (Anklageerhebung, Eröffnungsbeschluss, Sachurteil) getroffen werden könnte.

SG Köln, Beschl. v. 19.05.2015 - S 9 KN 53/15 KR ER - lehnte den Antrag, die Ag. zu verpflichteten, den mit der Ast. abgeschlossenen Versorgungsvertrag gem. §§ 132, 132a SGB V vorläufig bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens zu verlängern und die Leistungen entsprechend der Vergütungsvereinbarung des Rahmenvertrages zwischen den Parteien zu vergüten, hilfsweise den Versorgungsvertrag vorläufig bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens, befristet längstens bis zum 31.12.2015, zu verlängern und die Leistungen

entsprechend der Vergütungsvereinbarung des Rahmenvertrages zwischen den Parteien zu vergüten, ab. Das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

IX. Krankenkassen/Sonstiges

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** - BSGE 117, 224 = 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 I 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 I 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. Leistungsausschluss nach Rückkehr aus dem Ausland (§ 52a SGB V)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.07.2015 - L 1 KR 246/12

RID 15-04-136

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 52a

Allein die Tatsache, dass Anspruch auf Krankenbehandlung auf der Grundlage einer gemäß § 5 I Nr. 13 SGB V im Anschluss an einen Auslandsaufenthalt entstehenden Versicherungspflicht besteht, reicht nicht aus, um einen Anspruchsausschluss nach § 52a SGB V zu begründen. Die Inanspruchnahme von über eine Akutbehandlung hinausgehenden Versicherungsleistungen erscheint nur dann **missbräuchlich**, wenn dafür nicht als Gegenleistung auch entsprechende Versicherungsbeiträge über einen längeren Zeitraum entrichtet werden. Eine solche Konstellation wäre etwa gegeben, wenn ein Patient sich erstmals anlässlich einer aufwändigen Krankenbehandlung im Inland aufhält und dieses nach Abschluss der Behandlung wieder verlässt. Solche Fälle haben dem Gesetzgeber ausweislich der Gesetzesbegründung bei Einführung der Vorschrift auch vor Augen gestanden. Ein solcher Fall liegt aber nicht vor, wenn bereits in der Vergangenheit langjährig Beiträge zur deutschen Sozialversicherung entrichtet wurden und dies nach der Rückkehr nach Deutschland erneut der Fall ist. Im Übrigen muss Vorsatz nachgewiesen werden (hier verneint).

Der im Dez. 1935 geb. Kl. legte bis 1990 im Inland Pflichtbeitragszeiten zur Rentenversicherung wegen abhängiger Beschäftigung zurück. Während dieser Zeit war er bei der Bekl. gesetzlich krankenversichert. 1990 verzog er nach Thailand, wo er keine Krankenversicherung hatte. Seit dem Januar 2001 erhielt er von der damaligen BfA Regelaltersrente nach Thailand in Höhe von zunächst 1.428,23 DM. Im Jahr 2005 erlitt er in Thailand eine Schenkelhalsfraktur. Daraufhin wurde ihm dort eine Totalendoprothese eingesetzt. Der Eingriff führte zu Komplikationen. Seitdem litt er wegen der Gelenkendoprothese an einer chronischen Fistel mit Ausfluss von Eiter sowie an Infektionen und entzündlichen Reaktionen. Am 29.06.2010 kehrte der Kl. nach Berlin zurück. Mit Begrüßungsschreiben v. 04.08.2010 wies die Bekl. den Kl. darauf hin, dass er ab dem 14.07.2010 ihr Mitglied sei. Mit Bescheid v. 06.08.2010 setzte sie Beiträge zur Krankenversicherung in Höhe von 126,95 € fest. Vom 30.07.2010 bis zum 15.10.2010 wurde der Kl. wegen seines Hüftgelenks im S G Krankenhaus behandelt. Die Bekl. sprach nach Anhörung mit Bescheid v. 13.09.2010 einen Leistungsausschluss

für die bei dem Kl. zum Zeitpunkt seiner Einreise nach Deutschland bestehenden Erkrankungen aus. *SG Berlin*, Urt. v. 24.04.2012 - S 76 KR 448/11 - wies die Klage ab, das *LSG* stellte fest, dass kein Leistungsausschluss nach § 52a SGB V seit dem 29.06.2010 wegen der Erkrankungen Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese, Diabetes mellitus und Gicht eingetreten ist.

2. Krankenkassenwahlrecht eines Sozialhilfeempfängers

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 12.09.2014 - L 4 KR 3468/13

RID 15-04-137

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 26/15 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = NZS 2015, 32 = ZFSH/SGB 2015, 47

SGB V §§ 173, 175 IV, 264; GG Art, 3 I

Leitsatz: Empfänger von Leistungen des Vierten Kapitels des SGB XII haben lediglich bei Beginn des Leistungsbezugs das Recht, eine Krankenkasse zu wählen, nicht aber das Recht zu einer Kündigung oder zu einem späteren Wechsel der Krankenkasse.

SG Freiburg, Gerichtsbb. v. 08.07.2013 - S 5 KR 2162/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Ruhen der Leistungsansprüche

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 04.11.2014 - L 4 KR 247/14

RID 15-04-138

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 31/15 R

SGB V § 16 IIIa

Das SG hat die maßgeblichen Rechtsgrundlagen herangezogen, richtig angewendet, die vorliegenden Umstände zutreffend bewertet und ist nach alledem zu dem korrekten Ergebnis gelangt, dass das Ruhen der Leistungsansprüche rechtlich nicht zu beanstanden ist.

SG Osnabrück, Gerichtsbb. v. 10.06.2014 - S 13 KR 141/14 - wies die Klage ab, das *LSG* wies die Berufung zurück.

4. Erstattungsstreitigkeiten

a) Verwaltungsakt gegenüber Versicherten ohne Tatbestandswirkung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.07.2015 - L 11 KR 1601/14

RID 15-04-139

Revision anhängig: B 1 KR 29/15 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB X § 105

Leitsatz: Im Erstattungsverfahren einer Berufsgenossenschaft (BG) gegen eine Krankenkasse nach § 105 SGB X kommt einem von der BG **gegenüber dem Versicherten** erlassenen, bestandskräftig gewordenen **Verwaltungsakt** keine Tatbestandswirkung zu.

SG Mannheim, Urt. v. 27.02.2014 - S 2 KR 1228/11 - wies die Klage der BG ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Elektroscooter: Allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens

SG Trier, Urteil v. 18.06.2015 - S 1 KR 144/14

RID 15-04-140

juris

SGB V § 33 I

Die **Benutzung eines Kraftfahrzeuges** gehört nicht zu den Grundbedürfnissen, die durch die Leistung der Krankenversicherung zu befriedigen sind. Ein **Elektroscooter** ist ein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens, so dass es sich hierbei nicht um ein Hilfsmittel i.S.v. § 33 I 1 SGB V handelt (a.A. BSG; Urt. v. 03.11.1999 - B 3 KR 16/99 R - SozR 3-1200 § 33 Nr. 1)

Das *SG* wies die Klage des Sozialhilfeträgers ab.

c) Häusliche Krankenpflege ohne vorherige ärztliche Verordnung

SG Augsburg, Beschluss v. 20.05.2015 - S 6 KR 338/14

RID 15-04-141

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 37; SGB X §§ 102, 104, 105

Voraussetzung eines **Erstattungsanspruchs** nach § 102 SGB X ist, dass ein Leistungsträger aufgrund gesetzlicher Vorschriften vorläufig Sozialleistungen erbracht hat. Dies erfordert zunächst, dass der Wille des die Erstattung begehrenden Leistungsträgers, entweder für einen anderen oder im Hinblick auf die ungeklärte Zuständigkeit leisten zu wollen, nach außen erkennbar wird (s. BSG, Urt. v. 14.05.1985 - 4a RJ 13/84 -SozR 1300 § 105 Nr. 1; v. 25.9.2014 - B 8 SO 6/13 R - BSGE 117, 47 = SozR 4-4200 § 44a Nr. 1). Hieran fehlt es, wenn der Bewilligungsbescheid gegenüber dem Leistungsberechtigten gerade **keine vorläufige Regelung** enthält, sondern vielmehr nur den abschließenden Willen erkennen lässt, dass der Leistungsberechtigte die in diesem Bescheid gewährten Leistungen endgültig erhält.

Für die Gewährung der **häuslichen Krankenpflege** nach § 37 SGB V ist Voraussetzung, dass eine behandlungsbedürftige Krankheit vorliegt, für die der behandelnde Arzt eine Leistung verordnet hat, die dazu dient, die laufende ärztliche Behandlung sicherzustellen. Die **ärztliche Verordnung** muss vor Beginn des Zeitraums der beantragten häuslichen Krankenpflege vorliegen. Sie kann nicht **rückwirkend** ausgestellt werden.

Durch die Erbringung der häuslichen Krankenpflege durch einen anderen Leistungsträger kann das **Sachleistungsprinzip** zu Gunsten des Leistungsberechtigten nicht umgangen werden. Erstattungsverfahren sind nicht dazu gedacht, dass Leistungsberechtigte/Versicherte dann besser gestellt werden, wenn sie Leistungen vom unzuständigen Träger erhalten.

Zwischen den Beteiligten ist ein Erstattungsanspruch in Höhe von 18.067,82 € wegen häuslicher Krankenpflege in der Zeit vom 12.09.2013 bis 29.07.2014 streitig. Das **SG** wies die Klage des Trägers der Eingliederungshilfe ab.

d) Erstattungsanspruch eines drittangegangenen Trägers

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 25.06.2015 - L 1/4 KR 437/12

RID 15-04-142

Revision anhängig: B 1 KR 27/15 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IX §§ 6 I, 14; SGB X § 105 II

Der **nicht fristgerecht zweitangegangene Träger** darf den Antrag nicht an den erstangegangenen Träger zurückverweisen, sondern muss im Interesse des Versicherten den - nicht fristgerecht - weitergeleiteten Antrag bearbeiten und den Rehabilitationsbedarf unverzüglich nach § 14 II 3 SGB IX feststellen.

Der Träger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, ist in jedem Fall zur Leistung verpflichtet und nicht berechtigt, den **Antrag seinerseits weiterzuleiten**. Wie sich aus § 14 II 5 SGB IX ergibt, gilt dies selbst dann, wenn der Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, für die beantragte Leistung gar kein Träger nach § 6 I SGB IX ist und daher die Leistung daher selbst gar nicht erbringen kann.

Ein **Erstattungsanspruch** nach § 14 IV 1 SGB IX scheitert nicht daran, dass es eine **doppelte Weiterleitung** (hier: Krankenkasse - DRV Bund - DRV Braunschweig-Hannover) eines Rehabilitationsantrags und damit einen drittangegangenen Träger gar nicht geben dürfte.

Ein Verstoß gegen den **Grundsatz von Treu und Glauben** liegt insb. dann vor, wenn ein sich selbst rechtswidrig verhaltender Träger die Erstattung von Aufwendungen verweigern kann, die überhaupt nur deswegen entstanden sind, gerade weil er sich rechtswidrig verhalten hat.

SG Hannover, Urt. v. 25.06.2012 - S 76 KR 755/10 - wies die Klage des Rentenversicherungsträgers ab, das **LSG** verurteilte die bekl. Krankenkasse, an den Kl. einen Betrag von 652,32 € zu zahlen.

X. Gemeinsamer Bundesausschuss

Keine Verordnungsfähigkeit der Raucherentwöhnung dienender Arzneimittel

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.05.2015 - L 9 KR 309/12 KL

RID 15-04-143

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 31 I 1, 34 I, 91 I 2, VIII 1, 92 I 2 Nr. 6, 94 I, 137f II; SGG § 54 III

Leitsatz: 1. Der **Raucherentwöhnung** dienende **Arzneimittel** sind kraft Gesetzes (§ 34 Abs. 1 S. 8 SGB V) von der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV ausgeschlossen.

2. Auch im Rahmen der **DMP-Richtlinien** (hier: Asthma und COPD) darf der G-BA keine Verordnungsfähigkeit von der Raucherentwöhnung dienenden Arzneimitteln vorsehen.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beanstandete den Beschluss des GBA v. 16.02.2012, mit dem dieser eine Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme für Asthma und COPD vorsah. Das **LSG** wies die Klage ab.

XI. Verfahrensrecht

1. Äußerungsfristen im einstweiligen Anordnungsverfahren

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 27.07.2015 - L 11 KR 66/15 B ER

RID 15-04-144

www.sozialgerichtsbarkeit.de

GG Art. 103 I; SGG § 62; SGB V §§ 132, 132a II

Die Beteiligten müssen **ausreichend Zeit** erhalten, um sich zu einem Tatsachenvortrag zu äußern. Setzt das Gericht eine **Frist**, muss diese ausreichend sein. Der Anspruch auf rechtliches Gehör wird verletzt, wenn die vor Erlass der Entscheidung vom Gericht gesetzte Frist zur Äußerung objektiv nicht ausreicht, um innerhalb der Frist eine sachlich fundierte Äußerung zu erbringen. Welche Zeit angemessen ist, hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Im Regelfall ist den Beteiligten, wie bei einer im Rahmen einer Anhörung nach § 24 SGB X gesetzten Frist, eine Frist von mindestens zwei Wochen ab Zugang der Mitteilung unter Ausschluss der Postlaufzeiten einzuräumen (BSG, Beschl. v. 23.10.2003 - B 4 RA 37/03 B -). Setzt das Gericht keine Frist, muss das Gericht eine angemessene Zeit mit der Entscheidung warten, damit sich der Beteiligte zu neuen Gesichtspunkten äußern kann. Die Wartefrist beläuft sich i.d.R. auf 14 Tage bis zu einem Monat. Ist, wie vielfach im einstweiligen Rechtsschutzverfahren, eine schnelle Entscheidung geboten, werden die Beteiligten sich hierauf nicht verlassen können. Insofern kommt je nach Sachlage auch eine kürzere Wartefrist in Betracht.

Nimmt die Krankenkasse die fristlose Kündigung eines Versorgungsvertrages während eines einstweiligen Anordnungsverfahrens zurück, so muss der Antragsteller nicht damit rechnen, dass zur **Abgabe einer Erledigungserklärung** auf Anfrage des Gerichts nur eine **Bearbeitungszeit** von zwei Tagen verbleibt, bis das Gericht entscheidet. Jegliche Eilbedürftigkeit ist infolge der Kündigungsrücknahme entfallen.

Ein Gericht verstößt gegen Art. 103 I GG i.V.m. § 62 SGG, wenn es die **bereits eingegangene Erledigungserklärung** im Zeitpunkt der Fassung des ER-Beschlusses nicht zur Kenntnis nimmt.

SG Dortmund, Beschl. v. 14.01.2015 i.d.F.d. Berichtigungsbeschl. v. 14.01.2015 - S 48 KR 1472/14 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** verwies den Rechtsstreit an das SG zur erneuten Entscheidung zurück.

2. Keine Missbrauchsgebühr nach günstigem § 109er Gutachten

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.06.2015 - L 11 KR 5141/14

RID 15-04-145

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 192 I 1 Nr. 2

Leitsatz: Die **Rechtsverfolgung** ist **nicht missbräuchlich** i.S.v. § 192 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGG, wenn der Kläger bei einem für ihn günstigen Beweisergebnis eines nach § 109 SGG eingeholten Gutachtens die vom SG vorab mitgeteilte Beweiswürdigung nicht teilt.

Die Kl. begehrt die Kostenerstattung von 21.960,67 € für Implantatversorgungen im Ober- und Unterkiefer. **SG Ulm**, Urt. v. 26.11.2014 - S 8 KR 1032/11 - wies die Klage ab und legte der Kl. Verfahrenskosten i.H.v. 1.000 € auf. Das **LSG** hob das Urteil insoweit auf, soweit darin der Kl. Verfahrenskosten i.H.v. 1.000 € auferlegt werden und wies im Übrigen die Berufung zurück.

3. Entschädigung für das nicht angeordnete Erscheinen bei Gericht

LSG Bayern, Beschluss v. 08.10.2015 - L 15 RF 41/15

RID 15-04-146

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG § 191; JVEG § 4

Leitsatz: 1. Fehlen sowohl eine Anordnung des persönlichen Erscheinens als auch die Gebotenheit des persönlichen Erscheinens, kommt eine **Entschädigung für das Erscheinen bei Gericht** nicht in Betracht.

2. Die **Festlegung des Gerichts** der Hauptsache bezüglich der Frage der Gebotenheit des persönlichen Erscheinens ist für das Kostenverfahren grundsätzlich bindend.

3. Die Festlegung des Gerichts der Hauptsache bezüglich der Frage der Gebotenheit des persönlichen Erscheinens hat keines **gerichtlichen Beschlusses** bedurft. Vielmehr konnte die Ablehnung der Gebotenheit des persönlichen Erscheinens in Form einer **prozessleitenden Verfügung** erfolgen.

Das **LSG** stellte fest, dass der Ast. keine Entschädigung für das Erscheinen bei der mündlichen Verhandlung zusteht.

4. Keine Auslagenvergütung für Beteiligte durch Staatskasse in gerichtskostenpflichtigem Verfahren

LSG Bayern, Beschluss v. 11.08.2015 - L 15 RF 29/15

RID 15-04-147

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG §§ 183, 191, 197a; JVEG §§ 1 I 1 Nr. 3, 4 I

Eine **Auslagenvergütung** für Beteiligte eines sozialgerichtlichen Verfahrens wie bei einem Zeugen (§ 191 SGG i.V.m. § 1 I 1 Nr. 3 JVEG) kommt nur bei gerichtskostenfreien Verfahren i.S.d. § 183 SGG in Betracht. Handelt es sich hingegen um ein **gerichtskostenpflichtiges Verfahren** i.S.d. § 197a SGG, ist eine Entschädigung wegen der in § 197a I 1, 2. Halbs. SGG festgeschriebenen Unanwendbarkeit des § 191 SGG ausgeschlossen. Die Regelungen der VwGO, auf die § 197a I 1, 3. Halbs. SGG verweist, kennen eine Auslagenvergütung oder Entschädigung der Beteiligten durch die Staatskasse nicht. Vielmehr sieht die VwGO im Rahmen der gemäß § 197a I 1, 3. Halbs. SGG entsprechend anwendbaren Regelungen der §§ 154 bis 162 VwGO (nur) eine Kostentragungspflicht des unterliegenden Beteiligten vor. Dies bedeutet, dass ein Beteiligter seine Kosten nur dann und nur vom Prozessgegner (voll oder teilweise) erstattet bekommt, wenn er in der Sache (voll oder teilweise) obsiegt.

Die Frage, ob das Hauptsacheverfahren ein **gerichtskostenpflichtiges Verfahren** gemäß § 197a SGG oder ein gerichtskostenfreies gemäß § 183 SGG ist, ist einer Entscheidung durch das Gericht der Kostensache entzogen. Die diesbezüglich ergangene **Festlegung des Hauptsachegerichts** ist, unabhängig von deren materiellen Richtigkeit, für das Kostengericht bindend.

Der **Hinweis** des Hauptsachesenats auf eine **mögliche Entschädigung** und die Aushändigung eines Formulars des Entschädigungsantrags in der mündlichen Verhandlung begründen keinen Entschädigungsanspruch.

Das **LSG** lehnte den Antrag auf Entschädigung wegen der Wahrnehmung des Termins der mündlichen Verhandlung ab.

XII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Elektronische Gesundheitskarte verletzt nicht Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung

BSG, Urteil v. 18.11.2014 - B 1 KR 35/13 R

RID 15-04-148

BSGE 117, 224 = SozR 4-2500 § 291a Nr. 1 = ZD 2015, 441 = USK 2014-120

Leitsatz: Die gesetzlichen Regelungen der Ausgestaltung und Verwendung der elektronischen **Gesundheitskarte** verletzen nicht das Grundrecht Versicherter auf **informationelle Selbstbestimmung**.

2. Unaufschiebbarkeit einer Leistung nach § 13 III SGB V

BSG, Urteil v. 08.09.2015 - B 1 KR 14/14 R

RID 15-04-149

juris

Soweit der erkennende Senat früher zur **Unaufschiebbarkeit einer Leistung** nach § 13 III SGB V formuliert hat, dass der Kostenerstattungsanspruch mit dem Unvermögen der Krankenkasse zur rechtzeitigen Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung nur begründet werden kann, wenn es dem Versicherten - aus medizinischen oder anderen Gründen - nicht möglich oder nicht zuzumuten war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten (vgl. BSG SozR 3-2500 § 13 Nr. 22 S. 105), **hält der Senat hieran nicht fest**. Diese Sicht ist zu eng und vernachlässigt die Normstruktur des § 13 III 1 SGB V. Die Alternative zur rechtswidrigen Ablehnung des Antrags (§ 13 III 1 Fall 2 SGB V) besteht gerade, um Eilsituationen aufgrund der Unaufschiebbarkeit Rechnung zu tragen, bei denen der Versicherte die Entscheidung seiner Krankenkasse nicht mehr abwarten kann. Unaufschiebbar kann danach auch **eine zunächst nicht eilbedürftige Behandlung** werden, wenn der Versicherte mit der Ausführung so lange wartet, bis die Leistung zwingend erbracht werden muss, um den mit ihr angestrebten Erfolg noch zu erreichen (vgl. BSG SozR 3-2500 § 13 Nr. 22 S. 105) oder um sicherzustellen, dass er **noch innerhalb eines therapeutischen Zeitfensters die benötigte Behandlung erhalten** wird. Dies gilt umso mehr, wenn der Beschaffungsvorgang aus der Natur der Sache heraus eines längeren zeitlichen Vorlaufs bedarf und der Zeitpunkt der Entscheidung der Krankenkasse nicht abzusehen ist. Es betrifft auch die Fälle, in denen der Versicherte zunächst einen Antrag bei der Krankenkasse stellte, aber wegen Unaufschiebbarkeit deren Entscheidung nicht mehr abwarten konnte.

3. Hilfsmittel

a) Schwenkbarer Autositz

BSG, Urteil v. 25.02.2015 - B 3 KR 13/13 R

RID 15-04-150

SozR 4-2500 § 33 Nr. 44 = SuP 2015, 575 = RdLH 2015, 121

Leitsatz: 1. Ein pflegebedürftiger, ständig auf den Rollstuhl angewiesener Versicherter hat keinen Anspruch gegen die Krankenkasse auf Ausstattung mit einem in den Personenkraftwagen einzubauenden **Autoschwenksitz** als Hilfsmittel, um mit Hilfe seiner Pflegeperson mehrmals wöchentlich eine Einrichtung der Tagespflege aufzusuchen.

2. Es besteht insoweit auch kein Anspruch gegen die **Pflegekasse** auf Versorgung mit einem Autoschwenksitz als Pflegehilfsmittel.

3. Der **Vorrang des Sachleistungsanspruchs** auf Durchführung der Fahrten zwischen Wohnung und Pflegeeinrichtung bei teilstationärer Pflege gilt auch dann, wenn ein Pflegebedürftiger den Fahrdienst nicht nutzen will und ggf. ein Eigenanteil zu den Kosten zu zahlen ist.

b) Keine Perücke für Mann

BSG, Urteil v. 22.04.2015 - B 3 KR 3/14 R

RID 15-04-151

SozR 4-2500 § 33 Nr. 45 = NZS 2015, 662

Leitsatz: 1. Ein von vollständigem Haarverlust (alopecia areata universalis) betroffener **Mann** kann von der Krankenkasse die **Versorgung mit einer Perücke** nur dann beanspruchen, wenn sein Aussehen objektiv als entstellend wirkend empfunden werden kann (Ergänzung zu BSG vom 23.7.2002 - B 3 KR 66/01 R = SozR 3-2500 § 33 Nr 45).

2. Dass die Kahlköpfigkeit bei Frauen einen Anspruch auf Versorgung mit einer Perücke regelmäßig auslöst, während dies bei Männern nur ausnahmsweise - und dann in jüngeren Jahren - der Fall sein kann, verstößt nicht gegen das **Verbot geschlechtsspezifischer Ungleichbehandlung**.

4. Häusliche Krankenpflege in vollstationärer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

BSG, Urteil v. 22.04.2015 - B 3 KR 16/14 R

RID 15-04-152

NZS 2015, 617 = RdLH 2015, 117

Einfachste Maßnahmen der **Krankenpflege** wie Blutzuckermessungen können 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.

5. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Kosten für allein erreichbares Thrombozyten-Apheresekonzentrat

BSG, Urteil v. 10.03.2015 - B 1 KR 2/15 R

RID 15-04-153

BSGE = SozR 4-2500 § 39 Nr. 23 = ZMGR 2015, 211 = KHE 2015/21 = KRS 2015, 77

Leitsatz: 1. Das **Krankenhaus** trägt das **Risiko**, sich kostengünstig die **Mittel** für erforderliche und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung zu verschaffen.

2. Ob einem Versicherten **Krankenhausbehandlung** zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen (Aufgabe von BSG vom 10.4.2008 - B 3 KR 19/05 R = BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 12).

b) Einwand unzulässiger Rechtsausübung nicht allein aufgrund Zeitablaufs

BSG, Urteil v. 21.04.2015 - B 1 KR 7/15 R

RID 15-04-154

SozR 4-7610 § 242 Nr. 8 = NZS 2015, 580 = KHE 2015/35

Leitsatz: Ein Krankenhaus kann gegenüber einem Anspruch der Krankenkasse auf Erstattung ohne Rechtsgrund geleisteter Krankenhausvergütung den **Einwand unzulässiger Rechtsausübung** nicht allein auf den **Zeitablauf** stützen (Aufgabe von BSG vom 18.7.2013 - B 3 KR 22/12 R = SozR 4-2500 § 276 Nr 2; BSG vom 19.9.2013 - B 3 KR 31/12 R = SozR 4-2500 § 275 Nr 11).

c) Behandlungsnotwendigkeit über Grenzverweildauer hinaus und Verlegung

BSG, Urteil v. 21.04.2015 - B 1 KR 6/15 R

RID 15-04-155

BSGE = SozR 4-2500 § 109 Nr. 43 = NZS 2015, 615 = KHE 2015/34

Leitsatz: 1. Die Krankenkasse muss eine **notwendige Krankenhausbehandlung** ihres Versicherten während erforderlicher **Verlegungsbemühungen** zu weiterführender Diagnostik vergüten, nicht aber Unwirtschaftliches (Aufgabe von BSG vom 28.11.2013 - B 3 KR 33/12 R = SozR 4-5562 § 9 Nr. 5).

2. Kümmert sich ein Krankenhaus unzureichend um die Verlegung eines bei ihm aufgenommenen Versicherten, ist eine **unwirtschaftliche Verlängerung seiner Krankenhausverweildauer** zu vermuten.

d) Keine abweichende Vereinbarung der Verjährungsfrist

BSG, Urteil v. 21.04.2015 - B 1 KR 11/15 R

RID 15-04-156

SozR 4-2500 § 69 Nr. 10 = KHE 2015/28

Leitsatz: 1. Vergütungsansprüche der Krankenhäuser für die Behandlung Versicherter unterliegen der **vierjährigen** sozialrechtlichen **Verjährung**.

2. Das Wirtschaftlichkeitsgebot verbietet, **Überprüfungsmöglichkeiten** der Krankenkassen gegenüber Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser über die allgemeinen gesetzlichen Rahmenvorgaben hinaus **zeitlich einzuschränken**.

e) Festlegung der Hauptdiagnose

BSG, Urteil v. 21.04.2015 - B 1 KR 9/15 R

RID 15-04-157

BSGE = SozR 4-2500 § 109 Nr. 45 = KHE 2015/37 = KRS 2015, 135

Leitsatz: 1. Krankenhäuser haben für die Abrechnung vollstationärer Behandlung die Diagnose als **Hauptdiagnose** zu verschlüsseln, die aus der Rückschau am Ende der Krankenhausbehandlung objektiv die **Aufnahme des Patienten ins Krankenhaus erforderlich** machte.

2. Hat ein Krankenhaus einer Krankenkasse **überzahlte Vergütung** für die Behandlung eines Versicherten zu erstatten, kann es sich nicht aufgrund der Folgen für das Erlösbudget auf **Entreicherung** berufen.

f) Aufwandspauschale: Rechnungsminderung als Voraussetzung für Aufwandspauschale

BSG, Urteil v. 23.06.2015 - B 1 KR 24/14 R

RID 15-04-158

NZS 2015, 745 = KHE 2015/40

Der Anspruch auf die Aufwandspauschale von 100 € setzt voraus, dass es nach dem Prozessergebnis zu keiner **Rechnungsminderung** gekommen ist.

g) Fehlgeschlagene Schlichtung als zwingende Klagevoraussetzung

BSG, Urteil v. 23.06.2015 - B 1 KR 26/14 R

RID 15-04-159

BSGE = SozR 4-5560 § 17c Nr. 3 = GesR 2015, 482 = KrV 2015, 169 = KRS 2015, 114 = NZS 2015, 704 = KHE 2015/41

Leitsatz: 1. **Leistungsklagen auf Krankenhausvergütung** bis zu 2000 Euro nach Auffälligkeitsprüfung setzen grundsätzlich ab 1.9.2014, bei Vertrauensschutz jedenfalls ab 1.9.2015, einen **Schlichtungsfehlschlag** voraus, auch wenn der **Schlichtungsausschuss** seine Errichtung und Funktionsfähigkeit nicht förmlich angezeigt hat (Aufgabe von BSG vom 8.10.2014 - B 3 KR 7/14 R - BSGE 117, 65 = SozR 4-5560 § 17c Nr. 2).

2. Eine **fehlgeschlagene Schlichtung** ist Voraussetzung aller zeitlich betroffener Leistungsklagen auf Krankenhausvergütung bis zu 2000 Euro nach tatsächlich erfolgter Auffälligkeitsprüfung im Rechtssinne unabhängig davon, ob der Streit eine Vergütungsforderung **unmittelbar oder nur mittelbar wegen Aufrechnung** mit einer strittigen Erstattungsforderung betrifft.

6. Beziehungen zu Leistungserbringern

a) Einbehalt des Apothekenabschlags: Spätere Ausgleichszahlungen

BSG, Urteil v. 08.07.2015 - B 3 KR 17/14 R

RID 15-04-160

SozR 4-2500 § 130 Nr. 3

Leitsatz: Die zum **Einbehalt des Apothekenabschlags** berechtigende Zahlung der Apothekervergütung innerhalb einer Frist von zehn Tagen ab Eingang der Rechnung bei der Krankenkasse gilt nur für die monatlichen Abrechnungen der Apotheker über die Arzneimittelabgaben an Versicherte im Vormonat, nicht aber für **spätere Ausgleichszahlungen** der Krankenkassen wegen nachträglich reduzierter Abschlagsbeträge.

b) Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis: Bestandteil einer Behandlungsmethode

BSG, Urteil v. 08.07.2015 - B 3 KR 6/14 R

RID 15-04-161

BSGE = SozR 4-2500 § 139 Nr. 7

Leitsatz: 1. Vor der **Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis** der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf es einer positiven Bewertung der zugrundeliegenden Behandlungsmethode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), wenn das Hilfsmittel als **Bestandteil einer Behandlungsmethode** eingesetzt wird, die ohne positive Empfehlung des GBA in der vertragsärztlichen Versorgung nicht erbracht werden darf, und zwar auch dann, wenn der Versicherte das ärztlich verordnete Hilfsmittel ausschließlich selbst anwenden soll (Bestätigung und

Weiterentwicklung von BSG vom 12.08.2009 - B 3 KR 10/07 R = BSGE 104, 95 = SozR 4-2500 § 139 Nr. 4 = SozR 4-2500 § 135 Nr. 14).

2. Eine Behandlungsmethode ist im Vergleich zu einer herkömmlichen Therapie „neu“, wenn sie hinsichtlich des medizinischen Nutzens, möglicher Risiken und in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit wesentliche, bisher nicht geprüfte Änderungen aufweist.

3. Der GKV-Spitzenverband Bund hat im Rahmen eines Verfahrens zur Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis grundsätzlich ein **Methodenbewertungsverfahren beim GBA einzuleiten**, wenn Unterlagen vorliegen, die eine nähere Befassung mit der zugrundeliegenden Behandlungsmethode erforderlich machen (Weiterentwicklung von BSG vom 12.08.2009 - B 3 KR 10/07 R = BSGE 104, 95 = SozR 4-2500 § 139 Nr 4 = SozR 4-2500 § 135 Nr 14).

c) Kein Auskunftsanspruch einer Orthopädietechniker-Innung über Verträge

BSG, Urteil v. 22.04.2015 - B 3 KR 2/14 R

RID 15-04-162

SozR 4-2500 § 127 Nr. 5

Leitsatz: 1. Das einzelnen **Leistungserbringern von Hilfsmitteln** gegen eine Krankenkasse zustehende **Informationsrecht** über die Inhalte abgeschlossener **Versorgungsverträge** ist Annex ihres Beitrittsrechts und steht den insoweit nicht beitragsberechtigten Zusammenschlüssen der Leistungserbringer von Hilfsmitteln nicht zu.

2. Es ist nicht Aufgabe einer **Innung**, den Wettbewerb der Mitgliedsbetriebe zu gestalten oder zu lenken.

7. Erstattung: Häusliche Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe

BSG, Urteil v. 25.02.2015 - B 3 KR 11/14 R

RID 15-04-163

BSGE = SozR 4-2500 § 37 Nr. 13

Leitsatz: 1. Eine **Einrichtung der Eingliederungshilfe** kann ein „geeigneter Ort“ zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege durch die Krankenkasse sein, wenn die Einrichtung die Leistung nicht selbst schuldet.

2. **Einfachste Maßnahmen der Krankenpflege**, die für Versicherte in einem Haushalt praktisch von jedem erwachsenen Haushaltsangehörigen erbracht werden können (hier: Medikamentengabe und Blutdruckmessung), gehören in der Regel als gesetzlicher Bestandteil der Eingliederungshilfe zu den Maßnahmen, die von der stationären Einrichtung als Hilfe zur Führung eines gesunden Lebens zu erbringen sind.

3. **Weitergehende medizinische Behandlungspflege** schuldet die Einrichtung nur, wenn sich dies aus ihren Verträgen, ihrer Leistungsbeschreibung, ihrem Aufgabenprofil unter Berücksichtigung der Bewohnerzielgruppe und ihrer sächlichen und personellen Ausstattung ergibt.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 25.02.2015 - B 3 KR 10/14 R

RID 15-04-164

PfIR 2015, 471-480 = Sozialrecht aktuell 2015, 152 = KrV 2015, 160

8. Leistungen des Bildungs- und Teilhabepaketes im Jahr 2012

BSG, Urteil v. 10.03.2015 - B 1 AS 1/14 KL

RID 15-04-165

BSGE = SozR 4-4200 § 46 Nr. 4 = DV-RD 2015, 90

Leitsatz: 1. Die **Pauschalzahlungen des Bundes für das Bildungs- und Teilhabepaket** im Jahre 2012 an die Bundesländer unterliegen keinen nachträglichen Korrekturen wegen des Umfangs tatsächlich hierfür getätigter Aufwendungen.

2. Die gesetzliche Regelung der Pauschalzahlungen des Bundes für das Bildungs- und Teilhabepaket ist **nicht verfassungswidrig**.

9. Verstoß gegen den Amtsermittlungsgrundsatz: Beweisantrag

BSG, Beschluss v. 23.06.2015 - B 1 KR 17/15 B

RID 15-04-166

juris

Auf die Nichtzulassungsbeschwerde des Kl. wird *LSG Bayern*, Urt. v. 28.01.2015 - L 5 KR 214/14 aufgehoben.

Es liegt ein Verstoß gegen den Amtsermittlungsgrundsatz (§ 103 SGG) vor, wenn das Gericht dem vom nicht anwaltlich vertretenen Kläger (hilfsweise) gestellten „**Beweisantrag**“, ein Gutachten nach Aktenlage einzuholen, ohne hinreichende Begründung nicht folgt (§ 160 II Nr. 3 Halbs. 2 SGG). Bei einem nicht rechtskundig vertretenen Beteiligten sind geringere Anforderungen zu stellen. Hier genügt es, dass dem Vorbringen Anhaltspunkte dafür zu entnehmen sind, dass der Beteiligte überhaupt in einer bestimmten Richtung noch eine Aufklärung für erforderlich gehalten hat (vgl. BSG, Beschl. v. 26.02.1992 - 7 BA R 100/91 - juris Rn. 7).

XIII. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)

Voraussetzungen einer Verfassungsbeschwerde/Regelungsbefugnisse des GBA

BVerfG, Beschluss v. 10.11.2015 - 1 BvR 2056/12

RID 15-04-167

www.bundesverfassungsgericht.de

Die Verfassungsbeschwerde gegen *BSG*, Urt. v. 03.07.2012 - B 1 KR 23/11 R - BSGE 111, 155 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 21 = ZMGR 2012, 381 = NZS 2013, 62 = USK 2012-37 = Breith 2013, 293 wird als unzulässig verworfen.

Es ist verfassungsrechtlich nicht geboten, den **grundgesetzlichen Leistungsanspruch** nach BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 auf schwerwiegende Krankheiten zu **erweitern**, die wertungsmäßig mit lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankungen vergleichbar sind. Es blieb dem Gesetzgeber zwar unbenommen, die vom BSG vorgenommene Anspruchserweiterung in § 2 Ia SGB V nachzuzeichnen. Diese Änderung des einfachen Gesetzesrechts vermag jedoch den hier im Verfahren der Verfassungsbeschwerde allein maßgeblichen **verfassungsunmittelbaren Anspruch** für sich genommen nicht zu erweitern. Der unmittelbar verfassungsrechtliche Leistungsanspruch ist auf extreme Situationen einer krankheitsbedingten Lebensgefahr beschränkt. Entscheidend ist es, dass eine Krankheit lebensbedrohlich ist, das heißt in überschaubarer Zeit das Leben beenden kann, und dies eine **notstandsähnliche Situation** herbeiführt, in der Versicherte nach allen verfügbaren medizinischen Hilfen greifen müssen.

Die Schutzwirkungen des Art. 2 I GG i.V.m.d. Sozialstaatsprinzip und des Art. 2 II 1 GG gehen über den im Beschl. v. 06.12.2005 anerkannten, besonderen Extremfall der lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Krankheit hinaus und vermitteln einen **weitergehenden subjektivrechtlichen Grundrechtsschutz**. Zwar ergibt sich daraus grundsätzlich kein verfassungsrechtlicher Anspruch auf bestimmte Leistungen zur Krankenbehandlung. Gesetzliche oder auf Gesetz beruhende Leistungsausschlüsse und Leistungsbegrenzungen sind aber daraufhin zu prüfen, ob sie im Rahmen von Art. 2 I GG gerechtfertigt sind. Den Versicherten steht insoweit ein Anspruch auf eine verfassungsmäßige Ausgestaltung und auf eine grundrechtsorientierte Auslegung des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung zu (vgl. BVerfGE 115, 25 <45>). **Gesetzlicher Ausgestaltung bedürfen insbesondere auch die grundsätzlich zulässigen (vgl. BVerfGE 115, 25 <45>) Verfahren zur Bewertung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens sowie der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.** Würde eine zur Behandlung einer Krankheit benötigte Leistung in einem Entscheidungsprozess verweigert, der verfassungsrechtlichen Anforderungen nicht genügt, wären Versicherte in ihren Grundrechten verletzt. Auf einen derartigen Anspruch auf Gewährleistung verfassungsmäßiger Ausgestaltung des Verfahrens der Leistungsgewährung könnte sich ein Bf. prozessrechtlich nach § 90 I 1 BVerfGG jedoch nur dann berufen, **wenn er darlegte, die begehrte Behandlungsmethode biete eine zumindest auf Indizien gestützte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf** (hier verneint).

Zudem bedürfte eine Verfassungsbeschwerde, die im Ergebnis auf Aufnahme eines Medizinprodukts in eine Richtlinie des GBA nach § 92 I 2 Nr. 6 SGB V zielt und das dem zugrunde liegende Verfahren

aufgreift, **einer Befassung mit der konkreten Befugnisnorm, auf der die streitige Richtlinie des GBA fußt.** Vorliegend fehlt jedoch die Darlegung, aus welchen Gründen gerade § 31 I 2 SGB V, der es dem GBA gestattet, ausnahmsweise Medizinprodukte in die Reihe der verordnungsfähigen Versorgung aufzunehmen, mit verfassungsrechtlichen Vorgaben, etwa zur demokratischen Legitimation (vgl. BVerfGE 115, 25 <47>), unvereinbar sein könnte. Mit **dem Vorbringen - durchaus gewichtiger - genereller und allgemeiner Zweifel an der demokratischen Legitimation des GBA als Institution kann das nicht gelingen.** Vielmehr bedarf es konkreter Ausführungen nicht nur zum Einzelfall, sondern auch zur Ausgestaltung der in Rede stehenden Befugnis, zum Gehalt der Richtlinie und zur Reichweite der Regelung auf an ihrer Entstehung Beteiligte oder auch unbeteiligte Dritte. Denn es ist nicht ausgeschlossen, dass der GBA für eine Richtlinie hinreichende Legitimation besitzt, **wenn sie zum Beispiel nur an der Regelsetzung Beteiligte mit geringer Intensität trifft, während sie für eine andere seiner Normen fehlen kann, wenn sie z.B. mit hoher Intensität Angelegenheiten Dritter regelt, die an deren Entstehung nicht mitwirken konnten.** Maßgeblich ist hierfür insb., inwieweit der Ausschuss für seine zu treffenden Entscheidungen **gesetzlich angeleitet** ist.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Rücknahme/Widerruf/Ruhen der Approbation/Berufserlaubnis

a) Zweifel an der gesundheitlichen Eignung eines Psychologischen Psychotherapeuten

VG München, Urteil v. 04.08.2015 - M 16 K 14.2627

RID 15-04-168

juris

PsychThG § 3 III 1 Nr. 2

Zweifel an der gesundheitlichen Eignung eines Psychologischen Psychotherapeuten i.S.v. § 3 III 1 Nr. 2 PsychThG bestehen dann, wenn glaubhafte, schlüssige Hinweise darauf vorliegen, dass dieser z.B. unter einer **psychischen Störung** leidet (vgl. VGH Baden-Württemberg, Beschl. v. 15.12.2014 - 9 S 2073/14 - RID 15-01-163, juris Rn. 22). Die Anforderungen an den Stärkegrad des Zweifels dürfen hierbei **nicht überspannt** werden. Insb. bedarf es nicht „ernstlicher“ oder „begründeter“ Zweifel oder eines „dringenden Verdachts“. Dies entspricht auch der Zielrichtung des § 3 III 1 Nr. 2 PsychThG, der jeweiligen Aufsichtsbehörde ein rasches Eingreifen zur präventiven Abwehr konkreter Gefahren für Patienten zu ermöglichen. Eine insoweit weite Auslegung dieser Vorschrift ist zudem sachgerecht, weil zu dem Tatbestandsmerkmal der bestehenden Zweifel die Weigerung des betroffenen Psychotherapeuten treten muss, diese Zweifel auszuräumen. Andererseits wäre die Annahme von Zweifeln nicht gerechtfertigt bei willkürlichen, aus der Luft gegriffenen Verdächtigungen ohne Anlass oder bei einer anonymen, nicht näher substantiierten Anzeige oder fadenscheinigen, in sich nicht schlüssigen Hinweisen auf eine psychische Störung des Betroffenen. Die **Anordnung** des Ruhens der Approbation ist gemäß § 3 III 2 PsychThG dann **aufzuheben**, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Für die Rechtmäßigkeit der Ruhensanordnung ist allein entscheidend, dass nachvollziehbare Hinweise auf eine fehlende gesundheitliche Eignung vorliegen; es kommt dagegen nicht darauf an, wie eine später aufgrund einer fachärztlichen Untersuchung diagnostizierte Erkrankung klassifiziert wird.

Die **Approbationsbehörde** ordnete das **Ruhen der Approbation** der Kl. als **Psychologische Psychotherapeutin** an, weil Zweifel an der **gesundheitlichen Eignung** zur Ausübung des Psychotherapeutenberufs bestehen würden, die sich u.a. aus ihrem Manuskript „Die moderne Teufelsneurose oder der destruktive Aspekt und seine Folgen“ ergäben. Es gebe **Anzeichen für wahnhaftes Erleben und Körpermissempfindungen**. Gesundheitliche Einschränkungen würden von ihr als Folge eines „Tötungsversuchs“ ihres Hausarztes fehl gedeutet. Hinweise auf eine inadäquate Patientenbehandlung würden sich aus der Bezeichnung psychisch kranker Menschen als „Besessene“ ergeben. Diese Bezeichnung widerspreche allen aktuellen psychologischen und neurobiologischen Erkenntnissen. Darüber hinaus sei eine „Teufelsneurose“ keine in der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) erfasste und definierte Erkrankung. Damit sei sie auch nicht Ziel einer leitliniengerechten Behandlung. Auch gebe es bei der Kl. Hinweise auf Größenideen. Sie habe der PTH Bayern mitgeteilt, dass sie überzeugt sei, dass ihre Vorgehensweise und Theorie die Therapie der Zukunft sein würden. Schließlich habe die Kl. selbst Symptome und Auffälligkeiten beschrieben. Die Kl. habe trotz mehrmaliger Aufforderung bislang **keinen Termin mit dem Sachverständigen** für eine Begutachtung vereinbart. Während des Gerichtsverfahrens wurde ein psychiatrisches Gutachten erstellt. Das VG wies die Klage ab.

b) Fehlende gesundheitliche Eignung eines Zahnarztes (Epilepsie)

VG Köln, Beschluss v. 14.07.2015 - 7 L 1343/15

RID 15-04-169

juris

ZHG §§ 2 I 1 Nr. 3, 4 II Nr. 2, 16 II

Ein seit mindestens zehn Jahren unter einer in weiten Teilen nicht behandelten **Epilepsie** mit fokalen und komplex fokalen Anfällen bei großer Läsion des linken Lobus temporalis unklarer Genese leidender Zahnarzt, bei dem rezidivierend zerebrale Anfälle mit Lähmungserscheinungen des rechten Arms, Störungen von Bewegungsabläufen und Sprachstörungen auftreten können und der jede

Einsicht in seine Erkrankung und damit einhergehende Gefahren bei der Behandlung von Patienten vermissen lässt, ist nicht zur Ausübung des Berufs als **Zahnarzt** geeignet.

c) Wiedererlangung der Würdigkeit erst nach fünf Jahren

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 23.09.2015 - 8 LA 126/15

RID 15-04-170

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

Zur Wiedererlangung der Würdigkeit nach strafrechtlich geahndeten gravierenden Verfehlungen außerhalb des beruflichen Wirkungskreises als Arzt (hier: Erwirkung zweier Bankdarlehen in Höhe von jeweils 200.000 €, Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und zehn Monaten) ist ein **Reifeprozess** von regelmäßig mindestens **fünf Jahren** zu absolvieren. Die Wiedergutmachung der entstandenen Schäden und die seitdem offenbar beanstandungsfreie Ausübung der ärztlichen Tätigkeit vermögen eine vorherige Wiedererlangung der Würdigkeit nicht zu begründen, zumal wenn der Arzt unter dem Druck der gegen ihn geführten straf- und approbationsrechtlichen Verfahren gestanden hat.

d) Reifeprozess von zehn Jahren bei schwerer beruflicher Verfehlung

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 15.09.2015 - 8 LA 109/15

RID 15-04-171

^{juris}
BÄO §§ 5 II 1, 8

Bei **schweren Straftaten** mit unmittelbarem Bezug zum Arzt-Patienten-Verhältnis ist ein **Reifeprozess** von mindestens acht Jahren zu absolvieren. Um eine Kompensation der durch das Fehlverhalten zu Tage getretenen charakterlichen Mängel annehmen zu können, kann diese Mindestdauer mit Blick auf den leichtfertig verursachten Tod eines Patienten nicht genügen und ist unter Berücksichtigung der konkreten Umstände des Einzelfalls angemessen auf **zehn Jahre** zu erhöhen.

Hat der Arzt **siebeneinhalb Jahre** unter dem Druck der gegen ihn geführten straf- und approbationsrechtlichen Verfahren gestanden, so sind von diesem Zeitraum **nur fünf Jahre anzurechnen**.

Das Landgericht verurteilte den Kl. im November 2012 wegen unerlaubter Abgabe von Betäubungsmitteln in 263 Fällen und unerlaubter Abgabe von Betäubungsmitteln unter leichtfertiger Verursachung des Todes eines anderen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und neun Monaten, ausgesetzt zur Bewährung von drei Jahren, und erlegte ihm auf, einen Geldbetrag in Höhe von 80.000 € an gemeinnützige Einrichtungen zu zahlen. Das Landgericht stellte fest, dass der Kl. dadurch gegen die gesetzlichen Vorgaben der Substitutionsbehandlung verstieß, dass er in allen abgeurteilten Fällen ohne hinreichende ärztliche Untersuchung und Kontrolle seinen Patienten Methadon als sog. Take-Home-Dosis zur freien Verfügung aushändigte. Die tatsächlichen 1.086 Einzelfälle sind dabei zu 263 Taten im rechtlichen Sinn zusammengefasst worden, weil die an einen Patienten erfolgten Abgaben aus einer für den jeweils einzelnen Patienten rezeptierten Flasche mit fertiger Methadonlösung entnommen worden sind und insoweit eine Bewertungseinheit bildeten. In einem weiteren Fall verletzte der Kl. grob leichtfertig die ihm als Substitutionsarzt obliegenden Pflichten bei der Abgabe eines Betäubungsmittels und verursachte so den Tod des Patienten. Er gab dem ihm bei der Einnahme von Betäubungsmitteln als unzuverlässig bekannten Patienten G. im November 2005 8 ml Methadon zum Sofortkonsum und weitere 16 ml zum Mitnehmen. Der Patient nahm daraufhin mehr als die Tagesdosis von 8 ml ein und verstarb an einer Methadon-Intoxikation. Das VG wies die Klage gegen den Widerruf der Approbation ab.

e) Wiedererteilung der Approbation

aa) Änderung der persönlichen Haltung

VG München, Beschluss v. 14.09.2015 - M 16 E 15.3563

RID 15-04-172

^{juris}
VwGO § 123; BÄO § 3 I 1 Nr. 2

Ein **Rechtsgutachten** stellt kein **neues Beweismittel** i.S.v. Art. 51 I Nr. 2 BayVwVfG dar.

Eine **geänderte Einschätzung zur Frage der Würdigkeit** kann nicht alleine darauf gestützt werden, dass zum maßgeblichen Entscheidungszeitpunkt die Abrechnungspraxis, welche zu einer strafgerichtlichen Verurteilung geführt hat, nicht mehr durchgeführt wird. Vielmehr wird auch von Bedeutung sein, inwieweit eine **Änderung der dem Verhalten zugrunde liegenden persönlichen Haltung** festgestellt werden kann.

Der Umstand, dass der Antragsteller die strafgerichtliche Verurteilung nach wie vor als **Fehlurteil ansieht**, spricht gegen einen grundlegenden Einstellungswandel.

AG München verurteilte den Kl. im Dezember 2009 wegen Betrugs in 6.643 tatmehrheitlichen Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren sowie zu einer Gesamtgeldstrafe in Höhe von 500 Tagessätzen zu je 100 €. Die Vollstreckung der Freiheitsstrafe wurde zur Bewährung ausgesetzt unter den Auflagen der Schadenswiedergutmachung und der Zahlung eines Betrags von 100.000 € an eine gemeinnützige Einrichtung. Der Verurteilung lag zugrunde, dass der Kl. von 2000 bis 2003 gegenüber zahlreichen privat versicherten Personen osteopathische Leistungen in Rechnung gestellt hat, die er tatsächlich nicht erbracht hatte. Nach dem Strafurteil entstand dadurch ein Schaden in Höhe von 150.255,85 €. Die Regierung von Oberbayern widerrief im Juni 2010 die Approbation. **VG München**, Urt. v. 16.11.2010 - M 16 K 10.3784 - wies die Klage ab, **VGH Bayern**, Urt. v. 18.10.2011 - 21 BV 11.55 - RID 12-02-216 die Berufung zurück. Das **BVerwG**, Beschl. v. 13.02.2014 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück. **BVerfG**, Beschl. v. März 2014 nahm die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an. Im Januar 2015 wurde die gegen den Ast. verhängte Freiheitsstrafe gemäß § 56g StGB erlassen, da sich der Verurteilte bewährt habe und die Bewährungszeit abgelaufen sei. Im April 2015 beantragte der Ast. erfolglos die Wiedererteilung der Approbation als Arzt. Das **VG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

bb) Einstweilige Anordnung: Anordnungsgrund und befristete Erlaubnis

VGH Bayern, Beschluss v. 16.09.2015 - 21 CE 15.1414

RID 15-04-173

juris

BÄO §§ 3 I, 8 I, II; VwGO §§ 123, 146, 147; GG Art. 12 I

Einem Arzt kann mit Blick auf Art. 12 I GG und das Verhältnismäßigkeitsgebot die **Approbation** nicht länger verweigert werden, als es die den **Widerruf tragenden Gründe** erfordern; hat er die Würdigkeit oder Zuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs zweifelsfrei wiedererlangt und liegt auch sonst kein Versagungsgrund vor, hat er einen Anspruch auf erneute Erteilung der Approbation und die Erteilung lediglich einer Berufserlaubnis nach § 8 I, II BÄO kommt dann nicht in Betracht (vgl. **BVerwG**, Beschl. v. 15.11.2012 - 3 B 36/12 - juris).

Für das Vorliegen eines **Anordnungsgrunds** ist zu berücksichtigen, dass eine **befristete Erlaubnis** zur Ausübung des ärztlichen Berufs gemäß § 8 BÄO erteilt wurde, die nicht auf bestimmte Tätigkeiten und Beschäftigungsstellen beschränkt wurde. Berufliche Nachteile können nur für eine Tätigkeit als Vertragsarzt zutreffen, da Voraussetzung für die Zulassung der Besitz einer bestandssicheren Approbation ist.

Das Amtsgericht München verurteilte den Kl. im Dezember 2009 wegen Betrugs in 6.643 tatmehrheitlichen Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren sowie zu einer Gesamtgeldstrafe in Höhe von 500 Tagessätzen zu je 100 €. Die Vollstreckung der Freiheitsstrafe wurde zur Bewährung ausgesetzt unter den Auflagen der Schadenswiedergutmachung und der Zahlung eines Betrags von 100.000 € an eine gemeinnützige Einrichtung. Der Verurteilung lag zugrunde, dass der Kl. von 2000 bis 2003 gegenüber zahlreichen privat versicherten Personen osteopathische Leistungen in Rechnung gestellt hat, die er tatsächlich nicht erbracht hatte. Nach dem Strafurteil entstand dadurch ein Schaden in Höhe von 150.255,85 €. Die Regierung von Oberbayern widerrief im Juni 2010 die Approbation. **VG München**, Urt. v. 16.11.2010 - M 16 K 10.3784 - wies die Klage ab, **VGH Bayern**, Urt. v. 18.10.2011 - 21 BV 11.55 - RID 12-02-216 die Berufung zurück. Das **BVerwG**, Beschl. v. 13.02.2014 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück. **BVerfG**, Beschl. v. März 2014 nahm die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an. Im Januar 2015 wurde die gegen den Ast. verhängte Freiheitsstrafe gemäß § 56g StGB erlassen, da sich der Verurteilte bewährt habe und die Bewährungszeit abgelaufen sei. Im April 2015 beantragte der Ast. erfolglos die Wiedererteilung der Approbation als Arzt. **VG Augsburg**, Beschl. v. 18.06.2015 - Au 2 E 14.1733 - RID 15-04-172 (s. vorstehend) lehnte den Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Der **VGH** wies die Beschwerde zurück.

f) Bewährungserlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs nach § 8 BÄO

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 29.07.2015 - 8 ME 33/15

RID 15-04-174

^{juris}
BÄO §§ 3, 8; VwGO § 123

Leitsatz: 1. Die Erteilung einer **Erlaubnis nach § 8 BÄO** setzt zum einen die Feststellung voraus, dass die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3 BÄO noch nicht erfüllt sind. Zum anderen muss es hinreichend wahrscheinlich sein, dass die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 BÄO jedenfalls nach Ablauf der Zweijahresfrist des § 8 Abs. 1 a.E. BÄO erfüllt sein werden.

2. Wurde die Approbation als Arzt wegen **Unwürdigkeit** nach § 5 Abs. 2 Satz 1 BÄO in Verbindung mit § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Alt. 1 BÄO widerrufen, setzt die **Wiedererlangung der Würdigkeit** voraus, dass der Arzt das erforderliche Ansehen und Vertrauen zurückerlangt hat, mithin wenn nach einer Gesamtwürdigung aller Umstände nicht mehr zu besorgen ist, dass dessen selbstständige Berufstätigkeit das Vertrauen der Öffentlichkeit in den Berufsstand nachhaltig erschüttern könnte.

3. In die **Gesamtwürdigung** ist zum einen die Dauer des Reifeprozesses einzustellen, die regelmäßig mindestens **fünf Jahre** bei gravierenden Verfehlungen außerhalb des beruflichen Wirkungskreises und regelmäßig mindestens **acht Jahren bei gravierenden Verfehlungen im beruflichen Wirkungskreis** betragen muss. Die Dauer des Reifeprozesses ist zu gewichten. Zeiten der inneren Reifung, die unter dem Druck eines schwebenden behördlichen Verfahrens absolviert worden sind, kommt regelmäßig kein besonderer Wert, sondern ein geringeres Gewicht zu. Darüber hinaus sind bei der Gesamtwürdigung insbesondere auch zu berücksichtigen die Art, Schwere und Zahl der Verfehlungen, die zur Annahme der Unwürdigkeit geführt haben, und das Verhalten des Betroffenen nach der Aufgabe oder Aufdeckung der Verfehlungen, etwa seine Mitwirkung an der Aufklärung der gegen ihn erhobenen Vorwürfe, seine Einsicht in das verwirklichte Unrecht und seine Bemühungen um eine Wiedergutmachung entstandener Schäden sowie das Ausbleiben erneuter, mit Blick auf die Würdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs relevanter Verfehlungen.

4. Maßgeblich für die erforderlichen Feststellungen ist die Sach- und Rechtslage im **Zeitpunkt** der gerichtlichen Entscheidung.

2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen

a) Weiterbildungsbefugnis: Verpflichtung zu einer oberärztlichen Fachvertretung

VG München, Beschluss v. 14.09.2015 - M 16 K 14.4715

RID 15-04-175

^{juris}
VwGO § 161 II

Für die Erteilung der **Weiterbildungsbefugnis** ist – unter Berücksichtigung der Anforderungen an den Inhalt, den Ablauf und das Ziel der Weiterbildung – u.a. die **Leistungsstatistik** (Art und Anzahl der ärztlichen Leistungen) maßgeblich.

Eine als **Nebenbestimmung** enthaltene **Verpflichtung zu einer oberärztlichen Fachvertretung** ist rechtmäßig, da diese gewährleistet, dass der Vertreter des Weiterbildungsbefugten ebenfalls in verantwortlicher Stellung tätig ist.

Das Nachgeben eines Beteiligten kann nur dann eine negative **Kostenfolge** auslösen, wenn dieses auf einer geänderten Rechtsauffassung beruht.

b) Kostenbescheid über Auslagen für ein Gleichwertigkeitsgutachten

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 19.10.2015 - 13 B 888/15

RID 15-04-176

^{juris}
GebG NRW §§ 1, 10, 13

Die Entscheidung über die Erteilung einer Approbation ist **gebührenpflichtig**. **Aufwendungen**, die der Behörde entstehen, weil es für die Beurteilung der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes (vgl.

§ 3 BÄO, § 2 ZHG) der Einholung einer Stellungnahme einer sachverständigen Person bedarf, sind in der Gebühr nicht enthalten.

Bei der **Prüfung der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes** handele es sich nicht nur um einen rein formalen Vergleich der Studieninhalte.

3. Berufspflichten

a) Pflicht zur ordnungsgemäßen Wahrnehmung des zahnärztlichen Notdienstes

Berufsgericht für Heilberufe Münster, Urteil v. 17.06.2015 - 18 K 713/14.T RID 15-04-177
juris
HeilBerG NRW §§ 29, 30, 58a, 59

In entsprechender Anwendung des § 58a II 3 i.V.m. § 59 III HeilBerG kann das **Verfahren** nach Erlöschen der Mitgliedschaft in der Zahnärztekammer **fortgesetzt** werden, wenn die Berechtigung zur Ausübung des Berufs weiterbesteht.

Ein Zahnarzt hat den **Notdienst** ordnungsgemäß wahrzunehmen. Hierzu gehört es grundsätzlich, bei hinreichenden Anhaltspunkten für einen Notfall eine persönliche Untersuchung des Patienten anzubieten und nach dem Erscheinen des Patienten jedenfalls den Versuch einer Untersuchung und Behandlung vorzunehmen.

b) Massive Beleidigung des Zentralrats der Juden in Deutschland

Ärztliches Berufsgericht Niedersachsen, Urteil v. 27.05.2015 - BG 14/14 RID 15-04-178
GesR 2015, 637
GG Art. 5 I; BO Niedersachsen

Leitsatz (GesR 2015, 627): 1. Äußert sich ein Arzt als solcher in der Diskussion über gesellschaftspolitische Themen, hat er schon aus berufsrechtlichen Gründen den für einen Arzt **angemessenen Ton** zu wahren und Rechte Dritter nicht zu verletzen.

2. Zur **Höhe einer Geldbuße** bei pauschaler Diffamierung des jüdischen Volkes (hier: 10.000 €).

c) Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens nicht durch Antrag eines Verfahrensbevollmächtigten

Berufsgericht für Heilberufe Münster, Beschluss v. 30.07.2015 - 16 K 2355/14.T RID 15-04-179
juris
HeilBerG NRW §§ 71 I, 112

Leitsatz: Ein **Verfahrensbevollmächtigter** ist nach dem HeilBerG NW nicht berechtigt, aufgrund einer Vollmacht der Heilberufskammer einen Antrag auf Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens zu stellen.

d) Berufsgerichtliches Verfahren zur Nachprüfung einer Rüge

LBerufsG für Heilberufe Münster, Beschluss v. 03.08.2015 - 6t E 964/13.T RID 15-04-180
juris
HeilBerG NRW § 58a IV 1

Leitsatz: 1. Das durch § 58a Abs. 4 HeilBerG NRW angeordnete **Verfahren** für die berufsgerichtliche Nachprüfung einer gemäß § 58a Abs. 1, 3 HeilBerG NRW durch den Kammervorstand erteilten **Rüge** ist nach den für das heilberufsgerichtliche Verfahren auch sonst geltenden Bestimmungen des VI. Abschnitts des HeilBerG NRW durchzuführen (vgl. Senatsbeschluss vom 13. Oktober 2014 - 6t E 470/12.T - RID 14-04-174, juris).

a. Im Grundsatz ist daher auf Grund einer **Hauptverhandlung** durch **Urteil** zu entscheiden (§§ 84 ff., §§ 92 ff. HeilBerG NRW), gegen welches das Rechtsmittel der **Berufung** gegeben ist (§ 98 HeilBerG NRW).

b. Abweichend davon kann das Gericht gemäß § 83 Abs. 1 Satz 1 HeilBerG NRW nach Ermessen in leichteren Fällen **ohne Hauptverhandlung durch Beschluss** entscheiden. **Rechtsbehelf** ist dann entsprechend § 83 Abs. 3 HeilBerG NRW der Antrag auf mündliche Verhandlung.

c. **Bestreitet** der Beschuldigte das ihm vorgeworfene Verhalten im Tatsächlichen, ist eine Hauptverhandlung durchzuführen.

e) Zeugnisverweigerungsrecht der Berufshelferinnen (§ 53a StPO): Verfahren gegen Berechtigten

Berufsgericht für Heilberufe Münster, Beschluss v. 02.09.2015 - 16 K 1399/14.T RID 15-04-181

juris

HeilBerG NRW § 112; StPO §§ 53, 53a

Leitsatz: Dass der **Beschuldigte der nach § 53a Abs. 1 Satz 2 StPO entscheidungsberechtigte Arzt** ist, begründet nicht die Rechtsfolge, dass die als seine Berufshelferinnen eingesetzten medizinischen Fachangestellten berechtigt sind, über die Ausübung des Zeugnisverweigerungsrechts zu entscheiden. Das Zeugnisverweigerungsrecht greift auch in einem Verfahren ein, das gegen den zur Zeugnisverweigerung Berechtigten geführt wird.

Das Zeugnisverweigerungsrecht (§ 53 StPO) und die **Zeugnisverweigerungspflicht der Berufshelferinnen (§ 53a StPO)** - ist nicht beschränkt auf den Schutz der Daten zur Identität der Patientinnen. § 53 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 StPO, auf den § 53a StPO verweist, beschränkt das Zeugnisverweigerungsrecht nicht auf bestimmte Kenntnisse; der Gesetzeswortlaut streckt das Zeugnisverweigerungsrecht auf alles, „was“ den Berufsangehörigen „anvertraut oder bekannt geworden“ ist.

4. Benachrichtigung der Straßenverkehrsbehörde wegen Fahruntauglichkeit eines Patienten

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 02.04.2015 - 2 Ws 101/15

RID 15-04-182

juris

StGB §§ 34, 203 I; StPO § 153a I

Ein Arzt kann trotz seiner grundsätzlichen **Schweigepflicht** nach den Grundsätzen über die Abwägung widerstreitender Pflichten oder Interessen berechtigt sein, die **Straßenverkehrsbehörde** zu benachrichtigen, wenn die Gefahr droht, dass sein Patient mit einem Kraftfahrzeug am Straßenverkehr teilnimmt, obwohl dieser krankheitsbedingt nicht mehr fähig ist, ein Kraftfahrzeug zu führen, ohne sich und andere zu gefährden (vgl. BGH, NJW 1968, 2288). Ein Hirninfarkt mit rechtsseitiger Hemiplegie (Halbseitenlähmung) legte Zweifel an der Kraftfahrtauglichkeit nahe.

Bei einer gerechtfertigten Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht ist die Mitteilung an den Dritten auf das **unbedingt Notwendige zu beschränken**. So reicht es aus, der Straßenverkehrsbehörde unter Bezeichnung der Diagnose mitzuteilen, dass Zweifel an der Kraftfahrtauglichkeit bestehen. Die Übersendung eines Entlassungsberichts einer Klinik geht über das Notwendige hinaus.

Ein **Verbotsirrtum** ist durch Einholung einer fundierten Rechtsauskunft vermeidbar.

5. Widerruf einer Befreiung von der Teilnahme am zahnärztlichen Notfalldienst

VG Sigmaringen, Urteil v. 01.09.2015 - 8 K 4124/13

RID 15-04-183

Berufung zugelassen

juris

HeilBKG BW § 31 I 2; VwVfG § 49 II 1 Nr. 4

Leitsatz: Zum Widerruf einer **Befreiung von der Teilnahme am zahnärztlichen Notfalldienst** aufgrund Erreichens einer **besonderen Altersgrenze** (§ 10 Abs. 1 Notfalldienstverordnung BW a.F.) nach Aufhebung des Befreiungstatbestandes durch die Landeszahnärztekammer.

6. Sittenwidriger Zulassungsverzicht nach Ausscheiden aus überörtlicher BAG

LG Weiden, Urteil v. 24.04.2015 - 11 O 127/14

RID 15-04-184

juris

BGB §§ 133, 157, 705 ff.

Ein Vertragsarzt, der 4,5 Jahre eine seit dem 01.07.2009 überörtlich agierende Berufsausübungsgemeinschaft entscheidend **mitgeprägt** und einen halben **Vertragsarztsitz** in die Gesellschaft eingebracht hat, kann nicht zum vertraglich vereinbarten **Zulassungsverzicht** gezwungen werden.

7. Sachliche Zuständigkeit bei Auseinandersetzung einer BAG unter Eheleuten

LG Aachen, Beschluss v. 17.10.2014 - 11 O 320/14

RID 15-04-185

MedR 2015, 686

GVG § 17 VI; FamFG § 266 I Nr. 3

Leitsatz (MedR): Für Streitigkeiten anlässlich der **Beendigung einer Berufsausübungsgemeinschaft unter Eheleuten** ist das Familiengericht **zuständig**, wenn die Beendigung im Zusammenhang mit Trennung oder Scheidung oder Aufhebung der Ehe erfolgt.

8. BGH: Anwaltshaftung/Geschäftsmodell für Orthopäden und radiologische Praxis

BGH, Beschluss v. 24.09.2015 - IX ZR 266/14

RID 15-04-186

juris

BGB §§ 611 ff.

Entgegen der Ansicht des Berufungsgerichts kommt es nicht darauf an, ob die streitigen Aussagen des Bkl. zu 1 zur **berufsrechtlichen Unbedenklichkeit** nach Abschluss des Anwaltsvertrages oder vorab im Rahmen der Akquise erfolgten. Wenn der Bkl. zu 1 sein Modell als unbedenklich bezeichnet und die Kl. damit veranlasst hat, ihn mit dessen Umsetzung zu beauftragen, galten seine Äußerungen, bis er sie richtigstellte. Der Bkl. zu 1 hat nicht, wie das Berufungsgericht meint, persönlich dazu tendiert, einen Verstoß gegen § 31 BO-Ä zu verneinen. Er hat den Klägern vielmehr auch nach dem Inhalt der schriftlichen Stellungnahme die **Umsetzung** des von ihm selbst erarbeiteten **Modells empfohlen**. Dass die Kläger sich nicht selbst an die Ärztekammer gewandt haben, um die **berufsrechtliche Zulässigkeit dieses Modells zu klären**, begründet im Verhältnis zum Bkl. zu 1, den sie mit der Beantwortung eben dieser Frage beauftragt hatten, kein Mitverschulden.

Ein Vertrag, in welchem ein Anwalt mit der rechtlichen Beratung des Mandanten beauftragt wird, ist regelmäßig als **Dienstvertrag** (§§ 611 ff. BGB) einzuordnen. Das ändert sich nicht dadurch, dass der Anwalt die **Einhaltung des geltenden Rechts in Aussicht stellt** oder sogar zusichert.

Die kl. Ärzte nehmen die Bkl. wegen fehlerhafter anwaltlicher Beratung auf Schadensersatz in Anspruch. Nach Darstellung der Kl. hatte der Bkl. zu 1 ein **Geschäftsmodell** entwickelt, nach welchem die Kl. und andere **Orthopäden** sich zu einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts P zusammenschlossen. P sollte einer nach irischem Recht zu gründenden Gesellschaft, einer Limited, Kapital zur Verfügung stellen, welches diese in eine GmbH & Co. KG einbringen würde. Die Gesellschaft sollte eine **radiologische Praxis** einrichten und an einen Radiologen verpachten. Im November 2006 wurde die P gegründet. Der Bkl. zu 1 legte im Februar 2007 eine auf der Basis einer Prüfung durch Rechtsanwalt Dr. K. gutachterliche Stellungnahme zur Vereinbarkeit des Modells mit dem Berufsrecht vor. Das Modell scheiterte. Die Kl. werfen den Bkl. vor, sie nicht ausreichend über die mit ihm verbundenen berufsrechtlichen Risiken hingewiesen und insb. keine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer eingeholt zu haben. Sie haben behauptet, bei vollständiger Aufklärung hätten sie anderweitig investiert. Die **Vorinstanzen** haben die Klage abgewiesen. Der **BGH** ließ auf Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. die Revision zu und verwies die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurück.

9. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) BGH: Ausstrahlung von Werbespots für Apotheken im Wartezimmer-TV

BGH, Urteil v. 12.03.2015 - I ZR 84/14

RID 15-04-187

juris

UWG § 4 Nr. 11; ApoG §§ 1 II, 11 I 1, 14 I, 16, 17; StGB §§ 27, 28 I, 30 I

Leitsatz: TV-Wartezimmer

1. Die in § 11 Abs. 1 Satz 1 ApoG geregelten Tatbestände, die **Kooperationen** zwischen Inhabern von Erlaubnissen nach § 1 Abs. 2, § 14 Abs. 1, § 16 oder § 17 ApoG und dem Personal von **Apotheken** einerseits und **Ärzten verbieten**, sind **Marktverhaltensregelungen** im Sinne von § 4 Nr. 11 UWG, deren Verletzung geeignet ist, die Interessen der Verbraucher und Mitbewerber spürbar zu beeinträchtigen.

2. An der Rechtsprechung, wonach eine täterschaftliche Haftung desjenigen ausscheidet, der nicht selbst Adressat der dem Unlauterkeitsvorwurf nach § 4 Nr. 11 UWG zugrundeliegenden Norm ist, und daher insoweit allein eine **Teilnehmerhaftung** in Betracht kommt, wird auch nach der Aufgabe der Störerhaftung im Wettbewerbsrecht festgehalten.

Die Bekl. strahlt unter der Bezeichnung „**TV Wartezimmer**“ ein Programm auf Bildschirmen aus, die in **Wartezimmern von Arztpraxen** angebracht sind. Dabei wird neben sonstigen Beiträgen auch Werbung von Vertragspartnern der Bekl. wiedergegeben, die einen **Sendeplatz bei einem bestimmten Arzt buchen**. Die Bekl. arbeitet dabei mit der Fa. A GmbH & Co. KG zusammen, die die für die Ausstrahlung erforderlichen Verträge mit den Betreibern der Arztpraxen schließt. Die Bekl. warb für „TV Wartezimmer“. Die Kl. bekämpft satzungsgemäß unlauteren Wettbewerb. Sie sieht in der Werbung der Bekl. und in der ankündigungsgemäßen Ausstrahlung von Werbespots für Apotheken einen – zugleich unlauteren (§ 4 Nr. 11 UWG) - Verstoß gegen das sich aus § 11 I ApoG ergebende Verbot von Absprachen zwischen Apothekern und Ärzten über die Zuführung von Patienten sowie einen Verstoß gegen § 20 II Nr. 4 der Berufsordnung der Bayerischen Landesapothekerkammer. **LG Limburg**, Urt. v. 17.12.2012 - 5 O 29/11 - RID 13-03-300 verurteilte die Bekl. zur Unterlassung. **OLG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 20.03.2014 - 6 U 2/13 - RID 14-02-252 wies die Berufung der Bekl. zurück. Der **BGH** wies auf Revision der Bekl. die Klage ab.

b) Teilberufsausübungsgemeinschaft mit Radiologen: Unzulässige Gewinnverteilung

OLG Karlsruhe, Urteil v. 25.02.2015 - 6 U 15/11

RID 15-04-188

juris = WRP 2015, 992

BO BW §§ 18, 31; Ärzte-ZV § 33 II; GG Art. 12 I; SGB V § 73 VII; UWG § 4 Nr. 11

Eine ärztliche **Teil-Berufsausübungsgemeinschaft** (für privatärztliche Leistungen) **mit Radiologen** kann den **Gewinn** nicht ohne Grund in einer Weise **verteilen**, die nicht dem Anteil der von den beteiligten Ärzten persönlich erbrachten Leistungen entspricht, sondern einen Teil des Gewinns **nach Köpfen** verteilt. § 18 I 3 BO sieht - ebenso wenig wie § 31 BO - **keine Bagatellgrenze** vor. Selbst wenn aufgrund der 1%-Regelung tatsächlich lediglich 30,00 € im Jahr ausgekehrt worden sein sollten, so ist - mangels einer vorgesehenen Deckelung des auszugehrenden Betrages - jedenfalls nicht ausgeschlossen, dass zukünftig die Gewinnbeteiligung höher ausfallen kann.

OLG Karlsruhe, Urt. v. 27.06.2012 - 6 U 15/11 - RID 12-04-146 sah die auf Unterlassung gerichtete Klage der Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs gegen eine Partnerschaftsgesellschaft, der 30 Ärzte angehören, darunter vier Radiologen, die sich alle außerhalb ihrer bisherigen Praxis zusätzlich zur gemeinsamen standortübergreifenden Erbringung privatärztlicher Leistungen verbunden haben, als begründet an; es verurteilte die Bekl., es zu unterlassen, mit Radiologen eine ärztliche Teilberufsausübungsgemeinschaft gemäß § 18 BO Baden-Württemberg zu betreiben und/oder betreiben zu lassen, soweit deren Beitrag nicht über das Erbringen medizinisch-technischer Leistungen auf Veranlassung der übrigen Partner der ärztlichen Teilberufsausübungsgemeinschaft hinausgeht, und wies die Klage im Übrigen ab. **BGH**, Urt. v. 15.05.2014 - I ZR 137/12 - RID 14-03-177 hob das Urt. auf und verwies die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung zurück. Das **OLG** verurteilte die Bekl., es zu unterlassen, im geschäftlichen Verkehr zu Zwecken des Wettbewerbs mit Radiologen eine ärztliche Teilberufsausübungsgemeinschaft gemäß § 18 der BO Baden-Württemberg zu betreiben und/oder betreiben zu lassen, wenn der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem jeweiligen Anteil der von den beteiligten Ärzten persönlich erbrachten Leistungen entspricht, wenn dies geschieht wie aufgrund des als Anlage K 2 vorgelegten Gesellschaftsvertrages, und wies die Klage im Übrigen ab.

c) Empfehlung eines Hörgeräteakustikers durch HNO-Arzt

LG Landau (Pfalz), Urteil v. 08.07.2015 - HK O 44/14

RID 15-04-189

juris

BO Rheinland-Pfalz; UWG § 4 Nr. 11

Leitsatz: Ein Hals-Nasen-Ohrenarzt verstößt gegen 34 Abs. 5 BOÄ Rh-Pf., wenn er Patienten ungefragt den Hinweis erteilt, bei einem über eine nähere Ortsangabe bestimmbar örtlichen Hörgeräteakustiker seien sie „in guten Händen“.

d) Werbung eines Augenarztes für Augenakupunktur bzw. Sauerstofftherapie

OLG Jena, Urteil v. 22.04.2015 - 2 U 723/14

RID 15-04-190

juris = Magazindienst 2015, 773

HeilMWebG § 3 Nr. 1; UWG §§ 3, 4 Nr. 11

Die Werbung eines Augenarztes für eine Heilung oder Linderung von Augenkrankheiten durch Augenakupunktur bzw. Sauerstofftherapie ist irreführend, wenn die therapeutische Wirkung nicht nachgewiesen werden kann.

e) Keine Werbung einer Arzt-GmbH in Bayern

OLG München, Urteil v. 18.09.2014 - 29 U 1154/14

RID 15-04-191

juris

UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8

Eine Arzt-GmbH darf im geschäftlichen Verkehr augenärztliche Leistungen zu Wettbewerbszwecken nicht bewerben, wenn diese in Bayern erbracht werden, da der Betrieb einer ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft als GmbH in Bayern nicht erlaubt ist.

Aus der Tatsache, dass in Bayern – wie im übrigen Bundesgebiet auch – Medizinische Versorgungszentren nach § 95 Ia SGB V in der Rechtsform der GmbH zulässig sind, kann kein Anspruch abgeleitet werden, auch eine Arztpraxis in dieser Rechtsform betreiben zu dürfen.

f) Rubrizierung einer Heilpraktikerin im Ärzteverzeichnis unter „Homöopathie“

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 22.09.2015 - 6 U 77/14

RID 15-04-192

juris

UWG §§ 2 Nr. 3, 5

Leitsatz: Ordnet der Verlag eines Branchenverzeichnisses einen Telefoneintrag in eine bestimmte Rubrik ein und entsteht dadurch ein irreführender Brancheneintrag, ist der Verlag hierfür grundsätzlich wettbewerbsrechtlich nicht verantwortlich, da hierin in der Regel keine geschäftliche Handlung unter dem Gesichtspunkt der Förderung fremden Absatzes gesehen werden kann. Etwas anderes gilt jedoch dann, wenn der Verlag in Kenntnis der falschen Einordnung die Rubrizierung fortsetzt (im Streitfall bejaht).

10. Äußerung auf Ärzte-Bewertungsportal als zulässige Meinungsäußerung

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 18.06.2015 - 16 W 29/15

RID 15-04-193

juris

BGB § 823; GG Art. 5; TMG §§ 8, 10

Die Äußerung „Eine solche Behandlung schadet und gefährdet nicht nur den einzelnen, das Vertrauen in den Berufsstand der gesamte Ärzteschaft wird untergraben“ ist eine dem Unterlassungsantrag unzugängliche Meinungsäußerung.

11. Untersagungsanordnung: Auflösende Bedingung einer Röntgengenehmigung

VG Düsseldorf, Urteil v. 06.03.2015 - 7 K 3375/13

RID 15-04-194

juris

AtomG § 19 III; RöV §§ 3, 25

Die **Nebenbestimmung** „Die Genehmigung erlischt unmittelbar, falls keine Rezertifizierung der Screening-Einheit erfolgt.“ ist eine **auflösende Bedingung** i.S.v. § 36 II Nr. 2 VwVfG, an deren Wirksamkeit oder inhaltlicher Bestimmtheit keine Zweifel bestehen.

12. Arbeits- und Sozialrecht

a) BAG: Altersdiskriminierung/Kündigung einer Arzthelferin unter Hinweis auf „Pensionsberechtigung“

BAG, Urteil v. 23.07.2015 - 6 AZR 457/14

RID 15-04-195

juris = BAGE
AGG §§ 1, 3, 7

Leitsatz: Eine altersdiskriminierende Kündigung ist im Kleinbetrieb nach § 134 BGB i.V.m. § 7 Abs. 1, §§ 1, 3 AGG unwirksam.

b) Verteilung von Liquidationseinnahmen des Leiters eines Zentrallabors

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 27.08.2015 - 6 A 2632/14

RID 15-04-196

juris
VwGO §§ 40 I 1, 42 II; GOÄ § 2 IV

Leitsatz: 1. Erfolgloser Antrag eines Universitätsklinikums auf Zulassung der Berufung, das mit seiner Klage gegen den als Universitätsprofessor in einem Beamtenverhältnis stehenden Leiter des Zentrallabors die **Abgabe der Hälfte seiner Liquidationserlöse** geltend macht.

2. Eine einseitig vom Klinischen Vorstand des Universitätsklinikums erlassene Liquidationsvereinbarung bedarf als hoheitlicher Rechtssetzungsakt einer **Ermächtigungsgrundlage**.

Vorgehend: VG Aachen, Urt. v. 20.11.2014 - 1 K 2938/12 - RID 15-01-176.

c) Befristung eines Arbeitsvertrags mit Ärzten in Weiterbildung

LAG Baden-Württemberg, Urteil v. 11.09.2015 - 1 Sa 5/15

RID 15-04-197

juris
ÄArbVtrG § 1

Leitsatz: Voraussetzung für eine **Befristung eines Arbeitsvertrags** mit einem **Arzt in Weiterbildung** ist nach § 1 Abs. 1 ÄArbVtrG, dass die Beschäftigung des Arztes seiner zeitlich und inhaltlich strukturierten Weiterbildung dient. Dies bedeutet, dass der Arbeitgeber bei Abschluss des befristeten Arbeitsvertrags zu diesem Zweck eine Weiterbildungsplanung erstellen muss, die zeitlich und inhaltlich auf die konkrete Weiterbildung zugeschnitten ist. Die Planung muss nicht Inhalt der (schriftlichen) Befristungsabrede sein; sie muss aber objektiv vorliegen.

d) Sozialversicherungspflicht: Einbindung in Rufbereitschaftsdienst einer Klinikabteilung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.08.2015 - L 4 R 1001/15

RID 15-04-198

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB III § 25 I 1; SGB IV § 7 I; SGB VI § 1 I Nr. 1; KHEntgG §§ 1, 2 I 1

Leitsatz: Ein Arzt, der nach dem zwischen ihm und dem Krankenhaus geschlossenen Vertrag in die Rufbereitschaft einer Sektion einer Abteilung eines Krankenhauses eingebunden ist, ist abhängig beschäftigt.

Der Kl. ist ein Universitätsklinikum. Der Beigel. ist 1968 geboren und (seit November 2001) Facharzt für Allgemeinchirurgie und (seit Oktober 2007) Facharzt für Kinderchirurgie. Er war bis November 2012 bei dem Kl. als angestellter Arzt abhängig beschäftigt. Seitdem ist er niedergelassener Arzt mit eigener Praxis. Der Kl. und der Beigel. schlossen für die Zeit ab dem Februar 2013 einen undatierten Vertrag über die Einbindung des Beigel. in den Rufbereitschaftsdienst der Sektion Kinderchirurgie, Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie des Kl. Die Bekl. stellte gegenüber dem Kl. und dem Beigel. fest, dass die Tätigkeit des Beigel. als Arzt in

Rufbereitschaft bei dem Kl. seit Februar 2013 im Rahmen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses ausgeübt wird und in diesem Beschäftigungsverhältnis Versicherungspflicht in der Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung besteht. Das *SG* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

e) Sozialversicherungspflicht eines Notarztes im ärztlichen Bereitschaftsdienst

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 28.04.2015 - L 7 R 60/12

RID 15-04-199

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 R 19/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB III § 25 I; SGB IV § 7 I; SGB V § 5 I Nr. 1; SGB VI § 1 I Nr. 1; SGB XI § 20 I 2 Nr. 1

Maßgeblich für die Beurteilung des Beschäftigungsverhältnisses ist die eigentliche **Notarztstätigkeit**, d.h. „erst“ nach einer entsprechenden Zusage zur Bereitschaft bzw. zur Wahrnehmung des Notarztendienstes. Wertungsmaßstab ist jeweils der einzelne vergebene Auftrag. Nicht entscheidungsrelevant ist daher, ob der Arzt sich für die entsprechenden Notarztdienste jeweils „anbietet“ bzw. ob er etwa neben den Einsätzen einer weiteren Beschäftigung nachgeht.

Weisungsgebundenheit kann - vorrangig bei Diensten höherer Art - eingeschränkt sein, die Arbeitsleistung bleibt dennoch fremdbestimmt, wenn Dienste im Auftrag eines Betriebes verrichtet werden. Denn gerade bei Diensten höherer Art, bei denen dem Arbeitgeber eine Einflussnahme auf die Art der Ausführung einer Tätigkeit rechtlich versagt oder aus tatsächlichen Gründen - etwa wegen der überragenden Sach- und Fachkunde des Dienstleistenden - nicht möglich ist, führt dies nicht quasi zwangsläufig zur Annahme einer selbstständigen Tätigkeit.

Das Risiko, etwa bei **fehlendem Bedarf** in geringerem Umfang eingesetzt zu werden, stellt zwar ein **Unternehmerrisiko** dar, dies tragen aber alle Arbeitnehmer, die „auf Abruf“ beschäftigt werden. Flexible Arbeitszeiten sind darüber hinaus häufig auch in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen anzutreffen. Dies gilt umso mehr für Tätigkeiten, die nicht etwa in Vollzeit, sondern - wie hier - in Teilzeit ausgeübt werden. Bei dem bloßen Recht, die Übernahme eines angebotenen Bereitschaftsdienstes als Notarzt **abzulehnen** bzw. auch bei fehlendem Bedarf in geringerem Umfang eingesetzt zu werden, handelt es sich nicht um ein typisches Unternehmerrisiko.

Ein **Pauschalhonorar** in Abhängigkeit durchgeführter Bereitschaftsdienste deutet auf ein Beschäftigungsverhältnis hin.

13. Heilberufskammern: Wahlwiederholung wegen Nichtzulassung eines Zahnarztes zur Kammerwahl

VG Düsseldorf, Urteil v. 28.04.2015 - 7 K 7984/14

RID 15-04-200

juris

Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern in NRW

Unterstützungserklärungen für eine Kammerwahl sind als öffentlich-rechtliche Willenserklärungen entsprechend den für die Auslegung von empfangsbedürftigen Willenserklärungen des bürgerlichen Rechts geltenden Rechtsgrundsätzen der §§ 133 und 157 BGB auszulegen.

Die **Nichtzulassung eines Zahnarztes** zur Kammerwahl kann auf das Wahlergebnis im Wahlkreis auch von entscheidendem Einfluss gewesen sein, weil es möglich erscheint, dass sich aufgrund seiner Kandidatur die Zusammensetzung der Kammerversammlung in seinem Wahlkreis ändert. Daher ist die Wahl, bezogen auf den Wahlkreis, für ungültig zu erklären. Sie ist insoweit zu wiederholen.

14. Versorgungswerk: Keine Berufsunfähigkeit bei möglicher Verbesserung des Gesundheitszustands

VG Düsseldorf, Urteil v. 10.09.2014 - 20 K 8219/13

RID 15-04-201

juris

Satzung Ärzteversorgungswerk Nordrhein

Der Begriff der **Berufsunfähigkeit** ist dahin auszulegen, dass er eine gesundheitliche Einschränkung voraussetzt, die die Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit ausschließt und die nicht nur vorübergehender Natur ist und hinsichtlich derer erfolgversprechende, zumutbare Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind.

Das Aufgeben der Berufsausübung erfordert bei einem abhängig beschäftigten Arzt die **Beendigung des Arbeitsverhältnisses** und zwar auch dann, wenn dieses zuvor nur noch „auf dem Papier“ bestanden hat, d.h. von beiden Seiten nicht mehr erfüllt wurde, weil der angestellte Arzt infolge Arbeitsunfähigkeit keine Arbeitsleistung erbringen konnte und der Arbeitgeber dadurch von der Verpflichtung zu Gehaltszahlungen frei wurde.

Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn der Gesundheitszustand durch ausreichend **Erfolg versprechende Maßnahmen** noch verbessert werden kann.

II. Arzthaftung

1. BGH: Verletzung des Gebots des rechtlichen Gehörs

BGH, Beschluss v. 15.09.2015 - VI ZR 431/14

RID 15-04-202

juris
GG Art. 103 I

Das **Gebot des rechtlichen Gehörs** verpflichtet das Gericht, die Ausführungen der Prozessbeteiligten zur Kenntnis zu nehmen und in Erwägung zu ziehen. Art. 103 I GG ist allerdings erst verletzt, wenn sich im Einzelfall klar ergibt, dass das Gericht dieser Pflicht nicht nachgekommen ist. Denn grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Gerichte das von ihnen entgegengenommene Parteivorbringen zur Kenntnis genommen und in Erwägung gezogen haben. Sie sind dabei nicht verpflichtet, sich mit jedem Vorbringen in den Entscheidungsgründen ausdrücklich zu befassen. Deshalb müssen im Einzelfall besondere Umstände deutlich machen, dass tatsächliches Vorbringen eines Beteiligten entweder überhaupt nicht zur Kenntnis genommen oder doch bei der Entscheidung nicht erwogen worden ist (vgl. Senatsbeschl. v. 24.03.2015 - VI ZR 179/13 - juris Rn. 11; BVerfGE 65, 293, 295 f. m.w.N.; BVerfGE 70, 288, 293; BVerfGE 86, 133, 146, jeweils m.w.N.).

Das Gebot des rechtlichen Gehörs wird verletzt, wenn das Berufungsgericht bei der **Bemessung des Schmerzensgeldes** den Vortrag der Kl. nicht berücksichtigt hat, wonach sie sich nach Erlass des erstinstanzlichen Urteils **fünf weiteren operativen Eingriffen** habe unterziehen müssen, die zu erheblichen Beeinträchtigungen geführt hätten.

2. Behandlungsfehler

a) Sorgfaltspflichten eines Hausarztes bei Patient mit kontinuierlich steigendem PSA-Wert

OLG Koblenz, Beschluss v. 18.06.2015 - 5 U 66/15

RID 15-04-203

juris
BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, ZPO §§ 286, 531

Leitsatz: 1. Stellt der **Hausarzt** (Internist) einen weiter gestiegenen erhöhten PSA-Wert fest, was der Abklärung durch einen Urologen bedarf, ist die versäumte Überweisung dorthin als **Befunderhebungsmangel** und nicht als therapeutischer **Beratungsfehler** zu qualifizieren.

2. Der mündliche Rat, zeitnah erneut einen Urologen zu konsultieren, reicht aus. Sieht der Bundesmantelvertrag (BMV-Ä) für die dortige Weiterbehandlung eine schriftliche **Überweisung** vor, indiziert deren Fehlen nicht, dass der Hausarzt die Aufforderung versäumt hat, einen Urologen aufzusuchen.

3. Ein Hausarzt, der den Patient wegen dessen erneut gestiegenem PSA-Wert auf das Erfordernis der Weiterbehandlung durch einen Urologen hinweist, ist nicht verpflichtet, diesen Rat um eine konkrete **Risikoprognose** zu ergänzen, sofern unter wertender Gesamtschau des bisherigen Behandlungsgeschehens keinerlei Anhalt besteht, dass der Patient den Rat ignorieren wird.

4. Eine **getrennte Dokumentation** von Ultraschall-, EKG- und sonstigen Befunden ist nicht zu beanstanden, sofern die Dokumentation insgesamt einen mit-, weiter- oder nachbehandelnden Arzt in hinreichend verständlicher Weise über die medizinischen Fakten und die daran anknüpfenden Behandlungsschritte informiert.

5. Zur zweitinstanzlichen **Präklusion** von **neuem Parteivortrag** zu Details des Behandlungsgeschehens, die Indizwirkung für den Inhalt der ärztlichen Beratung haben sollen.

b) Notdienstliche Fehlbehandlung: Verstoß gegen Pflicht zur Erhebung von Befunden

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 11.02.2014 - 8 U 201/11

RID 15-04-204

juris

BGB §§ 253 II, 280, 611

Bei dem von den Krankenkassen eingerichteten **Notdienst** ist kein neurologischer Facharztstandard geschuldet, sondern grundsätzlich der **Facharztstandard eines Allgemeinmediziners**. Ist der Notdienstarzt Facharzt für Innere Medizin, so ist auf den Standard eines Facharztes für Innere Medizin abzustellen.

Die Frage nach einem **ärztlichen Fehlverhalten** kann sich auch stellen, wenn der behandelnde Arzt eine objektiv unrichtige Diagnose stellt und diese darauf beruht, dass der Arzt eine notwendige Befunderhebung entweder vor der Diagnosestellung oder zur erforderlichen Überprüfung der Diagnose unterlassen hat. Ein solcher Fehler in der Befunderhebung kann zur Folge haben, dass der behandelnde Arzt für eine daraus folgende objektiv falsche Diagnose und für eine der tatsächlich vorhandenen Krankheit nicht gerecht werdende Behandlung und deren Folgen einzustehen hat (vgl. BGHZ 138, 1, 5 ff., BGH VersR 1999, 231, 232).

Ein Verstoß gegen die Pflicht zur Erhebung von Befunden vor der Diagnosestellung liegt vor, wenn der Arzt bei der **Untersuchung, ob Meningismus (Nackensteifigkeit) vorliegt, keine ausreichenden Fragen** zu Intensität, Verlauf und Art von Kopfschmerzen stellt. Die Prüfung und das Ergebnis der Prüfung eines Meningismus sind dokumentationspflichtig. Ziel und Zweck der **Dokumentation** ist die Gewährleistung sachgerechter medizinischer Behandlung durch den Erstarzt und den weiter behandelnden Arzt. Auch für Nachbehandler ist entscheidend, dass und auf welcher Basis bereits in Richtung auf eine Subarachnoidalblutung, für die Meningismus ein Leitsymptom ist, befundet worden ist. Das Fehlen einer Dokumentation deutet indiziell darauf hin, dass die Maßnahme unterblieben ist (BGH NJW 1995, 1611), mithin die Anamnese nicht in dem erforderlichen Umfang durchgeführt worden ist.

Die Fragen nach Art, Intensität und Verlauf von Kopfschmerzen gehören ganz selbstverständlich zu den **Sorgfaltspflichten eines jeden Arztes**, unabhängig von dem Fachbereich, in dem er tätig ist. Ihr Unterlassen begründet den Vorwurf eines **schwerwiegenden Behandlungsfehlers**.

Ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 300.000 € ist angemessen. Dabei ist der äußerst gravierende Krankheitsverlauf mitentscheidend, insb. die Hirnblutung, die Schlaganfälle, der Wasserkopf, die Bettlägerigkeit, die vollständige Pflegebedürftigkeit, die Inkontinenz, die schwerste spastische Lähmung aller Extremitäten und die Ernährung über eine Magensonde. Für die Höhe des Schmerzensgeldes ist auch mitbestimmend, dass die unter Betreuung ihrer Mutter stehende Kl. mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zeitlebens schwerst geschädigt und ein Pflegefall bleiben wird.

BGH, Beschl. v. 10.03.2015 - VI ZR 84/14 - wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

c) Rettungseinsatz: Keine Anzeichen für ein schweres Schädel-Hirn-Trauma

LG Dortmund, Urteil v. 18.03.2015 - 4 O 152/12

RID 15-04-205

juris

BGB §§ 249, 253, 839

Typische **Anzeichen für ein schweres Schädel-Hirn-Trauma** sind schwere äußere Kopfverletzungen. Liegen diese nicht vor und fehlen weitere Symptome, so fehlt es an Hinweisen auf ein epidurales Hämatom.

Spricht **nichts für ein Schädelhirntrauma**, ist es nachvollziehbar und vertretbar, dass der Notarzt von einem Krampfanfall ausgeht. Es ist deshalb in einer **neurologischen Klinik** durch Anfertigung einer CT-Bildgebung abzuklären, ob es sich um einen unkomplizierten Krampfanfall im Rahmen eines neurologischen Grundleidens handelte oder möglicherweise um einen akuten Schlaganfall, bei dem ein Zeitfenster von vier Stunden genutzt werden muss, um eine sog. Lysetherapie durchzuführen. Das Vorliegen dieser Erkrankungen ist um ein Vielfaches nahe liegender als eine operativ zu behandelnde Hirnblutung. Aus diesem Grunde ist es richtig, den Patienten einer neurologischen Klinik zuzuführen.

d) Folge eines groben Diagnose- und Befunderhebungsfehlers: Sekundärschaden

OLG Oldenburg, Urteil v. 12.08.2015 - 5 U 50/15

RID 15-04-206

juris

BGB § 823; ZPO § 286

Leitsatz: Ist einzig verbliebene **Folge eines groben Diagnose- und Befunderhebungsfehlers** (hier: unzureichende Untersuchung einer Gewebeprobe) eine Verzögerung der Behandlung, nimmt ein später auftretender Sekundärschaden (Mammakarzinom als Rezidiv) nur dann an der Beweislastumkehr teil, wenn die entsprechende Verzögerung typischerweise geeignet ist, diesen **Sekundärschaden** hervorzurufen.

e) Unfallchirurg: Übersehen eines Bruchs des Orbitabodens

OLG Köln, Beschluss v. 15.06.2015 - 5 U 186/14

RID 15-04-207

juris

BGB §§ 253, 280, 823 I, 831

Dass der **Bruch des Orbitabodens** anhand der **Röntgenaufnahme** für jüngere und unerfahrene Ärzte nicht oder nicht sicher zu diagnostizieren ist, zeigt, dass die Diagnose nicht in jeder Hinsicht offensichtlich war, was dafür spricht, dass auch ein Facharzt für Unfallchirurgie die Fraktur übersehen konnte, ohne dass ihm ein schlechterdings unverständliches Verhalten vorzuwerfen ist. Maßgeblich kommt hinzu, dass spezifische klinische Hinweise auf eine Orbitabodenfraktur, d.h. vor allem Sehstörungen oder sonstige Funktionsstörungen, die einen entsprechenden Bruch in besonderer Weise nahe gelegt hätten, fehlten.

Ein **Diagnosefehler** wird nicht dadurch zu einem **Befunderhebungsfehler**, dass bei objektiv zutreffender Diagnosestellung noch weitere Befunde zu erheben gewesen wären.

f) Keine Notwendigkeit eines MRT vor Kniespiegelung bei hochgradiger Bewegungsschmerzhaftigkeit

OLG Köln, Urteil v. 22.04.2015 - 5 U 108/14

RID 15-04-208

juris

BGB §§ 278, 280, 823 I, 831

Eine **nicht invasive bildgebende Diagnostik**, insb. eine Magnetresonanztomografie, ist vor einer **Kniespiegelung** nicht zwingend erforderlich, wenn ein hochgradig schmerzhaftes Kniegelenk bei unbekannter Ursache, eine hochgradige Bewegungsschmerzhaftigkeit vorliegt und die Symptomatik bereits fünf Tage ohne Erfolg anbehandelt worden ist.

g) Keine Diagnostik wegen erhöhter Leberwerte/Schmerzensgeld

LG Wuppertal, Urteil v. 05.05.2015 - 5 O 11/14

RID 15-04-209

juris

BGB §§ 253 II, 280, 630a ff.

Erhöhte Leberwerte GOT, LDH und INR deuten auf ein beginnendes Leberversagen hin. Auf die möglichen Ursachen muss nachgegangen werden etwa durch eine Magenspiegelung oder eine Endosonographie. Ein **Unterlassen** stellt einen Fehler dar.

Kommt es aufgrund eines Behandlungsversäumnisses lediglich zu einer zeitlichen Behandlungsverzögerung von etwa einem Tag und zu keinem Dauerschaden, kann ein **Schmerzensgeld** von 1.500 € angemessen sein.

h) Unterlassene Abstrichentnahme bei einer perforierten Appendizitis

OLG Hamm, Urteil v. 08.07.2015 - 26 U 112/14

RID 15-04-210

juris
BGB §§ 280, 823, 831

Leitsatz: Es widerspricht dem chirurgischen Standard bei einer **perforierten Appendizitis** - trotz Gabe eines Breitband-Antibiotikums - keine **Abstrichentnahme** durchzuführen. Fehlt die Abstrichentnahme, wird die Chance vertan, den Keim gezielt mit einem speziellen Antibiotikum zu bekämpfen. Zu einer **Haftung** führt ein solcher Fehler nur, wenn feststeht, dass sich die Einzelkeimbestimmung zum Nachteil des Patienten auswirkt oder wenn zu Gunsten des Patienten Beweiserleichterungen eingreifen.

i) Erhöhte Blutdruckwerte als Symptom einer Nierenerkrankung/Schmerzensgeld

OLG Hamm, Urteil v. 03.07.2015 - 26 U 104/14

RID 15-04-211

Revision anhängig: BGH - VI ZR 499/15 -
juris
BGB §§ 249, 253, 280, 823

Leitsatz: Wird bei einer **jugendlichen Patientin** (15 Jahre) die **Ursache eines erhöhten Blutdrucks** (160/100) nicht abgeklärt, ist der Hausärztin ein **Befunderhebungsfehler** zur Last zu legen. Kommen weitere Alarmzeichen - mehrfache Bewusstlosigkeiten - hinzu, ist die mangelnde Befunderhebung als **grober Behandlungsfehler** der Hausärztin zu werten. Für den Verlust beider Nieren, der Dialysepflicht und 53 Folgeoperationen - darunter erfolglose Nierentransplantation - ist bei einer jugendlichen Patientin ein Schmerzensgeld von 200.000 EUR angemessen.

j) PIP-Silikonimplantate: Kein Behandlungsfehler im Jahr 2010

LG Essen, Urteil v. 09.02.2015 - 1 O 212/13

RID 15-04-212

juris
MPG §§ 3 III, 6, 7; GG Art. 34

Es war kein **Behandlungsfehler**, dass der Kl. am 26.03.2010 Brustimplantate der Fa. Q1 eingesetzt wurden. Die behandelnden Ärzte durften sich auf die bestehende CE-Zertifizierung der verwandten Implantate verlassen. Bei Medizinprodukten, die von Kliniken und Ärzten nicht selbst hergestellt werden (können), kann eine Qualitätskontrolle durch den Arzt - abgesehen von einer Sichtprüfung - nicht vorgenommen werden. Er ist darauf angewiesen, sich auf Prüfsiegel wie das CE-Kennzeichen zu verlassen. Der Klägerin musste mangels Kenntnis der Bekl. zu 1) von der Mangelhaftigkeit der Produkte der Fa. Q1 nicht über das Fabrikat der Implantate aufgeklärt werden.

Der Vertrag zwischen dem Hersteller von Brustimplantaten und der im Rahmen des Konformitätsbewertungsverfahrens „benannten Stelle“ zur CE-Zertifizierung der Brustimplantate ist kein Vertrag mit Schutzwirkung zugunsten Dritter. Es gibt auch keine andere **Haftungsgrundlage** der „benannten Stelle“.

Eine Haftung der Herstellerin von Industriesilikon und des französischen Haftpflichtversicherer der nunmehr insolventen Fa. Q1 kommt ebf. nicht in Betracht.

S. zuletzt BGH, Vorlagebeschl. an den EuGH v. 09.04.2015 - VII ZR 36/14 - RID 15-03-244; LG Karlsruhe, Urt. v. 25.11.2014 - 2 O 25/12 - RID 15-03-226.

k) Lagerungsschäden bei einer laparoskopischen, roboterassistierten Myomenukleation

OLG Köln, Beschluss v. 13.05.2015 - 5 U 166/14

RID 15-04-213

juris
BGB §§ 253, 280, 823 I, 831

Bei einer mehrere Stunden dauernden **laparoskopischen, roboterassistierten Myomenukleation** kann es selbst bei ordnungsgemäßer **Lagerung** und Lagerungskontrolle, wenn alles so gemacht worden ist, wie es im Lehrbuch steht, zu **Schäden** wie der bei der Kl. diagnostizierten

Armplexusläsion C5 - C7 kommen. Die Wahrscheinlichkeit schätzt der Sachverständige mit kleiner als 0,5 % ein.

Eine **Dokumentation** der **Kontrolle der Lagerung** des Patienten ist wünschenswert, stellt aber keine Verpflichtung der verantwortlichen Ärzte dar. Vermerke über erfolgte Lagerungskontrollen wären auch nach Eintritt einer Komplikation und eines Lagerungsschadens für die weitere Behandlung nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Die erforderliche Therapie wird durch die eingetretene Verletzung und die Beschwerden des Patienten bestimmt.

l) Verzögerte Verlegung in ein Krankenhaus der Maximalversorgung

OLG Koblenz, Beschluss v. 04.02.2015 - 5 U 1171/14

RID 15-04-214

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823 I; ZPO §§ 286, 411 III, 412

Leitsatz: 1. Die **verzögerte Verlegung eines Patienten** mit transitorischer ischämischer Attacke (TIA) in eine Klinik der Maximalversorgung mit Stroke-Unit ist nicht haftungsrelevant, falls nach sachverständiger Einschätzung die dortige frühzeitigere Therapie keine andere gewesen wäre und den weiteren Verlauf auch nicht zu Gunsten des Patienten verändert hätte.

2. Die gesteigerte gerichtliche Sachaufklärungspflicht im Arzthaftungsprozess enthebt die Partei, die die Feststellungen und Schlussfolgerungen des gerichtlichen Sachverständigen mit einem **mündlich erstatteten Privatgutachten** angreift, nicht der Verpflichtung, zur fachärztlichen Qualifikation und zum beruflichen Werdegang des Privatgutachters vorzutragen, sofern beides nicht gerichtsbekannt ist oder sich aus allgemein zugänglichen Quellen (Internetseite etc.) erschließt. Ohne einen derartigen Vortrag erfordert das in indirekter Rede wiedergegebene telefonische Privatgutachten kein weiteres Gerichtsgutachten, wenn der Erstgutachter die Auffassung des Privatgutachters bereits bei einer mündlichen Anhörung überzeugend entkräftet hat.

m) Hygienemangel: An Türklinke des Krankenzimmers infizierte Handschuhe

OLG Hamm, Urteil v. 17.08.2015 - 3 U 28/15

RID 15-04-215

juris

BGB §§ 280, 611, 823

Leitsatz: Es stellt einen **Hygienemangel** dar, wenn ein Krankenhauspfleger eine Abszedierung an der Hand einer Patientin eröffnet und dabei Handschuhe trägt, mit denen er zuvor die Türklinke des Krankenzimmers berührt hatte. Der Hygienemangel kann nur als **einfacher** und nicht als grober **Behandlungsfehler** zu bewerten sein.

n) Folgen einer fehlerhaften Dokumentation (operative Versorgung einer Dünndarmserosaläsion)

OLG Naumburg, Urteil v. 24.09.2015 - 1 U 132/14

RID 15-04-216

juris

BGB § 253

Leitsatz: 1. Macht der Patient **mehrere selbständige prozessuale Schmerzensgeldansprüche** geltend, mit denen er in erster Instanz abgewiesen wird, ist im Falle der Aufrechterhaltung dieses Begehrens im Berufungsrechtszug eine **Begründung** für jeden dieser Ansprüche nötig.

2. Äußert der Sachverständige in seinem Gutachten Kritik an der **ärztlichen Dokumentation** und bezeichnet diese auch mit Blick auf die Weiterbehandlung des Patienten als lückenhaft, muss das Gericht dies zur Kenntnis nehmen und sich mit den Konsequenzen dieser Lücken im Einzelfall befassen.

3. Behauptet die Behandlungsseite entgegen der Vermutung des Sachverständigen einen Routineeingriff, der keine weitergehende Dokumentation erfordert habe, trägt sie dafür die **Darlegungs- und Beweislast**.

4. Ist bei der operativen Versorgung einer **Dünndarmserosaläsion** darauf zu achten, dass es zu keiner lumeneinengenden Nahtführung kommt und sich der Dünndarm auch nach dem Ende des Eingriffs als ausreichend durchgängig erweist, führt die ein solches Vorgehen pflichtwidrig aussparende

Dokumentation im Prozess zu der Annahme, dass beides unterblieb. Der Behandlungsseite steht allerdings der Nachweis einer fehlerfreien Behandlung offen.

5. Die bei der Versorgung einer Darmserosaverletzung normalerweise nicht dem medizinischen Standard entsprechende Längsnaht muss kein **Behandlungsfehler** sein. Sachgerechtes ärztliches Vorgehen kann eine **Abweichung vom Standard gebieten**, wenn die konkrete Behandlungssituation auf Grund ihrer Besonderheiten eine modifizierte Strategie verlangt. Die dies rechtfertigenden Umstände hat die Behandlungsseite darzulegen und zu beweisen. Der Beweis ist geführt, wenn der Sachverständige feststellt, die Ärzte hätten sich überraschend einer komplizierten nicht nach Standard beherrschbaren Situation gegenüber gesehen, in der sie sich zwischen zwei Übeln hätten entscheiden müssen, von denen das kleinere gewählt worden sei.

6. Eine **pflichtwidrig lückenhafte Dokumentation** kann ein **Behandlungsfehler** sein, wenn die fehlenden Angaben in der Weiterbehandlung des Patienten zu vermeidbaren medizinischen Defiziten und dadurch zu einem Schaden führen.

3. Aufklärung/Einwilligung

a) Aufklärungspflicht bei unterschiedl. Operationstechniken/Vernichtung von Behandlungsunterlagen

OLG Koblenz, Urteil v. 22.07.2015 - 5 U 758/14

RID 15-04-217

juris = MDR 2015, 1183

BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823 I; ZPO §§ 286, 411 III

Leitsatz: 1. Über **unterschiedliche Operationstechniken** (hier: zur Behandlung einer zervikalen Spinalkanalstenose) muss der Arzt den Patient nicht **aufklären**, falls die Chancen und Risiken sämtlicher Operationsmethoden nahezu identisch sind (hier: Vertebrektomie versus Laminoplastie oder Laminektomie - Abgrenzung zum Senatsurteil OLG Koblenz, Ur. v. 15.10.2014 - 5 U 976/13 RID 15-01-205).

2. Eine **unterbliebene oder lückenhafte Risikoaufklärung** ist nicht haftungsrelevant, falls die persönliche Anhörung des Patienten ergibt, dass die versäumten zusätzlichen Informationen an seiner Operationseinwilligung nichts geändert hätten. Bei der Würdigung des Anhörungsergebnisses kann im Einzelfall auch zu berücksichtigen sein, dass eine ärztliche Zweitmeinung dem Patient angesichts der Dramatik des Befundes keine weiteren Erkenntnisse hätte vermitteln können.

3. Hat der Arzt **Behandlungsunterlagen vernichtet**, führt das gleichwohl nicht zu einer Beweiserleichterung bis hin zur Beweislastumkehr, wenn nach den gesichert verbliebenen Befunden keinerlei Anhalt besteht, dass sich aus den fehlenden Unterlagen etwas zu Gunsten des Patienten ergeben könnte.

4. Dem Antrag auf **Anhörung des gerichtlichen Sachverständigen** ist grundsätzlich zu entsprechen. Von der mündlichen Befragung eines medizinischen Gutachters im Arzthaftungsprozess darf jedoch abgesehen werden, wenn er sich nach dem gegenständlich eingeschränkten Anhörungsantrag nur zu Rechtsfragen äußern soll, die nicht in seine Fach- und Entscheidungskompetenz fallen.

b) Aufklärung vor Operation bei klinisch unauffälligen Tests

OLG Köln, Beschluss v. 01.07.2015 - 5 U 18/15

RID 15-04-218

juris

BGB § 823 I

Vor Durchführung einer Operation (**arthroskopischer Eingriff**) muss nicht über die Möglichkeit einer **Sehnedurchtrennung** aufgeklärt werden, wenn klinische Tests keinen auffälligen Befund gezeigt haben.

c) Aufklärung bei allenfalls relativer Operationsindikation: Kreuzbandplastik

OLG Koblenz, Urteil v. 04.03.2015 - 5 U 966/14

RID 15-04-219

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823 I; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Die **präoperative Aufklärung** ist mangelhaft, wenn der vorgesehene Eingriff lediglich eine von **mehreren Optionen** darstellt und dem Patienten diese Optionen mit ihren jeweiligen Belastungen und Erfolgchancen nicht verdeutlicht werden. Das gilt auch dann, wenn ein zweifelsfrei indizierter Eingriff (hier: **Meniskus-Teilresektion**) um eine nicht zwingend erforderliche Maßnahme im selben Gelenk erweitert werden soll (hier: Kreuzbandplastik). Bei einem Patient mittleren Alters ohne nennenswerte, das Kniegelenk belastende sportliche Ambitionen kann eine Kreuzbandinsuffizienz nämlich auch konservativ behandelt werden.

2. Eine mangels sachgemäßer Aufklärung rechtswidrig vorgenommene Operation, die abgesehen von den Belastungen durch den Eingriff ohne schädliche Folgen geblieben ist (hier: Kreuzbandplastik), rechtfertigt ein **Schmerzensgeld** von 3.000 €.

d) Aufklärungspflicht bei Miktionsproblemen/Abgrenzung Diagnoseirrtum v. Befunderhebungsversäumnis

OLG Koblenz, Beschluss v. 23.06.2015 - 5 U 267/15

RID 15-04-220

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Bei einer benignen Prostatavergrößerung mit Miktionsproblemen, nächtlichem Harndrang, einem Restharnstatus von jeweils über 100 ml und jahrelang frustranen **medikamentösen Therapie** muss der **Urologe** nicht zu deren Umstellung raten, falls es sich gegenüber der empfohlenen **Prostataresektion** nicht um eine echte Behandlungsalternative handelt.

2. Kommt es nach einer transurethralen Prostataresektion zur äußerst ungewöhnlichen **Komplikation** eines transsymphyseären Fistelgangs (Wahrscheinlichkeit: 1 Promille), ist die vom Urologen versäumte zielführende **Bildgebung** als bloßer **Diagnoseirrtum** und nicht als **Befunderhebungsversäumnis** zu qualifizieren, sofern es für die persistierenden Beschwerden des Patienten eine andere, durchaus nahe liegende fachmedizinische Erklärung gab.

e) Valgisierende Umstellungsosteotomie des rechten Schienensbeins/Schmerzensgeld

OLG Köln, Urteil v. 15.07.2015 - 5 U 202/08

RID 15-04-221

juris

BGB §§ 253, 280, 823 I, 831

Bei einer **valgisierenden Umstellungsosteotomie** des rechten Schienensbeins ist nicht nur über das Risiko einer Nervenverletzung allein, sondern vor allem die dauerhaften und die weitere Lebensführung belastenden **Auswirkungen der Komplikation aufzuklären**.

Bei einem schweren Dauerschaden aufgrund einer distalen Oberschenkelamputation sind ein einmaliger **Schmerzensgeldbetrag** von 125.000 € zzgl. einer Schmerzensgeldrente von monatlich 500 € angemessen.

f) Sterilisation im Wege einer Eileiterdurchtrennung oder einer Eileiterentfernung

OLG Köln, Urteil v. 08.07.2014 - 5 U 180/14

RID 15-04-222

juris

BGB §§ 253, 280, 823 I, 831

Zu Recht hat das Landgericht den Bekl. zur Zahlung eines Schmerzensgeldes verurteilt, denn er hat die Eileiter der Kl. vollständig entfernt, ohne dass die Kl. zuvor in diesen Eingriff eingewilligt hatte. Infolge des rechtswidrigen Eingriffs schuldet der Bekl. der Kl. Ersatz ihrer immateriellen Schäden. Die Frage, ob eine **Sterilisation** im Wege einer **Eileiterdurchtrennung** oder einer

Eileiterentfernung vorgenommen wird, ist keine bloße Operationsmethode, über die der Patient nicht aufzuklären wäre.

Unter Berücksichtigung aller relevanten Umstände hält auch der Senat ein **Schmerzensgeld** in der vom Landgericht zugesprochenen Höhe von 4.000 € für angemessen.

g) Einwilligung in künstliche Ernährung schließt Wechsel der Sonde ein

OLG Köln, Beschluss v. 06.05.2015 - 5 U 181/14

RID 15-04-223

juris

BGB §§ 278, 280, 823 I, 831

Hat der Patient oder ein für ihn handelnder Bevollmächtigter in eine künstliche Ernährung mittels Sonde **eingewilligt** und ist ein **Wechsel der Sonde** notwendig, darf das Krankenhaus regelmäßig davon ausgehen, dass der Patient mit dem Wechsel einverstanden ist. Der erneuten Einholung einer Einwilligung bedarf es in diesem Fall nur dann, soweit Anhaltspunkte für einen geänderten Willen des Patienten oder seines Bevollmächtigten vorliegen.

Die **Fehlplatzierung einer Magensonde** in die **Luftröhre** stellt eine äußerst selten vorkommende, aber verfahrenstypische Komplikation dar.

Aus medizinischer Sicht ist der Wechsel der Magensonde nicht zu **dokumentieren**.

4. Fixierung eines psychisch auffälligen, sich selbst gefährdenden Patienten

OLG Koblenz, Beschluss v. 22.12.2014 - 5 U 1132/14

RID 15-04-224

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823, 831, 1906; GG Art. 2, 104; StGB § 34 S. 2

Leitsatz: Wird ein psychisch auffälliger Patient im **Nachtdienst** auf der **Intensivstation** eines Krankenhauses durch eine **5-Punkt-Fixierung** ruhig gestellt, wodurch er sich bei seinen Befreiungsversuchen einen Muskelfaserriss zuzieht, haftet das Krankenhaus dafür nicht, sofern die Gesamtschau aller maßgeblichen medizinischen Fakten und sonstigen Umstände der konkreten Behandlungssituation ergibt, dass Ärzte und Pflegepersonal situationsangemessen (§ 34 Satz 2 StGB) unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes vorgegangen sind.

5. Sturz im Krankenhaus

OLG Hamm, Beschluss v. 18.03.2015 - 3 U 20/14

RID 15-04-225

juris

BGB § 823

Entscheidend ist, ob es vor dem Sturzereignis konkrete Hinweise auf eine akute **Sturzgefährdung** gab. Hingegen ist eine lediglich latent vorhandene **Sturzneigung** nicht geeignet, eine allgemeine Fixierung oder beständige Überwachung eines Patienten zu rechtfertigen. Denn neben dem Schutz vor krankheitsbedingten Selbstgefährdungen schuldet das Krankenhaus zugleich auch die Förderung der Selbstständigkeit und der Mobilität des Patienten im jeweils angemessenen Maße.

6. Haftung eines Durchgangsarztes

OLG Jena, Urteil v. 30.04.2015 - 4 U 893/13

RID 15-04-226

juris

ZPO § 529 I Nr. 1; GG Art. 34

Ein **Durchgangsarzt**, der die Heilbehandlung durchführt, übt deshalb kein öffentliches Amt aus und haftet für Fehler persönlich (BGH, Urt. v. 09.03.2010 - VI ZR 131/09 - juris Rn. 8).

Bei der **Entscheidung, ob eine besondere Heilbehandlung erforderlich** ist, erfüllt der Durchgangsarzt eine dem Unfallversicherungsträger obliegende Pflicht. Deshalb ist diese Entscheidung sowohl bei der Erstbeurteilung als auch bei der Nachschau als **Ausübung eines öffentlichen Amtes** zu betrachten (BGHZ 179, 115; VersR 2010, 768; BGH v. 04.03.2003 - VI ZR 101/07 - juris; BGHZ 63, 265). Ist seine Entscheidung über die Art der Heilbehandlung fehlerhaft und

wird der Verletzte dadurch geschädigt, so haftet für die Schäden nicht der Durchgangsarzt persönlich, sondern der Unfallversicherungsträger (BGH VersR 2010, 768). Gleiches gilt, wenn der Durchgangsarzt den Verletzten bei einer die Entscheidung vorbereitenden Untersuchung schädigt (BGHZ 63, 265). Ordnet der Durchgangsarzt hingegen die besondere Heilbehandlung an und schädigt den Patienten bei deren Durchführung aufgrund eines **Behandlungsfehlers**, so haftet er persönlich nach zivilrechtlichen Grundsätzen.

Nach § 529 I Nr. 1 ZPO ist das **Berufungsgericht** an die vom Gericht des ersten Rechtszuges festgestellten Tatsachen gebunden. Konkrete Anhaltspunkte, welche die Bindung des Berufungsgerichts an die vorinstanzlichen Feststellungen entfallen lassen, können sich aus Fehlern ergeben, die dem Eingangsgericht bei der Feststellung des Sachverhalts unterlaufen.

7. Schadenshöhe

a) Stundensatz bei Haushaltsführungsschaden

OLG Celle, Beschluss v. 02.11.2015 - 1 W 14/15

RID 15-04-227

juris
ZPO § 287

Leitsatz: Ein Stundensatz von 8,00 € ist sowohl hinsichtlich eines **Haushaltsführungsschadens** als auch hinsichtlich geltend gemachter Pflegekosten angemessen.

b) Ausfälle bei der Haushaltsführung

OLG Köln, Urteil v. 14.08.2013 - 5 U 232/11

RID 15-04-228

juris = MedR 2015, 599
ZPO § 287

Der **Gesamtaufwand** der allein bewältigten Haushaltstätigkeit vor der Operation mit angegebenen 34 Stunden ist glaubhaft bei einer **Wohnung** von 65 qm bzw. 75 qm und einem Haushalt, bei dem zwei Erwachsene und zwei heranwachsende Kinder zu versorgen sind (zum Zeitpunkt der Schädigung waren die Tochter 11 Jahre alt, der Sohn 7 Jahre alt).

Es ist ein **Stundensatz** von durchschnittlich 9,25 € zugrunde zu legen (Zeitraum 1998 bis 2007).

8. Schmerzensgeld

a) Schmerzensgeldbemessung bei Schwerstschadensfällen

OLG Köln, Beschluss v. 10.12.2014 - 5 U 75/14

RID 15-04-229

juris = GesR 2015, 541
ZPO §§ 513, 523, 531

Bei **Schwerstschadensfällen**, bei denen die Betroffenen irreversibel schwerste körperliche und geistige Behinderungen erlitten und dadurch die Möglichkeit eines Lebens als selbstbestimmte Persönlichkeit verloren haben, ergeben sich als bisher höchste rechtskräftig titulierte Schmerzensgelder Beträge in einem Rahmen von 300.000 € nebst Rente in Höhe von 300 € monatlich bis zu 500.000 € nebst Rente in Höhe von 500 €. Ein Schmerzensgeld in diesem Umfang (hier: 600.000 €) ist erforderlich, um einen massiven geistigen und körperlichen Schäden angemessen Rechnung zu tragen, an denen der Kl. sein Leben lang ohne Hoffnung auf Besserung leiden wird, aufgrund derer er lebenslänglich rund um die Uhr auf fremde Hilfe angewiesen sein wird, durch die ihm jede Chance auf ein selbstbestimmtes Leben genommen worden ist und die seine Persönlichkeit weitgehend zerstört haben.

Auch gesunde Menschen können sich an ihre Empfindungen und Erlebnisse in den ersten beiden Lebensjahren später nicht mehr erinnern, eine Erinnerung setzt insoweit vielmehr erst im Verlaufe des dritten Lebensjahres ein. Dementsprechend ergibt sich hinsichtlich des Empfindens der massiven Behinderungen kein erheblicher, bei der Schmerzensgeldbemessung berücksichtigungsfähiger Unterschied zwischen einem durch Geburtsschaden geschädigten Betroffenen und einem Betroffenen,

der vor seiner Schädigung für die **Dauer von zwei bis drei Lebensjahren ein normales und gesundes Leben** hat kennenlernen können.

b) Schmerzensgeld deutlich über 15.000 €/Anwaltsgebühren für vorgerichtliche Tätigkeiten

OLG Köln, Beschluss v. 19.03.2015 - 5 W 7/15

RID 15-04-230

juris = GesR 2015, 497

RVG § 14; RVG-VV Nr. 2300

Ein **Schmerzensgeld deutlich über 15.000 €** ist nur zu rechtfertigen, wenn **Dauerfolgen von erheblichem Umfang** vorliegen. Bei einer Leidenszeit von etwa sieben Monaten, die durch schwerwiegende Operationen, einen verzögerten und schmerzhaften Heilungsverlauf und vor allem durch den zeitweiligen künstlichen Darmausgang mitsamt der ohne weiteres nachvollziehbaren psychischen Beeinträchtigungen geprägt war, ist dies nicht der Fall.

Bei der **Geschäftsgebühr nach Nr. 2300 RVG-VV** ist eine Rahmengebühr nach § 14 RVG der Einsatz von Spezialkenntnissen, um die es sich beim Arzthaftungsrecht wie allgemein beim Medizinrecht handelt, als Kriterium rechtlicher Schwierigkeit auch zugunsten des **Spezialisten** anzuerkennen. Es kommt demnach nicht maßgeblich darauf an, ob für die mit der Sache befassten Anwälte speziell dieser auf Arzthaftungsrecht spezialisierten Kanzlei es sich um einen „Durchschnittsfall“ handelt, oder ob er auch aus Sicht eines Spezialisten außergewöhnlich umfangreich oder schwierig ist. Für den **Umfang der entfalteten Tätigkeit** ist maßgeblich weniger die Anzahl der bislang aufgelaufenen Seiten der Gerichtsakte als vielmehr die vorprozessual durch die Anwälte der Ast. entfaltete Tätigkeit (hier: Gebühr von 2,0).

c) Schmerzensgeldhöhe: Schwere Komplikation bei Schwangerschaftsabbruch

OLG Köln, Urteil v. 08.06.2015 - 5 U 128/14

RID 15-04-231

juris

ZPO § 522 II

Eine **schwere Komplikation bei einem Schwangerschaftsabbruch** kann bei **bestehendem Kinderwunsch** eine schwere persönliche Belastung darstellen. Dies ist offenkundig und bedarf keines Beweises. Ein Schmerzensgeld von 25.000 € ist angemessen.

9. Sachverständige

a) Pflicht zur Neutralität auch gegenüber unsachlicher Kritik der Partei

OLG Naumburg, Beschluss v. 16.04.2015 - 10 W 57/14

RID 15-04-232

juris

ZPO § 413; JVEG § 8a II

Die **begründete Ablehnung** des Sachverständigen und die hierdurch bedingte Unverwertbarkeit des Gutachtens führen dann zur Vernichtung des **Vergütungs-oder Entschädigungsanspruchs** des Sachverständigen, wenn dieser den Ablehnungsgrund verschuldet hat. Bei einem erst im Verlauf des Verfahrens entstandenen Ablehnungsgrund kommen allerdings nur Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit in Betracht.

Ein Sachverständiger, der es ablehnt, auf fünf Punkte aus dem vorangegangenen klägerischen Schriftsatz einzugehen, handelt grob fahrlässig. Es gehört zu den elementaren Aufgaben des Sachverständigen, die **Neutralität** auch gegenüber **unsachlicher Kritik der Partei** zu wahren. Ausdruck dieser Neutralität ist es stets, auf den sachlichen Teil der von einer Partei geäußerten Kritik mit fachlicher Argumentation einzugehen. Es mag dem Sachverständigen unbenommen sein, darauf hinzuweisen, dass er die Diktion der Partei als unangemessen empfindet. Ebenfalls kann er unsachliche Anteile der Kritik als solche identifizieren und zurückweisen, wenn ein inhaltliches Eingehen nicht möglich erscheint. Den sachlichen Anteil der Kritik muss der Sachverständige jedoch herausfiltern und mit fachlicher Information beantworten. Fragen der Partei dürfen dabei auch nicht

mit der Begründung unbeantwortet bleiben, dass sie ihrerseits Ausdruck ungenügender Fachkenntnis auf dem zu begutachtenden Gebiet seien.

Es obliegt auch nicht dem **Gericht**, die Einwendungen der Parteien vor ihrer Mitteilung an den Sachverständigen darauf hin zu filtern, ob sie sachlichen Gehalt aufweisen oder nicht.

b) Keine Besorgnis der Befangenheit aufgrund Arzthaftungsstreitigkeiten

OLG Köln, Beschluss v. 13.04.2015 - 5 U 129/14

RID 15-04-233

juris
ZPO §§ 42, 406

Der Umstand, dass die **Prozessbevollmächtigten des Kl.** in einem Arzthaftungsprozess einige Mandanten in **Arzthaftungsstreitigkeiten gegen den Gerichtssachverständigen** vertreten haben, rechtfertigt für sich genommen nicht die **Besorgnis der Befangenheit**. Dies würde selbst dann gelten, wenn der Sachverständige in den abgeschlossenen Rechtsstreitigkeiten mit Erfolg wegen ärztlicher Fehler in Anspruch genommen worden sein sollte.

Vorgehend: Hinweisbeschl. v. 02.03.2015 - 5 U 129/14 - juris.

10. Verfahrensrecht

a) Keine Verpflichtung zur mündlichen Verhandlung

OLG Köln, Beschluss v. 03.08.2015 - 5 U 197/14

RID 15-04-234

juris
ZPO § 522 II

In Arzthaftungssachen kann von § 522 II ZPO Gebrauch gemacht werden. Ein Ausschluss für Arzthaftungssachen findet sich nicht im Gesetz. Richtig ist, dass Arzthaftungssachen Streitigkeiten sein können, die wegen der Zerstörung von Gesundheit durch eine ganz besondere Betroffenheit bis hin zu persönlicher Verzweiflung und durch eine existenzielle Bedeutung gekennzeichnet sind, wo die **mündliche Erörterung** mit dem betroffenen Patienten eine Frage prozessualer Fairness ist. Insofern nimmt der erkennende Senat für sich in Anspruch, sehr genau zu überprüfen, ob eine mündliche Verhandlung auch bei einer als aussichtslos beurteilten Berufung dazu geeignet ist, dem betroffenen Patienten das Gefühl zu geben, durch unmittelbare Auseinandersetzung ernst genommen und gehört zu werden. Der Senat handelt durchaus nach dem Grundsatz „im Zweifel für die mündliche Verhandlung“. So wird im Zweifel mündlich verhandelt, wenn der gesundheitliche Schaden beträchtlich ist und wenn feststeht oder zumindest naheliegt, dass der Schaden zwar nicht vorwerfbar, aber doch zweifelsfrei iatrogen (also durch den Arzt) verursacht wurde. Es gilt umgekehrt, wenn (bei entsprechend großer gesundheitlicher Beeinträchtigung) der Fehler des Arztes feststeht, aber die Kausalität nicht beweisbar ist. Es gilt regelmäßig, wenn Kinder in sehr schwerer Weise betroffen sind. Es gilt ferner, wenn ein klagender Patient auch erstinstanzlich bislang keine Chance hatte, selbst vor einem Gericht zu Wort zu kommen.

b) Keine überlange Stellungnahmefrist zur Einholung eines Privatgutachtens

OLG Köln, Beschluss v. 22.09.2014 - 5 U 150/13

RID 15-04-235

juris = GesR 2015, 497
ZPO §§ 224 II, 522 II

Ob die **Frist zur Stellungnahme** auf einen Hinweis nach § 522 II ZPO im Arzthaftungsprozess für den Patienten so bemessen werden muss, dass dieser nicht nur Gelegenheit hat, sich fachkundig beraten zu lassen, sondern auch ein **Privatgutachten einzuholen**, kann vorliegend dahinstehen. Der Senat neigt allerdings zu der Auffassung, dass dies unter Berücksichtigung des Beschleunigungsgrundsatzes regelmäßig nicht der Fall ist. Dies gilt insb. dann, wenn sich der Hinweis im Rahmen der Begründung des erstinstanzlichen Urteils hält. Bei dieser Fallgestaltung kann eine Partei ihren Anspruch auf rechtliches Gehör grundsätzlich dadurch wahren, dass sie zu einem früheren Zeitpunkt ein Privatgutachten in Auftrag gibt.

Es muss glaubhaft gemacht werden, dass es innerhalb der Stellungnahmefrist von elf Wochen **ohne Verschulden** nicht möglich war, ein Privatgutachten erstellen zu lassen und vorzulegen.

c) Abgrenzung eines Parteiwechsels von einer Rubrumsberichtigung

OLG Koblenz, Beschluss v. 06.05.2015 - 5 W 305/15

RID 15-04-236

juris = GesR 2015, 633
ZPO §§ 253, 263, 264, 269, 319

Leitsatz: Auch im Arzthaftungsprozess ist die **Bezeichnung einer Partei** auslegungsfähig. Entscheidend ist nicht das erkennbar fehlerhaft Verlautbarte, sondern das ersichtlich Gewollte. Soll im Arzthaftungsprozess nach dem Gesamtzusammenhang des Klagevorbringens zweifelsfrei der Träger des Krankenhauses in Anspruch genommen werden, in dem die behauptete Fehlbehandlung erfolgte, kann die Fehlbezeichnung dieses Trägers nach § 319 ZPO berichtigt werden (Fortführung von OLG Koblenz, Urteil vom 20. November 2008, 5 U 688/08, OLGR Koblenz 2009, 251).

d) Örtliche Zuständigkeit

aa) Gerichtsstand der unerlaubten Handlung: Unterlassung ordnungsgemäßer Behandlung

OLG Hamm, Beschluss v. 16.06.2015 - 32 SA 17/15

RID 15-04-237

juris = GesR 2015, 632
ZPO §§ 32, 36 I Nr. 3

Leitsatz: Im Arzthaftungsprozess bestimmt sich der Erfolgsort des **Gerichtsstands der unerlaubten Handlung** regelmäßig nach dem Ort der in Frage stehenden fehlerhaften ärztlichen Behandlung, wenn durch diese die **primäre Gesundheitsbeschädigung** des klagenden Patienten eingetreten ist. Das gilt auch bei einer im Rahmen einer **Praxisbehandlung** geltend gemachten Unterlassung ordnungsgemäßer Diagnostik und Behandlung: der Erfolgsort liegt in der Praxis, wenn mit dem Unterlassen eine primäre gesundheitliche Folge, wie z.B. eine unnötige Fortdauer eines Schmerzzustandes, verbunden war. Der Ort, an dem verbleibende oder vertiefende Schmerzen als weitere sekundäre Schadensfolgen der zuvor vollendeten ärztlichen Behandlung eingetreten sind, ist kein Erfolgsort im Sinne von § 32 ZPO.

bb) Erfolgsort des Gerichtsstands nach primärer Gesundheitsbeschädigung

OLG Hamm, Beschluss v. 19.06.2015 - 32 SA 25/15

RID 15-04-238

juris
ZPO §§ 32, 36 I Nr. 3

Leitsatz: Im Arzthaftungsprozess bestimmt sich der **Erfolgsort des Gerichtsstands** der unerlaubten Handlung regelmäßig nach dem Ort der in Frage stehenden fehlerhaften ärztlichen Behandlung, wenn durch diese die **primäre Gesundheitsbeschädigung** des klagenden Patienten eingetreten ist. Der Ort, an dem weitere sekundäre Schadensfolgen einer zuvor vollendeten ärztlichen Behandlung eingetreten sind, ist kein Erfolgsort im Sinne von § 32 ZPO.

11. Zahnärzte

a) Nicht nachvollziehbare prothetische Versorgung

LG Bochum, Urteil v. 07.01.2015 - 6 O 365/13

RID 15-04-239

juris
BGB §§ 280 I, 823 I

Ist die vorgenommene **Präparation der als solche noch gesunden Zähne** 11, 12, 21 und 22 und eine diesbezügliche prothetische Versorgung der Zähne in der Form nicht nachvollziehbar und nicht indiziert, da allein das kosmetische Problem des Herauswachsens der Zähne keine Rechtfertigung für die vorgenommene Maßnahme gibt, liegt ein **grober Behandlungsfehler** vor. Bei einem entsprechenden Wunsch des Patienten muss der Zahnarzt den Patienten deutlich und ggf. auch mit

drastischen Worten **vor Augen führen**, dass mit einer solchen Behandlung schwerwiegendere Risiken für die bisher noch gesunden Zähne verbunden sein würden, da dieses ein massives Abschleifen der gesunden Zähne mit einem möglichen Schleiftrauma, wie es sich nachträglich hier dann auch verwirklicht hat, verbunden sein würde, ohne dass auf längere Sicht das Grundproblem damit behoben werde.

Die Kammer hält ein **Schmerzensgeld** von 6.000 € für angemessen, aber auch ausreichend. Darüber hinaus steht der Kl. ein Schadensersatzanspruch auf **Rückzahlung des Honorars** zu.

b) Keine völlige Unbrauchbarkeit einer prothetischen Versorgung bei langer Tragedauer (6 ½ Jahre)

OLG Köln, Beschluss v. 30.03.2015 - 5 U 139/14

RID 15-04-240

juris

BGB §§ 280, 823 I, 831

Sind die Leistungen des Zahnarztes für den betroffenen Patienten nicht völlig unbrauchbar, können **Schadensersatzansprüche** des Patienten wegen der Kosten für eine fehlerbedingt **erforderlich gewordene Nachbehandlung** dem Honoraranspruch des Zahnarztes nur - etwa im Wege der Aufrechnung - entgegengesetzt werden, wenn diese Nachbehandlung tatsächlich stattgefunden hat und der betroffene Patient hierfür Kosten aufgewandt hat. Ein Vorschussanspruch für eine fehlerbedingt erforderliche, aber noch nicht durchgeführte bzw. konkret in Angriff genommene Nachbehandlung steht dem betroffenen Patienten nicht zu. Es verbleibt die Möglichkeit, den in Höhe der Herstellungskosten, d. h. in Höhe der Nachbehandlungskosten angestrebten Schadensersatz mit einem Antrag auf Feststellung der Kostentragungspflicht durch den Schädiger zu verfolge.

Der Annahme der völligen Unbrauchbarkeit der umstrittenen Leistungen eines Zahnarztes steht bereits der Umstand entgegen, dass die Patientin die **prothetische Versorgung** auch nach ihrem eigenen Vortrag **seit nunmehr gut sechseinhalb Jahren in unveränderter Form trägt**. Denn einen der Annahme der völligen Unbrauchbarkeit entgegenstehenden wirtschaftlichen Wert für den betroffenen Patienten stellt eine Versorgung auch dann dar, wenn sie zwar objektiv wertlos ist, der Patient sie aber gleichwohl nutzt (vgl. hierzu etwa BGH v. 29.03.2011 - VI ZR 133/10 - VersR 2011, 883, juris Rn. 18 m.w.N.). Es spielt keine Rolle, aus welchem Grund die umstrittene Versorgung getragen wird.

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel

1. BVerwG: Teilidentische Arzneimittelbezeichnungen

BVerwG, Beschluss v. 29.04.2015 - 3 B 29.14

RID 15-04-241

juris = PharmR 2015, 364 = GesR 2015, 494

AMG § 25 III 1

Leitsatz: Der Begriff der **gleichen Bezeichnung** in § 25 Abs. 3 Satz 1 AMG hebt auf die vollständige Bezeichnung des Arzneimittels ab. Eine Teilidentität der Bezeichnung genügt daher nicht, um die Voraussetzung der Bezeichnungsgleichheit zu erfüllen.

2. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Patientenindividuell zusammengestellte Arzneimittelblister und einheitlicher Abgabepreis

BGH, Urteil v. 05.03.2015 - I ZR 185/13

RID 15-04-242

juris

UWG § 4 Nr. 11; AMG § 78; AMPPreisV § 1; GG Art. 12 I

Leitsatz: Patientenindividuell zusammengestellte Arzneimittelblister

1. Die Bestimmung des § 1 Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 AMPPreisV, nach der für verschreibungspflichtige Arzneimittel keine **Preisbindung** gemäß § 78 Abs. 1 und 2 Satz 2 AMG in Verbindung mit den Bestimmungen der Arzneimittelpreisverordnung bei der Abgabe von aus Fertigarzneimitteln entnommenen **Teilmengen** besteht, wenn deren Darreichungsform, Zusammensetzung und Stärke

unverändert bleibt, ist nicht im Hinblick auf ihre Entstehungsgeschichte dahingehend einschränkend auszulegen, dass eine **ärztliche Verordnung** für patientenindividuell zusammengestellte Blister und für die Entnahme von Teilmengen vorliegen muss.

2. Die in § 78 Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 1 AMG geregelte Pflicht des **pharmazeutischen Unternehmers** zur Sicherstellung eines **einheitlichen Abgabepreises** dient der Gewährleistung einheitlicher Apothekenabgabepreise für preisgebundene Arzneimittel gemäß § 78 Abs. 2 Satz 2 AMG und besteht nicht, wenn die Preise und Preisspannen der Arzneimittelpreisverordnung nach § 1 Abs. 3 oder 4 AMPreisV nicht eingehalten werden müssen.

b) Abschlag auf Herstellerabgabepreis verfassungsrechtlich gerechtfertigt

BGH, Urteil v. 30.04.2015 - I ZR 127/14

RID 15-04-243

juris

GG Art. 3 I, 12 I, 100 I 1; AMRabG §§ 1 I, 2, 3

Leitsatz: Abschlagspflicht

1. § 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel (**Arzneimittelrabattgesetz**, AMRabG, BGBl. I 2010, S. 2262) verstößt nicht gegen das Grundrecht der **Berufsfreiheit eines pharmazeutischen Unternehmers** aus Art. 12 Abs. 1 GG. Die durch § 1 Satz 1 AMRabG geregelte Verpflichtung der pharmazeutischen Unternehmer, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und Beihilfeträgern einen **Abschlag** in Höhe eines prozentualen Anteils des Herstellerabgabepreises zu gewähren, greift zwar in die Berufsausübungsfreiheit der pharmazeutischen Unternehmer ein. Der Eingriff ist jedoch verfassungsrechtlich gerechtfertigt. Der Regelung liegen mit den Zielen der Gewährleistung eines bezahlbaren privaten Krankenversicherungsschutzes und der Schonung der öffentlichen Haushalte vernünftige Zwecke des Gemeinwohls zugrunde. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist gewahrt. Die Auferlegung des Abschlags ist nicht unzumutbar, weil eine wirtschaftliche Überforderung oder gar eine Gefährdung des Bestands der Branche der pharmazeutischen Industrie nicht festgestellt werden kann.

2. § 1 AMRabG verstößt nicht gegen das Grundrecht des Art. 3 Abs. 1 GG. Die Heranziehung der pharmazeutischen Unternehmer zur Gewährung eines Preisabschlags stellt im Hinblick darauf, dass andere Beteiligte der Gesundheitsversorgung - etwa Ärzte - davon nicht betroffen sind, keine grundrechtswidrige **Ungleichbehandlung** dar, weil die Differenzierung von Maßnahmen zur Kosteneinsparung nach einzelnen Leistungsbereichen sachgerecht ist. Angesichts der Vielgestaltigkeit der Faktoren, die für die Kostenentwicklung in den jeweiligen Leistungsbereichen maßgeblich sind, besteht keine Pflicht des Gesetzgebers zur schematischen Kosteneinsparung in allen Leistungsbereichen.

3. Apotheker

a) Keinen Einkaufsgutschein für rezeptpflichtiges, preisgebundenes Arzneimittel

LG Berlin, Urteil v. 13.05.2015 - 97 O 12/15

RID 15-04-244

juris = PharmR 2015, 414

HeilMWebG § 7 I 1; AMG §§ 2, 78 III; UWG § 3

Ein **Apotheker** darf im geschäftlichen Verkehr Kunden, die ein Rezept für ein rezeptpflichtiges, preisgebundenes Arzneimittel einlösen, keinen Einkaufsgutschein über einen Euro gewähren.

Eine **Aussetzung des Rechtsstreits** aufgrund OLG Düsseldorf, Beschl. v. 24.03.2015 - 20 U 149/13 - (**Vorlage an den EuGH**) kommt nicht in Betracht, weil die Entscheidung des vorliegenden Rechtsstreits nicht von jenem Rechtsverhältnis abhängt, § 148 ZPO. Allein die Möglichkeit, dass eine Entscheidung des EuGH mittelbar Einfluss auf die Verpflichtung zur Einhaltung der Preisbindung durch deutsche Apotheken haben könnte, reicht nicht, zumal da der Gemeinsame Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes entschieden hat, dass das deutsche Arzneimittelpreisrecht mit dem Unionsrecht im Einklang steht (GmS-OGB GRUR 2013, 417 Tz. 34 ff. - Medikamentenkauf im Versandhandel).

b) Insolvenzrecht: Keine Anordnung der Eigenverwaltung bei drohender Gläubigerbenachteiligung

AG Essen, Beschluss v. 01.09.2015 - 163 IN 14/15

RID 15-04-245

juris = ZInsO 2015, 1981

InsO § 270a; ApoG § 5; StGB § 266a

Leitsatz: Die drohende Schließung einer Apotheke gem. § 5 ApoG führt im Rahmen der gerichtlichen Ermessensentscheidung nicht zu einer **Anordnung der Eigenverwaltung**, wenn schwerwiegende Umstände bekannt geworden sind, die eine zukünftige Benachteiligung der Gläubiger erwarten lassen.

c) Befreiung von der Rentenversicherungspflicht

SG München, Urteil v. 05.02.2015 - S 15 R 928/14

RID 15-04-246

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

ApoG § 2

Leitsatz: 1. Die von der Beklagten aufgestellte Befreiungsvoraussetzung, dass die **Approbation als Apotheker zwingende Voraussetzung** für die Ausübung einer apothekerlichen Tätigkeit sein muss, lässt sich weder aus dem Gesetz noch aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung ableiten. Sie führte dazu, dass alleine Tätigkeiten in einer öffentlichen oder in einer Krankenhaus-Apotheke befreiungsfähig wären.

2. Eine Befreiung ist vielmehr für **alle Tätigkeiten** zu erteilen, die zum wesentlichen **Kernbereich der pharmazeutischen Tätigkeit** gehören.

3. Die Voraussetzungen hierfür sind anhand der einschlägigen versorgungs- und kammerrechtlichen Normen zu prüfen.

4. Für eine Tätigkeit, die sich mit der Entwicklung, Herstellung und Prüfung von Medikamenten der Humanmedizin in der pharmazeutischen Industrie befasst, spricht eine tatsächliche Vermutung für eine apothekerliche Tätigkeit.

4. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Werbung mit nicht zulassungskonformer Dosisempfehlung

OLG Hamburg, Urteil v. 30.07.2015 - 3 U 93/14

RID 15-04-247

juris

UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8 I; HeilMVerbG § 3a S. 2

§ 3a HeilMVerbG erfasst auch Fallgestaltungen, in denen sich die Werbung für ein zugelassenes Arzneimittel auf **von der Zulassung nicht umfasste Anwendungsgebiete, Darreichungsformen und nicht der Zulassung entsprechende Dosierungen** bezieht. Denn auch dann fehlt es nicht anders als bei insgesamt nicht zugelassenen Arzneimitteln an der für die Verkehrsfähigkeit des Mittels erforderlichen medizinisch-pharmakologischen Überprüfung durch die Zulassungsbehörde.

Mit einer der Fachanweisung widersprechenden Dosierung darf nicht geworben werden. Die Dosierung ist fester Bestandteil des Zulassungsverfahrens. Eine dennoch vorgenommene Werbung ist **irreführend**.

b) Bewerbung eines Bluttests

LG Potsdam, Urteil v. 20.05.2015 - 52 O 136/13

RID 15-04-248

juris = Magazindienst 2015, 793

UWG § 5

Die **Bewerbung eines Bluttests** mit der **Aussage** "ALCATTEST der führende Bluttest zur Abklärung von Intoleranzen rund um die Ernährung" ist irreführend, wenn die Aussage **wissenschaftlich umstritten** ist und der Werbende die Bedenken nicht ausräumen kann.

5. Kein Erwerb eines Betäubungsmittels in tödlicher Dosis zum Zweck der Selbsttötung

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.08.2015 - 13 A 1299/14

RID 15-04-249

juris = A&R 2015, 231

BtMG §§ 3 I, 5 I Nr. 6; GG Art. 1 I, 2 II 1; EMRK Art. 8

- Leitsatz:** 1. Zur Ursächlichkeit einer Verletzung der EMRK für ein Urteil i. S. v. § 580 Nr. 8 ZPO.
2. Zur Klagebefugnis eines Klägers für eine Fortsetzungsfeststellungsklage, mit der festgestellt werden soll, dass die gegenüber seiner verstorbenen Ehefrau erfolgte Ablehnung der Erlaubnis zum Erwerb eines Betäubungsmittels zur Selbsttötung rechtswidrig war.
3. Der Erteilung einer Erlaubnis gemäß § 3 Abs. 1 BtMG zum **Erwerb eines Betäubungsmittels in tödlicher Dosis zum Zweck der Selbsttötung** steht der zwingende Versagungsgrund gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG entgegen. Ein Ermessen der Behörde ist nicht eröffnet.
4. § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG steht jeder Erlaubnis für einen Verkehr mit Betäubungsmitteln entgegen, der sich **für die Gesundheit schädlich** auswirkt.
5. Eine positive Förderung der Gesundheit ist für eine Erlaubnis hingegen nicht erforderlich. Die **Grund- oder Konventionsrechte** von Personen mit Selbsttötungsabsicht fordern keine andere Auslegung von § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG.
6. Grund- oder Konventionsrechte seiner verstorbenen Ehefrau kann ein Kläger auch in dieser Fallkonstellation nicht geltend machen.
7. Die Erlaubnis gemäß § 3 Abs. 1 BtMG steht im **Ermessen** des BfArM. Dieses ist derzeit zulasten einer Erlaubnis zum Erwerb von Betäubungsmitteln in tödlicher Dosis zur Selbsttötung auf Null reduziert.

6. Arzneimittelrabattverträge: Bietergemeinschaften im Konzernverbund/Sortimentsbreite

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 29.07.2015 - VII-Verg 5/15

RID 15-04-250

juris

SGB V § 130a VIII

Im **Vergabeverfahren** sind auch **Bietergemeinschaften im Konzernverbund** vergabe- und kartellrechtlich grundsätzlich zulässig.

Das **mittelbare Kriterium der Sortimentsbreite** ist nicht zu beanstanden.

7. Vereinbarkeit der Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel mit EU-Recht

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 24.03.2015 - 20 U 149/13

RID 15-04-251

juris = PharmR 2015, 323 = WRP 2015, 1018 = MedR 2015, 605

AEUV Art. 34, 36, 267; AMG § 78

Leitsatz: Das OLG Düsseldorf legt dem EuGH folgende Fragen zur Vorabentscheidung vor:

1. Ist Art. 34 AEUV dahingehend auszulegen, dass eine durch nationales Recht angeordnete **Preisbindung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln** eine Maßnahme gleicher Wirkung im Sinne von Art. 34 AEUV darstellt?

2. Sollte der Gerichtshof die Frage zu Nummer 1) bejahen:

Ist die **Preisbindung** bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln gemäß Art. 36 AEUV zum Schutze der Gesundheit und des Lebens von Menschen **gerechtfertigt**, wenn nur durch sie eine gleichmäßige und flächendeckende Arzneimittelversorgung der Bevölkerung in ganz Deutschland, insbesondere in den ländlichen Gebieten gewährleistet wird?

3. Sollte der Gerichtshof auch die Frage zu Nummer 2) bejahen:

Welche **Anforderungen** sind an die **gerichtliche Feststellung** zu treffen, dass der in Ziffer 2 2. Halbsatz genannte Umstand tatsächlich zutrifft?

8. Beihilfe

a) Beschränkung der Beihilfefähigkeit auf apothekenpflichtige Arzneimittel

VG München, Urteil v. 17.08.2015 - M 17 K 15.1706

RID 15-04-252

juris

BhV Bayern § 18 S. 1 Nr. 1

Die Beschränkung der Beihilfefähigkeit auf **apothekenpflichtige Arzneimittel** ist mit höherrangigem Recht vereinbar.

Bei „Methylcobalamin Kapseln“ und „Vitasprint B12 Trinkampullen“ handelt es sich nicht um Arzneimittel i.S.v. 18 S. 1 Nr. 1 BayBhV i.V.m. § 2 AMG, sondern um **Nahrungsergänzungsmittel**.

b) Beschränkung der Beihilfefähigkeit von Medizinprodukten

VGH Bayern, Urteil v. 10.08.2015 - 14 B 14.766

RID 15-04-253

juris

BBG § 80 IV; BBhV § 7; SGB V § 31

Leitsatz: Die Beihilfefähigkeit von **Medizinprodukten** wird durch § 22 Abs. 1 Satz 2 BBhV (a.F.) 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** (wie BVerwG, UrT. v. 26.3.2015 - 5 C 9.14 - zu § 22 Satz 2 der Landesbeihilfeverordnung Berlin).

c) Hepatitis A-Schutzimpfung nach der BBhV

VG Ansbach, Urteil v. 20.05.2015 - AN 1 K 14.01894

RID 15-04-254

juris

BBhV § 41; SGB V § 20d

Hinsichtlich der **Einschränkung** der Beihilfefähigkeit der Kosten bei Reiseschutzimpfungen auf Fälle einer beruflichen Veranlassung bestehen keine rechtlichen Bedenken.

d) Regeneresen: Präparate NeyChon und NeyAth

VGH Bayern, Beschluss v. 24.07.2015 - 14 ZB 15.372

RID 15-04-255

juris

BhV Bayern § 7 I 1 Nr. 1

Die **Präparate NeyChon und NeyAthos** sind als sog. **Regeneresen** von der Beihilfe ausgeschlossen. Es mangelt ihnen jedenfalls allgemeiner wissenschaftlicher Anerkennung.

Einer **Behandlungsmethode** muss, um „**anerkannt**“ zu sein, von dritter Seite – also von anderen als dem oder den Urhebern – attestiert werden, zur Heilung einer Krankheit oder zur Linderung von Leidensfolgen geeignet zu sein und wirksam eingesetzt werden zu können. Um „wissenschaftlich“ anerkannt zu sein, müssen Beurteilungen von solchen Personen vorliegen, die an Hochschulen oder anderen Forschungseinrichtungen als Wissenschaftler in der jeweiligen medizinischen Fachrichtung tätig sind. Um „allgemein“ anerkannt zu sein, muss die Therapieform zwar nicht ausnahmslos, aber doch überwiegend in den fachlichen Beurteilungen als geeignet und wirksam eingeschätzt werden (vgl. z.B. VGH Bayern, Beschl. v. 18.02.2015 - 14 ZB 13.1022 - RID 15-02-358, juris Rn. 7 m.w.N.).

e) Präparat „Melatonin 5 mg Junek Kapseln“

VGH Bayern, Beschluss v. 06.08.2015 - 14 ZB 15.210

RID 15-04-256

juris

BBhV § 22; AMG § 21 I

Das in Österreich erworbene Präparat „**Melatonin 5 mg Junek Kapseln**“, wo es durch eine österreichische Firma als diätetisches Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke zur

Behandlung von Jetlag vertrieben wird, ist nicht beihilfefähig, da der Wirkstoff der Kapseln Melatonin **keine deutsche oder europäische Zulassung** hat (vgl. § 21 I AMG).

f) Diätetische Lebensmittel

VGH Bayern, Beschluss v. 03.08.2015 - 14 ZB 15.1012

RID 15-04-257

juris
BhV Bayern § 18

Es ist Sache des Kl., die **Arzneimittleigenschaft** der ihm verordneten Produkte substantiiert zu **belegen**, da es den allgemeinen Grundsätzen der Beweislast entspricht, dass derjenige, der einen Anspruch auf Leistung geltend macht, die materielle Beweislast für die anspruchsbegründenden Umstände zu tragen hat. Dies gilt insb., wenn nach den Herstellerangaben objektiv von **diätetischen Lebensmitteln** für besondere medizinische Zwecke auszugehen ist.

g) Hilfsmittel: Beihilfeausschluss/Beschränkung von Sehhilfen für Erwachsene

VGH Bayern, Urteil v. 14.07.2015 - 14 B 13.654

RID 15-04-258

BeckRS 2015, 48631
BhV Bayern §§ 2 I Nr. 1, 7 I 1, 22 I

Leitsatz: Der in § 22 Abs. 1 Satz 1 BayBhV vorgenommene grundsätzliche **Beihilfeausschluss** von **Sehhilfen** für Erwachsene bzw. die Beschränkung der Erstattung auf einige wenige Diagnosen ist im Hinblick auf den Personenkreis der Erwachsenen, die eine gravierende Sehschwäche haben, unwirksam. Jedenfalls bei Vorliegen einer **gravierenden Sehschwäche** handelt es sich bei den Kosten für eine (ärztlich verordnete) Brille um Aufwendungen, die notwendig sind, um wesentliche Verrichtungen des täglichen Lebens bewältigen zu können. In solchen Fällen ist durch einen Beihilfeausschluss der nicht zur Disposition des Dienstherrn stehende Wesenskern der Fürsorgepflicht betroffen mit der Folge, dass die Beihilfefähigkeit nicht ausgeschlossen werden darf.

h) Heilmittel: Keine Beihilfefähigkeit der konduktiven Förderung nach Petö

VG Münster, Urteil v. 01.09.2015 - 5 K 572/15

RID 15-04-259

juris
BBhV § 6 II 1

Leitsatz: Die **konduktive Förderung nach Petö** ist nicht beihilfefähig.

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. Privatbehandlung

a) Anspruch auf Negativauskunft über Behandlungsfehler

OLG Oldenburg, Beschluss v. 25.08.2015 - 5 W 35/15

RID 15-04-260

juris = GesR 2015, 636
BGB § 630 II 2

Leitsatz: 1. § 630 Abs. 2 S. 2 BGB gewährt dem Patienten u.U. auch einen Anspruch auf eine Erklärung des Behandlers, dass für ihn keine Umstände erkennbar sind, welche die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen können (sog. **Negativauskunft**).

2. Gibt der Behandler eine entsprechende Erklärung erst in der mündlichen Verhandlung ab, ist regelmäßig eine Aufhebung der **Kosten** nach beiderseitiger Erledigungserklärung angemessen.

b) Vorlage von Proben außerhalb des Praxissitzes

AG Hamburg, Urteil v. 07.11.2014 - 4 C 345/14

RID 15-04-261

juris

BGB §§ 630g I 3, 811 II 2

Nach § 630g I BGB ist dem Patienten auf Verlangen unverzüglich **Einsicht** in die vollständige, ihn betreffende **Patientenakte** zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Gemäß § 811 BGB, welcher nach § 630g I 3 BGB entsprechend auf das Einsichtsrecht des Patienten anwendbar ist, hat die Vorlegung bzw. Einsichtnahme an dem Orte zu erfolgen, an welchem sich die Patientenunterlagen befinden. Diese Grundsätze finden auf **Präparate und Befundproben**, welche sich beim behandelnden Arzt befinden, entsprechende Anwendung.

Die Vorlegung an einem **anderen** als den **Ort**, an dem sich die vorzulegende Sache befindet, kann verlangt werden wenn ein wichtiger Grund vorliegt. Dies gilt jedoch nur, soweit dem Arzt die zu erwartenden Kosten bezüglich der Vorlage an einem anderen Ort vorgeschossen werden oder wegen der Gefahr Sicherheit geleistet wird, § 811 II 2 BGB. Bis zur Leistung des Vorschusses kann die Vorlegung verweigert werden. Bei den aufgrund der Vorlage anfallenden Kosten handelt es sich regelmäßig um Kosten des Transports, der Verpackung und der Versendung.

c) Mischung aus konventionellem Fertigungsverfahren und Chairside-Fertigungsverfahren

LG Dortmund, Urteil v. 11.12.2014 - 4 O 75/11

RID 15-04-262

juris

BGB § 611

Eine Mischung zwischen einem **konventionellen Fertigungsverfahren** im Labor und einem **Chairside-Fertigungsverfahren** am Behandlungsstuhl ist zulässig. Der **Zahnarzt** fertigt zunächst eine Abformung. Diesen Abdruck übersendet er dann dem Fremdlabor, wo ein Sägemodell hergestellt wird. Dieses Modell wird wiederum ihm zugesandt. Er selbst fertigt dann in seinem Labor ebenfalls Modelle und dann auch einen 3D-Abdruck, den er bearbeitet. Er fertigt alsdann selbst die Kronen, bei denen er die funktionelle Optimierung vornimmt. Die Kronen werden alsdann noch einmal ins Fremdlabor gesandt, das dann eine optische Optimierung vornimmt. Die Kronen werden demnach zweimal hin- und her gesandt. Diese Fertigungsverfahren ist nicht zu beanstanden.

Erklärt der Zahnarzt vor Behandlungsbeginn klar und deutlich, dass damit zu rechnen ist, dass Kosten von Krankenkasse und Versicherung nicht übernommen werden, und besteht der Patient gleichwohl in keiner Weise auf einen Kostenvoranschlag oder auf eine Kostenschätzung, so ist der Hinweis an den Patienten ausreichend, dass mit **erhöhten Kosten** zu rechnen ist.

d) Wahlleistungen

aa) Chefärztliche Leistungen in Klinik für psychosomatische Medizin

OLG Celle, Urteil v. 15.06.2015 - 1 U 98/14

RID 15-04-263

juris

BGB § 613; GOÄ § 4 II 1

Eine Chefärztin einer **Klinik für psychosomatische Medizin** kann **Wahlleistungen** abrechnen, die sie **nicht persönlich erbracht** hat, wenn sie selbst regelmäßig Therapiemaßnahmen durchführt und das von ihr entwickelte Behandlungskonzept durch Supervisionen, Nachbesprechungen und Übergabegespräche koordiniert und überwacht. Während urlaubsbedingter Abwesenheit von drei Wochen liegen diese Voraussetzungen nicht vor.

Parallelverfahren:

OLG Celle, Urteil v. 15.06.2015 - 1 U 97/14

RID 15-04-264

juris

bb) Abrechnung vereinbarter Wahlleistungen durch Anästhesistin

LG Hamburg, Urteil v. 02.09.2014 - 320 S 119/13

RID 15-04-265

juris

KHEntgG §§ 2 I, 17 III

Gemäß § 2 I KHEntgG gehören zu den Krankenhausleistungen nicht nur Allgemeine Krankenhausleistungen, sondern auch **Wahlleistungen**. Bei Wahlleistungen handelt es sich um Leistungen des Krankenhausträgers, weshalb dieser selbst entscheiden kann, ob er den leitenden Ärzten ein **Liquidationsrecht** einräumt oder nicht.

§ 17 III KHEntgG sieht vielmehr eine Bündelung des Liquidationsrechtes vor, d.h. die Behandlung kann bereits von Gesetzes wegen nicht auf den an der Behandlung maßgeblich beteiligten Chefarzt beschränkt werden, sondern erstreckt sich auf **alle Ärzte**, die an der Behandlung des Patienten beteiligt sind, soweit sie zur Erbringung von Wahlleistungen berechtigt sind (sog. Wahlarztkette).

cc) Radiologische Honorarärztin aufgrund Kooperationsvertrags

LG Stade, Beschluss v. 20.05.2015 - 4 S 45/14

RID 15-04-266

juris

KHEntgG §§ 2 II Nr. 2, 7, 17 III

Eine Veranlassung, die im Hinblick auf einen **Kooperationsvertrag** mit dem Honorararzt eine bloße Formalie ist, weil **mangels einer eigenen radiologischen Abteilung** der Honorararzt für alle radiologischen Untersuchungen beauftragt wird, kann nicht mit einer einzelfallbezogenen Hinzuziehung einer externen ärztlichen Leistung im Sinne des § 17 III KHEntgG gleichgesetzt werden. Es handelt sich nicht um eine einzelfallbezogene Hinzuziehung eines anderen Arztes durch einen liquidationsberechtigten Wahlarzt, sondern um eine **Standarduntersuchung**.

2. Private Krankenversicherung

a) Falschberatung bei Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung

OLG Hamm, Urteil v. 24.06.2015 - 20 U 116/13

RID 15-04-267

juris = NZS 2015, 821

VVG §§ 61 I 1, 63 S. 1

Den Versicherungsvertreter trifft eine **Pflicht zu Beratung im Rahmen eines Wechsels von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung** dann, wenn besondere Umstände hinzukommen. Solche besonderen Umstände sind gegeben, wenn der Versicherte die Absicht hat, mit 56 Jahren erstmals in die private Krankenversicherung zu wechseln, obwohl sein ursprüngliches geäußertes Beratungsziel u.a. eine Verbesserung seiner privaten Altersvorsorge ist. Er muss klar und unmissverständlich auf die für ihn bestehenden **Nachteile eines Wechsels** in die private Krankenversicherung hingewiesen werden, und u.a. darauf, dass die Höhe des Beitrages in der PKV anders als in der GKV nicht abhängig vom Einkommen oder der späteren Rente ist, sondern vom Umfang der versicherten Leistungen und vom Eintrittsalter, und dass im Hinblick auf die fehlenden Altersrückstellungen jedenfalls die mindestens ernste Gefahr besteht, dass die Prämien um deutlich mehr steigen als bei Anpassung wegen steigender Preise von Gesundheitsleistungen und dass die einkommensunabhängigen Beiträge auch für den Basistarif gelten, als dessen maximale Beitragshöhe der durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV gesetzlich vorgegeben ist.

b) Wirksame Belehrung vor Abschluss eines Krankenversicherungsvertrags

OLG Karlsruhe, Urteil v. 22.10.2015 - 12 U 53/15

RID 15-04-268

juris

VVG §§ 19 V, 22; BGB § 123

Leitsatz: Eine **wirksame Belehrung** nach § 19 Abs. 5 VVG setzt voraus, dass diese in unmittelbarer Nähe zu den gestellten Gesundheitsfragen erfolgt und dabei in einer Art und Weise drucktechnisch hervorgehoben ist, dass sie vom Versicherungsnehmer schlechterdings nicht übersehen werden kann.

c) Tarifbestimmung über „gesondert berechenbare ärztliche stationäre Behandlung im Krankenhaus“

LG Berlin, Urteil v. 13.11.2014 - 23 S 14/14

RID 15-04-269

juris = VersR 2015, 880

KHEntg §§ 7, 17; BGB § 307

Leitsatz (VersR): Sieht eine **Tarifbestimmung** die Erstattung einer „gesondert berechenbaren ärztlichen stationären Behandlung im Krankenhaus“ vor, meint dies **Kosten**, die über die allgemeinen Krankenhausleistungen i. S. d. § 7 KHEntg hinausgehen. Dieses Begriffsverständnis gilt auch für die Behandlung in einer Privatklinik.

d) Abrechnung eines Femtosekundenlasers bei Kataraktoperation

AG Reutlingen, Urteil v. 26.06.2015 - 5 C 1396/14

RID 15-04-270

juris

GOÄ § 6 II

Bei dem Einsatz eines **Femtosekundenlasers bei einer Kataraktoperation** handelt es sich um eine **Operationsmethode**, die sich aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und infolge des rasanten technischen Fortschritts so zu Gunsten des Patienten entwickelt hat. Es liegen die Voraussetzungen für eine entsprechende Anwendung der Ziff. 5855 GOÄ i.V.m. § 6 II GOÄ vor.

e) Prozedurenschlüssel 8-55.1: Führung eines Protokolls

AG Dortmund, Urteil v. 20.10.2015 - 425 C 10588/14

RID 15-04-271

juris

KHG § 17, 17b

Für die wöchentliche Teambesprechung gem. **Prozedurenschlüssel 8-55.1** ist die **Führung eines Protokolls** und dessen Abzeichnung durch alle anwesenden Therapeuten nicht erforderlich (SG Stuttgart, Urt. v. 24.10.2012 - S 10 KR 6999/10 - juris).

f) Hörgeräteversorgung: Berücksichtigung beruflicher Anforderungen

LG Göttingen, Urteil v. 20.11.2014 - 9 S 16/11

RID 15-04-272

juris = VersR 2015, 969

MBKK 09 §§ 1 II, 5 II

Leitsatz (VersR): 1. Die berufliche Situation des Versicherten ist bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer **Hörgeräteversorgung** zu berücksichtigen (entgegen LG Düsseldorf, VersR 2013, 1255).

2. Der Versicherer ist gem. § 5 Abs. 2 S. 1 MBKK 09 zur Kürzung der Erstattung für eine Hörgeräteversorgung berechtigt, soweit **höhere Kosten durch eine technische Ausstattung** bedingt sind, die das Hörergebnis nicht weiter verbessert.

g) Kieferorthopädische Behandlung: Invisalign-Schienen

AG Hamburg-Barmbek, Urteil v. 20.10.2015 - 816 C 6/15

RID 15-04-273

juris
BGB § 307 I

Invisalign-Schienen sind als Miniplastschienen im Sinne von Ziffer 933 des Preis- und Leistungsverzeichnisses, Anlage 5, zum Tarif PRIMO anzusehen.

Beruhet die kieferorthopädische Behandlung darauf, dass die Schienen immer nur kurzzeitig getragen werden, weil die Zahnstellung in kleinen Schritten korrigiert wird, dann werden für Ober- und Unterkiefer eine bestimmte Anzahl von Schienen benötigt, die medizinisch notwendig sind. Dann ist grundsätzlich auch die **erforderliche Anzahl an Schienen** - hier 54 - als medizinisch notwendig anzusehen.

3. Beihilfe

a) Freiwilliges Mitglieds einer gesetzlichen Krankenversicherung: Keine weitergehende Beihilfe

VGH Bayern, Beschluss v. 03.08.2015 - 14 ZB 14.1178

RID 15-04-274

juris
BG Bayern Art. 96; GG Art. 3 I, 20 III, 30 V

Ein **freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung** hat keinen Anspruch auf Beihilfeleistungen für von der gesetzlichen Krankenversicherung **nicht übernommene Aufwendungen**.

b) PostBKK: Rückforderung wegen Abrechnungsbetrugs des Arztes

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 14.08.2015 - 2 S 384/14

RID 15-04-275

juris
VwVfG §§ 48, 49a; PostBKKSa

Leitsatz: 1. Eine **Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen** setzt dann, wenn diese Leistungen durch Verwaltungsakte erfolgt sind, deren Rücknahme nach § 48 VwVfG voraus.

2. Der Rücknahme begünstigender Verwaltungsakte nach § 48 Abs. 1, 2 VwVfG steht Vertrauensschutz nicht entgegen, wenn sie durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewirkt wurden. Das ist der Fall, wenn ein Patient eine **Arztrechnung**, in der **objektiv nicht erbrachte Leistungen aufgeführt** sind, ohne nähere Erläuterung unter Versicherung der Richtigkeit der Angaben bei seiner Krankenkasse zur Erstattung einreicht (§ 48 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 VwVfG).

3. Soweit in einer solchen Situation nicht außerdem arglistige Täuschung (§ 48 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 VwVfG) anzunehmen ist, liegt regelmäßig zumindest **grob fahrlässige Unkenntnis** vor (§ 48 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 VwVfG), was den Vertrauensschutz zusätzlich ausschließt.

4. Die **Jahresfrist** für eine Rücknahme von Erstattungsleistungen (§ 48 Abs. 4 VwVfG) gegenüber dem bei der Krankenkasse versicherten Patienten **beginnt**, wenn gegen den **Arzt** wegen fehlerhafter Abrechnungen ein **Strafverfahren** durchgeführt wird, jedenfalls nicht vor Rechtskraft dieses Strafurteils.

5. Offen bleibt, ob neben einem Erstattungsanspruch nach § 30 Abs. 4 der Satzung der Postbeamtenkrankenkasse ergänzend § 49a Abs. 2 VwVfG mit seiner Verweisung auf Bereicherungsrecht anwendbar ist. Denn auf einen **Wegfall der Bereicherung** kann sich ein Patient jedenfalls nach § 49a Abs. 2 Satz 2 VwVfG nicht berufen, wenn er die Umstände, die zur Rücknahme des Verwaltungsakts geführt haben, infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte.

6. Die **dreijährige Verjährungsfrist** des Erstattungsanspruchs (§ 79 Abs. 4 der Satzung der Postbeamtenkrankenkasse) beginnt frühestens mit der Rücknahme des leistungsgewährenden Verwaltungsakts.

Die Kl. ist B1-Mitglied bei der Bkl. Sie war in der Zeit von Dezember 2003 bis Juli 2005 in Behandlung bei Dr. K. Dieser wurde mit Urteil des Landgerichts München I vom 24.08.2011 - 12 KLS 569 Js 39263/05 - wegen Betrugs in Mittäterschaft in 1.554 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von drei Jahren und neun

Monaten verurteilt. Dieser Verurteilung lag nach den Feststellungen des Landgerichts der Sachverhalt zugrunde, dass Dr. K. einem Teil seiner Patienten folgende Vorgehensweise vorschlug: Auf der Rechnung werde er nicht die tatsächlich erbrachten Leistungen der Bioresonanztherapie, der Bioenergetischen Fokalherdtherapie und der EAV-Testung aufführen. Vielmehr werde er statt der Bioresonanztherapie und der Bioenergetischen Fokalherdtherapie auf der Rechnung die Leistungen mit „Akupunktur“ (269a GOÄ), „Infiltrationsbehandlung“ (268 GOÄ) und „Systembezogene Untersuchung“ (5 GOÄ) ausweisen. Die EAV-Testung werde er auf der Rechnung mit „Epikutantest“ (380 GOÄ), „Pricktest“ (385 GOÄ), „Pricktest (20 x)“ (386 GOÄ) und „Pricktest (20 x)“ (387 GOÄ) bezeichnen. Die Patienten, die auf diesen Vorschlag eingegangen seien, werden in dem Strafurteil aufgeführt. Die Bekl. nahm die Leistungsabrechnungen gegenüber der Kl. zurück und forderte von ihr die aus ihrer Sicht ohne Rechtsgrund erbrachten Leistungen in Höhe von insgesamt 6.795,83 € (Beihilfe- und Kassenleistungen) zurück. *VG Stuttgart*, Urt. v. 01.10.2013 - 6 K 702/13 - wies die Klage ab, der *VGH* die Berufung zurück.

c) Entfernung schadhafter Brustimplantate

VG Karlsruhe, Urteil v. 23.07.2015 - 9 K 1240/14

RID 15-04-276

juris

BhV BW §§ 5 IV Nr. 3, 6 I Nr. 1; GG Art. 33 V

Leitsatz: Die Aufwendungen zu einem operativen Eingriff in einen **gesunden Körper** (hier: Einsetzen von Silikonimplantaten zur Vergrößerung einer nicht entstellend wirkenden weiblichen Brust), durch den das subjektiv als belastend empfundene Aussehen verändert wird, sind auch dann nicht notwendig im beihilferechtlichen Sinne, wenn die Belastungen das Ausmaß einer **psychischen Krankheit** angenommen haben (im Anschluss an: BVerwG, Beschluss vom 30.09.2011 - 2 B 66.11 -, NVwZ-RR 2012, 147). Dies gilt auch dann, wenn sich die psychische Krankheit somatisiert hat (vorliegend Magersucht) und der operative Eingriff nicht unmittelbar darauf abzielt, das körperliche Leiden zu beheben, sondern die psychische Krankheit günstig zu beeinflussen und dadurch mittelbar dem körperlichen Leiden abzuhelpen. Aufwendungen zur Entfernung schadhafter Brustimplantate sind deshalb gemäß § 5 Abs. 4 Nr. 3 BW BVO nicht beihilfefähig.

d) Kryokonservierung keine Maßnahme der künstlichen Befruchtung

VG Düsseldorf, Urteil v. 08.07.2015 - 13 K 3449/15

RID 15-04-277

juris

BBesG § 69 II; SG § 30 I

Leitsatz: Die **Kryokonservierung** und Lagerung von befruchteten Eizellen stellt keine Maßnahme der **künstlichen Befruchtung** dar. Sie steht als präventive Maßnahme zur Vermeidung einer erneuten operativen Eientnahme neben dem betreffenden einzelnen Befruchtungsvorgang selbst, dem sie damit auch nicht mehr zuzurechnen ist.

e) Ziff. 2137 GOÄ keine allumfassende Komplexgebühr für eine Schulteroperation

VG Stuttgart, Urteil v. 22.07.2015 - 12 K 3992/13

RID 15-04-278

juris

GOÄ § 44 II, IIa

Leitsatz: Ziffer 2137 GOÄ stellt abrechnungstechnisch keine allumfassende Komplexgebühr für eine **Schulteroperation** mit mehreren Pathologien dar. Ziffer 2137 GOÄ erfasst Eingriffe an den Gelenkflächen, also im knöchernen Bereich des Gelenks, und nicht auch weitergehende Eingriffe beispielsweise am subacromialen Nebengelenk und der Rotatorenmanschette oder der Entfernung der Gelenkschleimhaut. Diese sind keine notwendigen Einzelschritte des Leistungsziels nach Ziffer 2137, sondern sind jeweils eigenständig indiziert und daher mit den entsprechenden Ziffern (gegebenenfalls analog) abzurechnen.

f) Heilpraktiker/Hyperthermiebehandlung/Dendritische Zellen/Galvanotherapie

VG Bremen, Urteil v. 22.05.2015 - 2 K 2156/08

RID 15-04-279

juris

BhV Bremen § 4 II Nr. 1

Leitsatz: 1. Aufwendungen für die Leistungen eines **Heilpraktikers** sind **nicht beihilfefähig**.
2. Aufwendungen für die Behandlung von Brustkrebs durch eine **Hyperthermiebehandlung**, eine Behandlung mit **dendritischen Zellen** und durch eine **Galvanotherapie** sind nicht beihilfefähig.
3. Bei diesen Behandlungsansätzen handelt es sich nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft nicht allgemein **wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethoden**.
4. Bei diesen Behandlungsansätzen besteht auch keine begründete **Aussicht auf allgemeine wissenschaftliche Anerkennung**.

g) Kieferorthopädische Behandlung: Nr. 6100 GOZ (Klebebrackets) neben Nr. 2197 beihilfefähig

VG Regensburg, Urteil v. 01.09.2015 - RN 8 K 15.936

RID 15-04-280

juris

GOZ Nr. 2197, 6100

Leitsatz: GOZ-Nr. 2197 ist auch neben GOZ-Nr. 6100 anwendbar.

V. Verschiedenes

1. EGMR: Anordnung der Fortdauer der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

EGMR, Entscheidung v. 01.07.2014 - 77306/12

RID 15-04-281

juris

MRK Art. 5 I Buchst. e, 6 I; StGB § 63

Wird aufgrund objektiver und hinreichend aktueller **medizinischer Sachverständigengutachten** von den innerstaatlichen Gerichten festgestellt, dass eine wirkliche psychische Störung der Art und Schwere vorliegt, die eine **Unterbringung zum Schutz der Allgemeinheit** rechtfertigt, so liegt kein Verstoß gegen Art. 5 I MRK vor.

Die nationalen Behörden sollten dafür sorgen, dass jede Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus von wirksamen und konsequenten **Therapiemaßnahmen** begleitet wird, damit dort untergebrachten Personen nicht die Aussicht auf Entlassung genommen wird. Anlässlich der regelmäßigen Überprüfungen der Fortdauer der Unterbringung und bei der Abwägung zwischen dem Freiheitsinteresse des Untergebrachten und den Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit sollte die Durchführung derartiger Maßnahmen von den innerstaatlichen Gerichten besonders genau geprüft werden.

Die Verhältnismäßigkeit einer fortdauernden **Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus** muss besonders genau geprüft werden, je länger die Unterbringung andauert. Gibt es aber keine Anhaltspunkte dafür, dass keine gerechte Abwägung zwischen den Freiheitsinteressen des Bf. und den Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit vorgenommen wurde oder dass die damaligen Entscheidungen der innerstaatlichen Gerichte willkürlich waren, so ist die Freiheitsentziehung nach Art. 5 I Buchst. e MRK gerechtfertigt.

2. EuGH: Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen öffentl. Krankenhäuser in privaten Einrichtungen

EuGH, Urteil v. 22.10.2015 - C-552/13

RID 15-04-282

juris

Richtlinie 2004/18/EG Art. 23 II

Grupo Hospitalario Quirón SA gegen Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco und Instituto de Religiosas Siervas de Jesús de la Caridad.

Ersuchen um Vorabentscheidung: Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 6 de Bilbao - Spanien.

Art. 23 Abs. 2 der Richtlinie 2004/18/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 über die Koordinierung der Verfahren zur Vergabe öffentlicher Bauaufträge, Lieferaufträge und Dienstleistungsaufträge steht einem Erfordernis wie dem im Ausgangsverfahren in Rede stehenden entgegen, das in Bekanntmachungen über die **öffentliche Vergabe von Gesundheitsdienstleistungen** als technische Spezifikation formuliert ist und dahin geht, dass die Gesundheitsdienstleistungen, die Gegenstand der Ausschreibungsverfahren sind, **von privaten Krankenhauseinrichtungen erbracht werden müssen, die ausschließlich in einer bestimmten Gemeinde gelegen sind**, in der die von diesen Dienstleistungen betroffenen Patienten nicht unbedingt ihren Wohnsitz haben müssen, sofern dieses Erfordernis zum automatischen Ausschluss derjenigen Bieter führt, die diese Dienstleistungen nicht in einer solchen in der fraglichen Gemeinde gelegenen Einrichtung erbringen können, alle übrigen Voraussetzungen dieser Ausschreibungsverfahren jedoch erfüllen.

3. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)

a) Keine Aussetzung des Vollzugs des Gesetz zur Tarifeinheit

BVerfG, Beschluss v. 06.10.2015 - 1 BvR 1571/15 u.a.

RID 15-04-283

juris

Gesetz zur Tarifeinheit v. 03.07.2015

Ausweislich der fachlichen Diskussionen im Vorfeld ist **nicht offensichtlich**, dass eine **Verletzung** der durch Art. 9 III GG geschützten **Koalitionsfreiheit** durch das Gesetz zur Tarifeinheit auszuschließen ist. Es kann hier offen bleiben, ob Art. 2 I i.V.m. Art. 20 III GG mit Blick auf die verfahrensrechtlichen Regelungen Bedeutung erlangen.

Derzeit ist nicht feststellbar, dass es bei Fortgeltung der angegriffenen Vorschriften **bis zur Entscheidung in der Hauptsache** zu so gravierenden, nur schwer revidierbaren **Nachteilen** kommt, dass es zum jetzigen Zeitpunkt unabdingbar wäre, das angegriffene Gesetz auf der Grundlage des § 32 BVerfGG außer Vollzug zu setzen. Der Erlass einer einstweiligen Anordnung käme hier etwa dann in Betracht, wenn absehbar wäre, dass den Bf. bei Fortgeltung der angegriffenen Vorschriften bis zur Entscheidung in der Hauptsache das Aushandeln von Tarifverträgen als wesentlicher Zweck von Koalitionen (vgl. BVerfGE 94, 268 <283>) längerfristig unmöglich würde, und könnte dann geboten sein, wenn sich die Fortgeltung der angegriffenen Regelungen bereits so auf den Mitgliederbestand einer Gewerkschaft auswirkte, dass ihre Tariffähigkeit in Frage stünde. Liegen keine derart gravierenden Nachteile vor, kann hier offen bleiben, inwieweit Nachteile einträten, wenn die einstweilige Anordnung erlassen würde.

Es ist gegenwärtig nicht erkennbar, dass die Bf. oder Dritte im Zeitraum bis zur Entscheidung in der Hauptsache, die der Senat bis zum Ende nächsten Jahres anstrebt, gravierende, kaum revidierbare oder irreversible **Nachteile** erleiden, weil die gesetzlich angeordnete Tarifeinheit schon vor Eintritt des Kollisionsfalls Wirkungen entfaltet. Soweit die Bf. ihre tarifpolitische Verhandlungsmacht durch das Tarifeinheitengesetz geschwächt sehen, liegt darin zwar ein Nachteil. Das angegriffene Gesetz untersagt jedoch nicht die tarifpolitische Betätigung an sich. Auch Gewerkschaften, die in einem Betrieb potentiell weniger Beschäftigte organisieren können, sind unter Geltung des Tarifeinheitgesetzes grundsätzlich nicht gehindert, **Tarifverhandlungen zu führen**.

Bei einer Verweigerung oder einem Abbruch von Tarifverhandlungen besteht weiterhin die Möglichkeit, gewerkschaftliche Interessen im Wege des Arbeitskampfes einzufordern. Das Tarifeinheitengesetz regelt nicht die Zulässigkeit von Maßnahmen des Arbeitskampfes, die grundsätzlich vom Schutz des Art. 9 III GG umfasst sind (vgl. BVerfGE 84, 212 <224 f.>). Der allgemeine Hinweis in der Begründung des Gesetzesentwurfs, wonach eine **Arbeitskampfmaßnahme**

im Einzelfall **unverhältnismäßig** sein könne, wenn sie auf den Abschluss eines wegen der Kollisionsregel nicht zur Anwendung kommenden Tarifvertrags gerichtet ist (vgl. BTDrucks 18/4062, S. 12), trägt schon deshalb nicht, weil der **Ausgang des Hauptsacheverfahrens noch offen ist** und daher nicht ausgeschlossen werden kann, dass das angegriffene Gesetz mit Wirkung ex tunc für verfassungswidrig erklärt wird.

Es bleibt den Bf. unbenommen, bei einer erheblichen **Änderung der tatsächlichen Umstände** einen erneuten Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zu stellen

b) Gemeinsame Ausführung mehrerer Strafgefangener zu einem Facharzttermin

BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 30.06.2015 - 2 BvR 1206/13

RID 15-04-284

juris

GG Art. 1 I, 2I, 19 IV; StVollzG §§ 58 S. 1, 115 III

Es ist verfassungsrechtlich nicht geboten, die **gemeinsame Ausführung** mit einem anderen **Gefangenen** zur Immunologie als ungerechtfertigten Eingriff in das Allgemeine Persönlichkeitsrecht zu werten. Es besteht keine Verpflichtung, einen Gefangenen per Einzeltransport zur Immunologie zu verbringen (hier: wegen HIV- und Hepatitis C-Infizierung).

c) Ausschöpfen prozessualer Möglichkeiten/Fahrkosten zur Substitutionsbehandlung

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 19.08.2015 - 1 BvR 1917/15

RID 15-04-285

juris

SGB II § 21; BVerfGG §§ 90, 93a II

Ein Mehrbedarf für tatsächlich anfallende **Fahrkosten zur Substitutionsbehandlung** kann nach § 21 VI SGB II zur Deckung des menschenwürdigen Existenzminimums jedenfalls in dem Umfang bestehen, in dem Fahrkosten für eine nicht in Anspruch genommene Behandlung in einer näheren Praxis angefallen wären.

Um eine geltend gemachte Grundrechtsverletzung schon im fachgerichtlichen Verfahren zu verhindern oder zu beseitigen, müssen alle nach Lage der Dinge zur Verfügung stehenden **prozessualen Möglichkeiten** ergriffen werden (vgl. BVerfGE 107, 395 <414>; 112, 50 <60>). Dazu gehört es insb., im fachgerichtlichen Verfahren eine Gehörsverletzung mit einer Anhörungsrüge anzugreifen, wenn das Fachgericht in diesem Verfahren auch andere Grundrechtsverletzungen beseitigen kann (vgl. BVerfGE 134, 106 <115 Rn. 27>; BVerfG, Beschl. v. 25.04.2005 - 1 BvR 644/05 - www.bverfg.de, Rn. 10).

d) Rechtspflicht zur Publikation veröffentlichungswürdiger Gerichtsentscheidungen

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 14.09.2015 - 1 BvR 857/15

RID 15-04-286

juris

Art. 5 I 2 GG

Aus dem Rechtsstaatsgebot einschließlich der Justizgewährungspflicht, dem Demokratiegebot und dem Grundsatz der Gewaltenteilung folgt grundsätzlich eine **Rechtspflicht zur Publikation veröffentlichungswürdiger Gerichtsentscheidungen**. Diese Veröffentlichungspflicht erstreckt sich nicht nur auf rechtskräftige Entscheidungen, sondern kann **bereits vor Rechtskraft** greifen. Sie bezieht sich auf die Entscheidungen als solche in ihrem amtlichen Wortlaut. Hiermit korrespondiert ein presserechtlicher **Auskunftsanspruch von Medienvertretern**.

e) Unangemessene Dauer eines Verfahrens vor dem BVerfG

BVerfG, Beschwerdeka., Beschluss v. 20.08.2015 - 1 BvR 2781/13-Vz 11/14

RID 15-04-287

juris

GG Art. 2 I, 19 IV, 20 III

Wer infolge **unangemessener Dauer eines Verfahrens vor dem BVerfG** als Verfahrensbeteiligter einen Nachteil erleidet, wird angemessen entschädigt (vgl. § 97a BVerfGG).

Dem Grundgesetz lassen sich keine allgemein gültigen **Zeitvorgaben** dafür entnehmen, wann von einer Überlangen, die Rechtsgewährung verhindernden und damit **unangemessenen Verfahrensdauer** auszugehen ist; dies ist vielmehr eine Frage der Abwägung im Einzelfall. Bei dieser **Abwägung** müssen insbesondere die Natur des Verfahrens, die Bedeutung der Sache und die Auswirkungen einer langen Verfahrensdauer für die Beteiligten, die Schwierigkeit der Sachmaterie, das den Beteiligten zuzurechnende Verhalten, insbesondere von ihnen zu verantwortende Verfahrensverzögerungen, sowie die gerichtlich nur begrenzt zu beeinflussende Tätigkeit Dritter, vor allem der Sachverständigen, berücksichtigt werden. Ferner haben die Gerichte auch die Gesamtdauer des Verfahrens zu berücksichtigen und sich mit zunehmender Dauer nachhaltig um eine Beschleunigung des Verfahrens zu bemühen. In vergleichbarer Weise verpflichtet Art. 6 I EMRK nach der EGMR-Rspr. die Konventionsstaaten dazu, ihr Gerichtswesen so einzurichten, dass die Rechtssachen innerhalb angemessener Frist entschieden werden können. Diese für fachgerichtliche Verfahren entwickelten Regeln gelten dem Grundsatz nach auch für das BVerfG, das nach Art. 92 GG Teil der rechtsprechenden Gewalt ist. Allerdings werden sie gemäß § 97a I 2 BVerfGG durch die Aufgaben und die Stellung des BVerfGs mit den daraus folgenden organisatorischen und verfahrensmäßigen Besonderheiten modifiziert.

Die **Dauer** des hier zugrunde liegenden Verfassungsbeschwerdeverfahrens ist angesichts der außergewöhnlichen Besonderheiten des Verfahrensverlaufs im Umfang von insgesamt 30 Monaten als unangemessen anzusehen. Zwar erscheint die Gesamtdauer des Verfahrens unter Berücksichtigung der Aufgaben und der Stellung des BVerfGs für sich gesehen nicht ohne Weiteres unangemessen. Die Unangemessenheit der Dauer des Verfahrens folgt hier aber daraus, dass die Frage der Senatszuständigkeit eineinhalb Jahre ungeklärt blieb und die Sache zudem nach einer Änderung der Geschäftsverteilung für die weitere Dauer von einem Jahr und zehn Monaten nicht an den nunmehr zuständigen Richter des anderen Senats abgegeben wurde.

Die von der Bf. geltend gemachten **Nachteile** begründen nur zu einem geringen Anteil einen **Anspruch auf angemessene Entschädigung**, weil sie überwiegend nicht **kausal** auf die eingetretene Verfahrensverzögerung zurückzuführen sind. Die Frage, ob die Verfassungsbeschwerde erfolgreich oder erfolglos war, spielt hierbei keine Rolle. Für jeden materiellen Nachteil muss feststehen, dass er bei angemessener Verfahrensdauer nicht eingetreten wäre. Diese Feststellung lässt sich für keinen der von der Bf. geltend gemachten Nachteile treffen. Soweit die Bf. immaterielle Nachteile geltend macht, sind diese aufgrund der Vermutung des § 97a II 1 BVerfGG zu entschädigen.

4. BSG: Schuldner der Aktenversendungspauschale/Teillieferungen

BSG, Beschluss v. 20.03.2015 - B 13 SF 4/15 S

RID 15-04-288

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = ZfSch 2015, 461

GKG §§ 1 V, 21 I 1, 28 II, 66 I 1

Ein **Verfahrensbevollmächtigter**, der im Anhörungsrügeverfahren den Antrag auf Übersendung der Gerichtsakten und sämtlicher Nebenakten stellt, ist **Schuldner der Aktenversendungspauschale**.

Mit dem Einwand, er habe die Akteneinsicht im Auftrag und mit Vollmacht des durch ihn vertretenen Kl. beantragt, weshalb nach §§ 164 ff. BGB nur dieser die Auslagen schulde, kann er nicht durchdringen.

Werden die Akten in **Teillieferungen** versandt, fällt die Aktenversendungspauschale nur einmal an, außer der Antragsteller beantragt die gesonderte Übersendung einzelner Akten.

5. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Einwilligung zur heterologen künstlichen Befruchtung: Auch Vertrag zugunsten des Kindes

BGH, Urteil v. 23.09.2015 - XII ZR 99/14

RID 15-04-289

juris

BGB §§ 328, 761, 1600 V

Leitsatz: 1. Eine Vereinbarung, mit welcher ein Mann die **Einwilligung zu einer heterologen künstlichen Befruchtung einer Frau** mit dem Ziel erteilt, die Vaterstellung für das zu zeugende Kind

einzunehmen, enthält regelmäßig zugleich einen von familienrechtlichen Besonderheiten geprägten **Vertrag zugunsten des** aus der künstlichen Befruchtung hervorgehenden **Kindes**, aus dem sich für den Mann dem Kind gegenüber die Pflicht ergibt, für dessen Unterhalt wie ein rechtlicher Vater einzustehen (im Anschluss an Senatsurteil vom 3. Mai 1995, XII ZR 29/94, BGHZ 129, 297 = FamRZ 1995, 861).

2. Die **Einwilligung** des Mannes muss **gegenüber der Frau erklärt** werden und bedarf keiner besonderen Form.

b) Voraussetzungen der Genehmigung der Einwilligung in eine ärztliche Zwangsbehandlung

BGH, Beschluss v. 02.09.2015 - XII ZB 226/15

RID 15-04-290

juris
BGB § 1906

Leitsatz: 1. Für die Feststellung nach § 62 Abs. 1 FamFG ist kein Raum, wenn das Vorliegen des Rechtsfehlers noch vor Eintritt der Erledigung jedenfalls inzident festgestellt worden ist. Das ist auch dann zu bejahen, wenn das Beschwerdegericht einen Verfahrensfehler erkannt und geheilt hat.

2. Zu den Voraussetzungen der **Genehmigung der Einwilligung in eine ärztliche Zwangsbehandlung** (im Anschluss an die Senatsbeschlüsse vom 14. Januar 2015, XII ZB 470/14, FamRZ 2015, 573; vom 30. Juli 2014, XII ZB 169/14, FamRZ 2014, 1694 und vom 4. Juni 2014, XII ZB 121/14, BGHZ 201, 324 = FamRZ 2014, 1358).

c) Genehmigung einer Zwangsmedikation ohne ausreichende gutachterliche Grundlage

BGH, Beschluss v. 08.07.2015 - XII ZB 600/14

RID 15-04-291

juris
FamFG § 321 I

Leitsatz: Zur Feststellung der Rechtswidrigkeit der Genehmigung einer Zwangsmedikation ohne ausreichende gutachterliche Grundlage.

d) Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

BGH, Beschluss v. 08.10.2015 - 4 StR 86/15

RID 15-04-292

juris
StGB § 63

Die **Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus** darf allerdings nur angeordnet werden, wenn eine Wahrscheinlichkeit höheren Grades für **neuerliche schwere Störungen des Rechtsfriedens** besteht. Dass der Täter trotz bestehenden Defekts lange Zeit keine Straftaten begangen hat, ist regelmäßig ein gewichtiges Indiz gegen die Wahrscheinlichkeit künftiger gefährlicher Straftaten. Andererseits kann aber auch schon **eine erste Straftat** belegen, dass der Täter für die Allgemeinheit gefährlich ist. Ob dies der Fall ist, muss aufgrund einer umfassenden Würdigung der Person des Täters, seines Vorlebens und der Symptomtat unter Ausschöpfung der erreichbaren Beweismittel geprüft werden (BGH, Urt. v. 17.11.1999 - 2 StR 453/99 - BGHR StGB § 63 Gefährlichkeit 27).

Der Tatrichter, der in einer schwierigen Frage den Rat eines **Sachverständigen** in Anspruch genommen hat und der diese Frage im Widerspruch zu dem Gutachten lösen will, muss aber die Darlegungen des Sachverständigen im Einzelnen wiedergeben, insb. dessen Stellungnahme zu den Gesichtspunkten, auf welche das Gericht seine abweichende Auffassung stützt (st. Rspr.; vgl. BGH, Urt. v. 20.03.2008 - 4 StR 5/08 - Rn. 6 u. v. 16.12.1992 - 2 StR 440/92 - BGHR StPO § 261 Sachverständiger 5 jeweils m.w.N.).

e) Vergütungsanspruch eines ambulanten Pflegedienstes

BGH, Urteil v. 08.10.2015 - III ZR 93/15

RID 15-04-293

juris
SGB V §§ 37 I 1, 132a II; BGB § 611 I

Leitsatz: Zum Vergütungsanspruch eines ambulanten Pflegedienstes, dessen Mitarbeiter nicht über die **vertraglich vereinbarte Qualifikation** verfügen.

f) Übergang eines Schadensersatzanspruchs auf den Sozialversicherungsträger

BGH, Urteil v. 30.06.2015 - VI ZR 379/14

RID 15-04-294

juris = VersR 2015, 1048 = RuS 2015, 472 = MDR 2015, 1131
SGB X § 116

Leitsatz: Zwischen den von der Bundesagentur für Arbeit erbrachten **Maßnahmekosten** für die Beschäftigung eines geschädigten behinderten Menschen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich einer **Werkstatt für behinderte Menschen** und dessen Anspruch auf Ersatz seines nach der Prognose entgehenden **Verdienstes** fehlt die für den Anspruchsübergang nach § 116 Abs. 1 SGB X erforderliche **sachliche Kongruenz**.

g) Kostenübernahmebescheid des Sozialhilfeträgers: Ambulante Pflegekosten/Verzugszinsanspruch

BGH, Urteil v. 07.05.2015 - III ZR 304/14

RID 15-04-295

juris = MDR 2015, 754
BGB §§ 286, 288, 414; SGB XII §§ 61, 65, 75 III; BSHG § 93 II

Leitsatz: 1. Indem der **Sozialhilfeträger** der Zahlungsverpflichtung des Hilfeempfängers gegenüber dem Leistungserbringer (hier: ambulanter Pflegedienst) durch **Kostenübernahmebescheid** beiträgt, wandelt sich die zivilrechtliche Schuld aus dem zwischen dem Hilfeempfänger und dem Leistungserbringer geschlossenen Dienstleistungsvertrag nicht in eine **öffentlich-rechtliche** um (im Anschluss an BSG, 28. Oktober 2008, B 8 SO 22/07, BSGE 102, 1). Der Schuldbeitritt teilt seinem Wesen nach die Rechtsnatur der Forderung, zu der er erklärt wird (im Anschluss an Senatsurteile vom 22. Juni 1978, III ZR 109/76, BGHZ 72, 56 und vom 6. November 2008, III ZR 279/07, BGHZ 178, 243).

2. Entsprechend der zivilrechtlichen Natur des Anspruchs, zu dem der Schuldbeitritt erklärt wird, sind die §§ 286 ff. BGB anwendbar, wenn der Sozialhilfeträger die übernommene Zahlungsverpflichtung **verspätet erfüllt**.

6. BFH: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung reicht für Terminverlegung nicht aus

BFH, Beschluss v. 08.09.2015 - XI B 33/15

RID 15-04-296

juris
FGO § 155; ZPO § 227 I; GG Art. 103 II

Leitsatz: 1. NV: Bei einem **Antrag auf Verlegung eines Termins** muss der Antragsteller die erheblichen Gründe i.S. des § 227 Abs. 1 Satz 1 ZPO so genau angeben, dass sich das Gericht aufgrund der Schilderung ein Urteil über deren Erheblichkeit bilden kann.

2. NV: Nicht ausreichend ist bei einer geltend gemachten Krankheit die Vorlage eines Attests eines Arztes, mit dem lediglich pauschal „Arbeitsunfähigkeit“ bescheinigt wird.

7. Krankenhäuser

a) BVerwG: Schiedsstelle nach § 13 KHEntgG/Festsetzung des Erlösbudgets

BVerwG, Beschluss v. 18.08.2015 - 3 B 61.14

RID 15-04-297

www.bverwg.de = juris

BGB § 133; KHEntgG §§ 4 IV 1 Nr. 1, 8 I 11, 14 I 2; KHG §§ 8 I 3, 17b VI 1

Die Revision gegen *OVG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 24.06.2014 - 7 A 11124/13 - RID 14-04-324 wird zugelassen.

Das Revisionsverfahren wird dem Senat voraussichtlich Gelegenheit zur Klärung geben, ob die **Schiedsstelle nach § 13 KHEntgG** bei der Festsetzung des Erlösbudgets Krankenhausleistungen berücksichtigen darf, deren generelle („strukturelle“) Abrechnungsfähigkeit gegenüber den Kostenträgern im Zeitpunkt der Entscheidung der Schiedsstelle zweifelhaft und sozialgerichtlich (noch) nicht geklärt ist, und - bejahendenfalls - ob sich die **Genehmigung des Schiedsspruchs** (§ 14 KHEntgG) als rechtswidrig erweist, wenn sich der Abrechnungsstreit während des Genehmigungs- oder des verwaltungsgerichtlichen Klageverfahrens klärt und nunmehr feststeht, dass die fraglichen Krankenhausleistungen wegen Fehlens einer strukturellen Abrechnungsvoraussetzung nicht vergütet werden konnten.

b) Krankenhausplan

aa) Fehlende Bedarfsanalyse begründet Anspruch auf Neubescheidung

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.08.2015 - 13 A 1725/14

RID 15-04-298

juris

KHG §§ 1, 6, 8 I; GG Art. 12 I, 19 III; VwGO § 113 V

Sind die Planungen über das regionale **Planungskonzept** zum Krankenhausplan NRW 2015 bislang nicht abgeschlossen und fehlt es an der erforderlichen **Bedarfsanalyse**, so führt dies zur Rechtswidrigkeit der Ablehnung der Aufnahme in den Krankenhausplan und hat eine Neubescheidung zu erfolgen.

bb) Herausnahme einer Betriebsstätte eines Kooperativen Brustzentrums aus Krankenhausplan

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 09.10.2015 - 13 A 733/15

RID 15-04-299

juris

KHGG NRW § 16 I; VwVfG §§ 48, 49

Inhalt und Reichweite des **Versorgungsauftrags** sind durch Auslegung des Feststellungsbescheids (§ 16 KHGG NRW) zu bestimmen (§§ 133, 157 BGB), welcher rechtsgestaltend die Vorgaben des nur verwaltungsintern wirkenden Krankenhausplans NRW 2015 umsetzt.

Das Landesrecht sieht eine **Verpflichtung zur Ausweisung von Teilgebieten** nicht mehr vor. Dies führt zwar nicht dazu, dass Ausweisungen grundsätzlich unzulässig wären. Das Land NRW hat aber in Ausübung des ihm zustehenden planerischen Ermessens im Krankenhausplan NRW 2015 bewusst auf Detailplanungen und Vorgaben zu Teilgebietsausweisungen verzichtet. Damit wollte es in nicht zu beanstandender Weise und ohne die Letztverantwortung aufzugeben, den an der Krankenhausplanung Beteiligten einen weitgehenden Spielraum einräumen, um die Planungen vor Ort zu beeinflussen.

Der Verzicht auf Teilgebietsausweisungen führt nicht zu einem Verstoß gegen die Verpflichtung zur **Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung** der Bevölkerung mit Krankenhäusern.

Vorausgehend: *VG Minden*, Urt. v. 20.02.2015 - 6 K 912/14 - RID 15-02-387.

cc) Teilweise Herausnahme eines Plankrankenhauses aus dem Krankenhausplan

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 19.10.2015 - 13 A 734/15

RID 15-04-300

juris

KHG § 8 I; VwVfG §§ 48 IV, 49; KHGestG NRW § 16 I

Die Nichtausweisung des „Geburtshilflich-neonatologischen Schwerpunkts“ hebt keinen zuvor bestandskräftig zuerkannten **Versorgungsauftrag** auf, wenn es in den Bescheidgründen ausdrücklich heißt, „dass mit diesem Feststellungsbescheid - abgesehen von der Aufnahme Ihres Hauses in den Krankenhausplan als Brustzentrum - der bisherige Versorgungsauftrag Ihres Hauses nicht geändert wird“.

Vorausgehend: VG Minden, Urt. v. 20.02.2015 - 6 K 913/14 - RID 15-02-386.

dd) Anfechtung der Aufnahme in Krankenhausplan durch Mitbewerber

VG Düsseldorf, Beschluss v. 23.06.2015 - 13 L 1469/15

RID 15-04-301

juris

VwVfG §§ 28, 45 I Nr. 3; KHGestG NRW § 16; KHG § 8

Leitsatz: Der Antragsgegner hat die Antragstellerin zu Recht nicht in die **Auswahlentscheidung** einbezogen, da sie mangels Leistungsfähigkeit als ungeeignet für eine bedarfsgerechte Versorgung anzusehen war.

ee) Auswahlentscheidung: Kriterium der Wohnortnähe im Bereich der geriatrischen Versorgung

VG Düsseldorf, Beschluss v. 28.05.2015 - 13 L 429/15

RID 15-04-302

juris

KHGestG NRW § 16 V; KHG §§ 1 I, 8 II; GG Art. 12; VwGO §§ 80, 80a

Soweit § 8 II 2 KHG Maßstäbe für die behördliche **Auswahlentscheidung** aufstellt, handelt es sich um eine **drittschützende Norm**. Es liegt im Wesen einer Auswahlentscheidung, dass sie den Ausgewählten begünstigt und - als Kehrseite - seine Konkurrenten zurückweist. Wenn die Behörde zwischen mehreren Anbietern auswählt, betrifft ihre Entscheidung zwangsläufig die Rechte aller dieser Anbieter.

Der **Krankenhausplan** ist keine Rechtsnorm mit Außenwirkung. Nicht bereits der Krankenhausplan selbst, sondern erst der die Aufnahme in den Plan feststellende **Bescheid** oder der Bescheid, mit dem eine solche Feststellung abgelehnt wird, entfaltet unmittelbare Rechtswirkung nach außen und kann vom betroffenen Krankenhausträger einer verwaltungsgerichtlichen Prüfung zugeführt werden (§ 8 I 4 KHG).

Eine Auswahlentscheidung kann auf das **Kriterium der Wohnortnähe**, gerade im Bereich der geriatrischen Versorgung abstellen.

c) Kein Anspruch des Nothelfers bei fehlender Bedürftigkeit

SG Karlsruhe, Urteil v. 14.08.2015 - S 1 SO 215/15

RID 15-04-303

juris

SGB XII §§ 2 I, 25 S. 1, 48 S. 1, 98; SGB X § 20 I

Leitsatz: 1. Kein **Anspruch des Nothelfers** auf Kostenerstattung für medizinische Behandlung aus Sozialhilfemitteln bei nicht feststellbarer **Bedürftigkeit**.

2. Keine Haftung des Trägers der Sozialhilfe als Ausfallbürge bei ungeklärter Bedürftigkeit.

d) Sicherstellungszuschlag: Geringer Versorgungsbedarf

VGH Hessen, Urteil v. 15.07.2015 - 5 A 1839/13

RID 15-04-304

juris

KHEntgG § 5 II

Leitsatz: Zur Darlegung der Voraussetzungen eines **Sicherstellungszuschlags** nach § 5 Abs. 2 KHEntgG bedarf es auch Ausführungen dazu, dass die Ursache für die Kostenunterdeckung der vorgehaltenen Leistung auf einem geringen Versorgungsbedarf beruht.

e) Zuschlag für besondere Leistungen eines Brustzentrums

OVG Sachsen, Urteil v. 18.09.2014 - 5 A 774/12

RID 15-04-305

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BVerwG - 3 B 23/15 -
juris = KRS 2015, 141*

SGB V § 2 II 2 Nr. 4

Die Geltendmachung eines **Zuschlags** nach § 5 III KHEntgG **für besondere Leistungen eines Brustzentrums** setzt einen entsprechenden ausdrücklichen Versorgungsauftrag voraus. Hierfür genügen die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen mit dem Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie ein gleichlautender Feststellungsbescheid nicht. Sofern der sächsische Krankenhausplan einem Plankrankenhaus nicht die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten i.S. v. § 2 II 2 Nr. 4 KHEntgG zuweist (und auch eine entsprechende Vereinbarung gem. § 109 I 4 und 5 SGB V fehlt), darf dieses Krankenhaus deshalb, selbst wenn die von ihm wahrgenommenen Aufgaben den Tatbestand des § 2 II 2 Nr. 4 KHEntgG erfüllen und daher allgemeine Krankenhausleistungen i.S.v. § 2 II 1 KHEntgG darstellen, solche Leistungen nicht gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern abrechnen und auch keine Vereinbarungen über Zuschläge für solche Leistungen gemäß § 5 III i.V.m. § 11 KHEntgG schließen.

f) Teilweiser Widerruf bewilligter Fördermittel

VG München, Urteil v. 04.03.2015 - M 9 K 13.527

RID 15-04-306

juris
KHG Bayern Art. 11, 12, 19; VwVfG § 48 IV

Der teilweise **Widerruf** der nach Art. 11 KHG Bayern bewilligten **Fördermittel** ist ausgeschlossen, weil **keine nennenswerten Vermögenswerte** beim Kl. mehr vorhanden sind, die Restwerte der Investitionen, die aus den Fördermitteln Art. 12 KHG Bayern angeschafft worden sind, zu hoch angesetzt sind. Soweit von der Klinik nicht verbrauchte Fördermittel zurück gefordert werden, ist der Widerruf **verspätet**, da nicht mehr innerhalb der dafür vorgesehenen Frist erfolgt. Entsprechend sind die im Bescheid erklärten Feststellungen von Erstattungsforderungen ebf. unzulässig.

g) Abhängige Beschäftigung einer Krankenschwester im Krankenhaus

LSG Bayern, Urteil v. 06.10.2015 - L 7 R 240/13

RID 15-04-307

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 R 50/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*
SGB IV § 7

Leitsatz: Eine im Krankenhaus tätige **Krankenschwester** ist dort regelmäßig abhängig beschäftigt.

h) Kopftuchverbot im evangelischen Krankenhaus

LAG Hamm, Urteil v. 08.05.2015 - 18 Sa 1727/14

RID 15-04-308

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BAG - 5 AZN 879/15 -
juris*
BGB §§ 293, 294, 295, 615 S. 1

Leitsatz: Kopftuchverbot im evangelischen Krankenhaus - Folgeentscheidung im Anschluss an BAG, Urteil vom 27.11.2014 - 5 AZR 611/12.

8. Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen pauschalierenden Entgeltsystems (PEPP)

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 29.04.2015 - Verg 35/14

RID 15-04-309

juris = NZBau 2015, 440 = ZfBR 2015, 596 = VergabeR 2015, 678
GWB §§ 97 V, 98 Nr. 2, 107 III 1 Nr. 3; VOF § 11 V; EGRL 18/2004 Art. 1 ff.

Leitsatz: 1. Das **Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)** ist öffentlicher Auftraggeber i.S.d. § 98 Nr. 2 GWB.

2. Die **Antragsbefugnis** erfüllt nunmehr die Funktion eines groben Filters, dem lediglich die Aufgabe zukommt, eindeutige Fälle, in denen eine Auftragsvergabe an den Antragsteller von vorneherein aussichtslos ist, auszusondern.
3. Davon, dass ein Wertungssystem „zehn oder drei Punkte“ vergaberechtswidrig sein kann, muss der **Antragsteller** im Sinne des § 107 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 GWB keine **Kenntnis** haben.
4. Die bisherige strikte **Trennung von Eignungs- und Zuschlagskriterien** ist in Bezug auf das Team, das den Auftrag ausführen soll, bereits unter der Geltung der Richtlinie 2004/18/EG aufzugeben (Anschluss EuGH, 26. März 2015, Rs. C-601/13, IBR 2015, 268).
5. Ein **Preiswertungs-system** „zehn oder drei Punkte“ ist wettbewerbsverzerrend und unzulässig.
6. **Bewertete Zuschlagskriterien** müssen mit den bekannt gegebenen Kriterien übereinstimmen.
7. Die **bekannt gegebenen Zuschlagskriterien** müssen die anzuwendenden Bewertungsmaßstäbe offenlegen, mithin auch, mit welchem Punktwert auf der Skala von null bis zehn Punkten die in der Leistungsbeschreibung gestellten Einzelanforderungen bewerten werden sollen (zum Beispiel in eine Matrix).
8. Darauf, ob das Angebot des Antragstellers wegen **Änderungen an den Vergabeunterlagen** von der Wertung auszuschließen ist, kommt es nicht an, wenn das Vergabeverfahren wegen Rechtsverstößen des Auftraggebers zurückzusetzen ist, und der Antragsteller ein neues Angebot abgeben kann, mit dem er Änderungen der Vergabeunterlagen vermeiden kann.

Der Gesetzgeber hat in § 17d VIII KHG die Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) damit beauftragt, eine **Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen** durchzuführen. Die Vertragsparteien haben hierfür das InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus als GmbH gegründet (s. <http://www.g-drg.de/cms>). Die Ag., die GmbH, schrieb im Auftrag die Beantwortung von Forschungsfragen im Rahmen einer Begleitforschung zu den Auswirkungen eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen als Verhandlungsverfahren nach öffentlichem Teilnahmewettbewerb EU-weit aus. Gesellschafter der Ag. sind die Vertragsparteien. Die Ag. nimmt in deren Auftrag Aufgaben bei der gesetzlich vorgeschriebenen Einführung und Weiterentwicklung eines pauschalierenden Vergütungssystems wahr. Die Ast., eine Universität in Gestalt eines auf Forschung im Gesundheitswesen ausgerichteten Instituts, und die Beigel., ein privatwirtschaftliches Unternehmen, bewarben sich im Teilnahmeverfahren. Sie bestanden die Teilnahmepflicht und wurden zur Abgabe sog. indikativer Angebote und dann zu letztverbindlichen Angeboten aufgefordert. Sie reichten als einzige Bieter Angebote ein. Die Ag. erteilte der Beigel. den Zuschlag. Die **Vergabekammer** untersagte der Ag., einen Zuschlag auf das Angebot der Beigel. zu erteilen und gab ihr auf, bei fortbestehender Vergabeabsicht das Vergabeverfahren in den Stand vor Versendung der Vergabeunterlagen zurückzusetzen. Das **OLG** wies die sofortige Beschwerde der Ag. zurück.

9. Informationsbegehren über Drittmittelverträge an Hochschule

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.08.2015 - 15 A 97/13

RID 15-04-310

juris

IFG NRW § 2 II; GG Art. 5 III 1

Leitsatz: 1. Mit den Begriffen Forschung und Lehre bezieht sich § 2 Abs. 3 IFG NRW auf das verfassungsrechtliche Begriffsverständnis des Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG. Daher schließt die **Bereichsausnahme** des § 2 Abs. 3 IFG NRW auch unmittelbar wissenschaftsrelevante Angelegenheiten wie **Drittmittelverträge** über Forschungsvorhaben ein.

2. § 71a HG NRW begründet keinen Informationsanspruch, sondern eine objektiv-rechtliche **Informationsverpflichtung** der Hochschule.

Der Kl. hatte von der Universität Köln unter Berufung auf das Informationsfreiheitsgesetz NRW verlangt, eine Rahmenvereinbarung mit dem Pharmaunternehmen herauszugeben, in der es um die gemeinsame Auswahl und Durchführung von pharmazeutischen Forschungs- und Entwicklungsvorhaben auf den Gebieten der Kardiologie, der Onkologie, der Augenheilkunde, der Neurologie, der Psychiatrie und der Kinderheilkunde sowie um die Einrichtung eines Graduiertenkollegs für „Pharmakologie und Therapiefor-schung“ ging. **VG Köln**, Ur-t. v. 06.12.2012 - 13 K 2679/11 - wies die Klage ab, das **OVG** wies die Berufung zurück.

10. Krankenkassen

a) BGH: Verjährung eines Amtshaftungsanspruchs/Unrichtige Auskunft einer Krankenkasse

BGH, Urteil v. 23.07.2015 - III ZR 196/14

RID 15-04-311

juris

BGB §§ 195, 199 I, 839; SGB IV § 28h

Leitsatz: Zur **Verjährung** eines **Amtshaftungsanspruchs**, der aus der Erteilung einer unrichtigen **Auskunft** (hier: der Einzugsstelle über den Fortbestand der Renten- und Arbeitslosenversicherungspflicht) hergeleitet wird, wenn ein sozialgerichtliches Verfahren mit dem Ziel geführt worden ist, einen im Widerspruch zu jener Auskunft ergangenen belastenden Verwaltungsakt (hier: Zurückweisung eines Antrags auf Bewilligung von Arbeitslosengeld) zu beseitigen (Fortführung von BGH, Urteile vom 6. Mai 1993, III ZR 2/92, BGHZ 122, 317 und vom 12. Oktober 2000, III ZR 121/99, WM 2001, 145).

b) Haftung eines Vorstandsmitglieds gegenüber seiner gesetzlichen Krankenkasse (Mietvertrag)

LG Bochum, Urteil v. 15.01.2015 - 3 O 430/12

RID 15-04-312

juris

BGB §§ 241, 249, 280, 611; SGB IV § 69 II

Ein **Mitglied des Vorstandes** einer **gesetzlichen Krankenkasse** verletzt seine Nebenpflichten aus seinem Dienstvertrag (§ 611 BGB), wenn er pflichtwidrig nicht auf der Grundlage einer ordnungsgemäßen Personalbedarfsanalyse einen **Mietvertrag** abschließt. Einer solchen bedarf es unter Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit aus § 69 II SGB IV. Dieser verpflichtet nämlich dazu, bei jeder Maßnahme die günstigste Zweck-Mittel-Relation herzustellen.

Das **LG** verurteilte den Bekl. u.a. auf Zahlung von 3.832.801,08 €.

c) Amtshaftung: Bearbeitung eines Antrags auf Bewilligung einer Mutter-Kind-Kur

OLG Saarbrücken, Urteil v. 02.07.2015 - 4 U 89/14

RID 15-04-313

juris

BGB §§ 253 II, 839 I; GG Art. 34

Leitsatz: Zur Frage der Amtshaftung der Krankenkasse bei erst auf Widerspruch erfolgter Bewilligung einer Mutter-Kind-Kur.

Die Kl. nehmen auf Grund einer erst auf ihren Widerspruch hin erfolgten Bewilligung einer Mutter-Kind-Kur die bekl. Krankenkasse auf Zahlung von Schmerzensgeld in Anspruch. Das **LG** wies die Klage ab, das **OLG** die Berufung zurück.

d) Keine Beiladung einer Krankenkasse im Klageverfahren wegen Aufnahme in Krankenhausplan

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 03.08.2015 - 13 E 513/15

RID 15-04-314

juris

VwGO § 65; KHGestG NRW § 15; KHG §§ 8, 14

Am eigentlichen **Planaufnahmeverfahren** sind die **Krankenkassen** nicht beteiligt. Ihnen werden insoweit auch keine Rechte eingeräumt. Ihre Mitwirkung beschränkt sich auf eine Beteiligung an der Erstellung des Krankenhausplans. Ihre **Beiladung** im Klageverfahren wegen der Aufnahme in den Krankenhausplan ist nicht notwendig. Hieran hat sich durch das Inkrafttreten des Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW vom 11.12.2007 nichts geändert. Erst durch den Feststellungsbescheid werden Rechtsbeziehungen nach außen begründet, in die die Krankenkassen nicht eingebunden sind. Über eine einfache Beiladung entscheidet das Gericht nach seinem Ermessen.

11. Rettungsdienst

a) Zahlungsanspruch gegenüber privaten Selbstzahlern

VG Neustadt (Weinstraße), Urteil v. 10.03.2015 - 5 K 836/14.NW

RID 15-04-315

juris

BGB §§ 611, 612, 631, 632, 683; RettDG Rheinland-Pfalz § 12; VwGO § 40 I 1

Leitsatz: 1. Für Entgelt- und Aufwendungsersatzansprüche wegen Leistungen des Rettungsdienstes ist generell der **Rechtsweg** zu den Verwaltungsgerichten gegeben.

2. Entgelte für Rettungsdienstleistungen, die Sanitätsorganisationen erbringen, denen die Gewährleistung des Rettungsdienstes **als öffentlich rechtliche Aufgabe übertragen** ist, haben öffentlich rechtlichen Charakter, auch wenn die Organisation selbst eine juristische Person des Privatrechts ist (hier: GmbH). Auch im Verhältnis zu privaten Selbstzahlern ist daneben kein Raum für privatvertragliche Vereinbarungen auf der Basis von § 611 f. (Dienstvertrag) bzw. § 631 f. BGB (Werkvertrag).

3. Ein **Zahlungsanspruch gegenüber privaten Selbstzahlern** kann nicht unmittelbar auf § 12 RettDG Rheinland-Pfalz gestützt werden. Es handelt sich vielmehr um einen Aufwendungsersatzanspruch aus öffentlich-rechtlicher Geschäftsführung ohne Auftrag entsprechend § 683 BGB.

b) Vergaberechtsrelevante Vertragsänderung: Aufstockung von Vorhalteleistungen

OLG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 28.08.2015 - 1 Verg 1/15

RID 15-04-316

juris

GWB §§ 99, 100, 101b, 117; VgV §§ 2, 3; Richtlinie 2014/24/EU

Leitsatz: 1. Die **Neuvergabe** eines Auftrags, die - bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen - nicht wirksam ohne Durchführung eines Vergabeverfahrens erfolgen kann (§ 101b Abs. 1 Nr. 2 GWB), liegt auch im Falle der **Aufstockung eines bereits beauftragten Volumens** vor, wenn das bisherige Auftragsvolumen durch eine einseitige Leistungsbestimmung oder Option in einem solch großen Umfang erweitert wird, dass es nicht mehr von dem ursprünglich geschlossenen Vertrag erfasst wird und wenn das einseitige Leistungsbestimmungsrecht im Ursprungsvertrag nicht hinreichend qualitativ oder quantitativ definiert oder begrenzt ist.

2. Sieht ein **Vertrag über die Durchführung des Rettungsdienstes** vor, dass der den Auftrag erteilende Kreis „über Anzahl und Einsatzbereitschaft von Rettungsmitteln“ entscheidet, ist die Reichweite der damit bestehenden Entscheidungsbefugnis des Kreises über das Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit nicht hinreichend **bestimmbar** und begrenzt, weil dieses Kriterium allenfalls eine generell-abstrakte Orientierung zur Bestimmung des Leistungsumfangs beschreibt.

3. Die Befugnis zur einseitigen, nicht begrenzten und vergaberechtsfreien Aufstockung der Rettungsmittelvorhaltung ergibt sich für den Kreis in einem solchen Fall auch nicht aus seiner **gesetzlichen Aufgabe**, die Notfallrettung und den Krankentransport bedarfsgerecht sicherzustellen, weil diese gesetzliche Aufgabe von ihrer Umsetzung zu unterscheiden ist, bei der die vergaberechtlichen Regeln zu beachten sind.

4. Eine Erweiterung der Rettungsmittelvorhaltung ist als **wesentliche Vertragsänderung** anzusehen, wenn der Wert der Aufstockung den Schwellenwert deutlich übersteigt und unabhängig davon der **Leistungsumfang um 16% erweitert** wird. Beruhen mehrere **zeitlich hintereinandergeschaltete Aufstockungen** auf einem einheitlichen, sukzessive vervollständigten Gutachten, ist für die Beurteilung der Wesentlichkeit der Gesamtwert der aus dem Gutachten abgeleiteten Aufstockungen zugrunde zu legen.

5. Die Frage, ob eine vergaberelevante Vertragsänderung auch durch eine einseitige „Anordnung“ oder Leistungsbestimmung des Auftraggebers im Rahmen einer im Ursprungsvertrag nicht limitierten, allein an den jeweils angenommenen Bedarf anknüpfenden Vertragsbestimmung erfolgen kann, gibt keine Veranlassung, eine Vorabentscheidung des Europäischen Gerichtshofs einzuholen, weil die **neue Richtlinie 2014/24/EU** die Frage in Art. 72 Abs. 1, 2 und 5 ausreichend beantwortet.

12. Intensivpflegerin für ambulanten Pflegedienst als freie Mitarbeiterin

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.04.2015 - L 11 R 3224/14

RID 15-04-317

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV § 7a

Leitsatz: Die Tätigkeit als **Intensivpflegerin** für einen ambulanten **Pflegedienst** erfolgt im Rahmen eines freien Dienstverhältnisses (als sog freie Mitarbeiterin), wenn die Pflegerin selbst bestimmen kann, welche und wie viele Schichten sie übernimmt und wenn sie bei der Durchführung der Pflege zwar die Vorgaben des Arztes (Behandlungsplan) und der Angehörigen der Pflegebedürftigen beachten muss, ansonsten aber keine Einzelweisungen des Pflegedienstes erfolgen.

13. Heilpraktiker

a) Ausübung osteopathischer Behandlungen durch Physiotherapeuten

OLG Düsseldorf, Urteil v. 08.09.2015 - 20 U 236/13

RID 15-04-318

juris
HeilPrG § 1 I; UWG § 8 III Nr. 2; MPhG § 1 I

Ein **Physiotherapeut** bedarf auch dann einer Erlaubnis nach § 1 HeilPrG, wenn seine Praxis nur auf ärztliche Anordnung tätig wird und er die Leistung durch eine besonders ausgebildete Mitarbeiterin erbringt. Die **Ausübung osteopathischer Behandlungen** unterliegt im Grundsatz der **Erlaubnispflicht** gemäß § I HeilPrG. Eine die Osteopathie betreffende spezialgesetzliche Regelung besteht nicht. Die Erlaubnis zur Ausübung der Physiotherapie gemäß § 1 I MPhG reicht nicht aus, um osteopathische Behandlungen vorzunehmen zu dürfen.

Physiotherapeuten ist es **verboten**, berufs- oder gewerbsmäßig die **Ausübung der Osteopathie** anzukündigen und/oder die Osteopathie auszuüben, es sei denn, sie sind ärztlich bestallt oder im Besitz einer Erlaubnis für die Ausübung der Heilkunde gemäß § 1 HeilPrG.

b) Ungeeignete schriftliche Prüfungsfragen

VG Münster, Urteil v. 21.07.2015 - 10 K 1651/14

RID 15-04-319

juris
HeilPrG § 1

Beruhet die schriftliche „Prüfung“ bzgl. einer Erlaubnis der berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung nach den Richtlinien für die Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern auf **nicht geeigneten Aufgaben**, so kann **über das Bestehen keine verlässliche Aussage** getroffen werden. Es kommt dann auch nicht auf die Beantwortung der Frage an, ob die fehlerhaften Fragen „weggedacht“ und neutralisiert oder als richtig beantwortet angesehen werden müssen. Denn unabhängig von dieser Frage ist eine ausreichende Grundlage für die positive Beantwortung der Frage nach der Gefahr für die Volksgesundheit nicht gegeben.

c) Rücknahme einer Heilpraktikererlaubnis wegen sexueller Nötigung

VG München, Urteil v. 19.05.2015 - M 16 K 15.826

RID 15-04-320

juris
HeilprGDV 1 §§ 2 If, 7 I 1, III

Als **unzuverlässig** ist ein Heilpraktiker anzusehen, wenn er keine ausreichende Gewähr dafür bietet, dass er in Zukunft seinen Beruf ordnungsgemäß unter Beachtung aller in Betracht kommenden Vorschriften und Berufspflichten, insb. ohne Straftaten zu begehen, ausüben wird und sich dadurch Gefahren für die Allgemeinheit oder die von ihm behandelten Patienten ergeben; wesentlich dabei ist, dass er infolge seines Fehlverhaltens nicht mehr das für seine Berufsausübung erforderliche Vertrauen genießen kann. Angesichts der Bedeutung der gefährdeten Rechtsgüter sind hierbei grundsätzlich strenge Anforderungen zu.

Ein Heilpraktiker, der wegen **sexueller Nötigung** in Tateinheit mit sexuellem Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses zu einer **Freiheitsstrafe** von einem Jahr und fünf Monaten verurteilt wird, ist unzuverlässig.

Ein **Wohlverhalten** während des Laufs der Bewährungsfrist sowie unter dem Druck eines behördlichen Verfahrens reicht allein nicht aus, um hieraus eine für den Kläger günstige Zukunftsprognose herleiten zu können.

14. Patiententransport eines ambulanten Rehabilitationszentrums nicht genehmigungspflichtig

VG München, Urteil v. 29.04.2015 - M 23 K 13.1162

RID 15-04-321

juris

PBefG §§ 1, 10

Der **Patiententransport** eines ambulanten Rehabilitationszentrums, durch den Kassenpatienten zur Behandlung von zu Hause abgeholt und nach der Behandlung wieder zurückgebracht werden, wozu sie nach dem Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen verpflichtet ist, ist nach dem Personenbeförderungsgesetz (PBefG) nicht genehmigungspflichtig, wenn das **Gesamtentgelt** die **Betriebskosten** der Fahrt nicht übersteigt.

15. Gesetzliche Unfallversicherung: Infektionsgefahr bei Krankenschwester im Blutspendedienst

LSG Hessen, Urteil v. 14.07.2015 - L 3 U 132/11

RID 15-04-322

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB VII § 9 I

Leitsatz: 1. Die beim Tatbestand der BK Nr 3101 der Anlage 1 zur BKV an Stelle der Einwirkungen erforderliche besonders erhöhte **Infektionsgefahr** ist bei einer **Krankenschwester im Blutspendedienst** in Bezug auf eine nur über Blut und Blutprodukte übertragbare Hepatitis-C-Virusinfektion aufgrund der mit der Tätigkeit einhergehenden Verletzungsgefahr und aufgrund des ständigen Kontaktes mit Blut anzunehmen. Das Infektionsrisiko der Krankenschwester liegt deutlich über der Wahrscheinlichkeit einer Infektion in der Allgemeinbevölkerung für Personen, die keiner Risikogruppe angehören.

2. Kommen sowohl **berufliche als auch außerberufliche Verrichtungen als Ansteckungsquelle** in Betracht, von denen aber nur eine allein die Krankheit auslösen kann, muss entschieden werden, ob sich mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine der unter Versicherungsschutz stehenden Handlungen als Krankheitsursache identifizieren lässt.

16. Petö-Therapie als Eingliederungshilfe bei Erwachsenen

LSG Bayern, Urteil v. 22.09.2015 - L 8 SO 23/13

RID 15-04-323

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IX § 55; SGB XII §§ 54 I 1, 75 III u. IV

Leitsatz: 1. Bei der **Petö-Therapie** handelt es sich um eine Leistung, die grundsätzlich sowohl als **Krankenbehandlung** i.S. eines Heilmittels nach § 32 SGB V (BSG, Urteil vom 03.09.2003, B 1 KR 34/01 R) als auch als **Eingliederungshilfe** nach §§ 53 ff. SGB XII (BSG, Urteil vom 29.09.2009, B 8 SO 19/08 R) in Betracht kommt.

2. Erforderlich ist eine Abgrenzung nach dem **Leistungszweck** der erfolgten Petö-Therapie.

3. Der Leistungszweck besteht in der **medizinischen Rehabilitation**, wenn die Gehfähigkeit erhalten und Beschwerden im Zusammenhang mit einer Hüftrekonstruktion gelindert werden sollen.

4. Nach **Beendigung der Schulpflicht** fällt der Kläger nicht mehr unter den Anwendungsbereich der bestehenden Vereinbarung zur Förderung von Schulkindern in der Heilpädagogischen Tagesstätte.

5. Der Träger der Einrichtung hat ein Leistungsangebot vorzulegen, das die Voraussetzung des § 76 SGB XII erfüllt.

17. OEG: Verabreichung von Dopingmitteln an eine minderjährige Hochleistungssportlerin

SG Magdeburg, Urteil v. 10.07.2015 - S 14 VE 3/11

RID 15-04-324

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
OEG §§ 1 I 1. 10a; BVG § 60

Leitsatz: 1. Die **Verabreichung von Dopingmitteln** an eine minderjährige Hochleistungssportlerin in der ehemaligen DDR stellt einen vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen **Angriff** i.S.d. §10a OEG i.V.m. § 1 Abs. 1 Satz 1 OEG dar.

2. Soweit Schädigungen an der Wirbelsäule auf den durch die Einnahme von Oral-Turinabol verursachten bzw. verstärkten Extremlastungen im Hochleistungssport beruhen, können diese als **Schädigungsfolge** nach dem OEG anerkannt werden.

18. Anerkennung als Contergangeschädigte

a) Keine charakteristischen thalidomidbedingten Fehlbildungen

VG Köln, Urteil v. 23.06.2015 - 7 K 3233/13

RID 15-04-325

juris
ContStifG §§ 2, 12; ZPO §§ 115, 117, 121

Es reicht nicht aus, dass **Thalidomid** als theoretische **Ursache für Fehlbildungen** nicht auszuschließen ist. Es muss mit Wahrscheinlichkeit gerade die Einwirkung von Thalidomid während der Embryonalentwicklung sein, die in einen ursächlichen Zusammenhang mit Fehlbildungen des Antragstellers gebracht werden kann. Daran fehlt es, wenn die geltend gemachten Fehlbildungen von ihrem „Erscheinungsbild“ her nicht so beschaffen sind, dass sie zumindest mit Wahrscheinlichkeit mit einer Thalidomideinnahme in Zusammenhang stehen.

b) Fehlender Nachweis der Einnahme thalidomidhaltiger Präparate

VG Köln, Urteil v. 23.06.2015 - 7 K 5098/13

RID 15-04-326

juris
ContStifG §§ 2, 12; ZPO §§ 115, 117, 121

Erscheint es bereits als nahezu ausgeschlossen, dass die Mutter der Kl. in der **maßgeblichen Zeit** während der Schwangerschaft ein thalidomidhaltiges Präparat der Firma H. eingenommen hat, können die geltend gemachten Fehlbildungen nicht mit der Einnahme thalidomidhaltiger Präparate in Verbindung gebracht werden. Einem Anspruch auf Entschädigung steht auch entgegen, wenn eine **Gesamtbetrachtung unter Einbeziehung des „Erscheinungsbilds“** der geltend gemachten Fehlbildungen nicht zu der Annahme führt, dass diese zumindest mit Wahrscheinlichkeit mit einer Conterganeinnahme in Zusammenhang stehen.

19. Keine Übernahme ungedeckter Kosten über Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus

SG Karlsruhe, Urteil v. 16.04.2015 - S 1 SO 1636/14

RID 15-04-327

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 27a IV 1; SGB XII §§ 31 I 48 I, 52 I 1, 61 I 2, 73 S. 1

Leitsatz: Die nach Leistung der **gesetzlichen Krankenversicherung** verbleibenden **ungedeckten Kosten** für eine zahnprothetische Versorgung und/oder Versorgung mit einer Sehhilfe sind weder als Hilfe bei Krankheit noch als Hilfe in sonstigen Lebenslagen aus Mitteln der Sozialhilfe zu übernehmen.

Eine abweichende Festlegung des **individuellen Bedarfs** scheidet ebenfalls aus, da es sich hier nicht um einen laufenden, sondern um einen einmaligen Bedarf handelt.

Nach Leistung der **gesetzlichen Pflegeversicherung** verbleibende ungedeckte Aufwendungen für die Einrichtung eines Hausnotrufs sowie die laufenden Aufwendungen für eine 24-Stunden-Rufbereitschaft einschließlich Schlüsselhinterlegung sind nach § 61 Abs. 1 Satz 2, 3. Alt. SGB XII aus

Mitteln der Hilfe zur Pflege zu übernehmen. Eine Begrenzung der Hilfe auf den Umfang der Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung findet nicht statt.

20. Keine abhängige Beschäftigung einer in Praxis angestellten Physiotherapeutin

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 14.10.2015 - L 4 R 3874/14

RID 15-04-328

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 5 I Nr. 1, 124

Leitsatz: Zur **selbständigen Tätigkeit** einer nicht zur Leistungserbringung im System der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen **Physiotherapeutin** in der Praxis eines zur Leistungserbringung zugelassenen und die Abrechnung durchführenden Physiotherapeuten.

21. Zwangsbehandlung

a) Schmerzensgeld nach zwangsweiser Fixierung und Verabreichung von Neuroleptika

LG Berlin, Urteil v. 28.01.2015 - 86 O 88/14

RID 15-04-329

juris

Berlin PsychKG §§ 10, 30 II, III

Leitsatz: Bei **Zwangsbehandlung** eines Patienten, z.B. bei Einweisung nach den Unterbringungsgesetzen der Länder, kommt nicht eine **Haftung** nach privatem Deliktsrecht, sondern ausschließlich nach Grundsätzen der Amtshaftung in Betracht.

Für eine **zwangsweise Fixierung von 16 Stunden** und einer medikamentösen Verabreichung von **Neuroleptika** mit erheblichen Nebenwirkungen gegen den Willen des Betroffenen ist ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 5.000,- € angemessen.

b) Zwangsmedikationen nur nach Durchführung des Hauptsacheverfahrens

AG Oldenburg, Beschluss v. 03.07.2015 - 20a XIV 111/15 L

RID 15-04-330

juris

FamG §§ 312, 331

Leitsatz: **Zwangsmedikationen** dürfen nur nach Durchführung des hierfür gesetzlich vorgeschriebenen **Hauptsacheverfahrens** angeordnet werden. Insbesondere soll durch das Hauptsacheverfahren sichergestellt werden, dass eine Prüfung der Voraussetzungen in gesicherter Unabhängigkeit von der Unterbringungseinrichtung selbst stattfindet.

Es bedarf ganz erheblicher und dringender Gründe, weshalb unter Übergehen dieser gesetzlichen Sicherungsmechanismen im Einzelfall im Wege der **einstweiligen Anordnung** entschieden werden soll. Dies setzt voraus, dass für die Betroffenen oder Dritte ganz erhebliche Rechtsgütereinbußen drohen, wenn nicht sofort durch einstweilige Anordnung entschieden wird.

22. Steuerrecht

a) Einkommensteuerrecht

aa) BFH: Außergewönl. Belastungen im Fall wissenschaftl. nicht anerkannter Behandlungsmethoden

BFH, Urteil v. 18.06.2015 - VI R 68/14

RID 15-04-331

juris = BFHE = DStR 2015, 1970

EStG § 33

Leitsatz: 1. Maßgeblicher **Zeitpunkt** für die wissenschaftliche Anerkennung einer Behandlungsmethode i.S. des § 64 Abs. 1 Nr. 2 Satz 1 Buchst. f EStDV ist der Zeitpunkt der Behandlung.

2. Um festzustellen, ob eine **wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode** i.S. des § 64 Abs. 1 Nr. 2 Satz 1 Buchst. f EStDV vorliegt, kann sich das FG auf allgemein zugängliche Fachgutachten

oder solche Gutachten stützen, die in Verfahren vor anderen Gerichten zur Beurteilung dieser Frage herangezogen wurden. In diesem Fall muss das FG die Beteiligten auf diese Absicht hinweisen und ihnen die entsprechenden Unterlagen zugänglich machen.

Vorgehend: FG Schleswig-Holstein, Urt. v. 01.10.2014 - 2 K 272/12 - RID 15-01-294 (Aufwendungen für Liposuktion).

bb) Künstliche Befruchtung: Befruchtung von mehr als drei Eizellen

FG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.04.2015 - 8 K 1792/13

RID 15-04-332

Revision anhängig: BFH - VI R 34/15 -

juris

EStG § 33 I; ESchG § 1

Eine Berücksichtigung der Aufwendungen im Zusammenhang mit der **künstlichen Befruchtung** der Ehefrau vor der Eheschließung kommt nicht in Betracht, wenn diese nicht im Einklang mit der **ärztlichen Berufsordnung** ist. Es ist gegenwärtig nicht zulässig, **mehr als drei Eizellen zu befruchten** und dann nur einen oder allenfalls zwei dieser Embryonen zu übertragen. Die geltend gemachten Aufwendungen sind auch deswegen nicht als außergewöhnliche Belastungen anzuerkennen, weil ein Verstoß gegen ein **gesetzliches Verbot** vorliegt.

cc) Aufwendungen für künstliche Befruchtung: Gleichgeschlechtliche Partnerschaft

FG Münster, Urteil v. 23.07.2015 - 6 K 93/13 E

RID 15-04-333

juris

EStG § 33 I

Aufwendungen einer in **gleichgeschlechtlicher Partnerschaft** lebenden Frau für eine **künstliche Befruchtung** unter Verwendung von Samenzellen eines Spenders sind nicht als außergewöhnliche Belastung i.S.v. § 33 I EStG zu berücksichtigen, wenn die Kinderlosigkeit nicht unmittelbare und ausschließliche Folge der krankheitsbedingten Unfruchtbarkeit ist, sie vielmehr maßgeblich darin begründet ist, dass sie in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft lebt, in der die Zeugung eines Kindes auf natürlichem Wege ausgeschlossen ist.

b) Umsatzsteuerrecht

aa) BFH: Steuerfreie Umsätze aus der Kryokonservierung weiblicher Eizellen

BFH, Urteil v. 29.07.2015 - XI R 23/13

RID 15-04-334

juris = BFHE

UStG § 4 Nr. 14; EWGRL 388/77 Art. 13 Teil A I Buchst. c

Leitsatz: Die weitere **Lagerung** von im Rahmen einer Fruchtbarkeitsbehandlung **eingefrorenen Eizellen** durch einen Arzt gegen ein vom Patienten gezahltes Entgelt ist **umsatzsteuerfrei**, wenn damit ein **therapeutischer Zweck** verfolgt wird, z.B. zur Herbeiführung einer weiteren Schwangerschaft bei einer andauernden organisch bedingten Sterilität. Auf die ausdrückliche Äußerung eines entsprechenden (weiteren) Kinderwunsches kommt es nicht an.

Vorgehend: FG Niedersachsen, Urt. v. 14.03.2013 - 5 K 9/11 - RID 13-02-298.

bb) Vorabentscheidungsersuchen an EuGH: Blutplasma zur Herstellung von Arzneimitteln

FG Hessen, Beschluss v. 24.03.2015 - 1 K 1166/13

RID 15-04-335

juris

EGRL 112/2006 Art. 132 I; UStG § 4 Nr. 17 Buchst. a

Dem **EuGH** werden folgende **Fragen zur Vorabentscheidung** vorgelegt:

1. Ist Art. 132 Abs. 1 Buchst. d der MwStSystRL dahingehend auszulegen, dass die Lieferung von menschlichem Blut auch die Lieferung von aus menschlichem Blut gewonnenem **Blutplasma** umfasst?

2. Falls die Frage zu 1 bejaht wird: Gilt dies auch für Blutplasma, dass nicht unmittelbar für therapeutische Zwecke, sondern ausschließlich zur **Herstellung von Arzneimitteln** bestimmt ist?

3. Falls die Frage zu 2 verneint wird: Kommt es für die **Einordnung als Blut** allein auf die getroffene Zweckbestimmung oder auch auf die abstrakt bestehende Verwendungsmöglichkeit des Blutplasmas an?

Aktenzeichen des EuGH: C-412/15.

cc) Telefonische Gesundheitsberatung

FG Düsseldorf, Urteil v. 14.08.2015 - 1 K 1570/14 U

RID 15-04-336

juris

UStG § 4 Nr. 14

Telefonische Gesundheitsberatung und **telefonische Patientenbegleitprogramme** auch im Auftrag gesetzlicher Kassen sind nicht von der Umsatzsteuer befreit.

c) Gewerbesteuerrecht

aa) BFH: Gewerbesteuerpflicht eines ambulanten Rehabilitationszentrums vor 2015

BFH, Urteil v. 09.09.2015 - X R 2/13

RID 15-04-337

juris

EStG §§ 15, 18 I; GewStG §§ 2 I, 3 Nr. 20 Buchst. b, d u. e

Leitsatz: 1. Die dem Sozialrecht entlehnten Begriffe des § 3 Nr. 20 GewStG sind nach **sozialrechtlichen Maßstäben** auszulegen.

2. Ein **ambulantes Rehabilitationszentrum** ist weder ein Krankenhaus i.S. des § 3 Nr. 20 Buchst. b GewStG noch eine Einrichtung zur vorübergehenden Aufnahme pflegebedürftiger Personen i.S. des § 3 Nr. 20 Buchst. d GewStG.

3. **Rehabilitation und Pflege** sind wesensverschieden. § 3 Nr. 20 Buchst. d GewStG betrifft allein die Institutionen der Pflege.

4. Einer Rückwirkung von § 3 Nr. 20 Buchst. e GewStG i.d.F. des Kroatien-AnpG auf Erhebungszeiträume vor 2015 stehen die Anwendungsvorschriften des Gesetzes entgegen,

5. Die Gewerbesteuerpflicht einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung war mit **Art. 3 Abs. 1 GG** vereinbar.

6. Eine erweiternde Auslegung von R 3.20 Abs. 4 Satz 1 GewStR kommt nicht in Betracht.

bb) Gewerbesteuerpflicht eines psychotherapeutischen Ausbildungsinstituts

FG Münster, Urteil v. 31.08.2015 - 9 K 2097/14 G

RID 15-04-338

juris

GewStG § 3 Nr. 13; PsychThG § 6

Ein **Institut**, das im Bereich der Psychotherapeutenausbildung tätig und als Ausbildungsstätte i.S. des § 6 PsychThG anerkannt ist, ist nicht nach § 4 Nr. 21 Buchst. a Doppelbuchst. bb UStG 2005 steuerbefreit, soweit es durch seine Auszubildenden **Heilbehandlungen an Patienten** erbringt.

cc) Gewerbesteuerpflichtigkeit einer Heileurythmistin

FG Niedersachsen, Urteil v. 28.04.2015 - 13 K 50/14

RID 15-04-339

juris

EStG §§ 15, 18; GewStG § 2 I 1

Leitsatz: Eine Heileurythmistin ist gewerbesteuerpflichtig.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 05.11.2015. 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
KV Hamburg: Fortführung der Individualbudgetierung im Quartal III/04	B 6 KA 34/15 R	Zur Frage der Nichtigkeit einer im Quartal III/2004 gültigen Honorarverteilungsvereinbarung als öffentlich-rechtlicher Vertrag, wenn zwingend erforderliche Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht vorlagen.	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 19.08.2015 - L 5 KA 63/13 -	15-04-13
KV Hamburg: Fortführung der Individualbudgetierung im Quartal IV/04	B 6 KA 35/15 R	Zur Frage der Nichtigkeit einer im Quartal IV/2004 gültigen Honorarverteilungsvereinbarung als öffentlich-rechtlicher Vertrag, wenn zwingend erforderliche Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht vorlagen.	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 19.08.2015 - L 5 KA 64/13 -	15-04-15
KV Hamburg: Fortführung der Individualbudgetierung im Quartal I/05	B 6 KA 36/15 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. 19.08.2015 - L 5 KA 65/13 -	15-04-14
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
KV Schleswig-Holstein: Fortführung der Individualbudgets (Quartale III/05 ff.)	B 6 KA 37/15 R	Zur Frage der Rechtmäßigkeit einer Honorarverteilung ab dem Quartal III/2005 mit der Regelung individueller Gesamtvolumina, bei denen das Honorar in ein Kernvolumen mit einem festen Punktwert und ein Konvergenzvolumen mit einem floatenden Punktwert sowie Mehrleistungen mit einem Mehrleistungspunktwert aufgeteilt wird.	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 21.04.2015 - L 4 KA 52/13 -	15-04-11
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	<i>SG Hamburg</i> , Urt. v. 25.06.2014	14-04-10

		1 S 2 EBM (juris: EBM-Ä 2008) zulässig?	- S 27 KA 152/11 -	
	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?	SG Dresden , Ur. v. 21.01.2015 - S 18 KA 118/11 - - S 18 KA 180/11 -	15-02-9 15-02-10
Quotierung von pathologischer Leistungen) (Quartale III u. IV/10)	B 6 KA 33/15 R	Dürfen Leistungen, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, aber außerhalb der Regelleistungsvolumen vergütet werden, einer Mengensteuerung in der Weise unterworfen werden, dass die Leistungen eines gesamten Kapitels (hier: pathologische Leistungen des Kap 19 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs - juris: EBM-Ä) kontingentiert werden?	SG Düsseldorf , Ur. v. 18.03.2015 - S 33 KA 416/11 -	15-04-9
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?	LSG Hessen , Ur. v. 29.01.2014 - L 4 KA 30/12 - - L 4 KA 29/12 - - L 4 KA 31/12 -	14-02-11 14-02-10 14-02-12
Gemittelter Mindestpunktwert für probatorische Leistungen/Zugunstenverfahren	B 6 KA 22/14 R Termin: 25.03.2015	Ist eine durch § 45 SGB 10 ausgeschlossene isolierte Korrektur eines Verwaltungsakts im Rahmen eines Zugunstenverfahrens zulässig?	LSG Berlin-Brandenburg , Ur. v. 19.02.2014 - L 7 KA 10/11 -	14-03-1
Augenärzte: Kostenpauschale nach Nr. 40100 EBM	B 6 KA 39/14 R	Ist die Beschränkung der Abrechenbarkeit der Kostenpauschale nach Nr 40100 EBM (juris: EBM-Ä 2008) durch die Partner des Bundesmantelvertrags ab dem 1.4.2009, wonach diese in den Fällen nicht mehr angesetzt werden kann, in denen auch Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä 2008 (Allgemeinlabor) abgerechnet werden, rechtmäßig?	SG Düsseldorf , Ur. 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?	LSG Bayern , Ur. v. 19.03.2014 - L 12 KA 21/11 -	15-03-4 NZB

Arzt-/Psychotherapeutenregister

Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht

Genehmigung einer Dialysepraxis nach § 6 III der Anl. 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä	B 6 KA 43/14 R Termin: 28.10.2015	Ist ein Vertragsarzt oder eine Berufsausübungsgemeinschaft gegenüber der Erteilung einer Dialysegenehmigung durch eine Kassenärztliche Vereinigung drittanfechtungsberechtigt? Sind bei der Genehmigung einer Dialysepraxis nach § 6 Abs 3 der Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä durch eine Kassenärztliche Vereinigung auch Anzeichen für Versorgungsmängel in der bestehenden Dialysepraxis zu berücksichtigen?	LSG Niedersachsen-Bremen , Ur. 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.	LSG Schleswig-Holstein , Ur. 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Ur. 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 berücksichtigen?	<i>LSG Rheinland-Pfalz,</i> Urt. v. 18.12.2014 - L 7 KA 24/14 -	15-02-47
Disziplinarrecht: Streikrecht für Vertragsärzte?	B 6 KA 38/15 R	Stellt die Ausübung eines Streikrechts einen zulässigen Grund für eine Unterbrechung der Sprechstundenverpflichtung des Vertragsarztes dar?	<i>SG Stuttgart,</i> Urt. v. 23.07.2015 - S 4 KA 3147/13 -	15-04-31
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 quartalsmittigt 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 Termin: 28.10.2015	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 -	15-04-23
Abrechnungsausschluss nach Nr. 40100 EBM (Neuregelung ab II/09)	B 6 KA 39/15 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	<i>LSG Niedersachsen-Bremen,</i> Urt. v. 01.09.2015 - L 3 KA 93/13 -	15-04-22

		Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä 2008 (Allgemeinlabor) abgerechnet werden, rechtmäßig?		
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?	LSG Hessen , 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 Kassenzahnärztliche Vereinigung oder die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen dürfen, gegen höherrangiges Recht?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 25.02.2015 - L 3 KA 123/11 -	15-04-26
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?	SG Dresden , Urt. v. 17.12.2014 - S 18 KA 101/13 -	15-02-25

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Prüfung von Einzelleistungen: Begründung unterschiedlicher Restüberschreitungen	B 6 KA 29/15 R	Bedarf es im Rahmen einer Einzelleistungskürzung einer näheren Begründung im Bescheid, wenn die Prüfungsgremien die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis je nach Einzelleistung unterschiedlich hoch ansetzen?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 18.12.2014 - L 7 KA 25/13 -	15-04-34 NZB
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?	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 15.01.2014 - L 9 KA 5/12 -	14-02-58
Verpflichtung zur Einbringung monoklonaler Antikörper in Kochsalzlösung	B 6 KA 3/15 R	Verstößt ein Arzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, wenn er ein Arzneimittel als Rezeptur von der Apotheke anfordert, statt es in seiner Praxis (zB durch Einbringung in eine Kochsalzlösung) zur Anwendung am Patienten gebrauchsfertig zu machen?	LSG Bayern , Urt. v. 04.12.2013 - L 12 KA 98/12 -	14-02-59 NZB
Unterbrechung der Ausschlussfrist/Geltung der zweijährigen Ausschlussfrist	B 6 KA 45/14 R Termin: 28.10.2015	Sind die in der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zur Anwendung einer vierjährigen Ausschlussfrist für die Richtgrößenprüfung auch auf die nunmehr gesetzlich geregelte zweijährige Ausschlussfrist in § 106 Abs 2 S 2 SGB 5 in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.3.2007 (BGBl I 2007, 378) anzuwenden?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 07.10.2014 - L 4 KA 13/12 -	15-01-35
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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 30.04.2014 - L 11 KA 16/12 -	14-03-34

Zulassung und Ermächtigung

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?	LSG Bayern , Urt. v. 14.01.2015 - L 12 KA 66/14 -	15-03-48
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	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 26.11.2014 - L 3 KA 127/11 -	15-01-47

		führt?		
	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
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 NZB
Sitzverlegung	B 6 KA 31/15 R	Dürfen die Zulassungsgremien Gründe der vertragsärztlichen Versorgung gem § 24 Abs 7 Ärzte-ZV, die einer Sitzverlegung entgegenstehen, allein auf der Grundlage eines Vergleichs der einschlägigen ärztlichen Versorgungsgrade in den Planungsbereichen des bisherigen und begehrten Sitzes mit dem Ziel der Gleichmäßigkeit der Versorgungsgrade beurteilen?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 25.03.2015 - S 83 KA 559/13 -	15-04-46
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
MVZ: Nachbesetzung einer ¼- Arztstelle durch Aufstockung/ Antragsfrist	B 6 KA 28/15 R	Können auch durch Reduzierung der Arbeitszeit eines angestellten Arztes entstandene oder nur originäre ¼-Arztstellen in Medizinischen Versorgungszentren ohne zeitliche Einschränkung nachbesetzt werden?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 20.05.2015 - L 12 KA 175/14 -	15-04-49
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
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 NZB
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 NZB
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 Dialyseermächtigung	B 6 KA 40/14 R	Ist ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener oder auch ermächtigter Arzt bzw ein entsprechend berechtigtes MVZ befugt, die Erteilung einer auf Anl 9.1 § 11 Abs 3 BMV-Ä beruhenden Ermächtigung anzufechten?	<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 auszuführen, 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
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 Termin: 28.10.2015	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	<i>SG Potsdam</i> , Urt. v. 18.02.2015 - S 1 KA 46/14 -	15-03-66

		bundesmantelvertraglicher Bestimmungen angebotene Abtretungserklärung ablehnen?		
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
Fremdkassenzahlungsausgleich	B 6 KA 27/15 R	Zur Rechtmäßigkeit der "Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens (Fremdkassenzahlungsausgleich) mit den Kassenärztlichen Vereinigungen".	SG Berlin, Urt. v. 28.01.2015 - S 22 KA 195/10 -	15-03-68
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 verordnungsfähigen Medizinprodukte	B 6 KA 14/14 R Termin: 13.05.2015	Rechtfertigt die bloße Neubewertung des im Zeitpunkt der Entscheidung vorliegenden Erkenntnismaterials zum medizinischen Nutzen eines Medizinproduktes (hier von Jacutin® Pedicul Fluid zur Bekämpfung von Kopfläusen) eine Aufhebung des bestandskräftigen Bescheides, mit dem dieses Medizinprodukt vom Gemeinsamen Bundesausschuss in die Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte aufgenommen worden war?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 29.01.2014 - L 7 KA 119/11 KL -	14-02-90
GBA: Verordnungs Ausschluss für Otologika	B 6 KA 25/15 R	Ist das Arzneimittel „Otovowen®“ als Otologikum vom Verordnungs Ausschluss 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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 27.05.2015 - L 7 KA 33/12 KL WA -	15-03-71
Sonstiges/Verfahrensrecht				
Individualrabattvertrag mit dentaltechnischem Labor	B 6 KA 2/15 R (alt: B 3 KR 11/15 R) Termin: 28.10.2015	Ist eine Krankenkasse berechtigt, einen Individualrabattvertrag mit einem dentaltechnischen Labor abzuschließen?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 25.11.2014 - L 4 KR 244/10 -	15-01-60

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 05.10.2015. 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 Continous Glucosemonitoring System (CGMS) um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode iS des § 135 Abs 1 SGB 5 oder um ein Hilfsmittel iS des § 33 Abs 1 S 1 SGB 5?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 20.03.2014 - L 5 KR 246/13 -	14-02-133
Kostenerstattung				
Kostenerstattung: Genehmigungs- fiktion/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 -	15-04-92
Stationäre Behandlung				
Krankenhausaufenthalt bei Radiojodtherapie	B 1 KR 18/15 R Termin: 17.11.2015	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				
Anthroposophische Arzneimittel (Mistelpräparat Iscador)	B 1 KR 30/15 R	Widerspricht § 12 Abs 6 AM-RL (juris: AMRL) in der seit 21.6.2012 geltenden Fassung den Regeln besonderer Therapierichtungen?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 12.11.2014 - L 5 KR 245/14 -	15-04-81 NZB
Hilfsmittel/Heilmittel				
Silikon-Fingerprothese	B 3 KR 14/14 R Termin: 30.09.2015	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
Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe				
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	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 06.03.2014	14-04-118 NZB

		Entfernungsdifferenz? Ist ein langjähriges Arzt-Patienten-Verhältnis ein zwingender Grund iS des § 76 Abs 2 SGB 5?	- L 4 KR 58/12 -	
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) Termin: 17.11.2015	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 Termin: 17.11.2015	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
QualitätssicherungsRL zum Bauch-aortenaneurysma: Anforderungen an einen Leitungslehrgang	B 1 KR 28/15 R	Zu den Anforderungen an einen "Leitungslehrgang" iS des § 4 Abs 3 Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma (juris: QBAARL).	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Ur. v. 18.06.2015 - L 5 KR 258/14 -	15-04-116
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
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 Termin: 17.11.2015	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
Fallzusammenführung bedingt Abrechnung mit nur einer	B 1 KR 13/15 R Termin: 17.11.2015	Ist die Verweildauer der Versicherten bei der Falldatenzusammenfassung und Neueinstufung in eine Fallpauschale nach § 3 Abs 3 Fallpauschalenvereinbarung 2009 (juris:	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Ur. v. 10.12.2014	15-01-124

Fallpauschale		KFPVbg 2009) um die Tage zu kürzen, in denen keine medizinische Behandlungsbedürftigkeit bestand?	- L 1 KR 330/13 -	
Voraussetzungen der Nebendiagnose D62 (akute Blutungsanämie)	B 1 KR 41/14 R Termin: 17.11.2015	Rechtfertigt die bloße Bereitstellung von Blutkonserven auch nach Vornahme einer sog "Blutkreuzung" die Kodierung einer Nebendiagnose bezüglich der Diagnose D62 ICD-10 (akute Blutungsanämie)?	LSG Hessen , Urt. v. 30.10.2014 - L 8 KR 370/11 -	15-01-127
DRG-Fallpauschale G64A	B 1 KR 13/14 R 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?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 16.12.2013 - L 1 KR 292/11 -	14-02-178
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?	LSG Hamburg , 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?	LSG Mecklenburg-Vorpommern , Urt. v. 21.04.2015 - L 6 KR 32/12	15-03-130
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 Krankenhausentlassung innerhalb der oberen Grenzverweildauer der abgerechneten Fallpauschale erfolgt?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 21.01.2015 - L 5 KR 699/12 -	RID 15-02-160 NZZ
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?	LSG Hamburg , 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?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 06.06.2013 - L 5 KR 326/12 -	13-04-102

Ambulante Versorgung

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

Abschlagsfreiheit bei Patentschutz	B 3 KR 1/15 R (alt: B 1 KR 9/13 R) Termin: 30.09.2015	Zur Auslegung des Begriffs "patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel" iS des § 130a Abs 3b S 1 SGB 5.	SG Berlin , Urt. v. 21.11.2012 - S 208 KR 99/11 -	13-01-162
	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	Hat die Krankenkasse auch dann einen Anspruch auf Gewährung eines Apothekerrabatts nach § 130 SGB 5, wenn sie nach Begleichung der Erstabrechnung innerhalb von 10 Tagen aufgrund einer Schiedsstellenentscheidung später Abrechnungskorrekturen zugunsten des Apothekers vornimmt?	SG Aachen , Urt. v. 19.08.2014 - S 13 KR 389/13 - - S 13 KR 391/13 - - S 13 KR 393/13 - - S 13 KR 401/13 - - S 13 KR 404/13 - - S 13 KR 385/13 -	14-04-143 14-04-142 14-04-141 14-04-139 14-04-145 14-04-144

	1 KR 39/14 R) B 3 KR 9/15 R (alt: B 1 KR 40/14 R) Termin: 08.07.2015			
Apothekenwahlrecht und Vergütungsanspruch der Apotheke der Wahl	B 3 KR 16/15 R Termin: 25.11.2015	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
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 NZZ
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 -	NZZ
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 -	15-04-134
Schiedsverfahren Heilmittelerbringer	B 3 KR 2/15 R (alt:B 1 KR 10/13 R Termin: 30.09.2015	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?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 01.03.2012 - L 1 KR 18/10 -	12-02-180 NZZ
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.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , 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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 26.02.2014 - L 9 KR 313/11 -	14-03-136 NZZ
Krankenkassen				
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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 27.05.2014 - L 11 KR 1169/13 -	14-03-145 NZZ

Ruhen der Leistungsansprüche	B 1 KR 31/15 R	Wie und von wem ist der Eintritt von Hilfebedürftigkeit als Grund für die Beendigung des Ruhens von Leistungsansprüchen der gesetzlichen Krankenversicherung festzustellen?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 04.11.2014 - L 4 KR 247/14 -	15-04-138 NZB
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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 09.07.2014 - L 11 KR 5691/11 -	14-04-150 NZB
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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 05.06.2014 - L 16 KR 80/13 -	14-03-148
Kooperation über Auslandskrankenversicherungsschutz	B 1 A 1/15 R B 1 A 2/15 R B 1 A 3/15 R	Darf die Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse verpflichten, eine beitragsfinanzierte Gruppenauslandskrankenversicherung ihrer Mitglieder zu beenden, deren Leistungen sich auch auf vertragsfreies Ausland erstrecken?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 23.10.2014 - L 1/4 KR 570/12 KL - <i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 23.04.2015 - L 1 KR 17/14 KL - - L 1 KR 337/12 KL -	15-01-141 NZB 15-03-158 NZB 15-03-157 NZB
Zuständigkeit der Aufsichtsbehörde bei Öffnung der Krankenkasse in viertem Bundesland	B 1 A 10/13 R (alt: B 1 KR 22/13 R) Termin: 10.03.2015	Richtet sich die aufsichtsrechtliche Einstufung einer IKK als landesunmittelbar oder bundesunmittelbar nach der jeweiligen aktuellen Situation, wobei ausschlaggebend für die Bewertung der Zuständigkeit einer geöffneten IKK das tatsächliche Vorhandensein von betreuten Betrieben – einschließlich unselbstständiger Betriebsteile – in mehr als drei Bundesländern ist?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 27.06.2013 - L 5 KR 14/11 KL -	13-04-114
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?	<i>LSG Bayern</i> , 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?	<i>SG Mannheim</i> , Urt. v. 07.10.2014 - S 3 KR 1132/14 -	15-02-185
Erstattungsanspruch eines drittangegangenen Trägers	B 1 KR 27/15 R	Hat auch ein drittangegangener Rehabilitationsträger einen Erstattungsanspruch nach § 14 Abs 4 S 1 SGB 9?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 25.06.2015 - L 1/4 KR 437/12 -	15-04-142
Verwaltungsakt gegenüber Versicherten ohne Tatbestandswirkung	B 1 KR 29/15 R	Kann sich die Berufsgenossenschaft nach Gewährung von Leistungen an einen Versicherten, für die sie Erstattung von der Krankenkasse begehrt, zu Lasten der Krankenkasse darauf berufen, dass sie gegenüber dem Versicherten einen ihre Leistungszuständigkeit ausschließenden bestandskräftigen Verwaltungsakt erlassen hat?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 21.07.2015 - L 11 KR 1601/14 -	15-04-139
Krankenkassenwahlrecht eines Sozialhilfeempfängers	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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 12.09.2014 - L 4 KR 3468/13	15-04-137

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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , 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 Termin: 17.11.2015	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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 17.12.2014 - L 4 KR 296/11 -	15-02-190
Landwirtschaftliche Krankenkasse: Erbringung von Betriebshilfe	B 3 KR 12/15 R (alt: B 1 KR 44/14 R) Termin: 25.11.2015	Ist die landwirtschaftliche Krankenkasse im Rahmen der Betriebshilfe zur vollständigen Kostenübernahme einer selbstbeschafften Ersatzkraft verpflichtet?	<i>LSG Bayern</i> Urt. v. 30.07.2014 - L 4 KR 88/13 -	juris
Anwendung des § 11 V SGB V auch auf freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Unfallversicherung	B 3 KR 3/15 R (alt: B 1 KR 29/14 R) Termin: 25.11.2015	Ist die Regelung des § 11 Abs 5 SGB 5, die festlegt, dass Arbeitsunfälle, für die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung erbracht werden, nicht in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung fallen - völlig unabhängig davon, um welche Leistungen es konkret geht (hier: Krankengeld) -, auch auf Personen anzuwenden, die in der gesetzlichen Unfallversicherung freiwillig versichert sind?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> Urt. v. 25.06.2014 - L 1/4 KR 449/12 -	juris