Rechtsprechungsinformationsdienst 16-01

REDAKTION 10

EDITORISCHE HINWEISE 10

A. VERTRAGSARZTRECHT 11

I. Honorarverteilung 11
1. Vergütung ab 2009 11
a) Berechnung des Trennungsfaktors für hausärztliche und fachärztliche Versorgung (Quartal I/09) 11
b) Keine Praxisbesonderheit wg. Zusammensetzung einer BAG/Trennungsfaktor (Quartale I u. II/10) 12
c) Trennungsfaktor Quartale I und II/11 12
d) Keine Erhöhung der RLV-Fallzahl nach Ausscheiden aus BAG 12
e) Erhöhung der Fallzahl des QZV Akupunktur (Quartal I/13): Rechtzeitiger Antrag 13
f) Regelleistungsvolumen für Pathologen 13
g) RLV und QZV für histologisch bzw. zytologisch tätige Pathologen 13
h) Budgetierung der Vorwegleistungen (KV Hessen: Anpassungsindex 100/Sicherstellungsindex 90) 13
i) Ausgleichszahlungen wegen überproportionaler Honorarverluste 14
j) Vergütung der Leistungen der Notfallambulanz eines Krankenhauses 14
2. Vergütung bis 2008 15
a) Ausschließliche Zuständigkeit des Bewertungsausschusses (Humangenetik) 15
b) Notfallleistungen eines Krankenhauses: Nachvergütung für nicht angefochtene Honorarbescheide 15
3. Zahnärzte 15
a) Honorarbegrenzungsregelungen: Keine Differenzierung nach Zahnarztgruppen 15
b) Unterschiedliche Honorartöpfe für Zahnärzte und Kieferorthopäden 16

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung 16
1. Kein Anspruch auf Umsetzung in die jeweils niedriger bewertete alternative Leistungsposition 16
2. Zeitbezogene Tagesprofile: Körperakupunkturleistung nach Nr. 30791 EBM 2005 17
3. Fortbildungspflicht: Honorarkürzung verfassungsgemäß 17
4. Persönliche Leistungserbringung: Kein Honorar ausschließlich für Befundung einer Röntgenleistung 18
5. Fehlende Diagnoseangaben/Unzureichender Indikationsauftrag (sog. quantitative Stuhldiagnostik) 18
6. Neurochirurgen: Offen chirurgische Facettendenervationen (Nr. 31131 EBM) 18
7. Zirkumzisionen: Obligate histologische Untersuchung oder Bilddokumentation 19
8. Psychotherapeuten: Nr. 35140 (Biographische Anamnese) und Nr. 35141 EBM 2005 (Exploration) 19
9. Abrechnung einer „Kombinationsnarkose mit Maske“ nach Nr. 31822 EBM (Katarakt-Operation) 20
10. Laborkostenpauschale Nr. 40100 EBM/Keine Umwandlung fehlerhaft abgerechneter Leistung 20
11. Laborleistungen eines Krankenhauses im Notdienst 21

III. Genehmigung/Belegarzt/Zweigpraxis/Notdienst 21
1. Genehmigung 21
a) Aufhebung einer Abrechnungsgenehmigung: Akupunkturleistungen für Gynäkologin fachfremd 21
b) Keine substitutionsgestützte Behandlung von Männern durch Gynäkologin 22
2. Anerkennung als Belegarzt setzt entsprechende Fachabteilung voraus 22
3. Zweigpraxis 22
a) Versorgungsverbesserung nicht durch belegärztliche Leistungen 22
b) Anfechtung der Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte zur Dialysebehandlung 23
4. Notdienst: Kein Anspruch auf Einteilung zum Notdienst bei Sitz außerhalb des Notfalldienstbezirks 23

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz 23
1. Arzneikostenregress 24
a) Richtgrößenprüfung: Zustellung des Widerspruchsbescheides ist keine individuelle Beratung 24
b) Fixe Kombination von Wirkstoffen: Begründung der Ausnahmeindikation u.U. nachholbar 24
c) Off-Label-Use: Arzneimittel Strattera (Atomoxetin) für die Behandlung von Erwachsenen 24
2. Sprechstundenbedarf: Mittel zur Kryotherapie („Histofreezer“) 25
3. Widerspruch einer KV ohne Wirkung zugunsten des Arztes 25
4. Umsetzung eines unquotierten Bescheids der Prüfgremien ist Verwaltungsakt 25
5. Keine Anordnung einer aufschiebenden Wirkung bei offensichtlicher Rechtmäßigkeit 25
6. Zahnärzte 26
a) Voraussetzungen einer Einzelfallprüfung/Keine statistische Vergleichsprüfung ohne Prüfvereinbarung 26
b) Repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung (u.a. X1/X3, Pla0/Pla1, Zy1/Zy3) 26
c) Weniger als 100 Behandlungsfälle bei einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung 26

d) Statistischer Kostenvergleich einer Gemeinschaftspraxis mit einem MKG-Chirurgen 27
e) Keine Fristen für die Einleitung eines Prüfverfahrens (KZV Hessen) 27
f) Zahnersatz 27
aa) Unzumutbare Nachbesserung: 10 erfolglose Versuche u. fehlende Einsicht/Täuschungsvorwurf 27
bb) Vorausgehende Versorgung pulpatoter Zähne/Wurzelfüllung 28
cc) Ablehnung einer Nachbesserung durch den Vertragszahnarzt 28
g) Kein subjektiv-öffentliches Recht auf Bestellung als Gutachter/Eignung 28

V. Zulassungsrecht 28
1. Sonderbedarfszulassung: Dorf- oder Stadtgrenzen und Region/Erreichbarkeit eines Hausarztes 29
2. Praxisnachfolge und Praxiskaufvertrag 29
a) Kein Anspruch auf „Verlängerung“ der mit dem Verzicht beendeten Zulassung nach Praxisverkauf 29
b) Kein Widerruf des Verzichts nach Wiederbesetzung des Vertragsarztsitzes 29
3. Nachbesetzung einer Angestelltenstelle: Bisher nicht beplante Arztgruppe/Zulassungsmoratorium 30
4. Sitzverlegung 30
a) Entgegenstehende Gründe der vertragsärztlichen Versorgung sind darzulegen/Drittanfechtung 30
b) Sitzverlegung nach Sonderbedarfszulassung bedarf erneuter Sonderbedarfszulassung 32
5. Beteiligtenfähigkeit allein des Trägers eines MVZ, nicht des MVZ selbst 32
6. Zulassungsverzicht bei sog. Doppelzulassung auf nur ein Fachgebiet 33
7. Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung 33
a) Verstoß gegen die Fortbildungspflicht 33
b) Gröbliche Pflichtverletzung: Doppelabrechnung/Manipulation von Heil- und Kostenplänen 34
c) Entziehung wegen Alkoholabhängigkeit (Sofortvollzug) 34
d) Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit/Nachschieben von Gründen 35
e) Verstoß gegen die Krebsfrüherkennungs-RL/Mammographieren ohne Genehmigung 35
8. Keine Ermächtigung für Leistung ohne Abrechnungsberechtigung 36

VI. Sonstige Kostenträger/Rechnungsprüfung KV 36
1. Abrechnung der KV mit Sozialhilfeträger per Online-Abrechnung ohne Originalbelege 36
2. Kein Recht des Rechnungsprüfungsausschusses auf Einsicht in Rechnungsunterlagen 37

VII. Kostenerstattung/Geschäftsgebühr/Verfahrensrecht 37
1. Keine Kostenerstattung für im Widerspruchsverfahren beigeladenen Konkurrenten 37
2. Geschäftsgebühr von 2,3-fach nach Nr. 2300 RVG VV (Richtgrößenverfahren) 38
3. Verfahrensrecht 38
a) Keine Beschränkung einer Klage bei vollumfänglicher Anfechtung eines Widerspruchbescheids 38
b) Kein Verbandsklagerecht eines Vereins zur Betreuung von Ärzten 39

VIII. EHV KV Hessen 39
1. Einführung einer Wartezeit ohne Übergangsregelung unzulässig 39
2. Intertemporales Sozialrecht: Zeitpunkt der Berufsunfähigkeit und neue Zurechnungszeit 39

IX. Bundessozialgericht (BSG) 40
1. Honorarverteilung 40
a) Vergütung probatorischer Sitzungen und Regelleistungsvolumen 40
b) Gemittelter Mindestpunktwert für probatorische Leistungen/Zugunstenverfahren 40
c) RLV-Fallwert niedriger als Versichertenpauschale 40
2. Sachlich-rechnerische Berichtigung 41
a) Nachweis der Fortbildung vor Beginn der Honorarkürzung/Verfassungsmäßigkeit 41
b) Laborarzt: Anforderung der Laboratoriumsuntersuchung von Laborgemeinschaft 41
3. Nr. 03351 EBM 2005: Nachweis der Abrechnungsberechtigung nach Übergangsregelung 41
4. Genehmigung zur Erbringung zytologischer Untersuchungen an weiterem Tätigkeitsort 41
5. Wirtschaftlichkeitsprüfung: Andere Funktion der Praxisbesonderheit als bei Honorarverteilung 41
6. Regressfestsetzung nach Insolvenzeröffnung/Vereinbarung zur Minderung des Erstattungsbetrags 42
7. Zulassungsrecht 42
a) Teil-Berufsausübungsgemeinschaft 42
aa) Überörtliche Teil-BAG: Gesamtheit eines von Zusatz-Weiterbildung erfassten Leistungsbereiches 42
bb) Einbringen nur eines Teil des Leistungsangebots 42
b) Entziehung der Zulassung wegen Verletzung der Fortbildungspflicht 42
aa) Gröbliche Pflichtverletzung/Kein Verschuldenserfordernis/Keine weitere Nachfrist 42
bb) Unerheblichkeit des Alters zum Zeitpunkt der Entscheidung des Zulassungsausschusses 43
c) Zulassungsentziehung MVZ: Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht am Praxissitz 43
d) Keine Ermächtigung eines Kinderkardiologen zur Behandlung Erwachsener 43
e) Institutsermächtigung nach § 119a SGB V: Ärztlich geleitete Abteilung/Nicht auf „Vorrat“ 44
8. Festsetzung der Vergütung sozialpädiatrischer Zentren durch Schiedsstelle 45
9. Klage gegen Schiedsperson: HzV-Vertrag (Baden-Württemberg) 45
10. Verfahrens- und Prozessrecht 45

a) Zulässigkeit der Untätigkeitsklage/Verpflichtung zur Bescheidung 45
b) Streitigkeiten zahntechnischer Leistungserbringer sind Angelegenheit des Vertragszahnarztrechts 45
c) Revisionsfristen von Rechtsanwalt nicht delegierbar 46

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT 47

I. (Zahn-)Ärztliche Behandlung 47
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 47
a) Behandlung mit Galvano- und Hyperthermietherapie bei Prostatakarzinom 47
b) Krebstherapie: Hyperthermiebehandlung und Maintrac 47
c) Ganzheitliches Therapiekonzept unter Einschluss von Hyperthermie- und Laserbehandlung 47
d) Ambulante Liposuktionsbehandlung an Oberschenkeln und Oberarmen 48
e) Laserepilation 48
f) Therapie mit Cannabis-Extrakt-Tropfen (Folgenabwägung) 48
2. Erstattungsforderung der Krankenkasse nach selbstbeschaffter Implantation eines Magenbandes 49
3. Zahnärztliche Behandlung 49
a) Zahnimplantologische Leistungen bei Zahnlosigkeit im Bereich des Oberkiefers 49
b) Kein Anspruch auf professionelle Zahnreinigung 50

II. Stationäre Behandlung 50
1. Adipositaschirurgische Maßnahmen 50
a) Ausschöpfung konservativer Behandlungsmaßnahmen: Jahrelang erfolglose Diäten 50
b) Nichtausschöpfen aller konservativen Behandlungsmöglichkeiten und Ausnahmefälle 51
c) Multimodale Therapie nicht Erfolg versprechend 51
d) Magen-Bypass-Operation: Kein Aufschub der chirurgischen Therapie 51
e) Anlage eines EndoBarriers® erst nach Ausschöpfung der konservativen Mittel 51
2. Brustaufbau nach Brustimplantatentfernung 52
3. Teilstationäre Behandlung (Pharmakotherapie - Intravenöse Immunglobulin-Therapie) 52
4. Operative Beinverlängerung 52

III. Kostenerstattung 53
1. Genehmigungsfiktion 53
a) Beseitigung der Genehmigungsfiktion nur durch Rücknahmeentscheidung 53
b) Nichteinhaltung der Fünfwochenfrist/Leistungsverpflichtung 53
c) Nichteinhaltung der 5-Wochenfrist/Sachleistungsanspruch (laparoskop. Sleeve-Resektion-Op) 53
d) Privatärztliche Behandlung ist von Kostenerstattung ausgeschlossen 53
e) Genehmigungsfiktion gilt auch nach Ablehnung eines ersten Antrags 54
f) Sachleistungsanspruch/Keine sonstigen Leistungsvoraussetzungen nach Fristversäumnis 54
g) Kein Sachleistungsanspruch aufgrund der Genehmigungsfiktion (Therapiedreirad) 54
h) Keine Fristverlängerung durch Anforderung von Unterlagen/Sachleistungsanspruch 55
i) Unzureichende Mitteilung/Keine Einwendungen der Krankenkasse 55
j) Sachleistungs- oder Kostenerstattungsanspruch/Antrag 55
k) Einwendungsausschluss: Kosten für Cannabisblüten zur Schmerztherapie 55
l) Schriftformerfordernis für Verwaltungsentscheidung/Sachleistungsanspruch 56
2. Einhaltung des Beschaffungswegs (Maßnahmen künstlicher Befruchtung) 56
3. Keine eigene schuldrechtliche Verpflichtung gegenüber Rettungsdienst 56

IV. Arzneimittel 57
1. Off-Label-Use: Wirkstoff Valganciclovir (Valcyte®) bei einem Chronischen Erschöpfungssyndrom 57
2. Kein Rezepturarzneimittel Dronabinol bei Erkrankung an Fibromyalgie 57
3. Nicht zugelassenes Arzneimittel Xeljanz 57

V. Hilfsmittel 58
1. Versorgung mit einem schnelleren Rollstuhl 58
2. Rollstuhlzuggerät 58
3. Therapiedreirad 58
a) Unzureichende Versorgung mit Rollator/Therapeutische Funktion 58
b) Therapie-Dreirad für 13-jährige Versicherte 59
4. Zubehör zu Hilfsmittel: Kombiverdeck für Reha-Buggy 59
5. Genium-Gelenksystem der Firma Otto Bock 59
6. Hörgeräteversorgung 59
a) Klagebefugnis einer Versicherten gegen Festbetragsfestsetzung für Hörgeräte 59
b) Keine Begrenzung der Hörgeräteversorgung durch Festbetrag oder Vertragspreis 60
c) Hörverbesserung nur durch Hörgerät über Festbetrag 61
d) Keine nachträglichen Messungen/Ablehnung von Hörgeräten und Beweisnot 61
7. Yale-Bandage 61

VI. Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten 61
1. Häusliche Krankenpflege 61
a) Seniorenresidenz als geeigneter Ort 61
b) Vorlage der Verordnung/Werkstatt für behinderte Menschen und einfacher Pflegebedarf 62
c) Kein Anspruch auf einen Integrationshelfer 62
2. Fahrkosten: Hinzuziehung der Feuerwehr als Tragehilfe bei Rettungseinsatz 62

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern 63
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit 63
a) Versorgungsvertrag Chirurgie/Unfallchirurgie: Implantation von Knie-TEP 63
b) Behandlungsmethode: Allogene periphere Blutstammzelltransplantation bei myeloischer Leukämie 63
c) MRT des Herzens mit Kontrastmitteln/Verwertung aller Unterlagen 63
d) Ambulantes Operieren: Grundpauschale/Konsultationspauschale 64
e) Versichertenstatus 64
aa) Berufung des Krankenhauses auf Auffangversicherung 64
bb) Auffangversicherung anstelle einer Familienversicherung 64
cc) Keine Vergütung für Behandlung eines EU-Bürgers bei ungeklärtem Versichertenstatus 65
f) Keine weiteren Fälligkeitsvoraussetzungen nach Ablauf vertraglicher Prüfungsfrist 65
g) Formal ordnungsgemäße Abrechnung für Fälligkeit ausreichend 65
h) Verspätete Einleitung des MDK-Prüfverfahrens: Keine Prüfung der Erforderlichkeit 66
i) Aufrechnung setzt Aufrechnungserklärung voraus/Verrechnung/Zahlungsfälligkeit 66
2. Fallpauschalen 66
a) Nachkodierung einer versehentlich unterbliebenen Kodierung 66
b) Abzug von Verlegungsabschlägen wegen Frührehabilitation 67
c) Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern: Isolierung 67
d) Vergütung eines Zusatzentgeltes für die Gabe des Blutgerinnungspräparates Novoseven® 67
e) Nebendiagnose K65.0 (akute Peritonitis) 67
f) Beatmung von mehr als 95 und weniger als 250 Stunden (DRG A13G) 68
g) Dauer der Beatmungszeit (DRG E65A anstatt DRG E40B) 68
h) DRG-Fallpauschale A13A: Einstellen der invasiven Beatmung 68
i) Hauptdiagnose chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates 69
j) Externe Hämodialysen nicht kodierbar 69
k) Diagnose R63.3 ICD-10 (Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung) 69
l) Kodierung einer spastischen Paraparese (Symptom) anstelle Multipler Sklerose (Grunderkrankung) 69
m) Kodierung eines Lymphödems als Komplikation einer Operation 70
3. Aufwandspauschale 70
a) Prüfung der Überschreitung der oberen Grenzverweildauer 70
b) Übermittlung eines Notfalls als Normalfall/Erbringbarkeit als ambulante Leistung 70
c) Fehlerhafte Abrechnung: Unzutreffende Kodierung der tatsächlichen Schwere der Verletzung 70
d) Lediglich Verweildauer nicht voll begründet/Anforderung der Patientenakte nach § 275 SGB V 71
e) Medizinisch nicht vollständig begründete Verweildauer ohne Auswirkung auf Abrechnungsbetrag 71
f) Keine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit nach den gesetzlichen Vorgaben 71

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern 71
1. Apotheken 72
a) Vorrangige Abgabe eines rabattbegünstigten Originalpräparats 72
b) Unzulässigkeit einer produktneutralen Verordnung von Impfstoffen 72
c) Verordnung von zahlenmäßig genau bestimmten Packungen 72
d) Ausnahme von der Auskunftsverpflichtung einer Apotheke (Vertrieb parenteraler Zubereitungen) 72
e) Klage eines Apothekers gegen Versicherte wegen nicht verlangten Eigenanteils 73
2. Hilfsmittelerbringer 73
a) Festbetragsfestsetzung für Hörgeräte 73
b) Hilfsmittelabgabe auf „verkürztem Versorgungsweg“: Entgeltrückforderung 74
c) Einreichung eines Kostenvoranschlags vor erfolgter Versorgung 74
d) Hilfsmittelverzeichnis: Keine Aufnahme des Speedy-Duo 2 74
3. Häusliche Krankenpflege: Unterbliebene Durchführung des Schiedsverfahrens 75

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen/Sonstiges 75
1. Elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild 75
2. Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit: Erste ärztliche Feststellung ausreichend 75
3. Familienversicherung ohne Altersgrenze: Vorliegen einer Sucht- und psychischen Erkrankung 76
4. Erstattungsstreitigkeiten 76
a) Doppelte Weiterleitung eines Rehaantrags 76
b) Leistungen der Eingliederungshilfe in Form einer Schulbegleitung 77
c) Erbringung von Rehabilitationsleistungen: § 2 I 1 KiHB-RL rechtswidrig 77
5. Aufsichtsbehörde über geöffnete BKK 77

X. Verfahrensrecht 77
1. Erinnerung gegen PKH-Kostenfestsetzung: Besetzung des LSG/Keine Beschwerdebefugnis d. Kl. 77
2. Rechtliches Gehör: Entscheidung über PKH erst nach Urteil 78

XI. Bundessozialgericht (BSG) 78
1. Kontinuierliche Glukosemessung 78
2. Präimplantationsdiagnostik: Polkörperdiagnostik 78
3. Beziehungen zu Krankenhäusern 78
a) Versorgungsauftrag nach Maßgabe des Landeskrankenhausplans 78
b) Kein Arbeitsverhältnis des Operateurs zum Krankenhaus (Jahr 2006) 79
c) Erforderlichkeit eines Krankenhausaufenthalts: Radiojodtherapie 79
d) Vorstationäre Behandlung vor ambulanter Operation 79
e) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung 79
f) Keine weitere Nebendiagnose bei fehlender Behandlungsbedürftigkeit 79
g) Aufwandspauschale: Überprüfung einer Fallzusammenführung 80
4. Zuständigkeit der Aufsichtsbehörde bei Öffnung der Krankenkasse in viertem Bundesland 80
5. Verfahrensrecht 80
a) Schadensersatzanspruch aus Betrug des Versicherten: Rechtsweg zu Sozialgerichten 80
b) Bedeutung eines prozessualen Anerkenntnisses/Anfechtung und Widerruf 81
c) Terminverlegung bei Bevollmächtigung eines bestimmten Rechtsanwalts einer Sozietät 81
d) Neue Anhörungsmitteilung für Entscheidung ohne mündliche Verhandlung 81

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE 82

I. Ärztliches Berufsrecht 82
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis 82
a) Widerruf der Approbation: Abrechnung nicht erbrachter Therapiestunden über längeren Zeitraum 82
b) Anordnung des Ruhens der Approbation bei psychischen Auffälligkeiten 82
c) Vorläufige Wiedererteilung der Approbation als Arzt: Wiederherstellung der Würdigkeit 82
d) Berufserlaubnis: Bloßer Zeitablauf reicht für Wiedererlangung der Würdigkeit nicht aus 83
2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen 83
a) Anerkennung einer Facharztausbildung in der Ukraine (Orthopädie und Unfallchirurgie) 83
b) Verletzung der Amtspflicht wegen Nichtberücksichtigung des vorgelegten Curriculums 83
c) Popularklage WBO: Übergangsbestimmung „Facharzt für Allgemeinmedizin (Hausarzt)“ 84
d) Örtliche Zuständigkeit für Klage auf Erteilung eines ärztlichen Weiterbildungszeugnisses 84
3. Berufspflichten 84
a) Fachpsychologische Stellungnahme: Begutachtung/Äußerungen über Kollegen 84
b) Untersuchung der Person vor Beurteilung des psychischen Zustands 85
c) Verletzung der ärztlichen Dokumentationspflichten (Keine OP-Berichte) 85
d) Abgabe von opioidhaltigen Schmerzmitteln/Einsetzen als Alleinerbe 85
e) Verweisung eines Arztes an Hilfsmittellieferanten (Kompressionsstrümpfe) 85
f) Werbung mit dem Begriff „Zentrum“ 86
g) Vorschussforderung eines Facharztes für plastische und ästhetische Chirurgie 86
4. Strafrecht 86
a) BVerfG: Darlegungsanforderungen in einem Klageerzwingungsantrag (Tod nach HNO-Operation) 86
b) Persönliche Leistungserbringung durch ermächtigte Ärzte (Durchsuchungsanordnungen) 87
c) Keine Strafbarkeit der Applikation von nicht zugelassenen Intrauterinspiralen 88
d) Verabreichung synthetisches Glukokortikosteroid Triamcinolonacetonid 40 89
e) M-III-Labor in Räumlichkeiten einer Apparategemeinschaft ohne überwiegende Kontrollpräsenz 89
f) Vorwurf des Abrechnungsbetrugs: Fremderbrachte Speziallaborleistungen (M III GoÄ) 90
g) Andere Operation als geplant 90
h) Falschangaben zu Dialysebehandlungen gegenüber Eurotransplant 91
5. Ärztliche Schweigepflicht im Zivilprozess nach dem Tod der Patienten 91
6. Teilnahme am Notdienst setzt (zahn)ärztliche Tätigkeit voraus 91
7. Genehmigung für eine medizinische Studie nach der Strahlenschutzverordnung 92
8. Überprüfung eines Schiedsspruchs: Gemeinschaftspraxis Vertragsarzt mit Nichtvertragsarzt 92
9. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht 92
a) Bundesgerichtshof(BGH) 92
aa) Keine zahnärztliche Werbung auf Rabattgutscheinportalen 92
bb) Setzen eines Links auf fremden Internetauftritt 93
b) Irreführende Werbung für Behandlungen mit der Magnetfeldtherapie 93
c) Irreführende Werbung für osteopathische Behandlung mangels Wirksamkeitsnachweises 93
d) Weiterleitung von Rezepten an Apotheke auf Nachfrage 94
e) Unzulässige Werbung für kostenlose Zahnbefunderhebung und Beratung 94
f) Werbung für professionelle Zahnreinigung ist unzulässig 94
10. Zeitung nicht verantwortlich für Widergabe einer Patientenkritik 94
11. Arbeits- und Sozialrecht 95

a) BAG: Externer Gutachter zur Prüfung von Pflegebedürftigkeit für den MDK als Selbständiger 95
b) Selbständige Tätigkeit im Krankenhaus bei fehlendem Weisungsrecht hinsichtlich der Arbeitszeit 95
c) Honorararzttätigkeit eines Anästhesisten im Krankenhaus 95
d) Sozialversicherungspflicht: Eingliederung eines Anästhesisten in Klinik 95
e) Kein Anspruch auf Mitunterzeichnung des Schlusszeugnisses durch leitenden Arzt 96
12. BGH: Wiedergabe von Hörfunksendungen in Wartezimmern von Zahnarztpraxen 96
13. Ärztekammer: Abgabepflicht für Mitarbeiter eines Ärzteblatts 96
14. KBV: Mietkostenzuschuss für Vorsitzenden unter Umgehung der satzungsmäßigen Kontrollgremien 96
15. Versorgungswerk: Entstehen der Mitgliedschaft kraft Gesetzes 97

II. Arzthaftung 97
1. Bundesgerichtshof (BGH) 97
a) Abgrenzung ärztlicher Befunderhebungsfehler von Fehler der therapeutischen Aufklärung 97
b) Aufklärung bei subjektiver Erforderlichkeit eine Operation (hier: Sigmaresektion) 97
c) Einwendungen einer Partei in Berufung/Absehen von einer ärztlichen Maßnahme 98
d) Übergehen eines Beweisangebots (Sachverständigenbeweis) 98
e) Selbständiges Beweisverfahren: Unzureichende Benennung der Beweistatsachen 98
2. Behandlungsfehler 98
a) Keine Beweislastumkehr bei gleichen therap. Maßnahmen (Übersehen einer Hirnblutung) 98
b) Dokumentation 98
aa) Grober Behandlungsfehler bei fehlender Dokumentation/Schmerzensgeld (Bauchstraffung) 98
bb) Nichtvorlage der Dokumentation ist Beweisvereitelung/Schmerzensgeld (Bruststraffung) 99
cc) Dokumentation einer postoperativen Wundversorgung 99
c) Injektionsbehandlung ohne bildgebende Diagnostik/Schmerzensgeld 99
d) Infektionsrisiko 100
aa) Unvermeidbares Infektionsrisiko (Staphylokokkus aureus) 100
bb) Keine absolute Keimfreiheit erreichbar 100
cc) Low-grade-Infektion 27 Monate nach Kniegelenksersatz/Neue Patientenbeanstandung 100
e) Indikation für einen primär durchzuführenden Kaiserschnitt 100
f) Brustvergrößerungsoperation: Kapselfibrose 101
g) Indikation für Hysteroskopie mit fraktionierter Abrasio/Schmerzensgeld 101
h) Mammakarzinom: Ausreichende diagnostische Maßnahmen 101
i) Ausschluss eines Melanomverdachts: Probe/Wiedervorstellung/Schmerzensgeld 101
j) Verdachtsdiagnose einer frozen shoulder: Behandlung mit Supertendin-Injektion 102
k) Bandscheibenoperation 102
aa) Abgrenzung Diagnoseirrtum/Befunderhebungsversäumnis (Bandscheibenvorfall) 102
bb) Bandscheibenoperation und Revisionsoperation 102
cc) Implantation einer Bandscheibenprothese 102
dd) Toleranzen bei der Einbringung von Implantaten im Wirbelkörper 103
l) Behandlung von Rückenschmerzen/Spondylodiszitis 103
m) Verletzung der Speiseröhre bei einer Operation an der Halswirbelsäule/Schmerzensgeld 103
n) Ungenügende Reposition einer Oberschenkelfraktur/Mangelnder Hinweis 103
o) Abgrenzung einfacher/grober Diagnosefehler (Übersehen einer Oberschenkelhalsfraktur) 104
p) Anästhesie: Methode der interskalenaren Blockade nach Winnie/Übergabe des Patienten 104
q) Dekubitus auch durch ordnungsgemäße Lagerung nicht stets vermeidbar 104
r) Fortsetzung der Thromboseprophylaxe bei Entlassung aus Krankenhaus 104
s) Ärztlicher Sorgfaltsmaßstab bei Verordnung von Magensäurehemmern 105
t) Versäumte Gabe eines Antihämorrhagikums von Chirurg und Anästhesist/Beweiserleichterung 105
u) Hebe-Senk-Einlauf: Voll beherrschbares Risiko 105
v) Suchtklinik: Folgen eines Rückfalls am Entlassungstag/Fachfremde Erkrankung 105
w) Notfallpraxis: EKG zur Abklärung der Herzbeschwerden 106
3. Aufklärung/Einwilligung 106
a) Inhalt des persönlichen Aufklärungsgespräches zwischen Arzt und Patient 106
b) Nachweis der Kausalität des Unterlassens der Alternativaufklärung 106
c) Auswirkungen einer Wundinfektion 106
d) Aufklärung bei einer periradikulären Therapie am Tag des Eingriffs 107
e) Aufklärungsmangel bei Wahl des Prothesenmaterials/Hypothetische Einwilligung 107
f) Aufklärung über Risiko einer Prothesenlockerung 107
g) Behandlungsalternative Arthroskopie/Prothetische Versorgung der Hüfte 107
h) Selbstbestimmungsaufklärung: Implantation einer Kniegelenksprothese 108
i) Operation zur Beinverlängerung und Risiko einer Achsfehlstellung/Schmerzensgeld 108
j) Reposition oder Operation einer Schulterluxation/Röntgenbild ohne Patientendaten 108
k) Versorgung eines Bruchs mit einem Gamma-Nagel 108
l) Aufklärung bei einer Zwerchfelloperation: Netzimplantation 109
m) Sicherungsaufklärung zur Verlaufskontrolle bei entfernter Möglichkeit eines Mammakarzinoms 109
n) Aufklärung über eine intraoperativ erforderliche Klitorisentfernung 109
o) Augenarzt: Extrem seltener Verlust des Sehvermögens/Überzeugung vom Inhalt der Aufklärung 109
p) Einwilligung in künstliche Ernährung/Neues Vorbringen 110

q) Kosmetisch-ästhetische Operation: Typisches Eingriffsrisiko mit besonderen Auswirkungen 110
r) Kosmetische Operation: Behandlungsvertrag und ästhetisches Ziel (Straffung der Gesichtshaut) 110
s) Zustimmung beider sorgeberechtigter Eltern 110
t) Zahnärztliche Aufklärungspflicht vor Wurzelbehandlung 111
4. Passivlegitimation des Durchgangsarztes und öffentlich-rechtlicher Pflichtenkreis 111
5. Antrag auf Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus: Sorgfaltsanforderungen/Haftung 112
6. Schmerzensgeld 113
a) Schmerzensgelderhöhung: Verzögerte Regulierung bei Zweifeln des Haftpflichtversicherers 113
b) Kein Schmerzensgeld für von Masseur belästigte Patientin 113
7. Sachverständige 113
a) Abweichen des Sachverständigen bei Anhörung von schriftlichem Gutachten 113
b) Mündliche Anhörung des Sachverständigen nicht zu Anknüpfungstatsachen 113
c) Mündliche Erläuterung des Sachverständigengutachtens/Beweiserheblichkeit 114
8. Verjährungsbeginn bei Überlassung unvollständiger Patientenakte/Verjährungshemmung 114
9. Verfahrensrecht 114
a) Anhörung einer Partei zu einem medizinischen Behandlungsgeschehen 114
b) Parteianhörung über Vier-Augen-Aufklärungsgespräch 115
c) Schadensersatzprozess: Rechtskräftige Ablehnung der Herausgabe von Behandlungsunterlagen 115
d) Anforderungen an Berufungsschrift 115
10. Zahnärztliche Behandlung 116
a) Übertragen des Ablösens der provisorisch eingesetzten Kronen auf Zahnarzthelferin 116
b) Grober Hygienefehler 116

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel 116
1. Bundesgerichtshof (BGH) 116
a) Einordnung eines Präparats als Funktionsarzneimittel 116
b) Synthetische Cannabinoide keine Arzneimittel 117
2. Apotheken 117
a) BVerfG: Rechtmäßige Preisregulierung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 78 I 4 AMG) 117
b) BGH: Lieferung der Medikamente in Arztpraxis (Zuweisung von Verschreibungen) 117
c) Approbationswiderruf: Besondere Umstände bei Herausgabe von L-Polamidon 117
d) Untersagungsverfügung wegen Ausgabe von Warengutscheinen 118
e) Q-Taler für Nachweis eines Arztbesuchs innerhalb von zwei Tagen 118
f) Vorzeitige Kündigung eines Versorgungsvertrags durch Heim 118
3. Keine Betäubungsmittel für Selbsttötung 118
4. Untersagung des Inverkehrbringens von Arzneimitteln 119
5. Rechtswidriger Widerruf der Zulassung für Kava-Kava Arzneimittel 119
6. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht 119
a) BGH: Legitimationswirkung der arzneimittelrechtlichen Zulassung umfasst Fachinformation 119
b) Gewährung von Barrabatten an Apotheken durch Pharmaunternehmer 120
c) Werbung für Abnehmprodukt: Angaben zu Ausmaß und Dauer einer Gewichtsabnahme 120
d) Werbung für „Effektive Cellulitebehandlung durch Akustische Wellentherapie“ 120
e) Unzureichend wissenschaftlich abgesicherter Werbebehauptungen (Rotlichtbestrahlungslampe) 121
f) Werbung für Wundpflegecreme mit Heilwirkungen 121
7. Auskunftsanspruch gegen Deutsches Institut für Med. Dokumentation und Information (DIMDI) 121
8. Arzneimittelrabattverträge 121
a) Bietergemeinschaften im Konzernverbund/Sortimentsbreite 121
b) Zusammenhang zwischen Wirkstoffen und den zu behandelnden Erkrankungen 121
9. Information „Nur in der Apotheke erhältlich“ 122
10. Keine Ausgabe eines T-Rezeptformulars an einen Tierarzt 122
11. Beihilfe 122
a) Festbetrag für Arzneimittel 122
aa) Unzulässige Übertragung der Entscheidungskompetenz auf GBA 122
bb) Zulässige Geltung der Festbeträge nach SGB V 123
cc) Besondere Rechtfertigung für „teureres“ Medikament 123
dd) Unzulässiger Verweis auf SGB V/Teureres Arzneimittel nur im Ausnahmefall 123
ee) Zulässige Verweisung auf SGB V/Härtefall 124
ff) Begrenzung der Beihilfefähigkeit und Härtefallregelung/Verweis auf andere Arzneimittel 124
b) Ausschluss von Mitteln zur Behandlung der erektilen Dysfunktion (Cialis) 124
c) Beihilfe für laktasehaltige Tabletten 124
d) Vitamin-C-Präparat 125
e) Hilfsmittel 125
aa) Ärztliche Verordnung als Voraussetzung für Hilfsmittel (Blutdruckmessgerät) 125
bb) Cochlea-Implantat bei einseitiger Taubheit 125
cc) Silbertextilien 125
dd) Hörgeräte: Höchstbetrag/Härtefall 126

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe 126

1. Privatbehandlung 126
a) BGH: Kein Bereicherungsanspruch des Patienten gegen Chefarzt ohne Liquidationsrecht 126
b) Zahnärztliche Behandlung 127
aa) Entgelt bei Konzept einer qualitativ äußerst hochwertigen zahnärztlichen Behandlung 127
bb) Einsatz von Ozon zur Desinfektion (Nr. 2420 GOZ) 127
cc) Diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen am natürlichen Gebiss 127
dd) Keine Feststellungsklage auf Unanwendbarkeit des § 10 I GOZ 127
2. Private Krankenversicherung 128
a) Bundesgerichtshof (BGH) 128
aa) Erstattungsfähigkeit von Leistungen für „Hilfsmittel gleicher Art“ (Badeprothese) 128
bb) Prämienerhöhung und berechtigtes Geheimhaltungsinteresse des Versicherers 128
b) Erstattung nur bis zum Höchstsatz der Gebührenordnungen(3,5-fach) 128
c) Auffälliges Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen 128
d) Erweiterte Galvanotherapie (Bioelektrotherapie) 129
e) Alternative Behandlungsmethode (Immunbehandlung Prostatakarzinoms mit dendritischen Zellen) 129
f) Dendritische Zellimpfung zur adjuvanten Therapie bei Melanompatienten 129
g) Lasik-Operation ist Heilbehandlung 129
h) IVF-Behandlung 130
i) Unterschenkel-Führungssystem Ness L 300 130
j) Klage auf Feststellung der Kostenübernahme künftiger Behandlungsmaßnahmen 130
k) Rücktrittsrecht des Versicherers wegen Verletzung der Anzeigepflicht 130
l) Staffelung erstattungsfähiger kieferorthopädischer Behandlungskosten 131
3. Beihilfe 131
a) Katarakt-Operation (Femtosekundenlaser): Nr. 5855, 5377 GOÄ 131
b) Irreversible Elektroporation zur Behandlung von Prostatakarzinomen 131
c) Chelat-Therapie bei ernsthaften Schwermetallvergiftungen 131
d) Thin-Prep-Test im Rahmen der Krebsdiagnostik 131
e) Genetische Analyse zum Ausschluss von Schwangerschaftsrisiken (Praena-Test) 132
f) Begrenzung der Aufwendungen für Material- und Laborkosten auf 40 % 132
g) Keine mehrfache manuelle Therapie an demselben Behandlungstag 132
h) Heilmittel: Einholung eines Gutachtens trotz ärztlicher Verordnung 132
i) Pauschale für Fahrkosten rechtmäßig 132
j) Höchstbetragsregelung für stationäre Behandlung in Privatklinik 133
k) Keine Beihilfefähigkeit von Kostenbeiträgen zu einer Eingliederungshilfe 133
l) Pflegeleistungen für die vollstationäre Pflege 133
m) Zusicherung einer Erstattung der Aufwendungen für stationäre Wahlleistungen 133
n) Rücknahme der Bewilligung: Kollusives Zusammenwirken der Ehefrau mit Beihilfestelle 133
o) Zahnärztliche Leistungen 133
aa) Medizinisch notwendige Zahnentfernung und Implantatversorgung 133
bb) Pulsoxymetrische Messung/Antibakterielle photodynamische Therapie 134
cc) Abrechnung einer computergesteuerten Kondylenpositionsanalyse 134
dd) Ausschluss von Zahnreinigung 134
ee) Kieferorthopädische Erkrankung: Ausnahmevorschrift 134
ff) Voraussetzungen kieferorthopädischer Leistungen 134
gg) Keine kieferorthopädische Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres 135

V. Verschiedenes 135
1. EGMR: Freiheitsentziehung wegen psychischer Erkrankung 135
2. Europäischer Gerichtshof (EuGH) 135
a) Arbeitszeit für Assistenzärzte in Irland 135
b) Beachtung der Auslegung des Unionsrechts durch EuGH (Apothekenzulassung Österreich) 136
c) Krankenversicherungsbeiträge in Österreich von einer liechtensteinischen Rente 136
3. Bundesverfassungsgericht (BVerfG) 136
a) Keine einstw. Anordnung gegen Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung 136
b) Gemeinschaftliche Berufsausübung eines Rechtsanwalts mit Ärzten und Apothekern 137
c) Zulässigkeit von Rechtsprechungsänderungen: Rechtsprechung schafft kein Gesetzesrecht 137
d) Leistungsklage kann Anfechtung des Verwaltungsakts beinhalten/Widerspruchsfrist/Vorverfahren 138
e) Verzögerungsbeschwerde: Längere Verfahrensdauer vor dem BVerfG 138
f) Prozesskostenhilfe bei schwieriger, bislang ungeklärter Rechtsfrage 138
g) Ablehnung von Beratungshilfe erfordert einzelfallbezogene Begründung 139
h) Erfolgreiche Verfassungsbeschwerde in Konkurrentenstreit um BSG-Vorsitz 139
4. BSG: Versicherungspflicht selbstständig tätiger Logopäden 139
5. Bundesgerichtshof (BGH) 139
a) Misshandlung (Quälen) von Schutzbefohlenen durch Vorenthaltung ärztlicher Heilbehandlung 139
b) Gesonderte Genehmigung für freiheitsentziehende Maßnahmen 139
c) Unterbringung eines alkoholkranken Betreuten zum Schutz vor Selbstgefährdung 140
6. Krankenhäuser 140
a) BVerwG: Mehrleistungsabschlag/Ausnahme bei zusätzl. Kapazitäten nach Krankenhausplanung 140

b) Krankenhausplan 140
aa) Auswahlentscheidung: Berücksichtigung der Wohnortnähe 140
bb) Aufnahme in den Krankenhausplan: Auswahlentscheidung/Konkurrentenklage 140
cc) Fehlender Zusammenhang einer Auswahlentscheidung mit Zurücksetzung 141
dd) Unzulässige Klage gegen Aufnahme eines anderen Krankenhauses in Krankenhausplan 141
ee) Keine Konkurrentenklage bei fehlender Auswahlentscheidung 141
c) Nothilfe 142
aa) Bedürftigkeit des Nothilfeempfängers/Beweislast 142
bb) Fallpauschalenvergütung und Kenntnis des Sozialhilfeträges vom Hilfefall 142
d) Keine Haftung für Urheberrechtsverletzung durch Patienten (Internet-Musiktauschbörse) 142
7. Krankenkassen 143
a) Abwerbung von Mitgliedern: Kein Verbot der alten Krankenkasse zur Kontaktaufnahme 143
b) Schließung einer Krankenkasse: Individuelle Unterrichtung aller bekannten Gläubiger 143
8. Rettungsdienst 143
a) Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) 143
aa) Übertragung von Aufgaben der Notfallrettung auf private Einrichtungen 143
bb) Blaulichtberechtigung für einen qualifizierten Krankentransport 143
b) Bewertungsfaktoren für Auswahlverfahren 144
c) Keine Übertragung einer Genehmigung nach Fristablauf/Rechtsidentität 144
d) Kündigung der Beauftragung zur Durchführung des Rettungsdienstes 144
e) Keine Genehmigungsfiktion nach RettDG Schleswig-Holstein 144
9. Rettungsassistenten 145
a) BVerwG: Rettungsassistent nach RettAssG/Ausdehnung der Ausbildungsdauer 145
b) Übergangsregelung für Rettungsassistenten nach § 32 II 1 NotSanG 145
10. Heilpraktiker 145
a) Keine Heilpraktikererlaubnis für Dipl.-Psych. nach „Aktenlage“ 145
b) Keine Untersagung der Durchführung der Bienenstockinhalation 146
c) Abmahnkosten gegen physiotherapeutischen Mitbewerber wegen kostenloser Fußanalyse 146
d) Haftung 146
aa) Fehlerhafte Moxabustionsbehandlung (Wärmebehandlung)/Schmerzensgeld wegen Narbe 146
bb) Pflichtverletzungen eines Heilpraktikers: Haftungsmaßstab 147
11. Einsichtnahme der Erben und Angehörigen in die Patientenakten 147
12. Opferentschädigungsrecht 147
a) Fixierung durch Polizei und Ärzte bei Eigengefährdung 147
b) Kein tätlicher Angriff bei einer ärztlichen Begutachtung 147
c) Kein tätlicher Angriff durch Bewilligung einer ZE-Versorgung und zahnärztliche Leistung 148
13. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche 148
a) Keine charakteristischen thalidomidbedingten Fehlbildungen 148
aa) Einseitige Ohrmuschelfehlbildung mit einer ipsilateralen Unterkieferhypoplasie 148
bb) Einseitiges Schädigungsmuster der oberen rechten Extremität 148
cc) Verkürzte Mittelhandknochen/Dreigliedriger Daumen/Skoliose/Tieftonschwerhörigkeit 149
dd) Fehlbildungen an den unteren Extremitäten 149
ee) Softenon/Isolierte Fehlbildungen der unteren Extremitäten 149
ff) Fehlbildungen der oberen Extremitäten 149
b) Geburt sieben Jahre nach Rücknahme des Medikamentes/Reduktionsfehlbildung des Restfußes 150
c) Unwahrscheinliche Einnahme von Contergan in der Türkei im Sommer 1971 150
d) Spezifischer Bedarf: Boxspringbett 150
14. Blindengeld 151
a) Blindheitsbegutachtung: Verhaltensbeobachtungen 151
b) Erhöhtes Blindengeld nach rheinland-pfälzischem Blindengeldgesetz 151
15. Sozialrecht 151
a) Hörgeräteversorgung: Festbetrag/Kein berufsbedingter Mehrbedarf 151
b) Kostenerstattung nach der Selbstbeschaffung von Hörgeräten 151
c) Arbeitslosengeld II: Festbetrag übersteigende Mehrkosten für Hilfsmittel (Kompressionsstrümpfe) 152
16. Bestattungsrechtliche Ausnahmegenehmigung für Ausstellung von Leichen 152
17. Steuerrecht 152
a) Umsatzsteuerrecht 152
aa) BFH: „Tumormeldungen“ eines Arztes für Krebsregister nicht umsatzsteuerfrei 152
bb) BFH: Zur Anwendung der sog. Versandhandelsregelung auf Arzneimittellieferungen 152
cc) Befunderhebungen zu Laborproben und Hilfestellungen zu transfusionsmed. Behandlungen 153
dd) Beratende ärztliche Tätigkeit für private Krankenversicherung 153
ee) Abschläge nach § 1 AMRabG mindern umsatzsteuerliche Bemessungsgrundlage 153
b) Einkommensteuerrecht 153
aa) BFH: Kein Lohn durch Betriebshaftpflichtversicherung eines Krankenhauses 153
bb) BFH: Feststellung des Zusammenhangs zwischen Erkrankung und Beruf 153
cc) BFH: Zumutbarkeit der Belastung durch Krankheitskosten (Zuzahlungen nach § 61 SGB V) 154
dd) Kosten für Beschäftigung privater Pflegekräfte für in Seniorenheim untergebrachte Verwandte 154

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT 155

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG 161

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 21.02.2016 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 17.02.2016 - ***B 6 KA 47/14 R*** - u. - ***B 6 KA 4/15 R*** - ist der **Ausschluss der psychologischen Psychotherapeuten** von der zusätzlichen Vergütung einer **Samstagssprechstunde** (Nr 01102 EBM-Ä) **nicht mit dem Gleichheitsgebot des Art. 3 I GG vereinbar**. Die KV ist aber lediglich zur **Neubescheidung** verpflichtet, nachdem der **Bewertungsausschuss** den Gleichbehandlungsverstoß durch eine rechtmäßige Neuregelung behoben hat. Nach BSG, Urt. v. 17.02.2016 - ***B 6 KA 46/14 R*** - waren die Partner eines HVV (hier: KV Hamburg) in den **Quartalen III/04 bis I/05** berechtigt, entsprechend der **Empfehlung des Bewertungsausschusses** (BewA) im Beschluss vom 29.10.2004 die **zuvor geltenden Verteilungsreglungen weiter anzuwenden**. Mit dieser Empfehlung hielt der BewA sich noch im Rahmen seiner Kompetenzen nach § 85 IVa SGB V a.F. Für die Zeit ab dem Quartal II/2005 hat der Senat vom BewA vorgegebene Übergangsregelungen bereits gebilligt. Die **Vergütung** der Fachgruppe der **Neurologen und Psychiater** war im Quartal I/05 auch **nicht unangemessen niedrig** und mit dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit unvereinbar. Nach BSG, Urt. v. 17.02.2016 - ***B 6 KA 34/15 R*** - entsprach ein HVV (hier: KV Hamburg) in den **Quartalen III/04 bis I/05** aber nicht den Empfehlungen des Bewertungsausschusses, der im Wesentlichen eine Vergütung aller Leistungen innerhalb der **Kontingente für CT/MRT** einerseits und der **übrigen radiologischen Leistungen** andererseits **nach floatenden Punktwerten** vorsah. Mit diesem Wechsel der Verteilungsregelungen wurde eine Vergütung vorgenommen, die sich noch weiter von dem Gedanken der RLV entfernt als das zuletzt im Rahmen der Honorarverteilung angewandte Vergütungssystem.

1. Vergütung ab 2009

a) Berechnung des Trennungsfaktors für hausärztliche und fachärztliche Versorgung (Quartal I/09)

SG Marburg, Urteil v. 06.01.2016 - S 16 KA 269/12 **RID 16-01-1**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 85 IV, IVa, 87a, 87b

Leitsatz: Die Frage der zutreffenden Ermittlung des **Trennungsfaktors** hinsichtlich der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung ist vom gerichtlichen Prüfungsumfang nicht erfasst, wenn **isoliert** der **Honorarbescheid angefochten** wird.
Die Bestimmungen des **Bewertungsausschusses** über die Ermittlung des Trennungsfaktors betreffend das Quartal I/2009 sind rechtlich nicht zu beanstanden (betrifft Beschluss des EBA aus seiner 7. Sitzung am 27./28.08.2008, abgeändert durch den Beschluss des BA aus seiner 164. Sitzung am 17.10.2008).

Das kl. MVZ in der Rechtsform einer GbR, dessen fünf Fachärzte für Innere Medizin, von denen einer den Schwerpunkt Endokrinologie, drei den Schwerpunkt Kardiologie bzw. Angiologie und eine den Schwerpunkt Gastroenterologie haben, im streitbefangenen Zeitraum noch als BAG zusammengeschlossen waren, ließ die Ablehnung einer Sonderregelung zum RLV bestandskräftig werden. Die Klage gegen den Honorarbescheid für das **Quartal I/09** wies das ***SG*** ab.

Aus den Gründen:

„(…) Dies gilt explizit für den **Vorwegabzug der psychotherapeutischen Leistungen**. Die Rechtsauffassung der Beigeladenen zu 1), dass der Bewertungsausschuss mit dem Vorwegabzug lediglich **eine Definition der der Trennung unterliegenden Gesamtvergütung vorgenommen hat, trifft zu**. Die Herausnahme der psychotherapeutischen Leistungen aus den beiden Formelbestandteilen des Vergütungsvolumens 2007 des betreffenden Versorgungsbereichs, des entsprechenden Vergütungsvolumens 2007 aller Arztgruppen und dem RLV-Vergütungsvolumen nach Unterabschnitt 3.1 **bewirkt eine Ermittlung des Trennungsfaktors unter Außerachtlassung dieser Leistungsgrößen**. Diese Vorgabe des Bewertungsausschusses orientiert sich sachgerecht an den Rahmenbedingungen des Gesetzgebers. Denn nach § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V in genannter und hier maßgebenden Fassung sind antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten. (…)

Auch die **Einordnung der laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen** des Kapitels 32 EBM im Regelwerk des Bewertungsausschusses erfolgt in nicht zu beanstandender Weise.

Diese Leistungen werden nach den Vorgaben des Beschlusses aus dem RLV-Vergütungsvolumen herausgerechnet, vgl. Anlage 2 Nr. 2 lit. a (hausärztliches Volumen) und lit. b (fachärztliches Volumen) und von der Beklagten dementsprechend im Vorwegabzug auf die beiden Versorgungsebenen vergütet.

Der klägerische Vortrag, dass diese Leistungen der fachärztlichen Ebene zuzurechnen seien, findet weder in den Vorgaben des Bewertungsausschusses noch in der Umsetzung durch die Beklagte einen Niederschlag. Freilich würde sich bei hypothetischer Belastung des Vergütungsvolumens des hausärztlichen Versorgungsbereichs mit den durch Hausärzte veranlassten Laborleistungen der Vergütungsteiler zu ihren Lasten und zu Gunsten der Fachärzte verschieben, was eine Veränderung des Trennungsfaktor zu Gunsten der Fachärzte zur Folge hätte.

Weil es sich aber bei den **Leistungen von Laborärzten um solche von Fachärzten handelt**, ist jedenfalls nicht erkennbar, warum es sachwidrig sein soll, einen Vorwegabzug und eine Vorwegvergütung vorzunehmen. Denn selbst die klägerseits vorgetragene, tatsächlich nicht bestehende einseitig Belastung der Fachärzte wäre noch vergütungssystemstringent. Die Argumentation des Klägervertreters in der mündlichen Verhandlung, dass die Leistungen, die von Hausärzten veranlasst würden, auch zu Lasten deren Vergütungsvolumen gehen müsse, verfängt schon deshalb nicht, weil im vertragsärztlichen System ein Großteil fachärztlicher Leistungen durch Hausärzte, nämlich im

Wege der Überweisung (Beispiel: radiologische Leistung), veranlasst werden, ohne dass hieraus in anderen Fällen die Schlussfolgerung abzuleiten wäre, diese Leistungen seien aus dem RLV-Volumen der Hausärzte zu vergüten. (…)"

b) Keine Praxisbesonderheit wg. Zusammensetzung einer BAG/Trennungsfaktor (Quartale I u. II/10)

SG Marburg, Urteil v. 06.01.2016 - S 16 KA 270/12 **RID 16-01-2**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 85 IV, IVa, 87a, 87b

Leitsatz: Die Bestimmungen des Bewertungsausschusses über die Ermittlung des **Trennungsfaktors** betreffend die Quartale I/2010 und II/2010 sind rechtlich nicht zu beanstanden (betrifft vornehmlich Beschluss des EBA aus seiner 7. Sitzung am 27./28.08.2008, abgeändert durch den Beschluss des BA aus seiner 164. Sitzung am 17.10.2008, zuletzt durch Beschluss aus seiner 199. Sitzung am 22.09.2009).
Die Zusammensetzung einer **Berufsausübungsgemeinschaft mit verschiedenen Arztgruppen** kann für sich genommen keine **Praxisbesonderheit** begründen.

Die Ärzte des kl. MVZ in der Rechtsform einer GbR waren im streitbefangenen Zeitraum noch als BAG zusammengeschlossen. Der BAG gehörten sechs Fachärzte für Innere Medizin an, von denen zwei den Schwerpunkt Endokrinologie, drei den Schwerpunkt Kardiologie bzw. Angiologie und eine den Schwerpunkt Gastroenterologie hatte. Das ***SG*** wies die Klage gegen das RLV und den Honorarbescheid für die **Quartale I und II/10** ab.

c) Trennungsfaktor Quartale I und II/11

SG Marburg, Urteil v. 06.01.2016 - S 16 KA 351/12 **RID 16-01-3**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 85 IV, IVa, 87a, 87b

Leitsatz: Die Bestimmungen des Bewertungsausschusses über die Ermittlung des **Trennungsfaktors** betreffend die **Quartale I/2011 und II/2011** sind rechtlich nicht zu beanstanden (betrifft insb. Beschluss des BA aus seiner 218. Sitzung am 26.03.2010).

Das ***SG*** wies die Klage eines MVZ mit sechs Gesellschafterärzten und einer angest. Ärztin ab.

d) Keine Erhöhung der RLV-Fallzahl nach Ausscheiden aus BAG

LSG Bayern, Urteil v. 08.07.2015 - L 12 KA 64/14 **RID 16-01-4**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b

Eine **„Jungpraxis"** liegt nur bei einer Erstzulassung oder der Neuzulassung in einem anderen Planungsbereich vor, nicht bei einem **Ausscheiden aus einer Berufsausübungsgemeinschaft** einer bereits seit 1991 niedergelassenen Vertragsärztin.

Die Kl., eine praktische Ärztin, war seit 1991 bis zum 30.09.2007 ununterbrochen Mitglied einer Gemeinschaftspraxis mit zwei weiteren Ärzten, die nach einer strittigen Auseinandersetzung eine neue Gemeinschaftspraxis zum 01.10.2007 in den alten Praxisräumen gründeten. Die Kl. zog am 21.12.2007 in die 300 m entfernten, zu der Zeit nur notdürftig renovierten Räume in der A-Straße. Vom Vermieter der ehemaligen Praxisräume war ihr untersagt, ein Hinweisschild auf die neuen Räumlichkeiten anzubringen. Die Renovierungsarbeiten waren am 30.05.2008 abgeschlossen, so dass es der Kl. ab dem 01.06.2008 möglich war, den Praxisbetrieb vollständig aufzunehmen. Die Kl. wandte sich erfolglos gegen das Regelleistungsvolumen mit Bezug zur Fallzahl für das Quartal 1/09. ***SG München***, Urt. v. 26.02.2014 - S 20 KA 171/10 - gab der Klage statt, das ***LSG*** wies die Klage ab.

e) Erhöhung der Fallzahl des QZV Akupunktur (Quartal I/13): Rechtzeitiger Antrag

SG Düsseldorf, Urteil v. 23.12.2015 - S 2 KA 148/14 **RID 16-01-5**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Ist nach dem HVM die **Antragstellung** zur Anhebung der arzt- und/oder praxisbezogenen Fallzahlen auf die aktuelle Fallzahl des Abrechnungsquartals nur bis zum **Ende des Quartals**, für das die Härtefallregelung erstmals beantragt wird, zulässig, so muss der Antrag rechtzeitig gestellt werden. Eine Antragstellung bis zum letzten Tag des Quartals reicht aus (vgl. z.B. BSG, Urt. v. 13.05.2015 - B 6 KA 25/14 R - SozR 4-5520 § 19 Nr. 3 = BSGE = ZMGR 2015, 326).

Das ***SG*** wies die Klage der überörtlichen orthopädischen BAG auf Verpflichtung der Bekl., über ihren auf Erhöhung/Änderung des Regelleistungsvolumens und/oder Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens für das Quartal I/13 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes neu zu entscheiden, ab.

f) Regelleistungsvolumen für Pathologen

SG Magdeburg, Urteil v. 01.10.2014 - S 1 KA 156/12 **RID 16-01-6**
Rechtskräftig - Sprungrevision zugelassen
juris
SGB V § 87b

Leitsatz: Die ab 1. Januar 2012 im Bereich der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung geregelte Festsetzung des vertragsärztlichen Honorars von **Fachärzten für Pathologie** bzw. von Fachärzten, die überwiegend bzw. ausschließlich zytologisch, pathologisch oder histologisch tätig sind, unter Berücksichtigung eines **Regelleistungsvolumens** war rechtmäßig.

Das ***SG*** wies die Klagen eines Facharztes für Pathologie bzgl. des Honorars für die Quartale II-IV/12 ab.

g) RLV und QZV für histologisch bzw. zytologisch tätige Pathologen

SG Magdeburg, Urteil v. 01.10.2014 - S 1 KA 97/12 **RID 16-01-7**
Sprungrevision zugelassen - rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b; GG Art. 3 I, 12 I

Leitsatz: Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt war rechtlich nicht daran gehindert, den überwiegend bzw. ausschließlich histologisch sowie überwiegend bzw. ausschließlich zytologisch tätigen **Fachärzten für Pathologie** ab dem 2. Quartal 2012 im Rahmen der Verteilung der vertragsärztlichen Vergütung ebenfalls Regelleistungsvolumina sowie qualifikationsgebundene Zusatzvolumina zuzuweisen.

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

h) Budgetierung der Vorwegleistungen (KV Hessen: Anpassungsindex 100/Sicherstellungsindex 90)

LSG Hessen, Urteil v. 18.11.2015 - L 4 KA 27/12 **RID 16-01-8**
Revision anhängig: B 6 KA 4/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 87a, 87b

Die **Quotierung von sog. freien Leistungen** nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses ist rechtmäßig (vgl. BSG, Urt. v. 17.07.2013 - B 6 KA 45/12 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 4). Auch die Quotierung der Sachkosterstattungen (vgl. BSG, Urt. v. 19.08.2015 - B 6 KA 33/14 R -) und der Laborgrundpauschale (vgl. BSG, Urt. v. 19.08.2015 - B 6 KA 44/14 R -) ist zulässig.

SG Marburg, Urt. v. 18.04.2012 - S 12 KA 780/10 - RID 12-02-13 wies die Klage des MVZ (Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, ein hausärztlich tätiger Arzt) gegen die Honorarbescheide für die Quartale III/09 bis I/10 ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

i) Ausgleichszahlungen wegen überproportionaler Honorarverluste

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.07.2015 - L 11 KA 83/13 **RID 16-01-9**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b

Bei der Frage, ob einem Vertragsarzt **Ausgleichszahlungen wegen überproportionaler Honorarverluste** zustehen, handelt es sich um keine Feststellungen zu den Bemessungsgrundlagen, zu Teilelementen oder Vorfragen zur Bestimmung des Quartalshonorars, sondern um einen gesonderten, **eigenständigen Anspruch**, der erst dann entsteht, wenn das dem Vertragsarzt nach den Verteilungsregeln zustehende Honorar feststeht und sich darauf aufbauend ein überproportionaler Honorarverlust ergibt.
Die auf dem Beschluss des Bewertungsausschusses beruhende Regelung zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten, die auf einen **Honorarverlust von 15 %** abstellt, kann vom Vorstand einer KV dahingehend konkretisiert werden, dass eine Ausgleichszahlung ausscheidet, wenn der **Rückgang der Fallzahl unter 15 %** liegt.
Zur Beurteilung der Voraussetzung, ob Honorarverluste tatsächlich durch die **Systemumstellung** begründet sind, reicht es nicht aus, allein die **Gesamthonorare der Vergleichsquartale** gegenüberzustellen.
Nicht zu beanstanden ist auch, dass der Vorstand bei der Berechnung der Vergleichswerte die Kosten gemäß Kapitel 32.2 EBM (**Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen**), mithin also die Kosten der laboratoriumsmedizinischen Analysen, für die feste EUR-Beträge vertraglich vereinbart sind, unberücksichtigt gelassen bzw. **herausgerechnet** hat, weil aufgrund der Direktabrechnung von Laborgemeinschaften ab IV/08 erst dadurch eine Vergleichbarkeit der Quartale geschaffen wird.

SG Düsseldorf, Urt. v. 17.07.2013 - S 2 KA 291/11 - wies die Klage bzgl. des Quartals I/10 ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:
LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.07.2015 - L 11 KA 48/15 **RID 16-01-10**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

j) Vergütung der Leistungen der Notfallambulanz eines Krankenhauses

SG Magdeburg, Urteil v. 02.09.2015 - S 1 KA 44/12 **RID 16-01-11**
Berufung anhängig: LSG Sachsen-Anhalt - L 9 KA 13/15 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 120 III 2; EBM Nr. 01210, 01214, 01216, 01218

Die **Vergütung** der Leistungen der **Notfallambulanz** eines Krankenhauses nach Nr. 01210, 01214, 01216 und 01218 EBM in den Quartalen II/11, III/11 und I/12 mit einem **Abschlag von 10%** ist rechtmäßig (vgl. BSG, Urt. v. 12.12.2012 - B 6 KA 3/12 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 13, Rn. 27).
Es ist unschädlich, dass die Kürzung der Vergütung öffentlich geförderter Krankenhäuser für ambulante Notfallbehandlungen um den Abschlag von 10% nicht ausdrücklich in den **Honorarverteilungsvorschriften** geregelt ist.

Die Kl. wendet sich in den verbundenen Verfahren gegen einen Abschlag von 10%, den die Bekl. bei der Festsetzung der Vergütung für ambulante Behandlungen in der Notfallambulanz der Kl. jeweils in den Quartalen II/11, III/11 und I/12 vorgenommen hatte. Das ***SG*** wies die Klagen ab.

2. Vergütung bis 2008

a) Ausschließliche Zuständigkeit des Bewertungsausschusses (Humangenetik)

LSG Hessen, Urteil v. 18.12.2015 - L 4 KA 2/12 **RID 16-01-12**

Revision anhängig: B 6 KA 42/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 85 IV

Soweit § 85 IVa a.F. i.V.m. § 87 I 1 SGB V ausdrücklich den **Bewertungsausschuss** ermächtigt, im Bereich des EBM Recht zu setzen, überträgt das Gesetz diesem bestimmte originäre Aufgaben und entzieht sie hierdurch der ansonsten bestehenden **Zuständigkeit der Bundesmantelvertragspartner** (so ausdrücklich BSG, Urt. v. 27.06.2012 - B 6 KA 28/11 R - BSGE 111, 114 = SozR 4-2500 § 87 Nr. 26 = MedR 2013, 394 = USK 2012-40 = KRS 12.039, juris Rn. 27; BSG, Beschl. v. 10.12.2008 - B 6 KA 37/08 B - juris, RID 09-02-94). Der Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages in der 78. Sitzung am 16.12.2005 ist rechtswidrig. Soweit zukünftig keine andere (zulässige) Regelung durch den Bewertungsausschuss erfolgt, sind **humangenetische Leistungen** nach Abschnitts 32.3.13 EBM ohne Unterwerfung unter das RLV zu berechnen.

SG Marburg, Urt. v. 23.11.2011 - S 11 KA 544/07 - RID 12-01-28 verurteilte auf Klage einer Fachärztin für Humangenetik wegen einer Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens für die Quartale I/06 bis IV/07 die bekl. KV zur Neubescheidung. Das ***LSG*** wies die Berufung der KV zurück.

b) Notfallleistungen eines Krankenhauses: Nachvergütung für nicht angefochtene Honorarbescheide

SG Düsseldorf, Urteil v. 25.11.2015 - S 2 KA 153/15 **RID 16-01-13**

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KA 93/15 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 120 III

Eine **Nachvergütung** hat auch für **nicht angefochtene Honorarbescheide** solcher Quartale zu erfolgen, in denen weder absehbar war, dass das BSG Jahre später die Forderung nach einer Anfechtung der Honorarbescheide für eine Vielzahl von Fallsituationen erheben würde (BSG, Urt. v. 15.08.2012 - B 6 KA 38/11 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 1), noch absehbar war, wie sich die höchstrichterliche Rechtsprechung zur unterschiedlichen **Honorierung von Notfallleistungen** durch Krankenhäuser und Vertragsärzte verhalten würde und wie der (Erweiterte) Bewertungsausschuss im Falle erkannter Rechtswidrigkeit anschließend einen rechtmäßigen Zustand herstellen würde. Angesichts dieser Entwicklung muss es für die Nachvergütungsansprüche ausreichen, wenn nur die **Bescheide über die sachlich-rechnerischen Berichtigungen** angefochten worden sind.

Die Kl., ein Krankenhaus, erbringt Leistungen im nicht organisierten Notfalldienst. Das ***SG*** verurteilte die Bekl., über die Honoraransprüche der Kl. für die Quartale II u. IV/07 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes neu zu entscheiden.

3. Zahnärzte

a) Honorarbegrenzungsregelungen: Keine Differenzierung nach Zahnarztgruppen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.06.2015 - L 7 KA 25/14 **RID 16-01-14**

SGB V § 85 IV

Zu Honorareinbehalten führende **Honorarbegrenzungsregelungen** mit dem Ziel, das Gesamtvergütungsvolumen einzuhalten, sind zulässig. Besondere Regelungen für verschiedene Zahnarztgruppen sind nicht erforderlich, insb. nicht für **„Kinder- und Familienzahnärzte“**.

SG Berlin, Urt. v. 29.01.2014 - S 83 KA 573/11 - wies die Klage auf höheres Honorar für die Quartale I/10 bis II/11 ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Unterschiedliche Honorartöpfe für Zahnärzte und Kieferorthopäden

SG Düsseldorf, Urteil v. 14.11.2012 - S 2 KA 291/10 **RID 16-01-15**

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KA 25/13 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 85 IV

Es können **Honorartöpfe** für Arztgruppen und/oder Versorgungsgebiete gebildet werden. Insofern stellen sich die unterschiedlichen Regelungen der Honorarverteilung unter **Zahnärzten**, die nicht Kieferorthopäden sind, und der Honorarverteilung unter **Kieferorthopäden** als konsequente Vorsorge dagegen dar, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Zahnarztgruppen das Honorargefüge zu Lasten anderer Gruppen beeinflusst (vgl. BSG, Urt. v. 09.09.1998 - B 6 KA 55/97 R - BSGE 83, 1 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 26 sowie v. 03.03.1999 - B 6 KA 56/97 R - USK 99102), und gewährleistet, dass die Folgen von Mengenausweitungen in diesen Gruppen auch dort verbleiben (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2).
Rechtsfehlerfrei hat die Bekl. auch die **Umrelationierung durch den BEMA** im HVM 2009 fortgeschrieben. Diese Umrelationierung hatte sie in der Vergangenheit in folgender Höhe berücksichtigt: Reduzierung im Bereich KFO einschließlich KFO-Begleitleistungen -19,90 %. Dieser Prozentsatz ergebe sich aus einer Reduzierung der KFO-Leistungen um -22,80 % und einer Erhöhung der KFO-Begleitleistungen um +3,10 %. Auch dies hält sich im Rahmen der normativen Gestaltungsfreiheit.

Der kl. Fachzahnarzt für Kieferorthopädie wandte sich erfolglos gegen einen endgültigen Honorareinbehalt im Quartal IV/09 in Höhe von 27.423,27 €. Das ***SG*** wies die Klage ab.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 16.12.2015 - ***B 6 KA 39/14 R*** - (Parallelverfahren: ***B 6 KA 10/15 R***, ***B 6 KA 39/15 R***) ist die Beschränkung der Abrechenbarkeit der **Kostenpauschale nach Nr 40100 EBM** durch die Partner des Bundesmantelvertrags ab dem 01.04.2009, wonach diese in den Fällen nicht mehr angesetzt werden kann, in denen auch Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM 2008 (Allgemeinlabor) abgerechnet werden, rechtmäßig. Ein einschränkendes Verständnis dahingehend, dass der Abrechnungsausschluss nur greift, wenn in einem Behandlungsfall ausschließlich Leistungen des Allgemeinlabors erbracht werden, lässt der Wortlaut nicht zu und entspricht auch nicht dem Zweck der Regelung. Der Abrechnungsausschluss in den Mischfällen ist gerechtfertigt durch den sachlichen Grund der Kostendämpfung gerade im Hinblick auf den Anstieg der Abrechnung der Kostenpauschale. Nach BSG, Urt. v. 16.12.2015 - ***B 6 KA 26/15 R*** - betrifft die Präambel zum Abschnitt 40.3 EBM 2008, wonach die Berechnung einer **Versandkostenpauschale nach Nr. 40100 EBM 2008 innerhalb einer BAG** etc. ausgeschlossen ist, nicht nur örtliche BAG, sondern findet auch auf **überörtliche BAG** Anwendung. Der Versand des Materials aus den verschiedenen Standorten der BAG ist rechtlich ein interner Vorgang.

1. Kein Anspruch auf Umsetzung in die jeweils niedriger bewertete alternative Leistungsposition

LSG Bayern, Urteil v. 11.03.2015 - L 12 KA 25/13 **RID 16-01-16**

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106a

Der Vertragsarzt, der grob **fahrlässige Falschabrechnungen** und damit die Abgabe einer unrichtigen Sammelerklärung zu verantworten hat, kann **keine möglichst genaue Alternativberechnung beanspruchen** (so auch LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.11.2014 - L 3 KA 70/12 - juris Rn. 29), sondern muss sich als Folge seines gravierenden Fehlverhaltens auf eine mehr oder weniger grobe Schätzung verweisen lassen. Dies beinhaltet auch, dass die zu Unrecht abgerechneten Ziffern **vollumfänglich abgesetzt** werden.
Nr. 31608, 31695 und 31697 EBM können nur bei Überweisung durch den Operateur abgerechnet werden. Nr. 31112 EBM kann im Umfang von 80 % der angesetzten Leistungen abgesetzt werden, wenn die **stichprobenartige Prüfung der KV** im Quartal II/05 eine entsprechende Fehlerquote ergeben hat und diese im Rahmen des weiten Schätzungsermessen auf die übrigen Quartale übertragen wird.
Ein **Anspruch auf Umsetzung in die jeweils niedriger bewertete alternative Leistungsposition** würde dazu führen, dass der Vertragsarzt trotz seines Fehlverhaltens kein Risiko bei der Falschabrechnung tragen würde. Dies würde die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung ad

absurdum führen. Die KV ist nicht verpflichtet, die Abrechnungsunterlagen auf mögliche ungenutzte Abrechnungspotentiale hin zu überprüfen (LSG Bayern, Urt. v. 27.05.2009 - L 12 KA 549/07 -). Zudem stünde der Arzt bei einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung im Rahmen eines Plausibilitätsverfahrens nach festgestellter grob fahrlässiger Falschabrechnung besser als nach Durchführung einer quartalsgleichen oder nachgehenden sachlich- rechnerischen Richtigstellung. Denn in diesem Fall könnte sich die KV auf den Ausschluss einer Umsetzung durch HVV bzw. die Abrechnungsbestimmungen stützen, während ihr dies im Rahmen des weiten Schätzungsermessen nach Durchführung einer Plausibilitätsprüfung verwehrt wäre. Eine Nachvergütung einzelner, vom Vertragsarzt aus welchem Grund auch immer nicht fristgerecht mit der Quartalsabrechnung geltend gemachter Leistungen scheidet aus (so auch LSG Bayern, Urt. v. 06.12.2006 - L 12 KA 272/05 - RID 07-03-21).

Die Bet. streiten um die Rechtmäßigkeit der Rücknahme und Neufestsetzung der Honorarbescheide für die Quartale II/05-II/06. Der Kl. war ab Juli 2002 als Frauenarzt (und später zusätzlich als Praktischer Arzt) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Mit einem seit April 2008 rechtskräftigen Strafbefehl des Amtsgerichts wurde der Kl. wegen Abrechnungsbetrugs in 16 Fällen (Quartale I/03-IV/06) zu einer Gesamtgeldstrafe in Höhe von insgesamt 16.000 € (160 Tagessätze) verurteilt. Daraufhin wurden dem Kl. die Zulassung sowie die Approbation entzogen, nach Mitteilung des Kl.-Bevollmächtigten jedoch die Approbation zwischenzeitlich wiedererteilt. Aufgrund eines weiteren Strafbefehls des Amtsgerichts (rechtskräftig seit 25.04.2012) wurde der Kl. erneut wegen Abrechnungsbetrugs in sechs Fällen (Quartale I/07-II/08) zu einer Gesamtgeldstrafe in Höhe von insgesamt 1.400 € (70 Tagessätze) verurteilt. Nach einer Plausibilitätskontrolle forderte die Bekl. für die streitbefangenen Quartale 26.449,27 € zurück, wobei auf die noch streitgegenständlichen Nr. 31608, 31695 und 31697 EBM ein Betrag von 4998,29 € und hinsichtlich der Nr. 31112 EBM ei von 7042,44 € entfiel. ***SG München***, Urt. v. 07.02.2013 - S 28 KA 336/10 - verpflichtete die Bekl., die vom Kl. begehrte Umsetzung statt der Streichung der GOPs durchzuführen und die Leistungen unter Verrechnung des bereits vorgenommenen Sicherheitsabschlags in Höhe von 10 % bei der GOP 31112 EBM nachzuvergüten. Das ***LSG*** wies die Klage ab.

2. Zeitbezogene Tagesprofile: Körperakupunkturleistung nach Nr. 30791 EBM 2005

LSG Hessen, Urteil v. 28.10.2015 - L 4 KA 16/15 **RID 16-01-17**
SGB V § 106a

Es wird auf die zutreffende Begründung in dem angefochtenen Gerichtsbescheid verwiesen, in dem u.a. ausgeführt wird, dass für die **Körperakupunkturleistung** nach Nr. 30791 EBM 2005 die vom EBM vorgegebene **Prüfzeit** im Tagesprofil von 10 Minuten bei einer Kalkulationszeit von 13 Minuten anzusetzen ist.

Die Beteiligten streiten um eine Honorarberichtigung für die zwölf Quartale I/09 bis IV/11 aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung in Höhe von 28.381,78 €. ***SG Marburg***, Gerichtsb. v. 02.02.2015 - S 12 KA 122/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

Vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 19.09.2012 - S 12 KA 167/11 - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris; SG Marburg Urt. v. 13.03.2013 - S 11 KA 101/11 -; SG Marburg, Gerichtsb. v. 14.05.2014 - S 12 KA 601/13 - RID 14-02-17.

3. Fortbildungspflicht: Honorarkürzung verfassungsgemäß

LSG Hessen, Urteil v. 04.02.2016 - L 4 KA 58/13 **RID 16-01-18**
SGB V § 95d

Die **Kürzungsregelung** des § 95d III SGB V ist **verfassungsgemäß**. und insb. mit Art. 3 I, 12 I und 14 I GG vereinbar. Zur Klärung der grundsätzlichen Vereinbarkeit der Kürzungsregelung des § 95d III SGB V mit Art. 3 I, 12 I und 14 I GG bedarf es nicht der Durchführung eines Revisionsverfahrens (vgl. BSG, Beschl. v. 13.05.2015 - B 6 KA 50/14 B - juris).

SG Marburg, Gerichtsb. v. 09.08.2013 - S 11 KA 512/11 - wies die Klage gegen eine Honorarkürzung im Quartal II/10 in Höhe von 8.008,13 € wegen Nichterfüllung der Fortbildungspflicht ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

4. Persönliche Leistungserbringung: Kein Honorar ausschließlich für Befundung einer Röntgenleistung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.10.2015 - L 11 KA 39/14 **RID 16-01-19**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a; BMV-Ä §§ 15 III, 24

Für Leistungen, die ein Arzt unter Verstoß gegen das **Gebot der persönlichen Leistungserbringung** erbringt, steht ihm kein Honorar zu. Ein Vertragsarzt, der radiologische Leistungen nur befundet, die von einem anderen Vertragsarzt erbracht werden, kann diese nicht abrechnen. Eine solche Ausnahme lässt § 15 III BMV-Ä nicht zu.
Auch ein die Überweisung annehmender Arzt kann nur die EBM-Leistungen abrechnen, die er persönlich erbracht hat; eine **Überweisung** gibt ihm nicht die Berechtigung, die Leistungen abzurechnen, die von dem die Überweisung ausstellenden Arzt erbracht worden sind.

SG Düsseldorf, Urt. v. 28.08.2013 - S 14 KA 268/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:
LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.10.2015 - L 11 KA 94/13 **RID 16-01-20**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

5. Fehlende Diagnoseangaben/Unzureichender Indikationsauftrag (sog. quantitative Stuhldiagnostik)

LSG Hessen, Beschluss v. 18.11.2015 - L 4 KA 41/15 B ER **RID 16-01-21**
SGB V §§ 106a, 295 I 1 Nr. 2, 303 III; BMV-Ä §§ 13 IV, 24 VII 1 u. 2 Nr. 1, VIII, 44 IV, 45; EKV-Ä §§ 7 IV, 27 VII 1 u. 2 Nr. 1, VIII, 34

Die aufschiebende Wirkung der Klage ist nicht anzuordnen, wenn das Interesse der Behörde an dem Vollzug des Verwaltungsaktes höher zu gewichten ist als das Suspensivinteresse des Vertragsarztes. Das Vollzugsinteresse überwiegt jedenfalls dann, wenn die Klage keine Aussicht auf Erfolg hat. Erweist sich der angefochtene Bescheid nach vollumfänglicher Überprüfung im einstweiligen Anordnungsverfahren als rechtmäßig, ist grundsätzlich auch **keine weitere Interessenabwägung vorzunehmen.**
Zwingendes Abrechnungserfordernis ist die **Angabe von Diagnosen** auf den Behandlungs- und Abrechnungsausweisen. Dies gilt auch für Ärzte für Labormedizin. Eine Vergütungspflicht für die von einem Vertragsarzt ohne Angabe der Diagnose abgerechneten Leistungen nach dem SGB V besteht nicht (vgl. bereits BSG, Urt. v. 04.05.1994 - 6 RKa 37/92 - SozR 3-2500 § 295 Nr. 1, juris Rdnr. 18 ff.). Die Formulierung **„Diagnostik unklarer Durchfallerkrankungen“** ist weder eine Diagnose noch ein Befund.
Ein **Überweisungsauftrag** als Voraussetzung der labormedizinischen Leistungserbringung und Abrechnung liegt nur vor, wenn die förmliche Art der Überweisung strikt eingehalten wird.

Der Kl., ein Facharzt für Labormedizin, bildete mit einem Facharzt für Allgemeinmedizin im streitbefangenen Zeitraum eine Gemeinschaftspraxis. Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Berichtigung in den acht Quartalen I/05 bis III/06 (Zeitraum 01.02.2005 bis 30.09.2006) in Höhe von insgesamt 1.855.075,32 €. Hierüber ist vor dem SG ein Klageverfahren anhängig (S 11 KA 240/15). ***SG Marburg***, Beschl. v. 09.11.2015 - S 11 KA 462/15 ER - lehnte den Antrag, die aufschiebende Wirkung der Klage anzuordnen, ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

Zu den Vorläuferquartalen I/04 bis I/05 (Zeitraum 01.02.2004 bis 31.01.2005) mit einer Berichtigung in Höhe von insgesamt 910.026,94 € s. SG Marburg, Urt. v. 20.03.2013 - S 12 KA 83/12 - RID 13-02-27 (Berufung erledigt).

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

SG Düsseldorf, Urteil v. 06.01.2016 - S 2 KA 333/14 **RID 16-01-22**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106a; EBM Nr. 31131

Für die Auslegung des Leistungsinhalts der Nr. 31131 EBM ist nicht allein die Bezeichnung der Leistung nach OPS maßgebend, sondern ebf. die Präambel zum Kap. 31.2 EBM. Nach der Präambel 31.2.4 Nr. 3 setzt die Berechnung der Nr. 31131 für die Facettendenervation OPS-Code 5-830.2 die **offen chirurgische Durchführung des Eingriffs** gemäß Präambel 31.2.1 Nr. 1 voraus.

Minimalinvasive Verfahren z.B. zur **Schmerztherapie** sind mit den Leistungen des Abschnitts 34.5 berechnungsfähig.
Machen Ärzte ein **grundsätzliches Fehlverständnis von der Abrechnungsfähigkeit** der Facettendenervationen deutlich, darf die KV davon ausgehen, dass die aus ihrer Sicht bestehenden Abrechnungsfehler auch in sämtlichen anderen Quartalen und bei allen behandelten Patienten vorhanden waren und darf deshalb rechtsfehlerfrei das aus der Besprechung von 38 Fällen gewonnene Ergebnis auf alle Behandlungsfälle und Quartale übertragen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.03.2009 - L 11 (10) KA 3/07 - RID 09-03-30; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.02.2015 - L 11 KA 82/14 B ER - RID 15-02-24).

Die Kl. ist eine BAG einer Fachärztin und eines Facharzt für Neurochirurgie. Vom 01.01.2009 bis zum 31.12.2009 bestand eine BAG zwischen Herrn T und Herrn F, im Quartal I/10 führte Herr T eine Einzelpraxis, seit 01.04.2010 besteht die BAG mit Frau L1. Im Anschluss an ein Plausibilitätsgespräch hob die Bekl. die der Kl. für die Quartale I/09 bis IV/12 erteilten Honorarbescheide teilweise in Höhe von insgesamt 376.061,43 € auf und forderte diesen Betrag zurück: Anhand der eingereichten OP-Berichte sei in einem mit den Ärzten der Kl. am 13.02.2013 geführten Gespräch festgestellt worden, dass der Inhalt der jeweils abgerechneten Leistung nach Nr. 31131G EBM (sowie der Folgeziffern 31502G und 31615G EBM) nicht erfüllt worden sei, da bei keinem der Fälle eine offenchirurgische Operation erfolgt sei. Eine Abrechnung der beschriebenen Facettendenervation als ambulante Operation gemäß Kapitel 31.2 EBM sei gemäß den Ausführungen zu Kapitel 31.2.4 Nr. 3 EBM nur dann möglich, wenn dieser Eingriff offen-chirurgisch und nicht als minimalinvasives Verfahren erfolge. Das ***SG*** wies sie Klage mit der Maßgabe ab, dass festgestellt wird, dass sich der Bescheid vom 26.06.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.07.2014 nicht gegen Frau L1 richtet, soweit Honorarrückforderungen für die Quartale I/09 bis I/10 betroffen sind.

S. bereits SG Düsseldorf, Urt. v. 08.07.2015 - S 2 KA 432/13 - RID 15-03-12.

7. Zirkumzisionen: Obligate histologische Untersuchung oder Bilddokumentation

SG Düsseldorf, Beschluss v. 11.01.2016 - S 2 KA 380/15 ER **RID 16-01-23**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106a

Die Regelung in Kapitel 31.2.2 EBM fordert eine **obligate histologische Untersuchung** entnommenen Materials und/oder eine **Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes**. Diese Regelung stützt sich bei summarischer Prüfung zutreffend auf die gesetzliche Bestimmung des § 87 IId 1 SGB V, denn sie soll sicherstellen, dass die Leistungsinhalte der Nrn. 31102 ff. EBM vollständig erbracht werden, die notwendigen Qualitätsstandards eingehalten und die abgerechneten Leistungen auf den medizinisch notwendigen Umfang begrenzt werden. Die Forderung nach einer histologischen Untersuchung bzw. einer prä-/postoperativen Fotodokumentation bezieht sich im Übrigen nicht lediglich auf Zirkumzisionen bei Phimose, sondern auf alle dermatochirurgischen Eingriffe der Kategorie A2. Es obliegt nicht dem einzelnen Vertragsarzt, eigenständig darüber zu befinden, ob die Forderung nach einer histologischen Untersuchung und/oder einer Fotodokumentation medizinisch sinnvoll ist oder nicht.
Soweit in 243 von 1.118 berichtigten Fällen Histologien bzw. prä- und postoperative Fotodokumentationen gefertigt wurden, sah die Kammer Veranlassung, die Vollziehung entsprechend zu reduzieren.

Die Ast. ist eine BAG dreier Urologen, die sich gegen eine Honorarrückforderung in Höhe von 138.748,77 € für die Quartale I/11 bis IV/14 wendet. Das ***SG*** begrenzte die Vollziehung der Rückforderung bis zur erstinstanzlichen Erledigung des Hauptsacheverfahrens S 2 KA 336/15 auf 100.000 € und wies im Übrigen den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück.

8. Psychotherapeuten: Nr. 35140 (Biographische Anamnese) und Nr. 35141 EBM 2005 (Exploration)

LSG Hessen, Urteil v. 28.10.2015 - L 4 KA 28/14 **RID 16-01-24**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 76/15 B

SGB V § 106a; EBM 2005 Nr. 35140, 35141

Der Auffassung der Vorinstanz ist zu folgen, wonach für die Abrechnung einer **biographischen Anamnese** nach Nr. 35140 EBM 2005 nicht Voraussetzung ist, dass sämtliche Anspruchsvoraussetzungen bereits bei erstmaliger **Einreichung der Abrechnung** dargelegt werden.

Sie kann, obwohl sie grundsätzlich zur Eingangsdiagnostik gehört, auch während einer laufenden Psychotherapie abgerechnet werden.
Die Auffassung der Vorinstanz ist zu bestätigen, wonach **Nr. 35141 EBM 2005** noch abrechenbar ist, wenn **zwischen Leistungserbringung und Antragstellung** ein Zeitraum von ca. 5 bis 7 Wochen liegt.

Die Bet. streiten über die Abrechnungsfähigkeit psychotherapeutischer Leistungen nach Nr. 35140 (Biographische Anamnese) und 35141 EBM 2005 (Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 35140 für die vertiefte Exploration) bzw. Nr. 35140 EBM 2009 in den Quartalen IV/07 und IV/09. ***SG Marburg***, Urt. v. 12.02.2014 - S 11 KA 463/12 - verpflichtete die Bekl., die kl. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin hinsichtlich der Patienten P1., P2., P5., P6. und P7 neu zu bescheiden und wies im Übrigen die Klage ab, das ***LSG*** wies die Berufung der Bekl. zurück.

9. Abrechnung einer „Kombinationsnarkose mit Maske“ nach Nr. 31822 EBM (Katarakt-Operation)

SG Marburg, Urteil v. 02.12.2015 - S 12 KA 196/14 **RID 16-01-25**
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 3/16 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a; EBM Nr. 31351, 31822, 31831

Leitsatz: 1. Macht der Vertragsarzt ein **grundsätzliches Verständnis von der Abrechnungsfähigkeit** der betroffenen Leistungen deutlich und sind alle Fälle gleichgelagert, kann davon ausgegangen werden, dass die aufgedeckten Abrechnungsfehler in sämtlichen streitbefangenen Quartalen vorhanden sind und kann deshalb das aus Prüfung von exemplarischen Fällen gewonnene Ergebnis auf die übrigen Fälle, auch in weiteren Quartalen, hochgerechnet werden (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.02.2015 - L 11 KA 82/14 B ER - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris Rdnr. 26 f.). Es sind aber die **Leistungen**, deren Abrechnung in Konsequenz der fehlerhaften Abrechnung unterblieben ist, **zuzusetzen** (hier: neben Nr. 31831 EBM auch Nr. 31820 EBM).
2. Die Verwendung einer einfachen Plastikmaske zur Gabe von Sauerstoff, die über die Nase gestülpt und mit einem Gummizug am Kopf befestigt wird, erfüllt jedenfalls im Zusammenhang mit Katarakt-Operationen nach Nr. 31351 EBM nicht das Tatbestandsmerkmal „**Kombinationsnarkose mit Maske“** i.S.d. Leistungslegende nach Nr. 31822 EBM.

10. Laborkostenpauschale Nr. 40100 EBM/Keine Umwandlung fehlerhaft abgerechneter Leistung

LSG Hessen, Urteil v. 18.12.2015 - L 4 KA 26/12 **RID 16-01-26**
SGB V §§ 82 I, 87 I 2; EBM Nr. 40100, 40120

Die Neuregelung der **Kostenpauschale nach Nr. 40100 EBM** durch die Partner des Bundesmantelvertrags ab dem Quartal II/09, wonach diese in den Fällen, in denen auch Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM (Allgemeinlabor) abgerechnet werden, nicht mehr angesetzt werden kann, ist nicht zu beanstanden (vgl. BSG, Urt. v. 16.12.2015 - B 6 KA 39/15 R, B 6 KA 39/14 R und B 6 KA 10/15 R - zit. nach Terminbericht Nr. 56/15 v. 17.12.2015).
Die KV ist aufgrund der Garantiefunktion der Abrechnungssammelerklärung rechtlich nicht zur **Umsetzung einer fehlerhaft abgerechneten Leistung** in eine abrechenbare Leistung (hier: Umwandlung der Nr. 40100 in Nr. 40120 EBM) verpflichtet (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 15.05.2010 - L 4 KA 100/08 - RID 10-03-11, juris Rn. 43; nachgehend BSG, Beschl. v. 08.12.2010 - B 6 KA 37/10 B - RID 11-01-89).

SG Marburg, Urt. v. 18.04.2012 - S 12 KA 166/11 - RID 12-02-33 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

11. Laborleistungen eines Krankenhauses im Notdienst

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 17.11.2015 - S 16 KA 585/14 **RID 16-01-27**

Rechtskräftig

SGB V § 106a

Die Abrechnung eines Krankenhauses von im Quartal 2.313 Behandlungsfällen mit 12.100 Gebührenordnungspositionen des 32. Kapitels EBM im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung kann Zweifel begründen, ob ausreichend zwischen einerseits Leistungen, die im Rahmen einer Notfallversorgung als Erstversorgung erforderlich sind, und andererseits Leistungen, die lediglich sinnvoll sind oder sogar dem Bereich der Regelversorgung zuzuordnen sind, differenziert wird, da regelmäßig Anamnese und körperliche Untersuchung ausreichen, um eine Akutbehandlung durchzuführen bzw. die Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu erkennen (vgl. BSG, Urt. v. 12.12.2012 - B 6 KA 5/12 R - SozR 4-2500 § 115 Nr. 1). Es besteht dann eine **Substantiierungspflicht des Krankenhauses**. Wird erst 14 Monate nach Widerspruchseinlegung entschieden, bedarf es **keiner Fristsetzung** der KV. Jedenfalls im **Gerichtsverfahren** ist zur sachgerechten Beurteilung in jedem Einzelfall mindestens eine Verknüpfung von Leistungszeitpunkt, Patienteninformationen (ggf. anonymisiert), Diagnose/Verdachtsdiagnose und ggf. der Indikation für die durchgeführte Laborleistung vorzutragen.

Das kl. Krankenhaus wendet sich gegen die Absetzung von Laborleistungen nach Kap. 32 EBM im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung bei der Honorarvergütung für das Quartal I/11 in Höhe von 9.924,41 €. Das ***SG*** wies die Klage ab.

III. Genehmigung/Belegarzt/Zweigpraxis/Notdienst

Nach BSG, Urt. v. 16.12.2015 - ***B 6 KA 37/14 R*** - kann eine **Versorgungsverbesserung** durch das Angebot kernspintomographischer (MRT-)Untersuchungen nicht mit der Begründung verneint werden, dass dieses Angebot irrelevant sei, weil es angesichts der geringen Einwohnerzahl von A nur von einer geringen Zahl von Patienten genutzt werde. Die Durchführung von MRT-Untersuchungen ist für Patienten aus A, die ansonsten die 15 km entfernt liegende Praxis des Kl. oder andere, noch weiter entfernt liegende Praxen aufsuchen müssten, von Vorteil. Wie viele Patienten diesen Vorteil tatsächlich nutzen, ist für die Beurteilung der Versorgungsverbesserung grundsätzlich nicht maßgeblich. Es kann offen bleiben, ob der für die Beurteilung der Versorgungsverbesserung maßgebliche „weitere Ort" i.S. des § 24 III Ärzte-ZV stets die politische Gemeinde ist, in der die **Zweigpraxis** betrieben werden soll, oder ob auch auf größere räumliche Einheiten - hier etwa die Verbandsgemeinde A - abgestellt werden kann. Hier hat die politische **Gemeinde A mehr als 7.000 Einwohner**. Damit ist jedenfalls noch nicht eine zahlenmäßige „Geringfügigkeitsschwelle" erreicht, bei deren Unterschreiten eine Versorgungsverbesserung an diesem Ort von vornherein ausgeschlossen erscheint.

1. Genehmigung

a) Aufhebung einer Abrechnungsgenehmigung: Akupunkturleistungen für Gynäkologin fachfremd

LSG Sachsen, Urteil v. 08.07.2015 - L 8 KA 21/13 **RID 16-01-28**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 39 II; SGB X §§ 39 II, 40 I, 48 I 1; HKG Sachsen § 21 I 2

Leitsatz: 1. Die **Genehmigung** zur Ausführung und Abrechnung von **Akupunkturleistungen** nach Nr. 30790 und 30791 EBM Ä darf nur Ärzten erteilt werden, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und für die diese Leistungen nicht fachfremd sind.

2. Akupunkturleistungen nach Nr. 30790 und 30791 EBM Ä sind für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtsmedizin **fachfremd**. Die einem solchen Arzt gleichwohl erteilte Abrechnungsgenehmigung für Akupunkturleistungen ist daher von Anfang an rechtswidrig.

3. Auch ein ursprünglich rechtswidriger Verwaltungsakt ist nach § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X aufgrund einer **wesentlichen Änderung der Verhältnisse** mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, wenn eine zusätzliche, vom Betroffenen jedoch nicht erfüllte Voraussetzung der Rechtmäßigkeit eingeführt wird.

4. Die einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtsmedizin rechtswidrig erteilte Abrechnungsgenehmigung für Akupunkturleistungen nach Nr. 30790 und 30791 EBM Ä war nach § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, nachdem der Bewertungsausschuss Akupunkturleistungen ab dem Quartal III/2010 einer Mengensteuerung durch

qualifikationsgebundene Zusatzvolumina unterworfen hatte, die einem Arzt dieser Fachgruppe nicht ohne erneuten Rechtsverstoß zugewiesen werden konnten.

SG Dresden, Gerichtsb. v. 23.08.2013 - S 18 KA 82/11 - wies die Klage einer Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gegen die Aufhebung einer Abrechnungsgenehmigung für Akupunkturleistungen ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Keine substitutionsgestützte Behandlung von Männern durch Gynäkologin

LSG Hessen, Urteil v. 28.12.2015 - L 4 KA 31/14 **RID 16-01-29**
HeilberG Hessen § 34 I, WBO Hessen; GG Art. 12 I

Eine **Behandlung von Männern** durch **Fachärzte für Frauenheilkunde** und Geburtshilfe ist grundsätzlich nicht möglich. Dies gilt auch für die Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung von Opiatabhängigen. Eine Berechtigung folgt auch nicht aus der **Zusatzbezeichnung** „Suchtmedizinische Grundversorgung“ sowie der **Genehmigung einer Zweigpraxis** zur substitutionsgestützten Behandlung von Opiatabhängigen.

Die Beteiligten streiten um die Genehmigung zur Abrechnung von Behandlungen von Männern durch die Kl. als Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und diese insb. im Rahmen von Substitutionsbehandlungen. ***SG Marburg***, Urt. v. 02.04.2014 - S 12 KA 301/13 - RID 14-02-44 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

2. Anerkennung als Belegarzt setzt entsprechende Fachabteilung voraus

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 25.11.2015 - L 3 KA 95/15 B ER **RID 16-01-30**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 121; BMV-Ä § 40

Leitsatz: Die **Anerkennung als Belegarzt** setzt voraus, dass die geplante Tätigkeit sowohl mit dem vertragsärztlichen **Versorgungsauftrag** als auch mit dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses übereinstimmt.

Der Ast. zu 1) ist Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie. Der Zulassungsausschuss ließ ihn mit bestandskräftigem Beschluss vom September 2014 gem. § 103 VII SGB V als Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie zu. Die beigel. Krankenkassen(verbände) lehnten es der KV (Ag.) gegenüber ab, zur Anerkennung als Belegarzt ihr Einvernehmen zu erteilen. Zur Begründung wiesen sie darauf hin, dass nach dem geltenden Krankenhausplan in Niedersachsen die Plastische und Ästhetische Chirurgie eine ausdrücklich ausgewiesene Fachabteilung darstelle, das Krankenhaus der Ast. zu 2) über eine entsprechende Abteilung aber nicht verfüge. Die Ag. lehnte den Antrag ab (Klage anhängig: S 20 KA 124/15). ***SG Hannover***, Beschl. v. 03.08.2015 - S 20 KA 121/15 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zur vorläufigen Anerkennung des Ast. zu 1) als Belegarzt im Krankenhaus der Ast. zu 2) ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

3. Zweigpraxis

a) Versorgungsverbesserung nicht durch belegärztliche Leistungen

SG Marburg, Urteil v. 06.01.2016 - S 16 KA 479/14 **RID 16-01-31**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 103 IVa; Ärzte-ZV § 24 III 1

Leitsatz: § 103 Abs. 4a Satz 1 SGB V steht im Rahmen eines Antragsverfahrens auf Genehmigung einer Zweigpraxis der vollständigen **Prüfung** der **Tatbestandsvoraussetzungen** von § 24 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV nicht entgegen (a.A.: LSG Hessen, Beschluss v. 19.12.2008, L 4 KA 106/08 ER - RID 09-02-30).

Eine **Zweigpraxis** leistet keine **Versorgungsverbesserung** im Sinne § 24 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV, wenn ihre Zielsetzung im Wesentlichen in der Erbringung **belegärztlicher Leistungen** liegt. Ihr Wirkungskreis reduzierte sich damit nämlich auf die Behandlung stationärer Patienten, was den zulässigen Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung überspannt.

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

b) Anfechtung der Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte zur Dialysebehandlung

LSG Saarland, Beschluss v. 05.05.2015 - L 3 KA 1/14 ER **RID 16-01-32**

juris

BMV-Ä/EKV-Ä Anl. 9.1; SGG § 54

Die **Anfechtung der Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte** zur Dialysebehandlung nach Abs. 3 Anh. 9.1.5 zur Anl 9.1 BMV-Ä setzt voraus, ob eine **Auslastung** des kl. Konkurrenten gegeben ist oder nicht; nur im Falle einer fehlenden Auslastung ist eine Anfechtungsbefugnis zu bejahen (so zuletzt: LSG Saarland, Urt. v. 24.04.2015 - L 3 KA 9/13 ZVW - RID 15-03-54) (hier offen gelassen).
Geht es um die **Verlängerung der Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte** und nicht um eine Neugenehmigung, so bedeutet dies, dass durch den angegriffenen Verwaltungsakt und den angeordneten Sofortvollzug keine neue Rechtsposition erstmals zuerkannt, sondern der **status quo** aufrechterhalten wird. Die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung würde die Hauptsache vorweg nehmen, nämlich die Schließung der ausgelagerten Betriebsstätte und den damit einhergehenden Verlust der Patienten.
Von ganz entscheidender Bedeutung im Rahmen der Abwägung ist das **Patientenwohl** zu sehen.

SG für das Saarland, Urt. v. 19.02.2014 - S 2 KA 9/13 - RID 14-04-30 hob die der Beigel. erteilte Genehmigung zum weiteren Betrieb der Nebenbetriebsstätte in N. auf. Hiergegen legte das beigel. MVZ Berufung ein (L 3 KA 9/14). Das ***LSG*** wies die Anträge der Ast. insgesamt zurück.

4. Notdienst: Kein Anspruch auf Einteilung zum Notdienst bei Sitz außerhalb des Notfalldienstbezirks

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.07.2015 - L 11 KA 7/14 **RID 16-01-33**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 74/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 75 Ib

Besteht keine Niederlassung im **Notfalldienstbezirk**, so besteht kein Anspruch auf Einteilung zum Notdienst.
Für die Einteilung zum Notdienst kommt es darauf an, ob der Arzt zum **Zeitpunkt der Erstellung des Notfalldienstplans** seinen Sitz im Notfalldienstbezirk hat. Bei späterer Sitzverlegung kommt eine zusätzliche Einteilung nicht in Betracht.

SG Düsseldorf, Urt. v. 13.11.2013 - S 33 KA 68/10 - stellte fest, dass die Nichteinteilung des Kl., eines Arztes für Allgemeinmedizin, zum organisierten Notfalldienst im Zeitraum vom 01.06.2006 bis 30.06.2008 rechtswidrig gewesen ist. Im Übrigen (Zeitraum vom 01.07. bis 31.12.2008) wies es die Klage ab. Das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 17.02.2016 - ***B 6 KA 3/15 R*** - geht das AMG zwar von einem sehr weiten Begriff der „Herstellung“ aus, nimmt jedoch die **patientengerechte Zubereitung von Arzneimitteln** zur unmittelbaren Anwendung durch den Arzt generell von der ansonsten zwingend erforderlichen Herstellungserlaubnis nach § 13 I AMG aus. Damit trägt das AMG dem Umstand Rechnung, dass die patientengerechte Gebrauchsfertigmachung von Arzneimitteln in einer Vielzahl von Fällen Bestandteil ärztlichen Handelns ist. Ob ein Arzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstößt, wenn er ein Arzneimittel als Rezeptur von der Apotheke anfordert, statt es in seiner Praxis (z.B. durch Einbringung in eine Kochsalzlösung) zur Anwendung am Patienten gebrauchsfertig zu machen, bedarf der Ermittlung, ob das **Gebrauchsfertigmachen von monoklonalen Antikörper** durch den behandelnden Arzt - bzw. unter dessen Aufsicht durch sein medizinisches Fachpersonal - in onkologischen Praxen „üblich“ ist und es daher grundsätzlich erwartet werden kann, dass ein Arzt bzw. das Praxispersonal die patientengerechte Zubereitung des Arzneimittels selbst vornimmt, und ob der Arzt objektive, medizinisch begründete Zweifel vorgebracht hat, die einer Gebrauchsfertigmachung der Infusionslösung in der Praxis entgegenstehen.

1. Arzneikostenregress

a) Richtgrößenprüfung: Zustellung des Widerspruchsbescheides ist keine individuelle Beratung

SG München, Teilurteil v. 08.12.2015 - S 28 KA 1344/14 **RID 16-01-34**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106 Ve

Leitsatz: Zu den Anforderungen an eine **individuelle Beratung** gemäß § 106 Abs. 5e SGB V.

Das ***SG*** hob auf Klage der KV den Bescheid des Bekl. insoweit auf, als unter Ziffer 2 Satz 2 entschieden wird, dass die ausgesprochene Beratung nach § 106 Ve SGB V mit Zustellung des Widerspruchsbescheides erfolgt ist.

b) Fixe Kombination von Wirkstoffen: Begründung der Ausnahmeindikation u.U. nachholbar

SG Dresden, Urteil v. 25.11.2015 - S 18 KA 210/11 **RID 16-01-35**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Der **Ausschlusstatbestand für fixe Kombinationen** von Antiphlogistika oder Antirheumatika mit anderen Wirkstoffen (§ 16 I, III sowie Anlage III Nr. 18 AM-RL) gilt dann nicht, wenn die Verschreibung ausnahmsweise gerechtfertigt ist (hier: Arthotec).
Das Vorliegen einer **Ausnahmeindikation** im Sinne des § 31 Abs. 1 Satz 4 SGB V ist mit der Begründungspflicht untrennbar verknüpft. Als Ausnahmeindikation können im Prüfungsverfahren und ggf. vor Gericht nur Umstände berücksichtigt werden, die von der Begründung umfasst sind (vgl. BSG, Urt. v. 02.07.2014 - B 6 KA 25/13 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 45).
Keine Grundlage im Gesetz findet die Auffassung der Beklagten, wonach ein medizinisch begründeter Ausnahmefall nur anzuerkennen ist, wenn eine **lebensbedrohliche** und/oder die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigende **Erkrankung** vorliegt, die sich in Schwere und Seltenheit vom Durchschnitt anderer Erkrankungen abhebt, und Therapiealternativen nicht verfügbar oder erfolglos eingesetzt worden sind.
Die für den Nachweis der Begründung maßgebliche **Dokumentation** in den Krankenunterlagen kann auch noch im Laufe des **gerichtlichen Verfahrens vorgelegt** werden, ohne mit diesem Sachvortrag präkludiert zu sein, wenn der Vertragsarzt von der Prüfungsstelle trotz substantiierten Vortrags im Prüfungsverfahren auf die Erforderlichkeit der Nachweisführung nicht rechtzeitig hingewiesen wurde. Bei einem auf Dauer verschriebenen Arzneimittel genügt jedoch die Dokumentation der Gründe zu Beginn der Behandlung, wenn diese Gründe im Zeitpunkt der streitgegenständlichen Verordnungen noch fortwirken.

Das ***SG*** hob den Prüfbescheid auf, soweit die Bekl. einen 59,08 € übersteigenden Regress festgesetzt hat, und wies im Übrigen die Klage (bzgl. der Verordnung von Folicombin) ab.

c) Off-Label-Use: Arzneimittel Strattera (Atomoxetin) für die Behandlung von Erwachsenen

LSG Hessen, Urteil v. 28.10.2015 - L 4 KA 60/13 **RID 16-01-36**
SGB V § 106

Das Arzneimittel Strattera (Atomoxetin) konnte in den Quartalen II bis IV/08 wegen der fehlenden arzneimittelrechtlichen Zulassung für die **Behandlung von Erwachsenen** mit Behandlungsbeginn im Erwachsenenalter nicht zur Behandlung von **Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störungen** (ADHS/ ADHD) verordnet werden.

SG Marburg, Gerichtsb. v. 28.08.2013 - S 12 KA 361/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

2. Sprechstundenbedarf: Mittel zur Kryotherapie („Histofreezer“)

SG Marburg, Urteil v. 06.01.2016 - S 16 KA 223/14 **RID 16-01-37**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SprechstundenbedarfsVb Hessen; AMRL § § 27 VIII 1

Leitsatz: Zählt die Positivliste einer **Sprechstundenbedarfsvereinbarung** neben der Nennung einer Produktgruppe (hier **„Mittel zur Kryotherapie“**) zwei konkrete Medizinprodukte (hier Kohlensäureschnee und flüssigen Stickstoff) auf und ist zugleich eine öffnende Formulierung angefügt (hier „o.ä.“), ist die Verordnungsfähigkeit von Mitteln der Produktgruppe nicht auf die beiden ausdrücklich genannten Medizinprodukte beschränkt.

Das ***SG*** gab der Klage gegen die KV gegen einen Regress in Höhe von 1.525,16 € statt.

3. Widerspruch einer KV ohne Wirkung zugunsten des Arztes

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 17.09.2015 - L 5 KA 11/14 **RID 16-01-38**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = NZS 2015, 959 (LS)
SGB V §§ 75 I, 106

Der **Widerspruch einer KV** gegen einen **Prüfbescheid** wirkt nicht zugunsten des betroffenen **Arztes**, denn der einzelne Arzt und die KV haben am Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht notwendig ein übergreifendes gemeinschaftliches Interesse.

SG Mainz, Urt. v. 26.02.2014 - S 8 KA 118/12 - wies die Klage der (ehemaligen) allgemeinärztlichen BAG gegen einen Honorarregress betreffend die Quartale I bis IV/06 in Höhe von 18.408,78 €, gegen den allein die KV erfolglos Widerspruch eingelegt hatte, ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

4. Umsetzung eines unquotierten Bescheids der Prüfgremien ist Verwaltungsakt

SG Marburg, Beschluss v. 13.08.2015 - S 16 KA 557/14 **RID 16-01-39**
SGB V § 106; SGG § 114 II 2

Bei der Umsetzung eines Bescheids der Prüfgremien, der auf der Grundlage unquotierter Berechnungen ergangen ist, durch Umrechnung der KV in einen Betrag auf der Grundlage quotierter Werte aufgrund von Honorarverteilungsmaßnahmen, handelt es sich um einen **Verwaltungsakt**.

Das ***SG*** setzte das Verfahren bis zu einer Entscheidung durch die Bekl. über den Widerspruch des Kl. vom 20.08.2014 aus.

5. Keine Anordnung einer aufschiebenden Wirkung bei offensichtlicher Rechtmäßigkeit

SG Marburg, Beschluss v. 07.01.2016 - S 16 KA 801/15 ER **RID 16-01-40**
SGB V § 106; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Bei einer **offensichtlichen Rechtmäßigkeit** des angefochtenen Verwaltungsaktes bei umfassender Beurteilung bedarf es keiner abweichenden Entscheidung wegen einer weitergehenden **Interessenabwägung**, weil dann alle anderen im Rahmen einer allgemeinen Interessenabwägung zu prüfenden Abwägungsgesichtspunkte ohnehin hinter dem vom Gesetzgeber vorgesehenen öffentlichen Interesse der Vollziehung in den Hintergrund treten. Jedenfalls in Fällen, in denen bereits eine umfassende Prüfung der Erfolgsaussichten mit negativem Ergebnis durchgeführt wurde, kann keinesfalls anders entschieden werden (vgl. LSG Hessen, Beschl. v. 18.11.2015 - L 4 KA 41/15 B ER - RID 16-01-21).

Die Ast., eine Fachärztin für Allgemeinmedizin, wendet sich gegen eine Honorarkürzung im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Quartale I bis IV/11 in Höhe von insgesamt 172.574,69 € bei der Leistungsgruppe 2 („Besuche"), der Leistungsgruppe 13 („Wegegebühren") und der Nr. 01621 („Krankheitsbericht, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 11, 53 oder 56"). Das ***SG*** lehnte den Antrag, die aufschiebende Wirkung der Anfechtungsklage, Az. S 16 KA 220/15, anzuordnen, ab.

6. Zahnärzte

a) Voraussetzungen einer Einzelfallprüfung/Keine statistische Vergleichsprüfung ohne Prüfvereinbarung

SG Berlin, Urteil v. 30.09.2015 - S 79 KA 327/14 **RID 16-01-41**
SGB V § 106

Bei der **repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung** müssen auch im zahnärztlichen Bereich 20 % der Behandlungsfälle und mindestens 100 Fälle pro Quartal in die Prüfung einbezogen werden.
Mit einer „Prüfung anhand einzelner Behandlungsfälle“ kann nur die **Einzelfallprüfung** gemeint sein. Für die Annahme einer Unwirtschaftlichkeit genügt nicht der Hinweis, dass bei einem Ansatz einer Vielzahl von Positionen erhebliche Zweifel an der Wirtschaftlichkeit bestünden. Diese Einschätzungen ersetzen nicht die Einzelfallprüfung. Auch durch einen routinemäßigen Ansatz bestimmter Ziffern kann nicht auf Unwirtschaftlichkeit geschlossen werden. Ebenso wenig reicht die Durchsicht von Stichprobenfällen aus.
Wird die **statistische Vergleichsprüfung** nicht in die **Prüfvereinbarung** aufgenommen, kann sie nicht angewandt werden.
Überschreitungen des **Überweisungsauftrags** sind im Einzelfall zu überprüfen und ggf. sachlich-rechnerisch zu berichtigen.

Das ***SG*** hob auf Klage eines Oralchirurgen einen Regressbescheid für die Quartale IV/12 und I/13 über 11.067,01 € und 12.905,58 € auf.

b) Repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung (u.a. X1/X3, Pla0/Pla1, Zy1/Zy3)

SG Hannover, Urteil v. 21.10.2015 - S 35 KA 5/12 **RID 16-01-42**
SGB V § 106

Die statistisch **überdurchschnittliche Abrechnung** der X3 zur X1, der Pla1 sowie Pla0 und der Zy1 sowie Zy3 spricht für eine unwirtschaftliche Abrechnung dieser Leistungen. Notwendig ist die Leistung nur dann, wenn dasselbe Behandlungsziel nicht mit einer **geringer bewerteten Leistung** erreicht werden kann.

Das ***SG*** wies die Klage gegen Honorarkürzungen aufgrund einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung für die Quartale III/09 bis II/10 in Höhe von 8.899,03 € ab.

c) Weniger als 100 Behandlungsfälle bei einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung

SG Marburg, Beschluss v. 25.11.2015 - S 12 KA 636/15 ER **RID 16-01-43**
Beschwerde anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 53/15 B -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: Ein **Abweichen** von der 20 %-Quote bei einer **repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung** kommt jedenfalls dann in Betracht, wenn die Gründe für deren Unterschreitung zumindest auch in der Sphäre des Arztes liegen und er seiner Mitwirkungspflicht nicht nachkommt (vgl. BSG, Urt. v. 13.08.2014 - B 6 KA 41/13 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 46 = MedR 2015, 454 = USK 2014-68, juris Rn. 21 f.). Dies muss aber auch für das **Nichterreichen der Mindestzahl von 100 Behandlungsfällen** gelten. Verletzt der Vertrags(zahn)arzt seine Mitwirkungspflicht, so können die Prüfgremien anhand der ihnen vorliegenden und erreichbaren Unterlagen die Prüfung vornehmen und auf dieser Grundlage die Schätzung der Unwirtschaftlichkeit vornehmen. Andernfalls hätte es der Vertrags(zahn)arzt in der Hand, durch Verletzung seiner Mitwirkungspflicht u.U. eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit seiner Behandlungsweise zu verhindern.

Das ***SG*** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zur Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage zum Az.: S 12 KA 535/15 gegen eine Honorarberichtigung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise bzgl. der Quartale III und IV/09 sowie II und III/10 in Höhe von 9.795,22 € ab.

d) Statistischer Kostenvergleich einer Gemeinschaftspraxis mit einem MKG-Chirurgen

SG Marburg, Urteil v. 18.11.2015 - S 12 KA 275/14 **RID 16-01-44**

Sprungrevision zugelassen, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 49/15 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Leitsatz: Eine aus einem **Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**, der sowohl zur vertragsärztlichen als auch als Zahnarzt zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen ist, und weiteren Vertragszahnärzten bestehende Berufsausübungsgemeinschaft kann im Rahmen einer statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung des konservierend-chirurgischen Bereichs mit einer **fiktiven Vergleichsgruppe** entsprechender Berufsausübungsgemeinschaften verglichen werden, wenn eine **Gewichtung der Vergleichswerte** für Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und für Zahnärzte, wobei **angestellte Zahnärzte** wie zugelassene Vertragszahnärzte zu gewichten sind, nach der Zusammensetzung der Berufsausübungsgemeinschaft erfolgt (hier Gewichtung 1 : 4) und wenn der Beschwerdeausschuss keine Anhaltspunkte dafür sieht, dass sich das Behandlungsverhalten und die Behandlungsweise der Praxis von der Typik der MKG-Chirurgen oder der Vertragszahnärzte wesentlich unterscheidet (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 27.11.2013 - S 12 KA 228/13 - RID 14-01-38, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 73/13 -; SG Marburg, Beschl. v. 15.03.2013 - S 12 KA 255/13 ER - RID 13-03-46 und LSG Hessen, Beschl. v. 08.08.2013 - L 4 KA 29/13 B ER - RID 13-04-34).

Das ***SG*** wies die Klage gegen eine Honorarkürzung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise bezogen auf den Gesamtfallwert in den zwei Quartalen I und II/09 in Höhe von insgesamt 196.414,80 € ab.

Anders SG Hannover, Urt. v. 08.04.2015 - S 35 KA 36/11 - RID 15-03-45.

e) Keine Fristen für die Einleitung eines Prüfverfahrens (KZV Hessen)

LSG Hessen, Beschluss v. 08.02.2016 - L 4 KA 47/15 ER **RID 16-01-45**
SGB V § 106; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Die Prüfvereinbarung der KZV Hessen und der Krankenkassen vom Januar 2008 sieht bei den **regulären von Amts wegen vorzunehmenden Prüfverfahren** wie der Zufälligkeits- oder Auffälligkeitsprüfung **keine Fristen** für die Einleitung der Prüfverfahren vor.

SG Marburg, Beschl. v. 11.11.2015 - S 12 KA 47/15 ER - lehnte den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen eine Honorarkürzung wegen Unwirtschaftlichkeit in den Quartalen IV/10 und I/11 in Höhe von 3.345,10 € ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

f) Zahnersatz

aa) Unzumutbare Nachbesserung: 10 erfolglose Versuche u. fehlende Einsicht/Täuschungsvorwurf

LSG Hamburg, Urteil v. 07.10.2015 - L 5 KA 22/14 **RID 16-01-46**
BMV-Z §§ 23 ff.

Eine prothetische Versorgung entspricht nicht dem zahnärztlichen Standard, wenn mehrere **Zahnfehlstellungen** bestehen.

Eine Nachbesserung ist nicht **zumutbar**, wenn im ersten Jahreshalbjahr **zehn erfolglose Versuche** stattgefunden haben, insb. wenn der Zahnarzt sich **uneinsichtig** zeigt und seine Leistungen für ordnungsgemäß hält (BSG, Urt. v. 27.06.2012 - B 6 KA 35/11 R - SozR 4-5545 Allg. Nr. 1). Eine Unzumutbarkeit folgt auch aus der Unterstellung des Zahnarztes, der Patient würde die **Sachverständigen bewusst täuschen**.

SG Hamburg, Urt. v. 19.02.2012 - S 27 KA 17/13 - wies die Klage gegen einen Regress in Höhe von 1.162,44 € ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

bb) Vorausgehende Versorgung pulpatoter Zähne/Wurzelfüllung

SG Hannover, Urteil v. 13.05.2015 - S 35 KA 39/11 **RID 16-01-47**
SGB V § 106

Der Versorgung mit **Zahnersatz** hat eine konservierend-chirurgische und parodontale Behandlung voranzugehen. **Pulpatote Zähne** müssen mit einer röntgenologisch nachweisbaren **Wurzelfüllung** versorgt sein. Die Möglichkeit der Füllung des Wurzelkanals muss bis bzw. nahe an die Wurzelspitze gegeben sein.

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

cc) Ablehnung einer Nachbesserung durch den Vertragszahnarzt

SG Hannover, Urteil v. 21.10.2015 - S 35 KA 15/12 **RID 16-01-48**
SGB V § 106

Lehnt der Vertragszahnarzt eine **Nachbesserung** trotz festgestellter Mängel ab, kann dahingestellt bleiben, ob eine Nachbesserung möglich oder zumutbar ist.

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

g) Kein subjektiv-öffentliches Recht auf Bestellung als Gutachter/Eignung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 02.09.2015 - L 11 KA 17/14 **RID 16-01-49**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Anl. 12 zum BMV-Z/EKV-Z § 7 I

Der Senat nimmt auf die zutreffenden **Entscheidungsgründe** des Urteils des **SG** Bezug.
Voraussetzung für eine Gutachterbestellung und damit dann auch die Aufnahme in eine Gutachterliste ist, dass zwischen der KZV, den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen das entsprechende **Einvernehmen** hergestellt ist. Fehlt es hieran, so kann ein Vertragszahnarzt nicht zum Gutachter bestellt werden.
BMV-Z und EKV-Z räumen **kein subjektiv-öffentliches Recht** auf Bestellung als Gutachter ein.

SG Düsseldorf, Urt. v. 05.02.2014 - S 2 KA 284/13 - RID 14-02-72 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 17.02.2016 - ***B 6 KA 6/15 R*** - dürfen die Zulassungsgremien aufbauend auf dem in Fachkreisen bestehenden weitreichenden Konsens davon ausgehen, dass ein leistungsfähiges **Sozialpädiatrisches Zentrum** grundsätzlich erst ab einer zu **versorgenden Einwohnerzahl von mindestens etwa 400.000 bis 500.000** in der zu versorgenden Region wirtschaftlich betrieben werden kann. Die Ermittlung der in der Region A zu versorgenden Einwohner mit ca. 650.000 ist nicht zu beanstanden, sodass ein zweites SPZ nicht wirtschaftlich betrieben werden könnte. Die Beschränkung der Ermächtigung eines SPZ kann mit einem sog. **Facharztfilter** (Behandlung auf Überweisung von Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie) versehen werden. Bei der Ausgestaltung dieses Facharztfilters kommt es nicht darauf an, ob in Einzelfällen auch andere Arztgruppen wie z.B. Hausärzte über entsprechende Kenntnisse verfügen, sondern es ist ausreichend, dass diese bei den genannten Arztgruppen nach ihrer Weiterbildung unterstellt werden können und dass eine flächendeckende Versorgung mit Angehörigen dieser Arztgruppen gewährleistet ist. Nach BSG, Urt. v. 16.12.2015 - ***B 6 KA 5/15 R*** - (Parallelverfahren: ***B 6 KA 19/15 R***) kann **neben** einer **vollzeitigen Tätigkeit als Professor** im Beamtenverhältnis und als Direktor des Instituts für Transfusionsmedizin an einer medizinischen Hochschule eine **Zulassung mit halbem Versorgungsauftrag** nicht erteilt werden. Zwar ist der st. Rspr., nach der neben einer vertragsärztlichen Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag nur eine weitere Beschäftigung von nicht mehr als 13 Stunden und neben einer vertragsärztlichen Zulassung mit halbem Versorgungsauftrag nur eine weitere Beschäftigung von nicht mehr als 26 Stunden ausgeübt werden darf, durch die Änderung des § 20 I Ärzte-ZV durch das GKV-VStG m.W.v. 01.01.2012 die Grundlage entzogen. Der Neuregelung ist jedoch nicht zu entnehmen, dass damit auch der Grundsatz entfallen soll, nach dem neben einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung eine vollzeitige Beschäftigung nicht ausgeübt werden darf. Nach BSG, Urt. v. 16.12.2015 - ***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 III BMV-Ä beruhenden Ermächtigung anzufechten**, obwohl nach der Regelung kein Anknüpfungspunkt für eine Bedarfsprüfung besteht, wenn mit der ermöglichten Betreuung von 30 Patienten je Quartal einschließlich Dialyseleistungen **vom Umfang her ein voller Versorgungsauftrag** zur Betreuung chronisch niereninsuffizienter Patienten erteilt wird und ausweislich der Begründung des Bescheides **auch**

Gesichtspunkte des Versorgungsbedarfs maßgeblich sind. Dieser Rechtsschutz kann hier nicht deshalb versagt werden, weil der Bekl. sich auf eine Norm gestützt hat, die die Erteilung eines vollen Versorgungsauftrags nicht trägt.

1. Sonderbedarfszulassung: Dorf- oder Stadtgrenzen und Region/Erreichbarkeit eines Hausarztes

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 08.01.2016 - L 9 KA 1/15 B ER **RID 16-01-50**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 95, 101 I 1 Nr. 3; SGG § 86b I 1 Nr. 1; BedarfsplRL § 36

Der lokalen ärztlichen **Versorgungslage am Vertragsarztsitz** kommt keine besondere Bedeutung zu. Soweit nach der Neufassung der BedarfsplRL der Begriff des „lokalen Versorgungsbedarfs“ nicht weiter an die Bezugsmerkmale „in Teilen eines großstädtischen Planungsbereichs oder eines großräumigen Landkreises“ gekoppelt wird, ist dies ohne Folgerungen, da bereits bisher potentiell jeder Landkreis darunter fallen konnte und maßgeblich auf die Erreichbarkeit ärztlicher Leistungen abzustellen war. Abzustellen ist auf die **Region**.
Auf **Dorf- oder Stadtgrenzen** kommt es nicht an. Maßgeblich für die Versorgung ist - wie in § 36 III Nr. 2 BedarfsplRL ausdrücklich benannt - die **tatsächliche Erreichbarkeit der Ärzte** durch die Patienten. Kann von bestimmten Dörfern aus der Versicherte lediglich wählen, ob er vor Ort beim Arzt drei Stunden warten will, bis die Praxis öffnet, oder ob er eine mehrstündige Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln in Kauf nimmt, so ist beides nicht zumutbar. Dem Versorgungsanspruch der Versicherten ist nicht schon dann Genüge getan, wenn deren überwiegende Anzahl ihn realisieren kann. Vielmehr steht der **Versorgungsanspruch jedem einzelnen Versicherten** zu (vgl. BSG, 23.06.2010 - B 6 KA 22/09 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 8, juris Rn. 26-28).
Nach dem klaren Wortlaut des § 36 IV BedarfsplRL ist für die hausärztliche Versorgung ein noch **geringerer Maßstab als eine Entfernung von 25 km** (BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 22/09 R-SozR 4-2500 § 101 Nr. 8) anzulegen. Denn „bei der Beurteilung ist den unterschiedlichen Anforderungen der **Versorgungsebenen** der §§ 11 bis 14 Rechnung zu tragen.“

Der Zulassungsausschuss ließ die beigel. Fachärztin für Allgemeinmedizin im Wege der Sonderbedarfszulassung mit dem Ausnahmetatbestand „lokaler Versorgungsbedarf“ zu. Hiergegen erhob das antragstellende MVZ erfolglos Widerspruch. Der Ag. ordnete die sofortige Vollziehung des Beschlusses an. ***SG Magdeburg***, Beschl. v. 19.12.2014 - S 15 KA 140/14 ER - ordnete die aufschiebenden Wirkung der von der Ast. erhobenen Klage an, das ***LSG*** lehnte den Antrag ab.

2. Praxisnachfolge und Praxiskaufvertrag

a) Kein Anspruch auf „Verlängerung“ der mit dem Verzicht beendeten Zulassung nach Praxisverkauf

SG Marburg, Beschluss v. 23.12.2015 - S 12 KA 815/15 ER **RID 16-01-51**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
§§ 95, 103 Abs. 4 SGB V

Leitsatz: Nach **Zulassung einer Praxisnachfolgerin** besteht kein Anspruch auf „Verlängerung“ der mit dem Verzicht beendeten Zulassung, unabhängig davon, ob die Praxisnachfolgerin sich an den **Praxiskaufvertrag** gebunden fühlt, soweit davon auszugehen ist, dass sie die vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen wird.

Die Beteiligten streiten um die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung ab 01.01.2016 bis mindestens 30.06.2016 nach Verzicht auf die Zulassung zum 31.12.2015 und Verkauf der Praxis. Das ***SG*** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, ***LSG Hessen***, Beschl. v. 30.12.2015 - L 4 KA 52/15 B ER - RID 16-01-52 (nachfolgend) wies die Beschwerde zurück.

b) Kein Widerruf des Verzichts nach Wiederbesetzung des Vertragsarztsitzes

LSG Hessen, Beschluss v. 30.12.2015 - L 4 KA 52/15 B ER **RID 16-01-52**
§§ 95, 103 Abs. 4 SGB V; SGG § 86b II

Verzichtet ein Vertragsarzt wirksam auf seine Zulassung für eine Praxisnachfolge nach § 103 IV SGB V, so kann dieser Verzicht **nach Wiederbesetzung des Vertragsarztsitzes** nicht mehr

widerrufen oder angefochten werden, soweit davon auszugehen ist, dass die Nachfolgerin die vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen und die Praxis fortführen wird.

SG Marburg, Beschl. v. 23.12.2015 - S 12 KA 815/15 ER - RID 16-01-51 (vorstehend) lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG Hessen***, wies die Beschwerde zurück.

3. Nachbesetzung einer Angestelltenstelle: Bisher nicht beplante Arztgruppe/Zulassungsmoratorium

SG Düsseldorf, Urteil v. 11.11.2015 - S 2 KA 413/14 **RID 16-01-53**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95 IX, 103 IVb 3

Nachbesetzung bedeutet begrifflich, dass eine ehemals besetzte Stelle vakant geworden ist und durch einen anderen Arzt wieder besetzt wird. Es geht ausschließlich darum, die Fortführung der Praxis in ihrer bestehenden Struktur zu ermöglichen. Deshalb muss der andere Arzt derselben Fachgruppe angehören wie der ausscheidende Arzt (LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 27.08.2015 - L 5 KA 5076/14 ER-B - RID 15-04-44, juris Rn. 26; vgl. auch LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 21.06.2010 - L 11 B 26/09 KA ER - RID 10-04-65 zu § 103 IVa 3 SGB V) und die Anstellung des neuen Angestellten sich umfangsmäßig im Rahmen der bisherigen Besetzung halten, d.h. darf deren Umfang nicht überschreiten (vgl. BSG, Urt. v. 02.07.2014 - B 6 KA 23/13 R - BSGE 116, 173 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 14, juris Rn. 18 zu § 103 IVa 3 SGB V).

Für eine Nachbesetzung einer Angestelltenstelle eines Vertragsarztes gelten keine **Fristen**. Selbst wenn eine Frist von sechs Monaten gelten würde, beginnt die Frist erst mit Beschluss des GBA über ein Zulassungsmoratorium zu laufen (hier: 06.09.2012). Früher konnte die Frist für bis dahin nicht bedarfsbeplante Arztgruppen nicht zu laufen beginnen.

Die Kl. ist Fachärztin für Laboratoriumsmedizin. Bei ihr war der Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie X als angestellter Arzt beschäftigt gewesen; dieser starb am 30.11.2011. Am **17.07.2012 beantragte** die Kl. die Genehmigung zur Anstellung des N als Facharzt für Transfusionsmedizin mit sofortiger Wirkung sowie als Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie mit Wirkung ab 15.09.2012. Seit dem **20.09.2012 verfügt N auch über die Anerkennung als Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie**. Der Zulassungsausschuss genehmigte die Beschäftigung von N als Arzt für Transfusionsmedizin in Vollzeit ab 01.10.2012, lehnte aber den weiteren Antrag ab. Der Widerspruch war erfolglos (Beschl. v. 17.09.2014). Das ***SG*** verpflichtete den Bekl., der Kl. die Genehmigung zur Anstellung von Herrn N als Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zu erteilen. Das SG schloss eine „doppelte" Nachbesetzung aus, nachdem die Kl. erklärt hatte, wenn die Entscheidung über die Genehmigung zur Anstellung von N als Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie rechtskräftig werden sollte, verzichte sie auf die bereits erteilte Genehmigung zu seiner Anstellung als Facharzt für Transfusionsmedizin.

Für MVZ s. SG Düsseldorf, Urt. v. 14.10.2015 - S 2 KA 9/14 - RID 15-04-47.

4. Sitzverlegung

a) Entgegenstehende Gründe der vertragsärztlichen Versorgung sind darzulegen/Drittanfechtung

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 05.10.2015 - L 3 KA 42/15 B ER **RID 16-01-54**

juris

Ärzte-ZV § 24 VII; SGG § 86b I Nr. 1; SGB V §§ 97 IV, 103 IV

Leitsatz: 1. Die Entscheidung der Zulassungsgremien über die **Verlegung eines Vertragsarztsitzes** muss seit 1. Januar 2012 immer Ausführungen dazu enthalten, ob der Verlegung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen.

2. Zur **Interessenabwägung** im Rahmen einer Anordnung des Sofortvollzugs.

Die 1973 geb. Ast. ist Psychologische Psychotherapeutin und seit März 2014 mit hälftigem Versorgungsauftrag in J. im Wege der Praxisnachfolge zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen. Der 1948 geb. Beigel. zu 1) und die 1951 geb. Beigel. zu 2) sind ebenfalls in J. als Psychologische Psychotherapeuten tätig und nehmen dort seit 1999 in Berufsausübungsgemeinschaft an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teil. Sie betreiben außerdem eine Zweigpraxis auf der Insel K. Die Ast. beantragte zum Januar 2015 die Verlegung ihres Vertragspsychotherapeutensitzes nach K., was der

Zulassungsausschuss genehmigte. Der Widerspruch der Beigel. war erfolglos. Der Ag. wies auch den Antrag der Ast. auf Anordnung der sofortigen Vollziehung der Sitzverlegung ab. ***SG Hannover***, Beschl. v. 19.03.2015 - S 78 KA 69/15 ER - stellte fest, dass dem Widerspruch der Beigel. zu 1) und 2) gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses keine aufschiebende Wirkung zukommt. Das ***LSG*** ordnete auf Beschwerde der Beigel. zu 1) und 2) die sofortige Vollziehung der der Ast. genehmigten Verlegung ihres Vertragsarztsitzes von J. nach K. bis zum 30.09.2016 an und lehnte im Übrigen den Antrag auf Anordnung der sofortigen Vollziehung ab.

Aus den Gründen:

(…) Zwar ist in Rechtsprechung und Schrifttum zu § 80 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) bzw. § 86a Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) anerkannt, dass eine offensichtlich unzulässige (Dritt-)Anfechtung bereits keine aufschiebende Wirkung entfaltet und die Gerichte dies ggf. auch feststellen können. Ein solcher (Ausnahme-)Fall, in dem die im Prozessrecht regelhaft angeordnete aufschiebende Wirkung eines Rechtsbehelfs zu verneinen ist, kann aber nur dann angenommen werden, wenn sich die fehlende (Dritt-)Anfechtungsberechtigung bereits mit hinreichender Deutlichkeit aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung ergibt (vgl hierzu Clemens, Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein 2008, S 323 <334>). Hieran fehlt es vorliegend; so ist **bislang ungeklärt**, ob bereits niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten dem Grunde nach gegenüber den durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) mit Wirkung zum 1. Januar 2012 geänderten Vorgaben für die **Verlegung von Vertragsarztsitzen** in § 24 Abs 7 Ärzte-ZV (zu den Modifizierungen Dorra/Stellpflug, MedR 2015, S 239 ff) einen **defensiven Konkurrentenschutz** geltend machen können. Außerdem stützen die Beigeladenen zu 1. und 2. die (Dritt-)Anfechtung der der Astin genehmigten Sitzverlegung im Wesentlichen darauf, dass die Zulassungsgremien die Genehmigung unter Umgehung des Bedarfsplanungsrechts und damit **willkürlich** erteilt hätten. Sie leiten ihre (Dritt-)Anfechtungsberechtigung damit unmittelbar aus der grundrechtlich gewährten Berufsausübungsfreiheit (Art 12 Abs 1 Satz 2 Grundgesetz <GG>) ab, die die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten grundsätzlich auch vor Beeinträchtigungen ihrer Tätigkeit durch willkürliche behördliche Entscheidungen schützt - und dieser Schutz gilt selbst dann, wenn sich die jeweilige Maßnahme auf Dritte nicht rechtlich, sondern „nur“ tatsächlich (insbesondere: wirtschaftlich) auswirken kann (stRspr; vgl hierzu ua Bundessozialgericht <BSG>, Urteil vom 28. Oktober 2009 - B 6 KA 42/08 R - juris mwN). (…)

Dabei geht der erkennende Senat davon aus, dass bei der Klärung, ob einer Sitzverlegung entgegenstehende Gründe der vertragsärztlichen Versorgung vorliegen, den Zulassungsgremien ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zusteht. (…)

26 Aber auch unter Beachtung des Beurteilungsspielraums, der den Zulassungsgremien bei der Entscheidung über eine beantragte Sitzverlegung zuzubilligen ist, kann die der Astin erteilte Genehmigung vorläufig nicht als rechtmäßig angesehen werden. Entscheidend für diese Bewertung ist zunächst, dass die Zulassungsgremien hier (gar) **nicht ermittelt haben** (vgl zu Art und Umfang der erforderlichen Amtsermittlungen bei einer Sitzverlegung LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 15. Oktober 2009 - L 3 KA 73/09 B ER - juris m.w.N.), ob einer Verlegung des Vertragsarztsitzes der Astin von J. nach K. „Gründe der vertragsärztlichen Versorgung“ entgegenstehen (oder nicht). Aus dem Beschluss des Zulassungsausschusses I. ergibt sich lediglich, dass „solche Gründe“ (gemeint sind einer Sitzverlegung entgegenstehende Gründe) nicht ersichtlich seien. Ob überhaupt und ggf. welche Amtsermittlungen der Ausschuss durchgeführt hat, um zu dieser Feststellung zu gelangen, lässt sich weder dem Beschluss vom 13. August 2014 noch den übersandten Verwaltungsunterlagen entnehmen. Insoweit liegt der hier erteilten Genehmigung schon kein vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde; bereits aus diesem Grund ist die genehmigte Sitzverlegung als rechtswidrig anzusehen.

27 Darüber hinaus deutet der im Rahmen der genehmigten Sitzverlegung erlassene Beschluss des Zulassungsausschuss I. vom 13. August 2014 darauf hin, dass der hier maßgebliche unbestimmte Rechtsbegriff der entgegenstehenden **„Gründe der vertragsärztlichen Versorgung“** in seiner Bedeutung gleich in mehrfacher Hinsicht nicht richtig erfasst worden ist. Zum einen hat der Ausschuss offensichtlich übersehen, dass § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV seit der Änderung durch das GKV-VStG zum 1. Januar 2012 als **präventive Verbotsnorm mit Erlaubnisvorbehalt** (und nicht mehr als Erlaubnisnorm mit Verbotsvorbehalt) ausgestaltet worden ist. (…) Demnach wird mit der Neuausrichtung von § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV die Verpflichtung der Zulassungsgremien, vor einer beantragten Sitzverlegung alle im jeweiligen Bedarfsplanungsbereich dafür relevanten Versorgungsgesichtspunkte zu ermitteln und bei der Entscheidung ggf. zu berücksichtigen, sogar noch betont. Zum anderen hätte der Zulassungsausschuss I. vorliegend in seine Entscheidung mit einbeziehen müssen, dass die Astin die Verlegung eines **Vertragsarztsitzes** beantragt hat, den sie **erst kurz zuvor im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens erhalten hatte**. Hintergrund ist, dass das Verfahren nach § 103 Abs. 4 SGB V mittlerweile erkennbar auf eine Fortführung der zu übernehmenden Praxis am Ort der Niederlassung ausgerichtet ist. Deutlich wird das daran, dass seit dem 1. Januar 2013 in gesperrten Bedarfsplanungsbereichen die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens zunächst beim Zulassungsausschuss beantragt werden muss. Der Ausschuss kann den Antrag ablehnen, „wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist“ (§ 103 Abs 3a S 3 SGB V). Im Anschluss hat das Gremium dann nach pflichtgemäßen Ermessen aus mehreren Bewerbern, die die ausgeschriebene Praxis als Nachfolger des bisherigen Vertragsarztes fortführen wollen, den (geeigneten) Nachfolger auszuwählen (§ 103 Abs 4 Satz 4 SGB V). Bei einer Übertragung dieser Vorgaben auf den hier zu entscheidenden Sachverhalt muss demnach der Zulassungsausschuss I. zunächst davon ausgegangen sein, dass die Nachbesetzung eines wegfallenden Vertragspsychotherapeutensitzes in J. „aus Versorgungsgründen“ erforderlich gewesen ist. Anschließend hat er die Astin aus mehreren Bewerberinnen ausgewählt, weil sie als einzige die psychotherapeutische Praxis in J. hat fortführen wollen. Weshalb es dann möglich sein soll, die gerade übernommene Praxis **vom Festland auf eine Nordseeinsel zu verlegen** (**und damit die in J. behandelten Patienten zu zwingen, sich einen neuen Behandler zu suchen**) ist aus Sicherstellungsgründen heraus zumindest nicht ohne Weiteres nachzuvollziehen. Auch insoweit ist die genehmigte Sitzverlegung als rechtswidrig anzusehen.

(…) Angesichts der Besonderheiten namentlich einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie muss damit gerechnet werden, dass die abrupte Unterbrechung der Halt gebenden Therapeuten-Patienten-Beziehung bei den Betroffenen zu möglicherweise erheblichen gesundheitlichen (seelischen) Beeinträchtigungen führen kann. Unabhängig davon entspricht es der ständigen Senatsrechtsprechung (vgl hierzu LSG Niedersachsen-Bremen, Beschlüsse vom 16. November 2004 – L 3 KA 238/04 ER und L 3 KA 250/04 ER, ergangen zu psychotherapeutischen Behandlungen – und den Beschluss vom 7. September 2006 – L 3 KA 117/06 ER, zur planmäßigen Weiterbehandlung bei hämatologischen/onkologischen Systemerkrankungen), bei einer derartigen Konstellation eine **Auslauffrist zu gewähren**. (…)“

b) Sitzverlegung nach Sonderbedarfszulassung bedarf erneuter Sonderbedarfszulassung

LSG Sachsen, Beschluss v. 25.02.2015 - L 8 KA 25/14 B ER **RID 16-01-55**
SGB V § 101 I 1 Nr. 3; Ärzte-ZV § 24 VII; BedarfsPlRL § 36 II; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Eine **Sitzverlegung** führt nicht zu einer rechtlichen Erweiterung des Kreises der Patienten, die der Vertragsarzt behandeln darf, und damit scheidet auch eine **Drittanfechtung** aus (so LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.12.2010 - L 11 KA 95/10 B ER - RID 11-01-51, juris Rn. 35).
Die Sonderbedarfszulassung ist nach § 36 II BedarfsPlRl „an den Ort der Niederlassung gebunden". Eine **Sitzverlegung** bei einem in einem gesperrten Planungsbereich aufgrund Sonderbedarfs zugelassenen Vertragsarztes kann nicht ohne eine **erneute Sonderbedarfszulassung** für den neuen Vertragsarztsitz erfolgen. Abweichendes mag ausnahmsweise dann gelten, wenn die im Rahmen der bisherigen Sonderbedarfszulassung getroffenen Feststellungen zum Sonderbedarf für den neuen Vertragsarztsitz fortbestehen müssen, z.B. wenn der Vertragsarzt seine Praxis nur innerhalb der gleichen Straße in ein anderes Haus verlegen möchte. Wird jedoch – wie hier – der Vertragsarztsitz von der Mitte des Planungsbereichs über mindestens 17 km an dessen Rand verlegt, können die Feststellungen zum Sonderbedarf, etwa hinsichtlich der Erreichbarkeit der Praxis (vgl. § 36 III Nr. 2 BedarfsPlRl) keinesfalls Bestand haben.

Der Zulassungsausschuss ließ die Beigel zu 6) mit Wirkung ab dem 01.04.2014 aufgrund eines Sonderbedarfs zur vertragsärztlichen Tätigkeit als Fachärztin für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie zu. Einen am 05.01.2014 gestellten Antrag der Beigel zu 6) auf Verlegung des Praxissitzes von M in das 17 km entfernte R, weil die Räumlichkeiten nicht zur Verfügung stünden, lehnte der Zulassungsausschuss ab, der Berufungsausschuss (Ag.) gab ihm statt und ordnete die sofortige Vollziehung an. Die Ast. betreibt ein rheumatologisches MVZ mit Sitz in D, gelegen im benachbarten Planungsbereich und 12 km von R entfernt, und Zweigstelle in K, in dem drei Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie tätig sind. Sie erhob Klage und stellte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung. ***SG Dresden***, Beschl. v. 30.10.2014 - S 11 KA 190/14 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage (S 11 KA 183/14) an, das ***LSG*** wies die Beschwerde der Beigel zu 6) zurück. Die Hauptsache vor dem SG wurde für erledigt erklärt, nachdem die Beigel. zu 6) ihren Antrag auf Sitzverlegung zurückgenommen hatte.

5. Beteiligtenfähigkeit allein des Trägers eines MVZ, nicht des MVZ selbst

LSG Bayern, Urteil v. 21.10.2015 - L 12 KA 66/15 **RID 16-01-56**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 78/15 B
SGB V § 95; SGG §§ 69, 70

Ein MVZ als unselbständige Einrichtung ist nicht **beteiligtenfähig**. Nur wenn sich das MVZ einer Organisationsform bedient, die § 70 SGG zugeordnet werden kann, ist es beteiligtenfähig. Beteiligtenfähig ist nur die **Trägergesellschaft**, nicht das einzelne **MVZ**.

Nach Teilentsperrung für die Arztgruppe der Radiologen im Umfang von zwei Sitzen erteilte der Bekl. den Beigel. zu 11) und 12) jeweils einen halben Versorgungsauftrag in F-Stadt und dem Beigel. zu 8) die Genehmigung zur Beschäftigung der Beigel. zu 9) und 13) mit einem Tätigkeitsumfang von je 20 Stunden am Vertragsarztsitz in B-Stadt. Dagegen klagte das MVZ, dem der Zulassungsausschuss zunächst eine volle Anstellungsgenehmigung erteilt hatte. ***SG Nürnberg***, Gerichtsb. v. 13.04.2015 - S 1 KA 18/14 - RID 15-02-60 wies die Klage bzgl. des Beigel. zu 12 ab, das ***LSG*** verwarf die Berufung. Die übrigen Verfahren werden unter den Az.: S 1 KA 17/14 u. L 12 KA 65/15 (bzgl. des Beigel. zu 9), S 1 KA 19/14 u. L 12 KA 67/15 (bzgl. des Beigel. zu 13) und S 1 KA 20/14 u. L 12 KA 68/15 (bzgl. des Beigel. zu 11) geführt.

Parallelverfahren:
LSG Bayern, Urteil v. 21.10.2015 - L 12 KA 65/15 **RID 16-01-57**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 77/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

6. Zulassungsverzicht bei sog. Doppelzulassung auf nur ein Fachgebiet

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 16.06.2015 - L 4 KA 37/13 **RID 16-01-58**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 1/16 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95, 103 IVa; Ärzte-ZV §§ 19a, 20

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. Auch bei einer Doppelzulassung kann ein dem Arzt erteilter einheitlicher voller Versorgungsauftrag nicht in zwei hälftige Versorgungsaufträge aufgespalten werden.

Die **doppelte Zulassung** eines Arztes für mehrere Fachgebiete bzw. die Erteilung einer weiteren, zusätzlichen Zulassung in einem anderen Fachgebiet bewirkt folglich nicht, dass der Vertragsarzt damit einen zweiten Vertragsarztsitz und einen zweiten Versorgungsauftrag erhält. Sie bewirkt lediglich, dass er berechtigt ist, auch Leistungen des jeweils anderen, zweiten Facharztgebietes abzurechnen.

Angesichts der Einheitlichkeit des Vertragsarztsitzes und des Versorgungsauftrages hat eine **Beschränkung eines Verzichts** auf nur ein Fachgebiet bei einer Doppelzulassung keine rechtliche Bedeutung.

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).

Die Bet. streiten um die Feststellung, dass der Kl. Inhaber eines Vertragsarztsitzes ist. Der 1942 geb. Kl. wurde 1978 als Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. 1996 wurde ihm ferner eine Zulassung als Arzt für Anästhesiologie zuerkannt. Der Vertragsarztsitz des Klägers ist in Sa. Mit Wirkung v. 03.01.2010 verzichtete der Kl. auf seine Zulassung zugunsten des MVZ. Dem MVZ wurde die ganztätige Anstellung des Kl. als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe für eine Arbeitszeit von wöchentlich 31 Stunden genehmigt. Zum Januar 2011 reduzierte der Kl. seine vertraglich vereinbarte Arbeitszeit auf die einer halben Stelle entsprechende Stundenzahl. Seine Tätigkeit beim MVZ beendete der Kläger im Dezember 2013. Er rechnete während seiner Arbeit bei dem MVZ anästhesiologische Leistungen ab. Im April 2010 beantragte er bei der KV erfolglos die Ausschreibung seiner Vertragsarztpraxis als Facharzt für Anästhesiologie in Sa. ***SG Kiel***, Gerichtsb. v. 21.08.2013 - S 14 KA 304/10 - wies die hiergegen erhobene Klage ab, ***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 16.06.2015 - L 4 KA 36/13 - RID 15-04-42 die Berufung zurück, Revision anhängig: B 6 KA 32/15 R. Der Zulassungsausschuss stellte im November 2010 fest, dass die Zulassung des Kl. als Anästhesiologe in Sa mit sofortiger Wirkung ende, hilfsweise mit sofortiger Wirkung entzogen werde. Der Bekl. wies den Widerspruch zurück. ***SG Kiel***, Gerichtsb. v. 21.08.2013 - S 14 KA 271/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

7. Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung

a) Verstoß gegen die Fortbildungspflicht

LSG Bayern, Urteil v. 11.03.2015 - L 12 KA 56/14 **RID 16-01-59**

juris

SGB V §§ 95 VI, 95d

Ein **Verstoß gegen die Fortbildungspflicht** ist gröblich, wenn ein Vertragsarzt von der KV mehrfach angeschrieben und sogar um eine Stellungnahme gebeten wird, jedoch nicht reagiert und keine Bereitschaft zeigt, seiner Fortbildungspflicht nachzukommen, und trotz der ab 01.07.2009 laufenden

Honorarkürzungen nicht bereit ist, seiner Fortbildungspflicht nachzukommen. Dies ist ein Hinweis auf eine vorsätzliche Missachtung vertragsärztlicher Pflichten.
Ist ein Vertragsarzt aus persönlichen Gründen nicht (mehr) in der Lage, seinen **Pflichten** (im vollen Umfang) **nachzukommen**, ist er grundsätzlich gehalten, das vollständige oder hälftige **Ruhen** der Zulassung gemäß § 26 Ärzte-ZV zu beantragen (BSG, Beschl. v. 11.02.2015 - B 6 KA 37/14 B - und st. Rspr. des Sen., Urt. v. 19.03.2014 - L 12 KA 72/13 -).
Bzgl. einer etwaigen Nachholung sieht § 95d III 4 SGB V abschließend die Möglichkeit vor, dass die für den Fünfjahreszeitraum festgelegte Fortbildung binnen zwei Jahren ganz oder teilweise nachgeholt werden kann. Insoweit handelt es sich um eine gesetzliche **Ausschlussfrist**, bei der eine Wiedereinsetzung nach dem klaren Sinn und Zweck des Gesetzes, der Qualitätssicherung, ausgeschlossen ist.

SG München, Urt. v. 11.12.2013 - S 28 KA 16/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück, ***BSG***, Beschl. v. 28.10.2015 - B 6 KA 36/15 B - RID 16-01-85 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

b) Gröbliche Pflichtverletzung: Doppelabrechnung/Manipulation von Heil- und Kostenplänen

SG Berlin, Urteil v. 30.09.2015 - S 79 KA 388/13 **RID 16-01-60**
SGB V § 95 VI; Zahnärzte-ZV § 27

Die Zulassung ist wegen **gröblicher Pflichtverletzung** zu entziehen, wenn **Leistungen** abgerechnet werden, die nicht oder nicht vollständig erbracht wurden, **Abrechnungen doppelt** eingereicht (hier: drei Heil- und Kostenpläne) und Manipulationen ohne Wissen der Krankenkassen auf den **Heil- und Kostenplänen** vorgenommen wurden.
Die **Angaben zur Eingliederung des Zahnersatzes** sind eine eigenständige Voraussetzung für die Entstehung des Anspruchs. Mit der **Unterschrift** des Vertragszahnarztes unter den Heil- und Kostenplänen garantiert er, dass die Angaben zutreffen.

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

c) Entziehung wegen Alkoholabhängigkeit (Sofortvollzug)

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 18.11.2015 - L 3 KA 105/15 B ER **RID 16-01-61**
juris
SGB V §§ 95 VI 1, 97 IV; SGG § 86b I 1 Nr. 2; Ärzte-ZV § 21

Leitsatz: Zu den Voraussetzungen der **Anordnung des Sofortvollzugs** bei **Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung wegen Alkoholabhängigkeit**.

Der 1963 geb. Ast. ist Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt **Nephrologie** und seit April 1999 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er ist in einer nephrologischen Berufsausübungsgemeinschaft mit Dialysebetrieb niedergelassen. Im Juli 2005 erließ das Amtsgericht (rechtskräftig) einen Strafbefehl gegen den Ast., weil dieser mit einem Blutalkoholgehalt von mindestens 1,39 ‰ im Straßenverkehr ein Fahrzeug geführt hatte. Nachdem es im Jahr 2009 wiederholt (z.T. anonyme) Hinweise von Patienten und Praxismitarbeitern darauf gegeben hatte, dass der Ast. während des Dienstes angetrunken gewesen sein soll, ergab ein Alkoholtest im Atem einen Blutalkoholgehalt von 2,02 ‰. Ein psychiatrisches Gutachten ergab die Diagnose des Alkoholmissbrauchs bei gleichzeitigem Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit. Der Ast. ließ sich in der Folgezeit ambulant psychotherapeutisch behandeln und stellte sich laborchemischen Kontrolluntersuchungen im Gesundheitsamt, die eine über ein Jahr dauernde Alkoholabstinenz ergaben. Im Dezember 2012 wurde der Ast. mit einem Blutalkoholgehalt von mindestens 2,38 ‰ in seinem Kraftfahrzeug angetroffen (rechtskräftiger Strafbefehl des AG vom Februar 2012). Ein weiteres psychiatrisches Gutachten ergab, dass der Ast. den **Alkoholkonsum wieder aufgenommen** habe und dies mit hoher Wahrscheinlichkeit Zeichen einer nicht überwundenen **Alkoholabhängigkeit** sei. Die von Mitte November 2013 bis April 2014 durchgeführten laborchemischen Kontrolluntersuchungen von Blut und Urin in Hinblick auf die für vorangegangenen Alkoholkonsum sprechenden Parameter CDT bzw. ETG und ETS ergaben schwankende Werte. Die Kontrolluntersuchung im Mai 2014 ergab schließlich wieder Messwerte, die weit über der Norm lagen. Im Juni 2014 wurde daraufhin das **Ruhen der Approbation als Arzt** angeordnet. Hiergegen erhob der Ast. Klage vor dem Verwaltungsgericht. Im Februar 2015 **entzog der Zulassungsausschuss die Zulassung** und ordnete die **sofortige Vollziehung** an. Hiergegen legte der Ast. erfolglos Widerspruch ein, wogegen der Ast. klagt. ***SG Hannover***, Beschl. v. 11.09.2015 - S 24 KA 165/15 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage an, das ***LSG*** lehnte den Antrag, die aufschiebende Wirkung der Klage wiederherzustellen, ab.

Aus den Gründen:

„(…) Hieraus ergibt sich, dass ein Arzt, der **akut alkoholabhängig** ist, bereits nach § 21 S 1 Ärzte-ZV keine vertragsärztliche Zulassung erhalten kann, weil er aus gesundheitlichen Gründen auf Dauer unfähig ist, eine vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. Wegen S. 2 kann aber **auch ein abstinenter („trockener") Alkoholiker** nicht Vertragsarzt werden, und zwar regelmäßig für die **Dauer von fünf Jahren** nach Ende der akuten Alkoholerkrankung. Grund hierfür ist die hohe Rückfallgefahr bei Suchterkrankungen. Das Bundessozialgericht (BSG; E 28, 80) hat unter Hinweis auf diese Gefahr mit überzeugender Begründung die Verfassungsmäßigkeit der Vorschrift bestätigt. Seit der Neufassung des § 21 Ärzte-ZV durch das GKV-VStG kann die auf die Fünfjahresfrist bezogene Vermutung (vgl hierzu Begründung zum Entwurf der Bundesregierung zur Änderung des § 21 im GKV-VStG, BT-Drucks 17/6906 S 104) widerlegt werden, etwa wenn nachgewiesen werden kann, dass sich der betroffene Arzt bereits vor Ablauf dieses Zeitraums soweit gefestigt hat, dass von einer gravierenderen Rückfallgefahr nicht mehr ausgegangen werden kann. Die genannte Regelung hat für bereits zugelassene Vertragsärzte zur Folge, dass einem alkoholabhängigen Arzt die Zulassung zu entziehen und - regelmäßig - nicht vor Ablauf von fünf Jahren wieder zu erteilen ist (BSG aaO).

(…) Weiterhin kann zugunsten des Antragstellers davon ausgegangen werden, dass **zurzeit keine akute Alkoholabhängigkeit** besteht. Denn die in den letzten Wochen durchgeführten (Blut-)Untersuchungen haben offensichtlich Laborwerte ergeben, die dafür sprechen, dass der Antragsteller gegenwärtig keinen Alkoholmissbrauch betreibt (vgl den von ihm vorgelegten Laborbericht vom 3. August 2015).

24 Wegen § 21 S. 2 Ärzte-ZV ist er aber für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit **weiterhin ungeeignet**. Die entsprechende **Vermutung** einer fünf Jahre andauernden, auf die Rückfallgefahr gestützten Ungeeignetheit konnte **nicht widerlegt werden**. (…)

25 b) Maßnahmen mit einer **geringeren Eingriffsintensität** als bei der vollständigen Entziehung der Zulassung kommen nicht in Betracht. Ein Beschluss, die Zulassung ruhen zu lassen, ist gem. § 95 Abs. 5 S. 1 Alt. 1 SGB V nur möglich, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist. Hiervon zu unterscheiden ist der Fall, dass ein Arzt seine Eignung zur vertragsärztlichen Tätigkeit verliert, der nach § 95 Abs. 6 S. 1 SGB V zwingend mit der Entziehung der Zulassung verbunden ist. Eine Prognose, wann der Antragsteller die im Rahmen seiner Alkoholabhängigkeit bestehende Rückfallgefahr überwunden haben wird, wäre im Übrigen auch nicht möglich, sodass - bei unterstellter vorübergehender Nichtausübung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit - auch die Wiederaufnahme der Tätigkeit in angemessener Zeit nicht angenommen werden könnte. (…)

26 3. Zu Recht hat der Antragsgegner auch gem. § 97 Abs. 4 SGB V den *Sofortvollzug* der Zulassungsentziehung angeordnet.

(…) Eine solche Gefährdung ist anzunehmen, wenn ein Vertragsarzt unter erheblichem Alkoholeinfluss ärztliche Behandlungen vornimmt, weil der damit verbundene intellektuelle und sensomotorische Kontrollverlust des Arztes zu Fehlmaßnahmen mit gravierenden gesundheitlichen Auswirkungen bei den Patienten führen kann. Dies gilt insbesondere bei lebenserhaltenden Maßnahmen wie bei der Versorgung chronisch-niereninsuffizienter Patienten mit Blutreinigungsverfahren (Dialyse), mit der der Antragsteller betreut ist.

30 Anders als vom SG angeführt und vom Antragsteller behauptet, ist es in der Vergangenheit auch schon zu konkreten Gefährdungen gekommen. (…)

31 An den weiterhin bestehenden gesundheitlichen Gefahren für die Patienten ändert nichts, dass der Antragsteller in den letzten Monaten offensichtlich alkoholabstinent gewesen ist. Denn die mit der Alkoholabhängigkeit verbundene **ständige Rückfallgefahr** lässt befürchten, dass es in Zukunft wieder zu Dialysebehandlungen unter Alkoholeinfluss kommt. (…)"

d) Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit/Nachschieben von Gründen

LSG Bayern, Urteil v. 16.12.2015 - L 12 KA 52/15 RID 16-01-62

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95 VI, 95d; Ärzte-ZV § 27

Einem Facharzt für Chirurgie kann die Zulassung wegen **Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit** entzogen werden, wenn er in den Quartalen III/09 bis II/12 lediglich insgesamt 21 Scheine abrechnet. Die Entziehung der Zulassung ist auch verhältnismäßig, wenn der Arzt seit seiner Zulassung im Mai 2006 **zu keinem Zeitpunkt die vertragsärztliche Tätigkeit ausgeübt** hat. Nimmt ein Vertragsarzt rechtswidrig die Tätigkeit nicht auf, kann er nicht nach mehreren Jahren das Ruhen dieser Zulassung beantragen, weil er angeblich die Tätigkeit in angemessener Zeit aufnehmen werde, um einen Entzug der Zulassung zu verhindern.

Außerdem liegt auch eine gröbliche vertragsärztliche Pflichtverletzung wegen **Verstoßes gegen die Fortbildungsverpflichtung** gem. § 95d III SGB V vor, der die Zulassungsentziehung ebf. begründet. Ein **Nachschieben von Gründen** ist nach § 41 II SGB X bis zur letzten Tatsacheninstanz möglich, wenn wie bei der Zulassungsentziehung eine gebundene Entscheidung vorliegt. Darauf, dass dieser Sachverhalt dem Berufungsausschuss zum Zeitpunkt seiner Entscheidung offensichtlich nicht bekannt war, kommt es nicht an.

SG München, Urt. v. 27.02.2015 - S 28 KA 1823/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

e) Verstoß gegen die Krebsfrüherkennungs-RL/Mammographieren ohne Genehmigung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 16.06.2015 - L 11 KA 76/13 B ER RID 16-01-63

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95 VI 1; Ärzte-ZV § 27

Das **Rechtsschutzbedürfnis** gebietet, dass die Aussetzung der sofortigen Vollziehung zunächst bei der **Verwaltung zu beantragen** ist.

Die **Entziehung der Zulassung** ist gerechtfertigt, wenn eine Fachärztin für Diagnostische Radiologie gegen ihre aus der Teilnahme am Mammographie-Screening folgende Verpflichtung zur

Zusammenarbeit, Koordination und Informationsaustausch nach Maßgabe der **Krebsfrüherkennungs-RL verstößt** und auch **nach Widerruf der Genehmigung** zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen zur Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen in einer Vielzahl von Fällen **„Mammographie-Screening-Untersuchungen“** bei gesetzlich versicherten Frauen **durchführt**, obwohl sie dazu nicht mehr berechtigt ist, und dabei nach außen den Anschein erweckt, als ob die Untersuchung Teil eines ordnungsgemäßen Mammographie-Screenings sei.
Eine verschriftlicht-spezifizierte **Interessenabwägung** ist nicht geboten, wenn eine konkrete Patientengefährdung allein ausreicht, um den **Sofortvollzug** zu rechtfertigen.

Die Ast. ist Fachärztin für Diagnostische Radiologie. Sie war seit Juli 1991 in Gemeinschaftspraxen mit wechselnder Beteiligung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Im September 2011 widerrief die KV die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen zur Befundung von Screening-Mammographie-Aufnahmen, weil die Ast. seit Mai 2011 nicht mehr an Konsensuskonferenzen der Screening-Einheit teilgenommen und weil sie die Weiterleitung der als auffällig befundeten Mammographien an die Programmverantwortlichen Ärzte verhindert habe. Sie habe außerdem in mehreren Fällen die von ihr gefertigten Voraufnahmen nach Ablauf des Zweijahreszyklus nicht zum Vergleich zur Verfügung gestellt. Ferner habe sie dem Programmverantwortlichen Arzt den Zutritt zu ihren Räumlichkeiten zwecks Durchführung der Abklärungsdiagnostik verweigert und von diesem für den 31.08.2011 zur Abklärung eingeladenen Frauen wieder ausgeladen. Auf Antrag der KV entzog der Zulassungsausschuss im November 2012 die Zulassung. Die KV trug ergänzend vor, dass die Ast. weiterhin mammographiere, obwohl sie nicht mehr berechtigt sei, am Mammographie-Screening-Programm mitzuwirken. Der AG wies im April 2013 den Widerspruch der Ast. zurück, wogen sie Klage erhoben hat (S 14 KA 208/13). ***SG Düsseldorf***, Beschl. v. 03.07.2013 - S 14 KA 207/13 ER - lehnte den Antrag, die sofortige Vollziehung der Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung auszusetzen, ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

8. Keine Ermächtigung für Leistung ohne Abrechnungsberechtigung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.08.2015 - L 11 KA 62/12 **RID 16-01-64**
Revision anhängig: B 6 KA 2/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 115, 116b, 120; Ärzte-ZV §§ 31 II, 31a; BMV-Ä § 5; GG Art. 3 I

Eine **Ermächtigung** darf nicht für solche Leistungen erteilt werden, die der Ermächtigte aus Rechtsgründen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht zu erbringen und abzurechnen berechtigt ist. Soweit ein Arzt bestimmte **Leistungen nicht erbringen darf**, ginge eine Ermächtigung ins Leere, denn durch sie könnte die im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bestehende Versorgungslücke nicht geschlossen werden (BSG, Urt. v. 09.04.2008 - B 6 KA 40/07 R - BSGE 100, 154 = SozR 4-2500 § 87 Nr. 16 m.w.N.; Urt. v. 02.04.2014 - B 6 KA 24/13 R - BSGE 115, 235 = SozR 4-2500 § 135 Nr. 21).
Die Leistungen nach den **Nr. 01510 bis 01512 EBM** kann eine Klinik aus Rechtsgründen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht erbringen und abrechnen, weil die Behandlung bei den ersten drei - hier allein in Betracht kommenden - Spiegelstrichen „in einer Arztpraxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß § 115 Abs. 2 SGB V“ erbracht werden muss.

Die Zulassungsgremien lehnten die Erweiterung der Ermächtigung für die Kinderklinik III (Pädiatrische Onkologie und Hämatologie) auf die Nr. 01510 bis 01512 EBM (Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung) ab. ***SG Duisburg***, Urt. v. 13.04.2012 - S 19 KA 5/10 - wies die Klage ab, das LS***G*** die Berufung zurück.

VI. Sonstige Kostenträger/Rechnungsprüfung KV

1. Abrechnung der KV mit Sozialhilfeträger per Online-Abrechnung ohne Originalbelege

SG Düsseldorf, Urteil v. 11.11.2015 - S 2 KA 445/13 **RID 16-01-65**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 72 II; AsylbLG § 4 III

Ist der Sozialhilfeträger nicht einem **Rahmenvertrag** zwischen der KV und dem Städte- und Gemeindebund beigetreten, so bestehen Ansprüche der KV wegen der Behandlung von Sozialhilfeempfängern und Asylbewerbern nur aufgrund eines **öffentlich-rechtlichen**

Erstattungsanspruchs. Insb. folgt aus § 4 III 2 u. 3 **AsylbLG** nicht die pauschale Geltung vertragsarztrechtlicher Vertragsbestimmungen im Rechtsverkehr zwischen KV und „sonstigen Kostenträgern". Durch diese kostenorientierte, d.h. auf Kostensenkung abzielende Regelung werden die zuständigen Behörden befugt, zwischen mehreren für den Ort der Niederlassung geltenden Verträgen nach § 72 II SGB V auszuwählen und den kostengünstigsten zur Bemessung der ärztlichen Versorgung heranzuziehen. Allein hierauf beschränkt sich der Regelungsgehalt des § 4 III 2 u. 3 AsylbLG. Vorgaben über die Vergütungsmodalitäten zwischen Sozialhilfeträgern und KV machen diese Bestimmungen nicht (vgl. ergänzend SG Marburg, Urt. v. 29.03.2006 - S 12 KA 638/05 - RID 06-02-65). Das bedeutet insb., dass alle **Regelungen über den elektronischen Datenaustausch**, die im Rechtsverkehr zwischen der KV und ihren Vertragsärzten bestehen (z.B. Anlage 6 zum BMV-Ä: Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern), im Rechtsverhältnis zu dem Sozialhilfeträger **keine Anwendung finden**.

Stellt die KV dem Sozialhilfeträger mit der Abrechnung Daten-CDs zur Verfügung, die sich anhand des mitgelieferten Schlüssels öffnen lassen und **alle wesentlichen Angaben** über die erbrachten Leistungen enthalten: Name, Geburtsdatum und Versichertennr. des Patienten, das Institutionskennzeichen, Arzt- und Betriebsstättennr. sowohl des die Leistung erbringenden als auch ggf. des überweisenden Arztes, die Diagnosen nach ICD-10, die erbrachten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen des EBM, den Fallwert in € sowie das Datum der Leistungserbringung, so ermöglichen diese Angaben eine hinreichende Prüfung, insb. wenn bei Bedarf die Originalscheine beim Arzt angefordert werden können.

Der Anspruch der KV kann um einen **pauschalen Sicherheitsabschlag** von 10 % reduziert werden, wenn mitunter Personen, die ärztlich behandelt werden, bei dem Beklagten sozialhilferechtlich nicht bekannt sind und durch ihn keine Leistungen erhalten oder weder eine Kostenübernahme beantragt noch eine Kostenzusage erteilt worden ist.

Der von der kl. KV bekl. Sozialhilfeträger hatte z.T. die Bezahlung der ärztlichen Leistungen an Sozialhilfeempfängern und Asylbewerbern verweigert, weil die Originalbelege (Krankenbehandlungsscheine/Überweisungen) nicht im Original beigefügt gewesen seien. Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen derzeit bezifferbaren Betrag in Höhe von 7.387,55 € für die Quartale I/11 bis I/14 nebst Verzugszinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab.

2. Kein Recht des Rechnungsprüfungsausschusses auf Einsicht in Rechnungsunterlagen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.06.2015 - L 7 KA 38/12 **RID 16-01-66**
SGB V § 79 III; SGB IV §§ 77 I, 78 III 3; SGG § 70 Nr. 2

Der **Rechnungsprüfungsausschuss** kann für sich keine Rechte ableiten, weil er in § 79 III SGB V oder anderen Vorschriften nicht vorgesehen ist. Nach § 81 I 1 Nr. 6 SGB V wirkt er nur beratend.

Organschaftliche Rechte können Mitglieder des Rechnungsprüfungsausschusses nur während ihrer Mitgliedschaft geltend machen. Nach der Entlastung des Vorstands können Einsichtsrechte nicht mehr geltend gemacht werden.

Die Kl. sind Mitglieder der Vertreterversammlung der KZV und - bis zu Beginn der laufenden Wahlperiode - des Rechnungsprüfungsausschusses. ***SG Berlin***, Gerichtsb. v. 03.04.2012 - S 22 KA 504/09 - wies die Klage gegen den Vorstand auf Einsicht in die bei der KZV geführten Konten ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

VII. Kostenerstattung/Geschäftsgebühr/Verfahrensrecht

1. Keine Kostenerstattung für im Widerspruchsverfahren beigeladenen Konkurrenten

SG Nürnberg, Gerichtsbescheid v. 05.11.2015 - S 1 KA 9/15 **RID 16-01-67**
SGB V § 116; SGB X § 63 I

Weist der Berufungsausschuss den Widerspruch eines Vertragsarztes gegen die Ermächtigung eines Konkurrenten zurück, so kann der Widerspruchsführer nicht zur Erstattung der **Aufwendungen des Konkurrenten** zur Rechtsverteidigung im isolierten Vorverfahren verpflichtet werden (BSG, Urt. v. 31.05.2006 - B 6 KA 62/04 R - BSGE 96, 257 = SozR 4-1300 § 63 Nr. 3).

Ein **im Widerspruchsverfahren beigeladener Konkurrent** hat weder gegen den Berufungsausschuss noch die Staatskasse noch den Konkurrenten einen Anspruch auf Kostenerstattung.

Der Kl. begehrt die Erstattung von Anwaltskosten im Widerspruchsverfahren. Die beigel. Orthopädin und Unfallchirurgin beantragte erfolglos eine Ermächtigung, wogegen sie Widerspruch einlegte. Der bekl. Berufungsausschuss lud den Kl. bei und wies den Widerspruch zurück, Aufwendungen seien nicht zu erstatten. Das ***SG*** wies die Klage ab und setzte den Streitwert auf 24.754,97 € (Höhe der geltend gemachten Anwaltskosten) fest.

2. Geschäftsgebühr von 2,3-fach nach Nr. 2300 RVG VV (Richtgrößenverfahren)

SG Düsseldorf, Beschluss v. 16.11.2015 - S 2 KA 281/12 **RID 16-01-68**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
RVG VV Nr. 2300

Ein Klageverfahren gegen einen **Regress wegen Überschreitung der Arzneimittelrichtgrößen** im Jahr 2009 (hier: das durch BSG, Urt. v. 22.10.2014 - B 6 KA 8/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 49 = GesR 2015, 234 = USK 2014-174 abgeschlossene Verfahren) ist schwierig und umfangreich. In diesem Fall ist der Ansatz der 2,3-fachen **Geschäftsgebühr** angemessen.

Das ***SG*** setzte die vom Bekl. an den Kl. zu erstattenden außergerichtlichen Kosten antragsgemäß auf 10.385,41 € fest.

3. Verfahrensrecht

a) Keine Beschränkung einer Klage bei vollumfänglicher Anfechtung eines Widerspruchbescheids

LSG Hessen, Beschluss v. 30.11.2015 - L 4 KA 40/15 B **RID 16-01-69**
SGG § 94

Fehlt es an einer **Klagerücknahme**, muss das Verfahren fortgesetzt und durch Urteil bzw. Gerichtsbescheid entschieden werden. Die **Erklärung** einer Klägerin in einem **anwaltlichen Schriftsatz**, die Klage richte sich nicht gegen die Feststellungen des angefochtenen Widerspruchsbescheides im Hinblick auf die Festsetzung des Regelleistungsvolumens für das Quartal I/11, ist nicht hinreichend eindeutig, um als Rücknahme der Klage interpretiert werden zu können. Geben Rechtsanwälte oder sonstige juristisch geschulte Personen eine Erklärung ab, kann davon ausgegangen werden, dass sie sich, soll eine prozessbeendende Erklärung abgegeben werden, eindeutig äußern und auch die entsprechenden Fachbegriffe („Rücknahme“, „Erledigung“) verwenden. Gleiches gilt für die Äußerung, im Hinblick auf das Quartal I/11 sei eine Klage nie erhoben worden, weshalb es auch keiner Rücknahme bedürfe.

Für die **Bestimmung des ursprünglichen Umfangs der Klage** kommt es auf den **Inhalt der Klageschrift** an, nicht auf die nachfolgenden, erst lange nach Ablauf der Klagefrist eingegangenen Schriftsätze. Denn schon aus Gründen der Rechtsklarheit muss jedenfalls ab dem Zeitpunkt, ab dem die Klagefrist verstrichen ist, feststehen, was Gegenstand der Klage sein soll und ob und inwieweit ein Bescheid – weil nicht vollständig angegriffen – bestandskräftig geworden ist. Die Klage richtet sich gegen den **gesamten Widerspruchsbescheid**, wenn dieser in der Klageschrift ohne Einschränkungen angefochten wird. Eine Begrenzung folgt nicht aus dem Zusatz, die Antragstellung sowie die Klagebegründung bleibe einem gesonderten Schriftsatz vorbehalten. Es ist nicht Aufgabe des Gerichts, sich durch detailliertes Studium des Widerspruchsbescheides zu bemühen herauszufinden, ob die Einbeziehung einzelner Quartale in das Verfahren unter Berücksichtigung der Interessen der Kl. sachgerecht ist oder nicht. Für diese Entscheidung sind die Kl. bzw. ihre Prozessbevollmächtigen zuständig.

SG Marburg, Beschl. v. 18.09.2015 - S 12 KA 120/15 - RID 15-04-61 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 Widerspruchbescheides vom 11.02.2015 anhängig geworden und durch Klagerücknahme am 28.07.2015 beendet worden ist. Das ***LSG*** hob den Beschluss auf.

b) Kein Verbandsklagerecht eines Vereins zur Betreuung von Ärzten

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 30.11.2015 - L 11 KA 17/15 B ER **RID 16-01-70**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 73a; SGG § 54 I 2; UWG § 8 III Nr. 2

Es fehlt an einem **Anordnungsgrund**, wenn die Eilbedürftigkeit nicht glaubhaft ist, weil hierzu nichts vorgetragen wird.
Die **Aktivlegitimation eines Verbands zur Betreuung von Ärzten** dürfte nicht gegeben sein, um gegen Vergütungsregelungen eines Strukturvertrages vorzugehen.

Der Ast., ein seit 2006 bestehender rechtsfähiger Verein, der derzeit über 400 Ärzte betreut, wendet sich gegen eine **Vergütungsregelung in einem Strukturvertrag**. Die Ag. schloss mit Wirkung ab 01.06.2014 mit der AOK Rheinland/Hamburg einen Strukturvertrag nach § 73a SGB V über die wirtschaftliche Versorgung mit Blutzuckertestgeräten und Blutzuckerteststreifen. Nach dessen Präambel streben die Vertragspartner eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Versorgung der Diabetiker mit Blutzuckertestgeräten und -streifen an. Der Ast. mahnte die Ag. ab und forderte sie auf, zur Beseitigung der Wiederholungsgefahr eine strafbewehrte Unterlassungserklärung abzugeben: Die Vergütungsregelung des § 6 I des Strukturvertrages verknüpfe die Vergütung des Arztes mit der vorgenommenen Umstellung des Patienten. Eine solche Verknüpfung verstoße gegen die MBO-Ä und sei darüber hinaus wettbewerbswidrig und unlauter. Die Ag. weigerte sich, die geforderte Unterlassungsverpflichtungserklärung abzugeben. ***SG Düsseldorf***, Beschl. v. 09.01.2015 - S 2 KA 440/14 ER - RID 15-01-77 wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung, das ***LSG*** die Beschwerde zurück.

VIII. EHV KV Hessen

1. Einführung einer Wartezeit ohne Übergangsregelung unzulässig

SG Marburg, Urteil v. 02.12.2015 - S 12 KA 17/15 **RID 16-01-71**
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 1/16 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
GG Art. 14 I; Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen

Leitsatz: 1. Der zeitliche Anwendungsbereich einer Regelung bestimmt sich nach den allgemeinen für das **intertemporale Sozialrecht** geltenden Grundsätzen, wenn das Gesetz keine ausdrückliche Übergangsregelung enthält. Dies gilt auch für die Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen.
2. Die zum 01.07.2012 in der EHV eingeführte **Wartezeit von fünf Jahren** (hier: bei Berufsunfähigkeit) kann zum Totalentzug der eigentumsrechtlich geschützten Anwartschaft führen und ist ohne eine Übergangsregelung unzulässig.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., der Kl. die Teilnahme an der EHV ab dem 01.02.2014 in gesetzlicher Höhe zu bewilligen.

2. Intertemporales Sozialrecht: Zeitpunkt der Berufsunfähigkeit und neue Zurechnungszeit

SG Marburg, Urteil v. 16.12.2015 - S 12 KA 448/14 **RID 16-01-72**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen

Leitsatz: 1. Der zeitliche Anwendungsbereich einer Regelung ist nach den allgemeinen für das **intertemporale Sozialrecht** geltenden Grundsätzen zu bestimmen, wenn das Gesetz keine ausdrückliche Übergangsregelung enthält. Dies gilt auch für die Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 02.12.2015 - S 12 KA 17/15 -).
2. Die zum 01.07.2012 in der EHV eingeführte **Zurechnungszeit** gilt nur dann, wenn der Eintritt der Berufsunfähigkeit nach dem 30.06.2012 erfolgt ist, unabhängig davon, wann der Antrag gestellt wird. Auch durch einen Leistungsverzicht kann der **Zeitpunkt der Berufsunfähigkeit** nicht beeinflusst werden, da es sich um eine tatsächliche Feststellung handelt, die vom Willen der Beteiligten unabhängig ist.

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

IX. Bundessozialgericht (BSG)

1. Honorarverteilung

a) Vergütung probatorischer Sitzungen und Regelleistungsvolumen

BSG, Urteil v. 25.03.2015 - B 6 KA 13/14 R **RID 16-01-73**

BSGE = SozR 4-2500 § 85 Nr. 83

Leitsatz: Probatorische Sitzungen sind (nur) innerhalb des **Regelleistungsvolumens** mit einem Auszahlungspunktwert von mindestens 2,56 Cent zu vergüten.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 25.03.2015 - B 6 KA 17/14 R **RID 16-01-74**

juris

b) Gemittelter Mindestpunktwert für probatorische Leistungen/Zugunstenverfahren

BSG, Urteil v. 25.03.2015 - B 6 KA 22/14 R **RID 16-01-75**

SozR 4-2500 § 85 Nr. 82

Leitsatz: 1. Es ist rechtlich nicht zu beanstanden, wenn der **Mindestpunktwert** für antrags- und genehmigungsbedürftige **psychotherapeutische Leistungen** auf ein **Punktzahlvolumen beschränkt** wird, dass sich typisierend an der Leistungsmenge eines optimal ausgelasteten und mit vollem persönlichen Einsatz arbeitenden Psychotherapeuten orientiert.

2. Der Grundsatz der **reformatio in peius** hindert die Kassenärztliche Vereinigung nicht, bei der Neuberechnung von Honoraransprüchen im Widerspruchsverfahren auch nach Ablauf von vier Jahren einen Teil der Punkte niedriger als im Ausgangsbescheid zu bewerten, wenn der Bescheid keine davon abweichende bindende Regelung enthielt und wenn die **Neuberechnung insgesamt** zu einer Honorarerhöhung führt.

c) RLV-Fallwert niedriger als Versichertenpauschale

BSG, Beschluss v. 28.10.2015 - B 6 KA 35/15 B **RID 16-01-76**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Hamburg***, Urt. v. 25.02.2015 - L 5 KA 61/13 - RID 15-02-2 wird zurückgewiesen.

Die Rechtsfrage, ob der **RLV-Fallwert** einer Arztgruppe **niedriger** sein darf als die **durchschnittliche Grund- bzw. Versichertenpauschale** der jeweiligen Arztgruppe, ist nicht klärungsbedürftig, da BSG, Urt. v. 11.12.2013 - B 6 KA 6/13 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 29 entschieden hat, dass eine KV nicht verpflichtet ist, das RLV eines Vertragsarztes so zu bemessen, dass die wesentlichen Leistungen seines Fachgebiets rechnerisch in jedem Behandlungsfall mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Diese Grundsätze gelten auch dann, wenn die Frage im Streit steht, ob das RLV die durchschnittlichen Versicherten- bzw. Grundpauschalen abdeckt.

Die Rechtsfrage, ob ein Vertragsarzt ein **subjektives Recht auf ermessensfehlerfreie Entscheidung** der **Gesamtvertragspartner** darüber hat, ob diese von der Korrekturmöglichkeit, die ihnen Teil F Abschnitt I der Anlage 6 zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26.3.2010 einräumt, Gebrauch machen, und ob er dies gerichtlich überprüfen lassen kann, ist nicht klärungsbedürftig. Nach der Senatsrechtsprechung ist eine (inzidente) Prüfung einer **Gesamtvergütungsvereinbarung** in einem Rechtsstreit über den Honoraranspruch eines Vertragsarztes ausgeschlossen.

2. Sachlich-rechnerische Berichtigung

a) Nachweis der Fortbildung vor Beginn der Honorarkürzung/Verfassungsmäßigkeit

BSG, Urteil v. 11.02.2015 - B 6 KA 19/14 R **RID 16-01-77**

SozR 4-2500 § 95d Nr. 1 = ZMGR 2015, 242 = MedR 2015, 831

Leitsatz: 1. Wenn ein Vertragsarzt den **Nachweis über die fachliche Fortbildung** erst nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums vorlegt, hat dies keine Honorarkürzung zur Folge, wenn der Nachweis noch vor Beginn des darauffolgenden Quartals nachgeholt wird.

2. Zur **Verfassungsmäßigkeit** bundesgesetzlicher Regelungen zur Fortbildungspflicht von Vertragsärzten.

b) Laborarzt: Anforderung der Laboratoriumsuntersuchung von Laborgemeinschaft

BSG, Urteil v. 13.05.2015 - B 6 KA 27/14 R **RID 16-01-78**

SozR 4-5540 § 25 Nr. 1

Leitsatz: 1. Eine als Gesellschaft bürgerlichen Rechts geführte **Laborgemeinschaft** ist **beteiligtenfähig** und auch befugt, mit der Klage Forderungen, die die Kassenärztliche Vereinigung ihr gegenüber geltend macht, allein oder zusammen mit ihren Gesellschaftern abzuwehren.

2. Die Ausnahme vom **Gebot der persönlichen Leistungserbringung** mit der Möglichkeit, bestimmte laboratoriumsmedizinische Analysen über eine Laborgemeinschaft zu beziehen, gilt nicht für Ärzte für Laboratoriumsmedizin ohne unmittelbaren Patientenkontakt.

3. Nr. 03351 EBM 2005: Nachweis der Abrechnungsberechtigung nach Übergangsregelung

BSG, Beschluss v. 09.12.2015 - B 6 KA 23/15 B **RID 16-01-79**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Hamburg***, Urt. v. 25.02.2015 - L 5 KA 29/11 - RID 15-02-32 wird zurückgewiesen.

Leistungsbeschreibungen des EBM dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden.

4. Genehmigung zur Erbringung zytologischer Untersuchungen an weiterem Tätigkeitsort

BSG, Urteil v. 13.05.2015 - B 6 KA 23/14 R **RID 16-01-80**

SozR 4-5520 § 32 Nr. 5 = GesR 2015, 659

Leitsatz: 1. Die **Genehmigung** der Durchführung **zytologischer Untersuchungen** kann nur erteilt werden, wenn der verantwortliche Arzt am Ort der Leistungserbringung zur Gewährleistung der fachlichen Überwachung anwesend ist.

2. In **ausgelagerten Praxisräumen** und in der Hauptpraxis dürfen gleiche Leistungen erbracht werden.

5. Wirtschaftlichkeitsprüfung: Andere Funktion der Praxisbesonderheit als bei Honorarverteilung

BSG, Beschluss v. 09.12.2015 - B 6 KA 46/15 B **RID 16-01-81**

BeckRS 2016, 65264

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Saarland***, Urt. v. 24.04.2015 - L 3 KA 44/12 - RID 15-02-32 wird zurückgewiesen.

Dem **Begriff der Praxisbesonderheiten** wird im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine andere Bedeutung beigemessen als im Bereich der Honorarverteilung, weil sie in beiden Bereichen grundlegend unterschiedliche Funktionen erfüllen (vgl. BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 66 Rn. 20, 31; BSG SozR 4-2500 § 87 Nr. 10 Rn. 35).

6. Regressfestsetzung nach Insolvenzeröffnung/Vereinbarung zur Minderung des Erstattungsbetrags

BSG, Urteil v. 15.07.2015 - B 6 KA 30/14 R **RID 16-01-82**

SozR 4-2500 § 106 Nr. 50 = ZInsO 2015, 2094 = ZIP 2015, 2087 = NZI 2015, 932

Leitsatz: 1. **Arzneikostenregresse** gegen einen Vertragsarzt wegen Überschreitung von Richtgrößen aus einer Zeit, in der der Arzt die **Praxis nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens** mit **Billigung** des Insolvenzverwalters fortgeführt hat, sind **keine Masseverbindlichkeiten**.

2. Die Prüfgremien müssen dem Vertragsarzt in jedem Stadium des Verfahrens bis zum Abschluss der letzten Tatsacheninstanz eine **Vereinbarung zur Minderung des Erstattungsbetrags** anbieten, solange der Arzt nicht deutlich macht, an einer solchen Regressminderung zur Vermeidung eines förmlichen Festsetzungsverfahrens nicht interessiert zu sein.

7. Zulassungsrecht

a) Teil-Berufsausübungsgemeinschaft

aa) Überörtliche Teil-BAG: Gesamtheit eines von Zusatz-Weiterbildung erfassten Leistungsbereiches

BSG, Urteil v. 25.03.2015 - B 6 KA 21/14 R **RID 16-01-83**

SozR 4-5520 § 33 Nr. 14 = GesR 2015, 614 = ZMGR 2015, 354

Leitsatz: Der Genehmigung einer **Teil-Berufsausübungsgemeinschaft** steht nicht entgegen, dass ein **vollständiger Leistungskomplex vergesellschaftet** werden soll.

bb) Einbringen nur eines Teil des Leistungsangebots

BSG, Urteil v. 25.03.2015 - B 6 KA 24/14 R **RID 16-01-84**

SozR 4-5520 § 33 Nr: 13 = GesR 2015, 617 = ZMGR 2015, 348

Leitsatz: 1. Als **Teil-Berufsausübungsgemeinschaft** (Teil-BAG) genehmigungsfähig sind nur solche Kooperationen, in denen jeder beteiligte Leistungserbringer einen **Teil seines Leistungsangebots** in die Teil-BAG einbringt und im Übrigen seine vertragsärztliche Tätigkeit weiter **eigenständig** ausübt.

2. Die **Verträge** über die Gründung einer Teil-BAG sind so klar und nachvollziehbar zu gestalten, dass sie für die Zulassungsgremien ohne Weiteres erkennen lassen, **welchen konkreten Zwecken** die Teil-BAG dienen soll; verbleibende Unklarheiten, insbesondere hieraus resultierende Zweifel daran, dass die Teil-BAG nicht zu Umgehungszwecken gegründet wurde, gehen zu Lasten der die Genehmigung beantragenden Ärzte.

3. Die **Bundesmantelvertragspartner** sind nicht berechtigt, über § 33 Abs. 2 Satz 3 bis 5 Ärzte-ZV hinausgehende Anforderungen an die Bildung einer Teil-BAG zu normieren.

b) Entziehung der Zulassung wegen Verletzung der Fortbildungspflicht

aa) Gröbliche Pflichtverletzung/Kein Verschuldenserfordernis/Keine weitere Nachfrist

BSG, Beschluss v. 28.10.2015 - B 6 KA 36/15 B **RID 16-01-85**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Bayern***, Urt. v. 11.03.2015 - L 12 KA 56/14 - RID 16-01-59 wird zurückgewiesen.

Für eine **Zulassungsentziehung wegen Verletzung der Fortbildungspflicht** gelten keine anderen Maßstäbe als für sonstige Verstöße gegen vertragsärztliche Pflichten. § 95d SGB V normiert **keinen eigenständigen Entziehungstatbestand**, sondern verpflichtet die KV über § 95d III 6 SGB V lediglich dazu, im Falle eines Verstoßes gegen die in § 95d SGB V normierten Pflichten (im Regelfall) einen Antrag auf Entziehung der Zulassung zu stellen.

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass ein Vertragsarzt seine vertragsärztlichen **Pflichten gröblich verletzt**, wenn er fünf Jahre seiner **Fortbildungspflicht** nicht oder nur unzureichend nachkommt, sich auch durch empfindliche Honorarkürzungen nicht beeindrucken lässt und sich damit hartnäckig der

Fortbildungsverpflichtung verweigert. Das Verhalten eines Vertragsarztes, der insgesamt etwa sieben Jahre (nahezu) ungenutzt verstreichen lässt, um seiner Fortbildungspflicht nachzukommen, und der in dieser Zeit alle Hinweise und Anfragen der KV ignoriert, lässt nur den Schluss auf eine Verantwortungslosigkeit beim Umgang mit den vertragsärztlichen Pflichten zu (vgl. dazu BSGE 110, 269 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 24, Rn. 47).
Auch **unverschuldete Pflichtverletzungen** können zur Zulassungsentziehung führen. Für eine auf die Verletzung der in § 95d SGB V normierten Pflichten gestützte Zulassungsentziehung gilt nichts anderes.
Die Erfüllung der Fortbildungspflicht **nach Verstreichen der zweijährigen Nachfrist** kann bei der Beurteilung, ob die Voraussetzungen für eine Zulassungsentziehung gegeben sind, keine Berücksichtigung finden (BSG, Beschl. v. 11.02.2015 - B 6 KA 37/14 B - ArztR 2015, 215, Rn. 13).
Die Fortbildungspflicht dient der Sicherung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung und die für den Fall der Verletzung dieser Verpflichtung vorgesehenen Sanktionen bis hin zur Zulassungsentziehung stehen mit der **Berufsfreiheit aus Art 12 I GG** im Einklang (BSG, Urt. v. 11.02.2015 - B 6 KA 19/14 R - SozR 4-2500 § 95d Nr. 1, Rn. 15 ff.; vgl. auch BSG, Beschl. v. 13.05.2015 - B 6 KA 50/14 B - Rn. 9, RID 15-03-76; BSG, Beschl. v. 12.08.2015 - B 6 KA 37/15 B - Rn. 6, RID 16-01-86).

bb) Unerheblichkeit des Alters zum Zeitpunkt der Entscheidung des Zulassungsausschusses

BSG, Beschluss v. 12.08.2015 - B 6 KA 37/15 B **RID 16-01-86**
BeckRS 2015, 712

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Bayern***, Urt. v. 15.04.2015 - L 12 KA 93/13 - wird zurückgewiesen.
Für die Geltendmachung der grundsätzlichen Bedeutung bei der Beurteilung der Frage, ob eine gröbliche Pflichtverletzung des Vertragsarztes vorliegt bzw. eine Zulassungsentziehung auszusprechen ist, reicht es nicht aus, auf das **Alter des Vertragsarztes** zum Zeitpunkt der Entscheidung des Zulassungsausschusses vor dem Hintergrund der Art. 12 I und 14 I GG und allgemein auf **existentielle Auswirkungen** hinzuweisen.

c) Zulassungsentziehung MVZ: Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht am Praxissitz

BSG, Urteil v. 13.05.2015 - B 6 KA 25/14 R **RID 16-01-87**
BSGE = SozR 4-5520 § 19 Nr. 3 = ZMGR 2015, 326 = GesR 2015, 737 = ArztR 2016, 8

Leitsatz: 1. Die Regelung des **§ 19 Abs. 3 Ärzte-ZV**, nach der die Zulassung kraft Gesetzes endet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird, steht mit höherrangigem Recht im Einklang.
2. Zur Möglichkeit der **Verlängerung der Frist von drei Monaten** für die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit.
3. Die **Aufnahme der Tätigkeit eines Medizinischen Versorgungszentrums** setzt die Existenz einer Einrichtung im Sinne einer räumlich und sachlich abgrenzbaren Einheit voraus, in der Ärzte tätig sind.

d) Keine Ermächtigung eines Kinderkardiologen zur Behandlung Erwachsener

BSG, Beschluss v. 28.10.2015 - B 6 KA 12/15 B **RID 16-01-88**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Sachsen***, Urt. v. 10.12.2014 - L 8 KA 17/13 - RID 15-02-61 wird zurückgewiesen.
Es ist geklärt, dass **Beschränkungen des Fachgebiets** den Arzt auch in seiner Tätigkeit als **Vertragsarzt** erfassen. Für die Beurteilung, ob Leistungen fachzugehörig oder fachfremd sind, ist darauf abzustellen, welche Inhalte und Ziele der **Weiterbildung** für das jeweilige Fachgebiet in der WBO genannt werden und in welchen Bereichen eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben werden müssen. **Schwerpunktbezeichnungen** oder **Zusatzbezeichnungen** haben keinen Einfluss auf die Beurteilung der Fachfremdheit einer Leistung.

Ärzte für **Kinder- und Jugendmedizin** dürfen **Erwachsene** nicht behandeln. Für die Abgrenzung dieses Fachgebietes ist nicht die angewandte Methode oder ein Organsystem maßgebend, sondern der behandelte Personenkreis, nämlich Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche. Eine Spezialisierung im Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin ermöglicht nicht die Überschreitung der Grenzen dieses Fachgebietes. Weder die Schwerpunktbezeichnung **Kinderkardiologie** noch das sog EMAH-Zertifikat können danach eine Erweiterung der Fachgebietsgrenzen begründen.
Eine den gesetzlichen Vorgaben widersprechende Ermächtigung oder Abrechnungsgenehmigung kann auch unter **Sicherstellungsgesichtspunkten** nicht erteilt werden.
Die Beschränkung auf die Fachgebietsgrenzen gilt nicht für **Notfallbehandlungen** und für Leistungen, bei denen dem behandelnden Arzt **ausnahmsweise im Einzelfall** die Überweisung an einen anderen Gebietsarzt nicht zumutbar wäre sowie für fachfremde Leistungen, die im Verhältnis zu der vorgenommenen Fachbehandlung **von gänzlich untergeordneter Bedeutung** sind (vgl BSGE 84, 290, 296 = SozR 3-2500 § 95 Nr. 21 S. 90 f. m.w.N.).
Die Vereinbarkeit der darin liegenden Beschränkung mit **verfassungsrechtlichen Grundsätzen** ist geklärt (BVerfG, Beschl. v. 16.07.2004 - 1 BvR 1127/01 - SozR 4-2500 § 135 Nr. 2). Ärzte sind grundsätzlich nicht berechtigt, systematisch Leistungen außerhalb der Grenzen ihres Fachgebiets zu erbringen und abzurechnen.
Anhaltspunkte dafür, dass die vom Kl. als nicht sachgerecht bewertete Verweigerung einer Öffnung der Kinderkardiologie für die Behandlung Erwachsener mit angeborenen Herzfehlern als **willkürlich** qualifiziert werden könnte, sind weder dargelegt worden noch erkennbar.

e) Institutsermächtigung nach § 119a SGB V: Ärztlich geleitete Abteilung/Nicht auf „Vorrat“

BSG, Beschluss v. 28.10.2015 - B 6 KA 14/15 B **RID 16-01-89**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Bayern***, Urt. v. 01.10.2014 - L 12 KA 101/13 - RID 14-03-8 wird zurückgewiesen.
Zur Ermittlung der konkreten Bedarfssituation ist regelmäßig die **Befragung** der bisherigen für solche Leistungen in Betracht kommenden **Leistungserbringer** erforderlich. Hingegen ist zu verneinen, dass das Befragungsergebnis ohne Weiteres einen Versorgungsbedarf „indiziert“. Die Sachverhaltsermittlung darf sich typischerweise nicht in Befragungen der im Einzugsbereich tätigen Vertragsärzte erschöpfen, weil die Gefahr besteht, dass die Äußerungen der befragten Ärzte in starkem Maße auf deren subjektiven Einschätzungen beruhen und von deren individueller Interessenlage mit beeinflusst sein können.
Nach § 119a Satz 1 SGB V steht außer Zweifel, dass unabdingbare Voraussetzung einer derartigen Ermächtigung das **Bestehen einer ärztlich geleiteten Abteilung** ist. Gibt es, wie vorliegend nach dem Ausscheiden des einzigen dort tätigen Arztes, keinen ärztlichen Leiter, fehlt es bereits an einer „ärztlich geleiteten“ Abteilung, die ermächtigt werden könnte. Eine **Ermächtigung „auf Vorrat“** (für den Fall der Anstellung eines Arztes als ärztlichen Leiter) kommt nicht in Betracht.
Eine Ermächtigung nach § 119a SGB V setzt weiter voraus, dass gerade die **Methoden oder Kenntnisse der dort tatsächlich tätigen Ärzte** den besonderen **Bedarf** begründen, den eine Ermächtigung nach § 119a Satz 1 SGB V voraussetzt. Die Ermächtigung kommt nur dann (und solange) in Betracht, wenn eine ausreichende Versorgung des genannten Personenkreises „ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der Ärzte in den Einrichtungen“ nicht sichergestellt ist. Um dies feststellen und ggf. überprüfen zu können, bedarf es hierzu in jedem Fall der Angabe, **welcher Arzt mit welcher Qualifikation** über **welche besonderen Methoden bzw. Kenntnisse** verfügt.
Eine Institutsermächtigung nach § 119a SGB V schließt es nicht aus, dass auch die **„Art und Weise“, in der die Leistungen erbracht werden**, bei der Bedarfsprüfung mit in den Blick zu nehmen sein kann, weil es hier - anders als bei einer Ermächtigung nach § 116 SGB V - um Behandlungen geht, die gemäß § 119a Satz 2 SGB V auf einen bestimmten Personenkreis auszurichten sind.

8. Festsetzung der Vergütung sozialpädiatrischer Zentren durch Schiedsstelle

BSG, Urteil v. 13.05.2015 - B 6 KA 20/14 R **RID 16-01-90**

BSGE = SozR 4-2500 § 120 Nr. 4 = GesR 2015, 663

Leitsatz: Die Festsetzung der **Vergütung** für Leistungen eines **sozialpädiatrischen Zentrums** durch die **Schiedsstelle** bestimmt sich vor dem Hintergrund des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nach einer gemessen am Leistungsspektrum wirtschaftlichen Betriebsführung, die einem **Vergleich mit anderen Einrichtungen** standhält.

9. Klage gegen Schiedsperson: HzV-Vertrag (Baden-Württemberg)

BSG, Urteil v. 25.03.2015 - B 6 KA 9/14 R **RID 16-01-91**

BSGE = SozR 4-2500 § 73b Nr. 1 = GesR 2016, 27

Leitsatz: 1. Der **Schiedsspruch**, mit dem eine Schiedsperson den Inhalt eines Vertrags zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) festsetzt, ergeht **nicht** als **Verwaltungsakt**.

2. Richtige **Klageart** für die Geltendmachung der Rechtswidrigkeit des von einer Schiedsperson festgesetzten Vertrags zur HzV ist die **Feststellungsklage** (Abgrenzung zu BSGE 107, 123 = SozR 4-2500 §132a Nr 5).

3. Der Grundsatz der **Beitragssatzstabilität** gilt nicht für Verträge zur HzV.

10. Verfahrens- und Prozessrecht

a) Zulässigkeit der Untätigkeitsklage/Verpflichtung zur Bescheidung

BSG, Beschluss v. 28.10.2015 - B 6 KA 20/15 B **RID 16-01-92**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 12.11.2014 - L 11 KA 15/13 - RID 15-02-76 wird zurückgewiesen.

Der Einwand einer Behörde, aus der - behaupteten - Bestandskraft ergebe sich zugleich ein zureichender Grund für die Nichtbescheidung, geht fehl. Es steht **nicht im Belieben einer Behörde**, von der Bescheidung eines Widerspruches abzusehen, nur weil sie diesen rechtlich für „verfehlt“ hält.

Auf ein „Bescheidungsinteresse“ kommt es im Rahmen des nach § 88 SGG geführten Verfahrens nicht an. Der Kläger hat **Anspruch auf eine Bescheidung seines Widerspruches**, weil das Gesetz die Durchführung eines Vorverfahrens vorschreibt (§§ 78 ff. SGG). Ist die Beklagte der Auffassung, dass dem Kläger ein „Bescheidungsinteresse“ - gemeint sein dürfte die „Beschwer“ des Widerspruchsführers - fehlt, mag sie hieraus die Unzulässigkeit des Widerspruches herleiten und den Widerspruch als unzulässig verwerfen. Sie ist jedoch nicht berechtigt, eine Bescheidung abzulehnen; dies käme einer Rechtsverweigerung gleich. Selbst wenn man davon ausginge, dass eine Behörde bei einer offensichtlich missbräuchlichen Rechtsverfolgung die Bescheidung eines Widerspruches ablehnen dürfte, käme dies nur in extremen Ausnahmefällen in Betracht.

b) Streitigkeiten zahntechnischer Leistungserbringer sind Angelegenheit des Vertragszahnarztrechts

BSG, Urteil v. 28.10.2015 - B 6 KA 2/15 R **RID 16-01-93**

juris

Ist die **Richterbank** weder im LSG- noch im SG-Verfahren **vorschriftsmäßig besetzt**, kann das BSG in der Sache nicht entscheiden (vgl. BSGE 115, 165 = SozR 4-2500 § 115b Nr. 4, Rn. 16). Dieser Verfahrensmangel führt zur Zurückverweisung des Rechtsstreits.

Zu den **Angelegenheiten des Vertragszahnarztrechts** i.S.d. § 10 II SGG gehören nach st. Rspr. des BSG auch Streitigkeiten zwischen den Zahntechniker-Innungen bzw. den zahntechnischen Leistungserbringern und den Krankenkassen, und zwar unabhängig davon, ob die KZV an dem jeweiligen Rechtsstreit beteiligt ist (vgl. BSGE 72, 15 = SozR 3-2500 § 88 Nr 2; BSG SozR 1500 § 12 Nr. 6; BSG, Urt. v. 11.12.2002 - SozR 3-2500 § 88 Nr. 3; Beschl. v. 13.08.2014 - B 6 KA 20/14 B -).

c) Revisionsfristen von Rechtsanwalt nicht delegierbar

BSG, Beschluss v. 25.11.2015 - B 6 KA 37/15 R **RID 16-01-94**

BeckRS 2015, 73539

Die Revision gegen ***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 21.04.2015 - L 4 KA 52/13 - RID 15-04-11 (KV Schleswig-Holstein: Fortführung der Individualbudgets rechtmäßig <Quartale III/05 ff.>) wird als unzulässig verworfen.

Gemäß § 164 II SGG ist die Revision innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Berufungsurteils zu begründen.

Wegen der Versäumung der Revisionsbegründungsfrist kann **Wiedereinsetzung in den vorigen Stand** gewährt werden. Ein Verschulden der weiteren - von dem Prozessbevollmächtigten herangezogenen - Bediensteten ist der Prozesspartei dann nicht zuzurechnen, wenn deren Fehlverhalten Aufgaben betrifft, die auf sie delegiert werden durften und wenn sie sorgfältig ausgewählt, angeleitet und überwacht wurden. Delegierbar sind aber grundsätzlich nur Routineangelegenheiten. Nur die Berechnung üblicher und in seiner Praxis häufiger vorkommender Fristen kann der Prozessbevollmächtigte gut ausgebildetem und sorgfältig überwachtem Büropersonal überlassen. Die Berechnung von Fristen, die nicht zu den **Routinefristen** gehören, muss der Rechtsanwalt hingegen selbst vornehmen. Die **Führung von Revisionsverfahren** ist für Rechtsanwälte typischerweise keine Routineangelegenheit. Die Prozessbevollmächtigte hätte mithin in ihrer Verfügung nach Eingang des LSG-Urteils nicht nur die **Dauer der Fristen** (1 Monat für die Revisionseinlegung, 2 Monate für die Revisionsbegründung) vorgeben, sondern das **Enddatum der Frist** selbst berechnen oder die Berechnung jedenfalls überprüfen müssen.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. (Zahn-)Ärztliche Behandlung

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Behandlung mit Galvano- und Hyperthermietherapie bei Prostatakarzinom

LSG Saarland, Urteil v. 21.10.2015 - L 2 KR 189/14 **RID 16-01-95**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 122/15 B
juris
SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 27 I, 135 I; GG Art. 2

Leitsatz: Ein Versicherter, der an einem Prostatakarzinom erkrankt ist, bei dem nur noch **palliative Behandlungen möglich** sind, hat keinen Anspruch auf eine **Galvanotherapie** und **Hyperthermiebehandlung**, die lediglich die von der Krankenkasse bezahlte leitliniengerechte antihormonelle Therapie ergänzen und die Nebenwirkungen der leitliniengerechten Therapie - das ausgeprägte Fatigue-Syndrom - abmildern bzw. beseitigen sollen.

SG für das Saarland, Urt. v. 12.09.2014 - S 1 KR 410/13 - RID 15-01-90 verurteilte die Bekl., dem Kl. die bereits verauslagten Kosten für die durchgeführte Galvanotherapie ab dem 07.06.2011 zu erstatten, ihn bezüglich der Kosten bereits durchgeführter, aber nicht abgerechneter Galvano-Therapie-Behandlungen freizustellen und zukünftige Galvano-Therapie-Behandlungen zu gewähren, ferner dem Kl. die bereits verauslagten Kosten für die durchgeführte Hyperthermiebehandlung ab dem 21.12.2012 zu erstatten, den Kl. von den Kosten bereits durchgeführter, aber nicht abgerechneter Hyperthermiebehandlungen freizustellen und die Hyperthermiebehandlung zukünftig zu gewähren. Das ***LSG*** wies die Klage ab.

b) Krebstherapie: Hyperthermiebehandlung und Maintrac

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 12.11.2015 - L 5 KR 203/15 B ER **RID 16-01-96**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 Ia, 136 I, 137c; SGG § 86b II

Leitsatz: Zur Glaubhaftmachung eines Anordnungsanspruchs auf eine Leistung nach § 2 Abs. 1a SGB V im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes gehört auch die **Mitteilung** über die **aktuelle Ausprägung und den Schweregrad der Erkrankung**.

SG Kiel, Beschl. v. 09.10.2015 - S 3 KR 28/15 ER - verpflichtete die Ag. zur Übernahme der Kosten der streitgegenständlichen Krebstherapie im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig, das ***LSG*** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

c) Ganzheitliches Therapiekonzept unter Einschluss von Hyperthermie- und Laserbehandlung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 19.11.2015 - L 16 KR 677/15 B ER **RID 16-01-97**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 27 I, 135 I; GG Art. 2

Bei einem nicht operablen metastasierten Pankreasschwanzkarzinom kommt nur eine Behandlung mit palliativer Zielsetzung in Betracht. Für einen **kurativen Behandlungsansatz des „ganzheitlichen Therapiekonzepts" des Dr. X** unter Einschluss namentlich von Hyperthermie- und Laserbehandlung als neuer Behandlungsmethode, die bisher vom GBA nicht anerkannt wurde, fehlt jeder Ansatz einer Begründung.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 21.09.2015 - S 34 KR 430/15 ER - lehnte den Antrag auf vorläufige Verpflichtung der Ag., die gesamten Kosten der vom Ast. bei Dr. X im Hyperthermiezentrum in I durchgeführten ganzheitlichen Therapie zu übernehmen, ab. Das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

d) Ambulante Liposuktionsbehandlung an Oberschenkeln und Oberarmen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 16.11.2015 - L 11 KR 342/15 **RID 16-01-98**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§

Es besteht kein Anspruch auf eine a**mbulante Liposuktionsbehandlung** an Oberschenkeln und Oberarmen. Eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen Versorgung muss gem. § 135 I 1 SGB V durch den **GBA** in Richtlinien nach § 92 I 2 Nr. 5 SGB V positiv empfohlen werden.

SG Düsseldorf, Urt. v. 27.04.2015 - S 9 KR 952/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

e) Laserepilation

LSG Sachsen, Urteil v. 23.07.2015 - L 1 KR 108/11 **RID 16-01-99**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 27 I, 92 I 2 Nr. 5, 135 I; GG Art. 2

Bei der **Laserepilation** handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode, für die es an der erforderlichen **positiven Empfehlung des GBA** fehlt.

SG Chemnitz, Urt. v. 19.04.2011 - S 11 KR 243/08 - gab der Klage im Hinblick auf den Feststellungsantrag (festzustellen, dass die Bekl. verpflichtet ist, die Kosten für die Haarentfernung im Gesichts- und Stammkörperbereich mittels ärztlicher Laserbehandlung bei unverändertem Gesundheitszustand und unveränderter Rechtslage zukünftig zu tragen) statt und wies die Klage im Übrigen (Kosten von 248,56 € zu erstatten) ab. Das ***LSG*** wies die Klage in vollem Umfang ab.

f) Therapie mit Cannabis-Extrakt-Tropfen (Folgenabwägung)

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 22.09.2015 - L 4 KR 276/15 B ER **RID 16-01-100**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 Ia 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Bei einer **Therapie mit Cannabis-Extrakt-Tropfen** handelt es sich um eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** im Sinne des § 135 SGB V, für die eine Empfehlung des GBA bisher nicht vorliegt.

Eine **schwerste chronische Schmerzerkrankung** ist dann wertungsmäßig einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung gleichzustellen, wenn sie in ihren (funktionalen) Auswirkungen dem Verlust von herausgehobenen Körperfunktionen gleichsteht. Ob diese Voraussetzungen beim Antragsteller vorliegen, muss im Hauptsacheverfahren geklärt werden. In Anbetracht der zahlreichen, im Eilverfahren nicht aufklärbaren medizinischen Tatsachenfragen und der bestehenden Schmerzen ist es dem Ast. nicht zuzumuten, eine Entscheidung in der Hauptsache abzuwarten.

Der 1961 geb. Ast. leidet seit dem 9. Lebensjahr an einem Morbus Bechterew mit progredientem Verlauf und chronischem Schmerz, der nach Darstellung des behandelnden Arztes im Tagesverlauf bis zu nahezu unerträglichem Schmerz zunimmt. Im Laufe der Erkrankung wurden seit 1982 verschiedenste schulmedizinische Versuche mit Analgetika erfolglos unternommen. Der Ast. verfügt über eine vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) – Bundesopiumstelle – erteilte Ausnahmeerlaubnis nach § 3 II BtMG zum Erwerb von Cannabis zu Therapiezwecken. Er beantragte bei seiner Krankenkasse erfolglos die Kostenübernahme für Cannabis-Extrakt-Tropfen. ***SG Oldenburg***, Beschl. v. 26.06.2015 - S 61 KR 181/15 ER - lehnte den Antrag ab, das ***LSG*** verpflichtete die Ag. bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung im Hauptsacheverfahren, die Kosten für die Therapie mit Cannabis-Extrakt-Tropfen ab dem 12.05.2015 vorläufig und unter dem Vorbehalt der Rückforderung im Fall des Obsiegens im Hauptsacheverfahren zu übernehmen, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

2. Erstattungsforderung der Krankenkasse nach selbstbeschaffter Implantation eines Magenbandes

SG Mainz, Gerichtsbescheid v. 21.09.2015 - S 3 KR 558/14 **RID 16-01-101**

juris

SGB V § 52 II; GG Art. 3 I

Leitsatz: Eine **ästhetische Operation** im Sinne des § 52 Abs. 2 SGB V liegt dann vor, wenn der operative Eingriff aus Sicht der medizinischen Wissenschaft wesentlich auf eine (subjektive bzw. gewünschte) Verbesserung des körperlichen Erscheinungsbildes des Patienten abzielt. Eine ästhetische Operation liegt hingegen nicht bereits dann vor, wenn der Patient sich von der Behandlung neben der Heilung der Krankheit auch positive Auswirkungen auf sein Erscheinungsbild erhofft.
Bei **adipositaschirurgischen Eingriffen** wie der Implantation eines Magenbandes handelt es sich unabhängig vom Vorliegen einer medizinischen Indikation im Einzelfall um eine **Heilbehandlung** und nicht um eine ästhetische Operation im Sinne des § 52 Abs. 2 SGB V, weil sie durchgeführt werden, um den krankhaften Zustand einer Adipositas bzw. deren Begleit- und Folgeerkrankungen zu heilen oder zumindest zu lindern
Eine **analoge Anwendung** von Rechtsnormen auf nach dem Wortlaut nicht erfasste Sachverhalte ist vor dem Hintergrund des verfassungsrechtlichen Gesetzesbindungsgebots aus Art. 20 Abs. 3 und Art. 97 Abs. 1 Grundgesetz (GG) nur zulässig, wenn eine ausfüllungsbedürftige Regelungslücke besteht. Von einer ausfüllungsbedürftigen Regelungslücke darf nur dann ausgegangen werden, wenn der zu entscheidende Fall andernfalls nicht zu lösen wäre.
Eine **Analogiebildung** ist nicht bereits dann zulässig, wenn die (vermeintliche) Regelungsabsicht des Gesetzgebers wegen der Gleichheit der zugrundeliegenden Interessenlage auch den nichtgeregelten Fall hätte einbeziehen müssen (entgegen BSG, Urteil vom 24.10.1984 - 6 RKa 36/83 - Rn. 6; BSG, Urteil vom 06.10.2011 - B 14 AS 171/10 R - Rn. 22), wenn der (vermeintliche) Zweck der Vorschrift auch nicht geregelte Fälle erfasst (entgegen BSG, Urteil vom 12.12.1996 - 11 RAr 31/96 - Rn. 16; BSG, Urteil vom 13.02.2014 - B 4 AS 19/13 R - Rn. 14), aus Gründen der vom Gesetzgeber gewollten Verwaltungspraktikabilität und Verwaltungsökonomie (entgegen BSG, Urteil vom 07.11.2006 - B 7b AS 8/06 R - Rn. 29 "über den Wortlaut hinaus") oder wenn der Gesetzgeber eine bestimmte Möglichkeiten von Geschehensabläufen (mutmaßlich) nicht erkannt hat (entgegen BSG, Urteil vom 16.04.2002 - B 9 VG 1/01 R - Rn. 24). Das Bestehen einer Regelungslücke darf auch nicht allein aus der Gleichartigkeit der Sachverhalte und der Vergleichbarkeit der Interessenlage gefolgert werden (entgegen BSG, Urteil vom 26.06.2013 - B 7 AY 6/12 R - Rn. 18).
Die **Verfassungswidrigkeit** eines gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz aus Art. 3 Abs. 1 GG verstoßenden Gesetzes kann nicht durch analoge Anwendung auf vergleichbare Sachverhalte beseitigt bzw. vermieden werden.

Die Kl. wendet sich gegen eine Erstattungsforderung der Bekl. Die Kl. ließ auf eigene Kosten eine Magenband- Operation im Mai 2009 durchführen, die die Bekl. abgelehnt hatte. Eine Klage auf Kostenerstattung blieb erfolglos. In der Folgezeit kam es zu weiteren stationären Aufenthalten der Kl. und zu einer Entfernung des Magenbandes. Die Bekl. hatte für diese Behandlung 2.876,33 € zu zahlen. Für die neue Fixierung des Magenbandes hatte die Bekl. 2.980,88 € zu zahlen. Wegen Komplikationen im Zusammenhang mit dem implantierten Magenband und Entfernung des Magenbands hatte die Beklagte 5.669,95 € zu zahlen. Von den 11.527,16 € Krankenhauskosten forderte die Bekl. 2.300 € nach § 52 SGB V zurück. Das ***SG*** hob den Bescheid auf.

3. Zahnärztliche Behandlung

a) Zahnimplantologische Leistungen bei Zahnlosigkeit im Bereich des Oberkiefers

SG Speyer, Urteil v. 18.09.2015 - S 19 KR 219/14 **RID 16-01-102**

juris

SGB V § 28 II 9; GG Art. 3; SGB IX § 26

Leitsatz: Die **Versorgung mit Zahnersatz** ist eine Leistung der **medizinischen Rehabilitation** im Sinne des § 26 Abs. 1 SGB IX. **Zahnlosigkeit im Bereich des Oberkiefers** ist eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

Neben dem Anspruch auf medizinische Rehabilitation nach krankenversicherungsrechtlichen Maßgaben (§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V) besteht zugleich ein (nachrangiger) Anspruch auf Leistungen der **Eingliederungshilfe**, gerichtet auf die notwendige Implantatversorgung als Leistung sowohl wiederum der medizinischen Rehabilitation (§ 54 Abs. 1 1. HS und Satz 2 SGB XII i.V.m. § 26 SGB IX) als auch als Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Sinne einer sozialen Rehabilitation (§§ 53 Abs. 1, 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 7 SGB IX).
Ein **extremer Würgereiz** ist eine willentlich nicht beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion im Mund- und Gesichtsbereich im Sinne der Nr. 2 Satz 4 d) des Abschnitts B VII der Behandlungsrichtlinie (Anschluss an SG Mainz, Urteil vom 24.09.2013 - S 17 KR 177/12 - RID 14-01-82, Rn. 45; entgegen Hessisches LSG, Urteil vom 02.07.2009 - L 1 KR 197/07 - RID 09-04-84; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 16.02.2010 - L 16 B 44/09 KR; LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 22.02.2011 - L 9 KR 34/11 B ER - RID 11-02-130).
Der Anspruch eines Versicherten auf **Versorgung mit implantologischen Leistungen** ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil Ziel der Behandlung ausschließlich die Wiederherstellung der **Kaufunktion** durch die Versorgung mit Zahnersatz ist (Anschluss an SG Mainz, Urteil vom 24.09.2013 - S 17 KR 177/12 - RID 14-01-82, Rn. 51; **entgegen BSG**, Urteil vom 04.03.2014 - B 1 KR 6/13 R - SozR 4-2500 § 28 Nr. 7; BSG, Urteil vom 07.05.2013 - B 1 KR 19/12 R - SozR 4-2500 § 28 Nr. 6 und Urteil vom 19.06.2001 - B 1 KR 4/00 R - BSGE 88, 166 = SozR 3-2500 § 28 Nr. 5, Rn. 20).
Eine Auslegung, die § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V derart restriktiv interpretiert, dass Gruppen von Versicherten aufgrund der bei ihnen spezifisch vorliegenden Behinderung von der Versorgung mit Zahnersatz im Ergebnis ausgeschlossen werden, verletzt den allgemeinen **Gleichheitssatz** des Art. 3 Abs. 1 GG, hier verstärkt durch das Benachteiligungsverbot des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG und Art. 25 Satz 3 a) UN-BRK.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., dem Kl. die für die Verankerung von festsitzendem Zahnersatz im Oberkiefer medizinisch erforderlichen implantologischen Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion zu gewähren.

b) Kein Anspruch auf professionelle Zahnreinigung

SG Wiesbaden, Urteil v. 03.07.2015 - S 21 KR 172/12 **RID 16-01-103**
SGB V §§ 22 I, 27 I 1, 28 II 1, 92 I

Ein Anspruch auf **professionelle Zahnreinigung** als Unterstützung der täglichen Mundhygiene, die in der **Behandlungsrichtlinie** nicht genannt wird, besteht nicht.

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

II. Stationäre Behandlung

1. Adipositaschirurgische Maßnahmen

a) Ausschöpfung konservativer Behandlungsmaßnahmen: Jahrelang erfolglose Diäten

SG Düsseldorf, Urteil v. 24.09.2015 - S 27 KR 351/14 **RID 16-01-104**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I, 27 I, 39 I

Konservative Behandlungsmaßnahmen sind ausgeschöpft, wenn der Versicherte ein multimodales Therapiekonzept von 6 bis 12 Monaten Dauer durchlaufen hat. Der **Nachweis** der Erschöpfung konservativer Behandlungsmaßnahmen kann auch auf anderem Weg erbracht werden (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 20.06.2013 - L 8 KR 91/10 - RID 13-04-75; ähnl. LSG Hessen, Urt. v. 22.05.2014 - L 8 KR 7/11 - RID 14-03-84). Bei einem **BMI von 43,4** sind die konservativen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft, wenn die Versicherte bereits seit ca. 40 Jahren erfolglos Diäten (mit Jo-Jo-Effekt) versucht, an einer Ernährungsberatung teilgenommen sowie sportliche Aktivitäten (im Rahmen des Möglichen) entfaltet hat.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., die Kl. im Rahmen eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes mit einer bariatrischen Operation als Sachleistung zu versorgen.

b) Nichtausschöpfen aller konservativen Behandlungsmöglichkeiten und Ausnahmefälle

SG Gießen, Urteil v. 18.11.2015 - S 9 KR 319/14 **RID 16-01-105**

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I, 27 I, 39 I

Eine Versicherte hat trotz des **Nichtausschöpfens aller konservativen Behandlungsmöglichkeiten** einen Anspruch auf Gewährung einer Magenbypass-Operation als Sachleistung, wenn die konservative Therapie ohne Aussicht auf Erfolg ist oder der Gesundheitszustand des Patienten keinen Aufschub eines operativen Eingriffs zur Besserung durch Gewichtsreduktion erlaubt. Kriterien für solche **Ausnahmefälle** sind nicht der BMI oder die Schwere der Begleiterkrankungen, sondern Immobilität des Patienten oder andere Umstände, die eine erfolgreiche diätetische Therapie praktisch nicht ermöglichen, wie beispielsweise extrem hoher Insulinbedarf (hier: BMI von 54,6 kg/m², schlecht einstellbarer und mit hohen Insulindosen behandelter Diabetes mellitus II).

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., der Kl. eine Magenbypassoperation als Sachleistung zu genehmigen.

c) Multimodale Therapie nicht Erfolg versprechend

SG Regensburg, Urteil v. 19.05.2015 - S 2 KR 342/14 **RID 16-01-106**

juris
SGB V §§ 2 I, 27 I, 39 I

Ist eine sog. **multimodale Therapie nicht Erfolg versprechend**, so besteht ein Anspruch auf eine adipositaschirurgische Maßnahme.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., die Kosten für eine minimalinvasive adipositaschirurgische Maßnahme - einschließlich der postbariatrischen Nachsorge - zu übernehmen.

d) Magen-Bypass-Operation: Kein Aufschub der chirurgischen Therapie

SG Duisburg, Urteil v. 23.10.2015 - S 50 KR 852/13 **RID 16-01-107**

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I, 12 I, 27, 39

Ein Ausschöpfen der konservativen Therapie im Sinne einer Ernährungs- und Bewegungstherapie vor einer Magenbypass-Operation ist nicht erforderlich, wenn die **chirurgische Therapie nicht aufgeschoben** werden kann und konservative Therapien keine Aussicht auf Erfolg haben.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., die Kosten für eine Magenbypass-Operation zu übernehmen.

e) Anlage eines EndoBarriers® erst nach Ausschöpfung der konservativen Mittel

SG Dortmund, Urteil v. 11.11.2015 - S 40 KR 518/14 **RID 16-01-108**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IIIa, 27 I 1 Nr. 5, 39

Leitsatz: 1. Aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V folgt **entgegen der Rechtsprechung des BSG** nicht, dass **neue Methoden im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung** zu Lasten der Krankenkasse erst erbracht werden dürften, wenn ihre Erprobung abgeschlossen sei und über Qualität und Wirksamkeit der neuen Methode zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbare Aussagen möglich seien. Vielmehr hat der Gesetzgeber dort eine **Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt** geregelt.
2. Eine **operative Maßnahme zur Behandlung der Adipositas** kommt auch weiterhin i.d.R. nur nach Ausschöpfung der konservativen Mittel in Betracht, wozu insbesondere eine multimodale Therapie von 6 - 12 Monaten (integrierte Therapie) gehört.
3. Die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V reicht nicht weiter als der zugrunde liegende Sachleistungsanspruch nach dem SGB V.

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

2. Brustaufbau nach Brustimplantatentfernung

SG Stade, Urteil v. 14.12.2015 - S 29 KR 183/12 **RID 16-01-109**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 27

Prothesenentnahme und -neueinsetzung sind nicht im Sinne einer Behandlungseinheit miteinander verbunden, sondern getrennt durchführbar und getrennt zu beurteilen. Die Kosten für eine **Neueinsetzung eines Brustimplantats** können nur übernommen werden, wenn die Versicherte in ihren Körperfunktionen beeinträchtigt ist oder wenn die anatomische Abweichung entstellend wirkt.

Das ***SG*** wies die über das Teilanerkenntnis hinausgehende Klage ab.

3. Teilstationäre Behandlung (Pharmakotherapie - Intravenöse Immunglobulin-Therapie)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.11.2015 - L 11 KR 1116/12 **RID 16-01-110**
Revision anhängig: B 1 KR 1/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2, 27, 39, 135, 137c

Leitsatz: 1. Wird die Krankenkasse im Wege einer einstweiligen Anordnung zur unbefristeten **Gewährung einer Sachleistung verpflichtet**, kann darin eine echte Vorwegnahme der Hauptsache liegen mit der Folge, dass ein auf Erstattung der Sachleistung in Geld gerichteter Erstattungsanspruch ausscheidet und sich die Hauptsache insoweit erledigt hat.
2. Die **Abgrenzung der ambulanten von der teilstationären Krankenhausbehandlung** richtet sich danach, in welchem Umfang neben der Behandlung der Patient die Infrastruktur des Krankenhauses in Anspruch nimmt. Eine **intravenöse Immunglobulintherapie**, die zunächst alle vier, später alle fünf Wochen an zwei aufeinanderfolgenden Tagen in den Räumen der Immunologischen Ambulanz einer Hautklinik durchgeführt wird und pro Tag mindestens vier Stunden dauert, ist als **teilstationäre Behandlung (Pharmakotherapie)** zu werten.
3. Eine teilstationär durchgeführte Pharmakotherapie hat als **neue Behandlungsmethode** zumindest dann das Potential einer **erforderlichen Behandlungsalternative** i.S.d. § 137c Abs. 3 SGB V, wenn sie der Behandlung einer schwerwiegenden (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) Krankheit dient, für die eine nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin kausal wirksame Therapie nicht existiert. Außerdem muss im Einzelfall eine begründete Aussicht bestehen, dass damit ein kurativer oder palliativer Behandlungserfolg erzielt werden kann, wobei es nicht darauf ankommt, dass bereits Forschungsergebnisse vorliegen, die erwarten lassen, dass das eingesetzte Arzneimittel für die Behandlung der Krankheit zugelassen werden kann.

SG Mannheim, Urt. v. 03.02.2012 - S 4 KR 1565/10 - verurteilte die Bekl., die Kosten für eine intravenöse Immunglobulin-Therapie zu übernehmen, das ***LSG*** wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. verurteilt wird, der Kl. eine intravenöse Immunglobulintherapie als Sachleistung zu gewähren.

4. Operative Beinverlängerung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.11.2015 - L 11 KR 5308/14 **RID 16-01-111**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 27

Leitsatz: Eine in der GKV versicherte Frau mit einer Körpergröße von 147 cm hat keinen Anspruch gegen ihre Krankenkasse auf Kostenübernahme für eine operative Beinverlängerung.

SG Konstanz, Urt. v. 17.11.2014 - S 8 KR 3247/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

III. Kostenerstattung

1. Genehmigungsfiktion

a) Beseitigung der Genehmigungsfiktion nur durch Rücknahmeentscheidung

SG Freiburg, Urteil v. 16.11.2015 - S 5 KR 2089/15 **RID 16-01-112**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa

Eine eingetretene **Genehmigungsfiktion** kann die Krankenkasse nur dadurch **beseitigen**, dass sie einen **Rücknahmebescheid** gem. § 45 SGB X erlässt. Allein der Erlass eines ablehnenden Bescheides stellt in keiner Weise eine i.S.d. § 45 SGB X denkbare Rücknahmeentscheidung dar.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., die Kosten der bei Frau Dr. D. durchgeführten ambulanten Hyperthermien zwischen dem 23.01.2014 und dem 11.02.2015 in Höhe von insgesamt 778,50 € der Kl. zu erstatten.

b) Nichteinhaltung der Fünfwochenfrist/Leistungsverpflichtung

SG Detmold, Urteil v. 22.10.2015 - S 3 KR 336/15 **RID 16-01-113**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 11 I, 12 I, 13 IIIa, 27 I

Entscheidet die Krankenkasse nach unverzüglicher Einschaltung des MDK nicht innerhalb der Fünfwochenfrist, dann **gilt** der Leistungsantrag als **genehmigt**.
Der von LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 26.05.2014 - L 16 KR 154/14 B ER, L 16 KR 155/14 B - RID 14-03-95 vertretenen Auffassung, wonach die Genehmigungsfiktion nur dann eingreift, wenn eine grundsätzlich von der Krankenkasse innerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung geschuldete Leistung dem **Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot** des § 12 SGB V entspricht, folgt die Kammer nicht.
Die Genehmigungsfiktion gilt nicht nur für **Kostenerstattungsansprüche**.

Das ***SG*** stellte fest, dass der Antrag der Kl. auf Kostenübernahme für eine minimalinvasive adipositas-chirurgische Operation als genehmigt gilt.

c) Nichteinhaltung der 5-Wochenfrist/Sachleistungsanspruch (laparoskop. Sleeve-Resektion-Op)

SG Köln, Urteil v. 06.10.2015 - S 34 KR 835/14 **RID 16-01-114**
juris
SGB V § 13 IIIa

Eine Krankenkasse hat klarzustellen, dass die gesetzliche vorgesehene **Fünf-Wochen-Frist** gilt und dass sie nicht eingehalten werden kann. Es bedarf auch einer ausdrücklichen und verständlichen Mitteilung eines Grundes für die fehlende Einhaltung der Frist.
§ 13 IIIa SGB V beschränkt den Anspruch nicht auf eine **Kostenerstattung** (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.05.2014 - L 5 KR 222/14 B ER - RID 14-03-78).

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., der Kl. eine stationäre laparoskopische Sleeve-Resektion-Operation als Sachleistung zu gewähren.

d) Privatärztliche Behandlung ist von Kostenerstattung ausgeschlossen

SG Dortmund, Urteil v. 11.11.2015 - S 40 KR 759/14 **RID 16-01-115**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 III, IIIa

Legt sich eine Versicherte dergestalt fest, dass sie die Behandlung auch bei einer Ablehnung der Krankenkasse und ungeachtet etwaiger Behandlungsalternativen durchführen will, fehlt es an dem notwendigen **ursächlichen Zusammenhang** zwischen den Kosten und der Entscheidung der Krankenkasse (vgl. BSG, Urt. v. 08.09.2015 - B 1 KR 14/14 R - juris; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.03.2010 - L 16 (11) KR 43/08 - RID 10-03-109).

Ein Sachleistungsanspruch besteht nicht, wenn die behandelnde **Ärztin nicht zur vertragsärztlichen Versorgung** zugelassen ist bzw. die Leistungen privatärztlich erbracht werden.
Eine Kostenerstattung nach § 13 IIIa SGB V kommt nur für solche beantragten Leistungen in Betracht, die die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben. Der **Kostenerstattungsanspruch** reicht nicht weiter als der zugrunde liegende **Sachleistungsanspruch** (so bereits SG Dortmund, Beschl. v. 16.07.2014 - S 40 KR 742/14 ER - RID 14-04-99).

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

e) Genehmigungsfiktion gilt auch nach Ablehnung eines ersten Antrags

SG München, Gerichtsbescheid v. 26.11.2015 - S 29 KR 697/15 **RID 16-01-116**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IIIa; SGB X § 44

Ist die Fünf-Wochen-Frist nach § 13 IIIa SGB V verstrichen, ohne dass die Krankenkasse die Versicherte über die Gründe der **Nichteinhaltung der Frist informiert**, so gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Dies gilt auch, wenn es sich um einen **Neuantrag** nach - bestandskräftiger - Ablehnung eines ersten Antrags handelt.

Das ***SG*** verpflichtete die Bekl., der Kl. aufgrund des Eintritts der Genehmigungsfiktion des § 13 IIIa 6 SGB V die beantragte bariatrische Operation als Sachleistung zu gewähren.

f) Sachleistungsanspruch/Keine sonstigen Leistungsvoraussetzungen nach Fristversäumnis

SG Düsseldorf, Urteil v. 03.12.2015 - S 27 KR 371/15 **RID 16-01-117**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 IIIa

Rechtsfolge der Fristversäumung ist der Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 IIIa 6 SGB V. Nach ihrem klaren Wortlaut gewähren Satz 6 und Satz 7 mittels einer Genehmigungsfiktion einen **Sachleistungsanspruch** oder einen **Kostenerstattungsanspruch** für die erforderliche Leistung, der Versicherte ist also bei Eingreifen der Genehmigungsfiktion nicht auf den Weg der Selbstbeschaffung und Kostenerstattung beschränkt.
Der (fingierte) Sachleistungsanspruch besteht unabhängig davon, ob diese Behandlung den **sonstigen Leistungsvoraussetzungen** des SGB V genügt, hier insb. dem **Wirtschaftlichkeitsgebot** aus § 12 SGB V und dem Verbot mit Erlaubnisvorbehalt aus § 135 SGB V.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., die Kosten für eine ambulante Liposuktion in drei Sitzungen der oberen und unteren Extremitäten zu übernehmen.

g) Kein Sachleistungsanspruch aufgrund der Genehmigungsfiktion (Therapiedreirad)

LSG Hessen, Urteil v. 10.12.2015 - L 1 KR 413/14 **RID 16-01-118**
Revision anhängig: B 3 KR 4/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V 13 IIIa, 33

Leitsatz: 1. Die **Genehmigungsfiktion** des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V ist auf den **Kostenerstattungsanspruch** des § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V beschränkt.
2. § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V begründet **keinen Sachleistungsanspruch**.

SG Darmstadt, Gerichtsb. v. 21.11.2014 - S 10 KR 237/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

h) Keine Fristverlängerung durch Anforderung von Unterlagen/Sachleistungsanspruch

SG Nürnberg, Urteil v. 05.11.2015 - S 7 KR 420/15 **RID 16-01-119**
juris
SGB V § 13 IIIa

Eine Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Nichteinhaltung der Entscheidungsfrist liegt nicht in der **Formulierung** vor, dass man **den MDK beteiligten** werde, was ein wenig Zeit in Anspruch nehmen werde. Die Frist verlängert sich auch nicht durch die **Anforderung von Unterlagen**.
Die Rechtsfolge des § 13 IIIa 6 SGB V ist **nicht** auf eine **Kostenerstattung beschränkt**.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., der Kl. eine bariatrische Operation als Sachleistung zu gewähren.

i) Unzureichende Mitteilung/Keine Einwendungen der Krankenkasse

SG Frankfurt a. M., Urteil v. 17.08.2015 - S 18 KR 454/14 **RID 16-01-120**
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 8 KR 7/16 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 IIIa

Um den Eintritt der Genehmigungsfiktion zu verhindern, hätte die Krankenkasse **mitteilen** müssen, dass sie die gesetzlichen Fristen aufgrund der fehlenden Fotodokumentation nicht einhalten kann. Der pauschale Hinweis, dass der Antrag aufgrund der fehlenden Unterlagen nicht abschließend bearbeitet werden kann, genügt den gesetzlichen Anforderungen des § 13 IIIa 5 SGB V nicht.
Der **Ablauf der Frist** führt zum Eintritt der Genehmigungsfiktion unabhängig davon, ob die begehrte Leistung medizinisch zwingend notwendig oder wirtschaftlich sinnvoll ist.

Das ***SG*** stellt fest, dass der Antrag der Kl. auf Gewährung einer Oberarmstraffung als Sachleistung als genehmigt gilt.

j) Sachleistungs- oder Kostenerstattungsanspruch/Antrag

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 20.01.2016 - L 5 KR 238/15 B ER **RID 16-01-121**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa; SGG § 86b II

Leitsatz: 1. Werden die **Fristen** des § 13 Abs. 3a SGB V seitens der Krankenkasse nicht eingehalten, gilt die beantragte Leistung einer stationär durchzuführenden Liposuktion nach dem eindeutigen Wortlaut der Vorschrift ohne Prüfung der Erforderlichkeit als **genehmigt**.
2. Zur Bedeutung des **Antrags** in § 13 Abs. 3a SGB V im Hinblick auf den **Leistungsumfang**.

SG Schleswig, Beschl. v. 18.11.2015 - S 23 KR 38/15 ER - gab der Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung auf, die Ast. mit einer Liposuktion an ihren oberen Extremitäten als Heilbehandlung hinsichtlich der dort gegebenen Lipödeme im Rahmen einer stationären Behandlung zu versorgen, und wies im Übrigen den Antrag ab (Versorgung mit einer Bauchdeckenplastik und mit sekundären Hautstraffungsoperationen). Das ***LSG*** wies die Beschwerden der Ast. und der Ag. zurück.

k) Einwendungsausschluss: Kosten für Cannabisblüten zur Schmerztherapie

SG Dortmund, Urteil v. 22.01.2016 - S 8 KR 435/14 **RID 16-01-122**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa

Hält die Krankenkasse die gesetzliche **Fünf-Wochenfrist** des § 13 IIIa SGB V zur Entscheidung über den Leistungsantrag nicht ein und informiert ihn nicht über die Gründe hierfür rechtzeitig schriftlich, dann tritt eine **Genehmigungsfiktion** ein, unabhängig davon, ob die Krankenkasse tatsächlich leistungspflichtig ist. So kann die Krankenkasse verpflichtet sein, die **Kosten für Cannabisblüten zur Schmerztherapie** zu tragen, wenn sie über einen entsprechenden Leistungsantrag des Versicherten verspätet entscheidet.

Das SG verurteilte die Bekl., die Kosten für die monatliche Versorgung des Klägers mit 56 g Cannabisblüten entsprechend der ärztlichen Verordnung des behandelnden Arztes zu tragen.

I) Schriftformerfordernis für Verwaltungsentscheidung/Sachleistungsanspruch

SG München, Gerichtsbescheid v. 25.01.2016 - S 44 KR 902/15 **RID 16-01-123**

juris

SGB V § 13 IIIa

Wird bei der Anforderung weiterer Unterlagen weder auf die gesetzliche Fristenregelung hingewiesen noch mitgeteilt, dass die gesetzliche **Fünf-Wochen-Frist** nicht eingehalten werden kann, so gilt keine Fristverlängerung. Abzustellen für die **Fristberechnung** ist nicht auf die fernmündliche Mitteilung des Ergebnisses des MDK-Gutachtens, sondern auf den schriftlich erlassenen Ablehnungsbescheid. Das **Schriftformerfordernis** einer ohne eine begründete schriftliche Mitteilung nicht mehr innerhalb der Fünf-Wochen-Frist des § 13 IIIa 1 SGB V getroffenen Verwaltungsentscheidung ergibt sich mittelbar aus der Vorschrift des § 13 IIIa 5 SGB V, welcher ausdrücklich eine schriftliche Mitteilung der begründeten Fristüberschreitung fordert. Aus der Klarstellungs-, Beweis- und Warnfunktion dieser gesetzlichen Regelung resultiert, dass ein Unterlaufen des zwingenden Schriftformerfordernisses zur Meidung des Eintritts der Genehmigungsfiktion durch (fern)mündliche Mitteilung des Ergebnisses des MDK-Gutachtens nicht zulässig ist.
Durch die **Fiktion der Genehmigung** ist die Leistungsberechtigung der Klägerin wirksam verfügt und die Beklagte mit allen Einwendungen ausgeschlossen. Die Genehmigungsfiktion gilt auch für den Fall eines geltend gemachten **Sachleistungsanspruchs**.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., die Kl. aufgrund der gem. § 13 IIIa 6 SGB V eingetretenen Genehmigungsfiktion mit der beantragten adipositas-chirurgischen Maßnahme (Schlauchmagenanlage) als Sachleistung zu versorgen.

2. Einhaltung des Beschaffungswegs (Maßnahmen künstlicher Befruchtung)

SG Berlin, Urteil v. 27.11.2015 - S 166 KR 671/12 **RID 16-01-124**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 27a

Leitsatz: Die Beantragung einer Behandlungsmaßnahme **In-vitro-Fertilisation** mit Embryotransfer gemäß Nr. 10.3 Richtlinien über künstliche Befruchtung stellt gegenüber einer **intrazytoplasmatischen Spermieninjektion** gemäß Nr. 10.5 Richtlinien über künstliche Befruchtung eine **andere Leistung** dar, vor deren Kostenerstattung grundsätzlich ein weiterer Antrag erforderlich ist. Erfolglos durchgeführte **Versuche**, die außerhalb des Systems der GKV auf eigene Kosten durchgeführt wurden, sind bei der Berechnung der Anzahl der Versuche nach § 27a Abs. 1 Nr. 2 SGB V mitzuzählen.

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

3. Keine eigene schuldrechtliche Verpflichtung gegenüber Rettungsdienst

LSG Thüringen, Urteil v. 27.10.2015 - L 6 KR 1984/12 **RID 16-01-125**

juris

SGB V §§ 13 III, 60

Es besteht kein Anspruch auf Erstattung der entstandenen Fahrkosten nach § 13 III SGB V, wenn die Versicherte gegenüber dem Rettungsdienst **nicht zur Zahlung der in Rechnung gestellten Beträge verpflichtet** war. Beim Krankentransport handelt es sich in der Regel um eine Naturalleistung, die die Krankenkasse als Sach- oder Dienstleistung erbringen (lassen) kann; sie erbringt die Leistung bei Inanspruchnahme eines Krankentransportwagens nicht in Form einer Erstattung von zunächst durch den Versicherten verauslagten Kosten (vgl. BSG, Urt. v. 18.11.2014 - B 1 KR 8/13 R - SozR 4-2500 § 60 Nr. 7 u. v. 29.11.1995 - 3 RK 32/94 - BSGE 77, 119 = SozR 3-2500 § 133 Nr. 1). Der Leistungserbringer - hier der Rettungsdienst - hat für die den Versicherten erbrachten Leistungen einen Vergütungsanspruch allein gegen die Krankenkasse (vgl. BSG, Urt. v. 29.11.1995 - 3 RK 32/94 - aaO.).

SG Altenburg, Urt. v. 08.11.2012 - S 14 KR 196/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

IV. Arzneimittel

Nach BSG, Urt. v. 15.12.2015 - B 1 KR 30/15 R - besteht kein Anspruch auf Versorgung mit dem nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel Iscador M zur **adjuvanten Krebstherapie**. Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wie das Mistelpräparat Iscador M sind von der Arzneimittelversorgung nach dem SGB V grundsätzlich ausgeschlossen. Der GBA hat Mistelpräparate ausschließlich beschränkt auf den Einsatz in der palliativen Therapie in die Liste der verordnungsfähigen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel aufgenommen. Die Anwendungsbeschränkung **„in der palliativen Therapie“** gilt auch für **Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen**. Der GBA verfügt über eine hinreichende demokratische Legitimation, durch Richtlinien festzulegen, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können.

1. Off-Label-Use: Wirkstoff Valganciclovir (Valcyte®) bei einem Chronischen Erschöpfungssyndrom

LSG Thüringen, Urteil v. 25.08.2015 - L 6 KR 1286/11 **RID 16-01-126**

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 31 I 1; AMG § 21

Arzneimittel sind nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst, wenn ihnen die erforderliche (§ 21 I AMG) **arzneimittelrechtliche Zulassung** fehlt. Die Arzneimittelzulassung des **Wirkstoffs Valganciclovir** des begehrten Arzneimittels Valcyte® erstreckt sich jedoch nicht auf die Behandlung des **Chronischen Erschöpfungssyndroms** infolge einer chronisch aktiven Epstein-Barr-Virus-Infektion. Die Voraussetzungen für einen Off-Label-Use liegen nicht vor, da nicht die begründete Aussicht besteht, dass ein Behandlungserfolg erzielt werden kann. Unabhängig davon, dass die Erkrankungen die Lebensführung der Kl. stark einschränken, leidet sie nicht unter einer lebensbedrohlichen oder einer regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung oder einer Erkrankung, die wertungsmäßig einer solchen, regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung gleich steht.

SG Gotha, Gerichtsb. v. 16.06.2011 - S 41 KR 5975/10 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

2. Kein Rezepturarzneimittel Dronabinol bei Erkrankung an Fibromyalgie

LSG Bayern, Beschluss v. 26.11.2015 - L 4 KR 419/15 B ER **RID 16-01-127**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27, 31, 135; SGG § 86b II

Bei dem Krankheitsbild der **Fibromyalgie** ist nicht von einer **lebensbedrohlichen Erkrankung** auszugehen, so dass hier eine existentiell bedeutsame Leistung der Krankenversicherung nicht im Raum steht.

Allein eine frühere positive Erfahrung mit Dronabinol rechtfertigt es nicht, auf **andere Therapiemöglichkeiten** ohne erneute Behandlungsversuche völlig und von vornherein zu verzichten.

Weiterhin ist in Deutschland und EU-weit keine **Zulassung** für cannabionidhaltige Fertigarzneimittel erfolgt, wenn man von einer Behandlung von Spastiken im Zusammenhang mit einer Multiplen Skleroseerkrankung absieht (Sativex).

Für die Versorgung mit dem **Rezepturarzneimittel Dronabinol** fehlt es an einer Empfehlung durch den **GBA**.

SG Landshut, Beschl. v. 31.08.2015 - S 4 KR 257/15 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück, das ***LSG*** die Beschwerde zurück.

3. Nicht zugelassenes Arzneimittel Xeljanz

SG Reutlingen, Urteil v. 20.01.2016 - S 1 KR 1767/15 **RID 16-01-128**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 11 I Nr. 4, 27 I 1 u. 2 Nr. 3, 31 I

Das in Deutschland und der EU nicht zugelassene **Arzneimittel Xeljanz** unterliegt nicht der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Es scheidet deshalb auch ein Anspruch auf Versorgung nach den Grundsätzen des Off-Label-Use aus.

Bei einer **rheumatoiden Arthritis** mit schwerem und multilierendem Verlauf handelt es sich nicht um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung oder eine zumindest wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung.

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

V. Hilfsmittel

1. Versorgung mit einem schnelleren Rollstuhl

SG Stuttgart, Gerichtsbescheid v. 30.06.2015 - S 23 KR 4008/12 **RID 16-01-129**

juris

SGB V § 33 I

Kann eine Versicherte den Nahbereich (bis max. 1 km) mit dem gewährten **Elektrorollstuhl** - mit einem 6 km/h-Rollstuhl in 10 Minuten - erreichen, dann ist der **Zeitvorteil** mit einem schnelleren Rollstuhl insoweit nicht relevant, da er lediglich bei 4 bzw. 6 Minuten liegt. Es ist nicht nachvollziehbar, dass allein aufgrund dieses Zeitvorteils der Nahbereich als nicht erschlossen gilt. Auf die **Erreichbarkeit von Zielen außerhalb des Nahbereichs** kommt es nicht an.

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

2. Rollstuhlzuggerät

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 01.10.2015 - L 6 KR 36/11 **RID 16-01-130**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Ermöglicht das Rollstuhlzuggerät es dem Versicherten, Strecken von 500-1000 m **ohne unzumutbare Schmerzen zurückzulegen**, was mit dem bisherigen Rollstuhl nicht der Fall ist, dann besteht ein Versorgungsanspruch. Ein Verweis auf einen Elektrorollstuhl ist unzulässig, wenn das Rollstuhlzuggerät zur Verbesserung der Statik des oberen langen Rückenstreckers und der muskulären Situation im Bereich der Schulter-Nacken-Region unabdingbar ist und ein Elektrorollstuhl, der lediglich passiv wirkt, den gegenteiligen Effekt hätte.

SG Magdeburg, Urt. v. 08.04.2011 - S 7 KR 78/07 - verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Rollstuhlzuggerät Speedy B 26 zu versorgen., das ***LSG*** wies die Berufung zurück, wobei es den Tenor klarstellend dahingehend abänderte, dass die Bekl. zur Versorgung des Kl. mit einem Rollstuhlzuggerät Speedy B 26 oder eines vergleichbaren Modells verurteilt wird.

s. auch zuletzt LSG Saarland, Urt. v. 21.10.2015 - L 2 KR 92/14 - RID 15-04-102.

3. Therapiedreirad

a) Unzureichende Versorgung mit Rollator/Therapeutische Funktion

SG Stade, Urteil v. 09.11.2015 - S 29 KR 5/14 **RID 16-01-131**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Eine Versicherte, die mit dem ihr zur Verfügung stehenden **Rollator** Wegstrecken von maximal 300 m ohne entsprechende Ruhepause zurücklegen kann, wobei die Fortbewegung mit dem Rollator durch eine deutliche Unsicherheit und Angst vor Stürzen und Verletzungen erschwert ist, ist mit einem **Therapiedreirad** zu versorgen. Zudem erfüllt das Therapiedreirad eine **therapeutische Funktion**, wenn positive Auswirkungen der Nutzung des Therapiedreirades auf die orthopädische Gesundheit zu erwarten sind und die Nutzung geeignet ist, der Depression und den Suizidgedanken entgegenzuwirken.

Das ***SG*** verurteilt die Bekl., der Kl. im Rahmen eines persönlichen Budgets unter Berücksichtigung eines Eigenanteils von 100 € und einer Zuzahlung von 10 € ein Therapiedreirad zur Verfügung zu stellen.

b) Therapie-Dreirad für 13-jährige Versicherte

SG Aachen, Urteil v. 17.11.2015 - S 13 KR 7/15 **RID 16-01-132**

Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I

Ein Anspruch auf Versorgung mit einem Therapie-Dreirad ist unter dem Gesichtspunkt des – mittelbaren – Behinderungsausgleichs begründet, wenn die 13-jährige Versicherte in der Lage ist, sich **selbstständig** ohne fremde Hilfe in das Fahrrad zu setzen, sich auch selbstständig anschnallen und den Helm aufsetzen kann und sich z.B. allein **in Begleitung ihrer Geschwister** (13 und 11 Jahre) selbstständig ohne Begleitung von Erwachsenen in verkehrsberuhigten Zonen bewegen und zu Freunden fahren kann.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., der Kl. 4.300 € zu erstatten.

4. Zubehör zu Hilfsmittel: Kombiverdeck für Reha-Buggy

SG Dessau-Roßlau, Urteil v. 19.04.2013 - S 20 KR 128/12 **RID 16-01-133**

Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33

Nach § 33 I 1 SGB V besteht ein Anspruch auf das notwendige **Zubehör zu einem Hilfsmittel**, d.h. auf diejenigen Geräte und Gegenstände, die zum Betrieb des Hilfsmittels unentbehrlich und erforderlich sind. Hierzu zählen generell Zubehörteile bzw. Betriebsmittel für ein Hilfsmittel, selbst wenn diese für sich genommen Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens wären (vgl. BSG, Urt. v. 06.02.1997 - 3 RK 3/96 - SozR 3-2500 § 33 Nr. 23).
Zur Versorgung mit einem **Reha-Buggy** gehört auch ein **Kombiverdeck**, da der Reha-Buggy sowohl hinsichtlich Sonneneinstrahlung als auch bei Regenwetter ohne Verdeck nicht nutzbar ist.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für die Anschaffung des Kombi-Verdecks mit Sichtfenster und integriertem Regencape in Höhe von 349,90 € zu erstatten.

5. Genium-Gelenksystem der Firma Otto Bock

SG Aachen, Urteil v. 17.11.2015 - S 13 KR 331/14 **RID 16-01-134**

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I

Mit der im Jahre 2013 erfolgten Neuversorgung des Klägers mit einer C-leg-Prothese der Firma Otto Bock wird heute dem Anspruch des Kl. auf den erforderlichen und nach dem Stand der Medizintechnik möglichen **Behinderungsausgleich** (vgl. § 2 I 3 SGB V) nicht mehr Rechnung getragen. Das **Genium-Gelenksystem** weist gegenüber dem C-leg deutliche Gebrauchsvorteile auf.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Genium-Gelenksystem der Firma Otto Bock für das rechte Bein zu versorgen.

6. Hörgeräteversorgung

a) Klagebefugnis einer Versicherten gegen Festbetragsfestsetzung für Hörgeräte

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.07.2015 - L 9 KR 54/12 KL **RID 16-01-135**

Revision anhängig: B 3 KR 28/15 R
juris
SGB V §§ 35, 36

Eine **Versicherte** kann die **Festbetragsfestsetzungen für Hörgeräte** (hier: v. 12.12.2011 nur für Versicherte mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit) als Verwaltungsakte in der Form von Allgemeinverfügungen anfechten. Allerdings mangelt es Versicherten als Adressaten einer Festbetragsfestsetzung an der Klagebefugnis, wenn bei ihnen der Eintritt eines einschlägigen Leistungsfalles gänzlich ungewiss ist. Für die Klagebefugnis im Streit um eine ein Hilfsmittel

betreffende Festbetragsfestsetzung genügt es, wenn die Versicherte zum Personenkreis der Betroffenen zählt und aktuell eine Versorgung mit Hörgeräten begehrt.
Hinsichtlich der Festbetragshöhe für Hörgeräte gilt im Kern der für den Arzneimittelbereich entwickelte gerichtliche **Prüfungsmaßstab**.
Ein Versicherter kann mit der Klage gegen eine Festbetragsfestsetzung auf tatsächlicher Ebene rechtsrelevant nur geltend machen, die **generellen Kriterien der Festbetragsfestsetzung** seien missachtet. Zieht er dagegen nicht in Zweifel, dass der Festbetrag „im Allgemeinen" eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleistet, beruft er sich jedoch für sich selbst auf einen **atypischen Einzelfall**, in welchem er trotz genereller Achtung der allgemeinen gesetzlichen Vorgaben für Festbeträge keine hinreichende Versorgung zum Festbetrag erhält, kann er – gerichtlich überprüfbar – Vollversorgung individuell und systemgerecht gegenüber seiner Krankenkasse einfordern, sei es als Sachleistung für die Zukunft oder als sachleistungsersetzende Kostenerstattung nach § 13 III 1 SGB V (BSG, Urt. v. 01.03.2011 - B 1 KR 10/10 R - BSGE 107, 287 = SozR 4-2500 § 35 Nr. 4).
Aber auch die **Einwände gegen die generellen Kriterien der Festbetragsfestsetzung**, z.B. die Auswahl der Hersteller und der technischen Kenndaten, die Aktualisierung der Preise, die Kalkulationsmodelle, die Gruppenbildung oder der Zeitaufwand für den Dienstleistungsanteil, müssen so **substantiiert** sein, dass sie dem Beklagten eine Überprüfung seines Vorgehens ermöglichen. Der pauschale Hinweis auf „falsche und unvollständige Tatsachengrundlagen" oder „sachfremde und willkürliche Erwägungen" ist nicht geeignet, Sachverhaltsermittlungen des Gerichts von Amts wegen auszulösen.

Das ***LSG*** wies die Klage der Versicherten gegen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab.

S. auch LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 24.07.2015 - L 9 KR 69/12 KL - RID 16-01-181, Revision anhängig: B 3 KR 27/15 R.

b) Keine Begrenzung der Hörgeräteversorgung durch Festbetrag oder Vertragspreis

SG Speyer, Urteil v. 18.09.2015 - S 19 KR 509/14 **RID 16-01-136**

juris

SGB V § 33 I

Leitsatz: 1. Der Anspruch von Versicherten auf Versorgung mit **Hörhilfen** gemäß § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V ist ein Sachleistungsanspruch, also auf tatsächliche Verschaffung von Hörgeräten gerichtet.
2. Der **Sachleistungsanspruch** des Versicherten auf die erforderliche Hörgeräteversorgung wird weder durch die Festbetragsfestsetzung noch durch eine Preisvereinbarung zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer **begrenzt**.
Der Festbetrag bzw. der vereinbarte Vertragspreis bestimmt vielmehr lediglich den Preis, den die Krankenkasse dem Leistungserbringer (hier dem Akustiker) für jede erforderliche Versorgung der Versicherten zu zahlen hat.
3. Ein Sachleistungsanspruch kann nicht dem Grunde nach zuerkannt werden, um dann in der Höhe auf einen Geldbetrag begrenzt zu werden (entgegen BSG, Urteil vom 24.01.2013 - B 3 KR 5/12 R - BSGE 113, 40 = SozR 4-3250 § 14 Nr. 19, Rn. 52 und BSG, Urteil vom 17.12.2009 - B 3 KR 20/08 R - BSGE 105, 170 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 2, Rn. 29). Er ist durch **tatsächliche Verschaffung der Sachleistung** zu erfüllen.
Die Versorgung hat daher mit den Geräten zu erfolgen, die unter Berücksichtigung des aktuellen Standes des medizinischen und technischen Fortschritts den Ausgleich der vorliegenden Hörbeeinträchtigung bestmöglich im Sinne des Gleichziehens mit einem nicht (hör-)behinderten Menschen herstellen können.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., die Kl. mit Hörgeräten der Firma Starkey „3 Series i30 RIC" zu versorgen.

Parallelverfahren:

SG Speyer, Urteil v. 19.06.2015 - S 19 KR 1129/13 **RID 16-01-137**

juris

c) Hörverbesserung nur durch Hörgerät über Festbetrag

SG Augsburg, Urteil v. 15.12.2015 - S 6 KR 478/14 **RID 16-01-138**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I

Eine Hörgeräteversorgung muss angesichts einer Taubheit eine möglichst **weitgehende Angleichung an das Hörvermögen** von Hörgesunden erzielen. Es reicht aus, durch das beantragte Hörgerätesystem den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens besser nachkommen zu können wie z.B. die verbesserte Teilnahme am Straßenverkehr, die verbesserte Kommunikation, sei es durch eine verbesserte Aussprache, sei es durch Befähigung, auch zu telefonieren. Können diese Grundbedürfnisse **nicht durch zuzahlungsfreie Hörgeräte** erfüllt werden, kann ein Versicherter hierauf nicht verwiesen werden.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., den Kl. mit dem Hörgerät Siemens Nitro 3 micon, zweier Komfort-Otoplastiken HdO sowie mit dem Zubehör miniTek und Transmitter zu versorgen.

d) Keine nachträglichen Messungen/Ablehnung von Hörgeräten und Beweisnot

SG Mainz, Urteil v. 04.08.2015 - S 14 KR 517/13 **RID 16-01-139**
juris
SGB V §§ 2, 12, 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 33 I, 34 IV, 36 I; SGB IX § 31 I Nr. 3

Leitsatz: 1. Ob eine Versorgung mit zuzahlungsfreien Hörgeräten möglich ist, ist zum **Zeitpunkt** der Hörgeräteversorgung abschließend zu klären. Nachträgliche Messungen sind wegen Veränderungen im Hörvermögen in der Regel nicht möglich.
2. Verweigert ein Kläger die Anpassung von mindestens zwei zuzahlungsfreien Hörgeräten und kann der Akustiker daher seine Pflicht aus dem Vertrag der Krankenkasse und der BIHA nicht erfüllen, geht die dadurch entstehende **Beweisnot zu Lasten des Klägers**.

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

7. Yale-Bandage

SG München, Urteil v. 30.01.2014 - S 29 KR 510/13 **RID 16-01-140**
Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I

Eine **Yale-Bandage** ist medizinisch notwendig, um allgemein aber insb. auch bei der aus Amerika übernommenen Operationsmethode **Komplikationen** durch eine TEP-Luxation **zu unterbinden**. Dies dient der Sicherung des Erfolges der durchgeführten Krankenbehandlung (Operation).

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., die Kosten für die „Yale-Bandage“ laut ärztlicher Verordnung zu übernehmen.

VI. Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten

1. Häusliche Krankenpflege

a) Seniorenresidenz als geeigneter Ort

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 19.11.2015 - L 5 KR 5/15 **RID 16-01-141**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 1/16 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 II, 37 II

Geeigneter Ort i.S.d. § 37 II 1 SGB V kann auch eine **Seniorenresidenz** sein. Der Vorschrift des § 37 II 1 SGB V lässt sich nicht die Beschränkung entnehmen, häusliche Krankenpflege könne nur beansprucht werden, wenn noch ein Mindestmaß eines eigenen Haushalts geführt wird (BSG, Urt. v. 25.02.2015 - B 3 KR 11/14 R - BSGE = SozR 4-2500 § 37 Nr 13, Rn. 17; BSG, Urt. v. 22.04.2015 - B 3 KR 16/14 R - NZS 2015, 617, juris 21).

SG Koblenz, Urt. v. 13.11.2014 - S 5 KR 11/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., die Erben des 1945 geb. und 2012 verstorbenen H E von den Kosten der häuslichen Krankenpflege für die Zeit vom 04.09.2012 bis zum 06.10.2012 in Höhe von 20.910,59 € freizustellen.

b) Vorlage der Verordnung/Werkstatt für behinderte Menschen und einfacher Pflegebedarf

LSG Thüringen, Urteil v. 28.04.2015 - L 6 KR 891/11 **RID 16-01-142**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 37

Eine ärztliche **Verordnung** über häusliche Krankenpflege ist **rechtzeitig ausstellen** zu lassen und der Krankenkasse zur **Genehmigung** zu übersenden, denn die Entscheidung der Krankenkasse über den Antrag ist abzuwarten. Nach der Gesetzeskonzeption werden die Anspruchsvoraussetzungen für jeden Bewilligungsabschnitt neu geprüft.
Nach Abschnitt V. Nr. 26 der HKP-RL übernimmt die Krankenkasse bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Dies begründet einen **subjektiven Anspruch** auf Kostenerstattung.
Eine Leistungspflicht der Krankenkasse besteht nicht, wenn die **Werkstatt für behinderte Menschen** zur Erbringung der Pflegemaßnahmen (hier: Insulininjektionen einschließlich der jeweiligen Blutzuckermessungen) verpflichtet ist. Die Krankenkasse muss nur bei besonders hohem Pflegebedarf die Leistungen der häuslichen Krankenpflege gewähren.

SG Meiningen, Urt. v. 25.01.2011 - S 16 KR 3251/08 - verurteilte die Bekl. unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide, die Kosten für die in den streitgegenständlichen Zeiträumen bereits erbrachten Leistungen zu erstatten sowie in Zukunft häusliche Krankenpflege für zweimal tägliche Blutzuckermessungen und Insulininjektionen nach vertragsärztlicher Verordnung während des Aufenthaltes der Kl. bei der Beigel. zu 2) als Sachleistung zu erbringen, das ***LSG*** beschränkte auf Berufung der Bekl. den Erstattungszeitraum.

c) Kein Anspruch auf einen Integrationshelfer

LSG Thüringen, Beschluss v. 26.11.2015 - L 6 KR 1266/15 B ER **RID 16-01-143**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 37, 43 II; SGG § 86b II

Ein **Integrationshelfer** ist kein Teil der **häuslichen Krankenpflege** nach § 37 SGB V oder der **medizinischen Rehabilitationsnachsorge** gemäß § 43 II SGB V

Die 2012 geb. Ast. leidet an einer angeborenen Gliedmassenfehlbildung. Die orthopädische Kinderklinik beabsichtigte, eine operative Fußkorrektur vorzunehmen und teilte den Eltern der Ast. mit, dass eine sechswöchige Gipsruhigstellung erforderlich sein werde. Für diese Zeit benötige die Ast. eine Integrationshilfe zur Ermöglichung des Kindergartenbesuches, der für sie von wesentlicher psychosozialer Bedeutung sei. S***G Altenburg***, Beschl. v. 01.10.2015 - S 5 KR 2671/15 ER - lehnte den Antrag auf Erlass der einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

2. Fahrkosten: Hinzuziehung der Feuerwehr als Tragehilfe bei Rettungseinsatz

SG Dresden, Urteil v. 27.03.2015 - S 18 KR 532/10 **RID 16-01-144**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: LSG Sachsen - L 1 KR 123/13 -NZB
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 III, 60 II

Aufgrund der Entscheidung des Notarztes, eine Versicherte als Akutpatientin mit dem Rettungstransportwagen stationär einzuweisen, muss eine **Notfallrettung** angenommen werden. Da in der konkreten Behandlungssituation der hinzugezogene Notarzt den Behandlungsanspruch des Versicherten konkretisiert, ist die Krankenkasse im Leistungsverhältnis zur Versicherten hieran gebunden. Dies gilt auch für die Entscheidung des Notarztes, **Kräfte der Feuerwehr als Tragehilfe** heranzuziehen. Der Transport bis zum Rettungswagen ist eine **Annexleistung** zu der von der Krankenkasse gemäß § 60 II 1 Nr. 2 SGB V als Sachleistung geschuldeten Rettungsfahrt zum Krankenhaus. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die Mitarbeiter des Rettungsdienstes allein mit Hilfe der

ihnen standardmäßig für den Transport Kranker oder Verletzter zum Rettungswagen bereitgestellten Mittel in der Lage hätten sein müssen, die Strecke bis zum Rettungswagen mit der Versicherten zu bewältigen. Der objektiv für den Transport aus der Wohnung zum Rettungswagen erforderliche Leistungsbedarf ist dann weder einem versicherungsfremden Risiko zuzurechnen, noch bedarf es anderer als krankheits- bzw. behinderungsadaptierter Hilfsmittel oder einer besonderen Qualifikation des Personals, über welche die den Gesundheitsberufen angehörenden Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenkassen nicht verfügen.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., der Kl. die Gebühren für den Feuerwehreinsatz in Höhe von 154 € nebst Zinsen zu erstatten und wies im Übrigen (Erstattung der Säumniszuschläge, Mahngebühren und Widerspruchsgebühren in Höhe von insgesamt 51,45 €) die Klage ab.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Versorgungsvertrag Chirurgie/Unfallchirurgie: Implantation von Knie-TEP

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 24.03.2015 - L 4 KR 314/11 **RID 16-01-145**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 36/15 R

juris

SGB V §§ 39 I 3, 107 I Nr. 2, 108 Nr. 1 u. 3, 109, 137 I

Ein **Versorgungsvertrag** für den Bereich der **allgemeinen Chirurgie** und für den Bereich der **Unfallchirurgie** mit 75 Betten berechtigt ein Krankenhaus nicht zur Erbringung orthopädischer Leistungen. Maßgeblich zur Auslegung des Versorgungsauftrages ist daher die WBO. Danach fällt die Unfallchirurgie in den Bereich der Chirurgie. Aus den zur WBO erlassenen Richtlinien wird deutlich, dass die Implantation von Knie-TEP sowohl in den Bereich der Unfallchirurgie als auch in den Bereich der Orthopädie fällt. Die Implantation von Knie-TEP fällt daher nicht ausschließlich in den Bereich der Orthopädie.

SG Osnabrück, Urt. v. 19.05.2011 - S 13 KR 9/07 - verurteilte die Bekl., der Kl. 6.251,53 € nebst Zinsen für die Behandlung der Patientin K. im Mai/Juni 2006 zu zahlen, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 24.03.2015 - L 4 KR 384/11 **RID 16-01-146**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig. B 1 KR 37/15 R

juris

b) Behandlungsmethode: Allogene periphere Blutstammzelltransplantation bei myeloischer Leukämie

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.10.2015 - L 4 KR 3748/13 **RID 16-01-147**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 137c; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1; KHG § 17b II 1

Leitsatz: Zum (hier bejahten) Anspruch eines Krankenhauses auf Vergütung bei einer **allogene Blutstammzellen Transplantation** aufgrund der grundrechtsorientierten Auslegung der Regelungen des SGB V.

SG Stuttgart, Urt. v. 18.06.2013 - S 9 KR 3040/09 - verurteilte die Bekl., an den Kl. für die stationäre Behandlung der Versicherten weitere 59.321,46 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das ***LSG*** wies die Berufung (bei minimaler Korrektur des Zahlbetrags) zurück.

c) MRT des Herzens mit Kontrastmitteln/Verwertung aller Unterlagen

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 03.09.2015 - L 6 KR 69/12 **RID 16-01-148**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 275, 301; KHEntgG § 7 I; SGB X § 69 I Nr. 2

Für ein **MRT des Herzens** mit Kontrastmitteln genügt ein Tag. Wenn hierfür organisatorisch zwei Tage erforderlich sein sollten, weil kurzfristig ein solches MRT nicht gemacht werden konnte, hätte die Versicherte entlassen werden müssen bzw. hätte nicht aufgenommen werden dürfen.

Eine **Bedenkzeit der Versicherten** über das weitere Vorgehen ist nicht nur unter stationären Bedingungen möglich.
Gemäß § 69 I Nr. 2 SGB X ist die **Verwertung aller Unterlagen**, die der beklagten Krankenkasse datenschutzrechtlich legal vorliegen, zulässig. Zumindest die nach § 301 SGB V übermittelten Daten müssen allein schon zur notwendigen Konkretisierung des Streitgegenstandes der Klage dem Gericht mitgeteilt werden. Andernfalls wäre diese unzulässig.

SG Halle, Urt. v. 27.03.2012 - 17 KR 96/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

d) Ambulantes Operieren: Grundpauschale/Konsultationspauschale

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 28.07.2015 - L 4 KR 352/14 ZVW **RID 16-01-149**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 39/15 R
juris
SGB V §§ 108, 115b; BMV-Ä § 24 VII

Laborleistungen gehen als Annex mit dem Leistungsangebot der jeweiligen Hauptleistung einher. Dies gilt gerade auch für den Bereich des ambulanten Operierens.
Die fachärztliche gynäkologische **Grundpauschale** nach Nr. 08210 und 08211 EBM kann neben der überweisenden Gynäkologin auch vom ambulant operierenden Krankenhaus abgerechnet werden. Die Abrechnung der **Konsultationspauschale** nach Nr. 01436 EBM neben der Grundpauschale setzt einen weiteren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt voraus. Diese Voraussetzung liegt nach Überweisung zum ambulanten Operieren mit einem Arztgespräch am präoperativen Tag und Operation am Folgetag vor. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die überweisende Gynäkologin dem Krankenhausarzt überhaupt irgendeine weitere Dokumentation zuleitet.

SG Hannover, Urt. v. 18.06.2010 - S 10 KR 885/09 - gab der Klage hinsichtlich des Zahlungsanspruchs von 69,32 € vollumfänglich statt und wies die Klage bzgl. der Zinshöhe z.T. ab. ***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 27.11.2012 - L 4 KR 339/10 - RID 13-01-154 wies die Berufung der Bekl. zurück. ***BSG***, Urt. v. 01.08.2014 - B 1 KR 1/13 R - BSGE 116, 146 = SozR 4-2500 § 115b Nr. 5 verwies die Sache an das LSG zurück. ***BVerfG***, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 15.10.2014 - 1 BvR 2597/14 - nahm die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an. Das ***LSG*** wies die Berufung erneut zurück.

e) Versichertenstatus

aa) Berufung des Krankenhauses auf Auffangversicherung

SG Berlin, Urteil v. 01.10.2015 - S 72 KR 2210/13 **RID 16-01-150**

Berufung anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 1 KR 521/15 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 5 I Nr. 13 lit. a, 39 I, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1; SGB XII §§ 41 I, 48; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 2

Leitsatz: Zur **Beweislastumkehr** bei Krankenhausvergütung, wenn sich das Vorliegen der Voraussetzungen für die **Auffangversicherung** nicht mehr feststellen lässt.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 15.329,51 € nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Auffangversicherung anstelle einer Familienversicherung

SG Leipzig, Urteil v. 30.06.2015 - S 8 KR 621/12 **RID 16-01-151**

juris
SGB V §§ 5 I Nr. 13, 10 V, 173 VI

Leitsatz: Übt der Stammversicherte sein Wahlrecht nicht aus, kann anstelle einer **Familienversicherung** die **Auffangversicherung** nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V einschlägig sein.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.572,57 € nebst Zinsen zu zahlen.

cc) Keine Vergütung für Behandlung eines EU-Bürgers bei ungeklärtem Versichertenstatus

SG Leipzig, Urteil v. 01.12.2015 - S 8 KR 626/12 **RID 16-01-152**

juris

SGB V §§ 2 II; 5, 39 I, 109, 112 I; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1

Leitsatz: Nach allgemeinen Beweislastregeln steht dem Krankenhaus keine Vergütung für die **stationäre Behandlung eines EU-Bürgers** zu, dessen **Versichertenstatus ungeklärt** ist. Mangels festgestellter Subsidiarität kommt die Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB 5 nicht zum Tragen.

f) Keine weiteren Fälligkeitsvoraussetzungen nach Ablauf vertraglicher Prüfungsfrist

SG Fulda, Gerichtsbescheid v. 08.12.2015 - S 4 KR 101/12 **RID 16-01-153**

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 112 II Nr. 1, 301

Vereinbaren die Vertragspartner nach § 112 II Nr. 1 SGB V, dass die Vergütungsforderung nach Ablauf der 30-tätigen Prüfungsfrist **„sofort fällig“** wird, ohne dass über den bloßen Zeitablauf weitere Fälligkeitsbedingungen fixiert werden, dann kommt es nicht darauf an, ob aus Treu und Glauben oder anderen allgemeinen Erwägungen andere **Fälligkeitsvoraussetzungen** ableitbar sind.

Aus **BSG**, Urt. v. 21.04.2015 - B 1 KR 10/15 R - NZS 2015, 578 = KHE 2015/29 = USK 2015-9 kann kein anderes Ergebnis abgeleitet werden, da ihm mangels gesetzlicher Grundlage **nicht gefolgt werden kann**. Unabhängig davon, dass das BSG hier den sich aus dem Vertragswortlaut in keiner Weise ergebenden Eindruck erweckt, nach dem Landesvertrag werde für den Lauf der 30-Tage-Frist der Eingang einer **„ordnungsgemäßen Abrechnung“** oder eine „ordnungsgemäße Information“ einer Krankenkasse verlangt, überzeugt diese Auffassung nicht; denn sie kann sich insb. nicht auf Normen des geschriebenen Rechts berufen.

Letztlich steht hinter der lediglich vordergründigen Fälligkeitsfrage ein **ökonomischer „Kern“** in Form der vergütungsrechtlichen Frage, wer das **wirtschaftliche Risiko** einer inhaltlich fehlerhaften Rechnung trägt. Doch ist auch diese Frage durch den hessischen Landesvertrag eindeutig zu Lasten der Krankenkassen geregelt. Sie sind in Höhe der Verzugszinsen gem. § 288 I BGB schadensersatzpflichtig, wenn später die in Abrede gestellte Richtigkeit einer Vergütungsrechnung bestätigt wird. Diese klare vertragliche Regelung, die einen Rückgriff auf Treu und Glauben oder ähnlich konturlose Wertungsprinzipien verbieten, wird durch abstrakte Erwägungen zur Fälligkeit unzulässiger Weise zu umgehen versucht.

g) Formal ordnungsgemäße Abrechnung für Fälligkeit ausreichend

LSG Saarland, Urteil v. 27.01.2016 - L 2 KR 3/15 **RID 16-01-154**

juris

SGB V §§ 109 IV, 112 II; KHEntgG §§ 7 I, 9 I 1 Nr. 1; KHG § 17b II 1; SGG § 54 V; BGB § 387

Leitsatz: Für die **Fälligkeit** eines Vergütungsanspruchs wegen einer Krankenhausbehandlung genügt eine **formal ordnungsgemäße Abrechnung** des Krankenhauses (vgl. BSG, Urteil vom 21.04.2015 - B 1 KR 10/15 R - NZS 2015, 578, Rn. 10). Die inhaltliche Richtigkeit ist dagegen keine Voraussetzung für die Fälligkeit (Anschluss an LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 26.06.2012 - L 11 KR 5856/09 - RID 12-03-149, Rn. 41).

SG für das Saarland, Gerichtsb. v. 08.10.2013 - S 23 KR 1129/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 726,80 € nebst Zinsen zu zahlen.

h) Verspätete Einleitung des MDK-Prüfverfahrens: Keine Prüfung der Erforderlichkeit

SG Neuruppin, Urteil v. 24.11.2015 - S 20 KR 161/10 **RID 16-01-155**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 275; KHG § 17b; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1

Das **Gericht** ist von der **Prüfung der Erforderlichkeit** der stationären Behandlung entbunden, wenn die Krankenkasse mit Rügen gegen den Vergütungsanspruch wegen der **verspäteten Einleitung des MDK-Prüfverfahrens** ausgeschlossen ist. Damit geht eine Begrenzung der gerichtlichen Ermittlungspflicht einher.

Auch **vor Geltung von § 275 Ic SGB V** war es nicht in das Belieben der Krankenkassen gestellt, das Prüfverfahren einzuleiten, ohne bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche Nachteile zu erleiden.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.110,72 € nebst Zinsen zu zahlen.

i) Aufrechnung setzt Aufrechnungserklärung voraus/Verrechnung/Zahlungsfälligkeit

LSG Bayern, Urteil v. 24.11.2015 - L 5 KR 390/12 **RID 16-01-156**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 7/16 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69 I 3, 109 IV 3, 112; KHEntgG §§ 7 S. 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1; BGB §§ 387 ff.

Eine **Aufrechnung** ist unwirksam, wenn es an einer wirksamen **Aufrechnungserklärung** im Sinne des § 388 BGB fehlt, welche die vom BSG aufgestellten Mindestvoraussetzungen - im Falle von Sammelrechnungen - erfüllt (vgl. BSG, Urt. v. 22.07.2004 - B 3 KR 21/03 R - BSGE 93, 137 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 2).

Bei der **Verrechnung** oder auch „Abrechnung“ werden gegenseitige offene Forderungen ausgeglichen. Die Modalitäten der Verrechnung bestimmen sich nach dem jeweiligen Verkehrsbereich oder anhand gesetzlicher Regelungen (BGH, Urt. v. 07.04.2011 - VII ZR 209/07 - juris). Eine solche Verrechnung gegenseitiger Ansprüche ist aber unzulässig, § 52 SGB I, wenn es sich nicht um einen Leistungsträger handelt.

Eine **Aufrechnungserklärung** muss **bestimmt** sein. Weil in Aufrechnung gestellte Forderungen nur soweit erlöschen, als sie sich decken, müssen Art und Umfang der Aufrechnung eindeutig erklärt werden. Dazu gehören insb. 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).

Bei der Aufrechnung ist eine Pflegesatzvereinbarung zu beachten, wonach der konkret zu erstattende Betrag erst drei Wochen nach Rechtskraft der entsprechenden Entscheidung zurückzuzahlen ist (**Zahlungsfälligkeit**).

SG Nürnberg, Urt. v. 24.08.2012 - S 7 KR 474/11 - gab der Klage statt, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

2. Fallpauschalen

a) Nachkodierung einer versehentlich unterbliebenen Kodierung

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 05.11.2015 - L 5 KR 133/15 **RID 16-01-157**

Revision anhängig: B 1 KR 40/15 R

juris

SGB V §§ 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1

Ein Krankenhaus kann den sich aus einer **Nachkodierung** ergebenden Differenzbetrag fordern. Das Rechtsinstitut der Verwirkung passt als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährungsfrist grundsätzlich nicht. Ein Ausnahmefall liegt nicht vor, wenn der Versicherte in der Inneren Abteilung des Krankenhauses wegen gastroenteraler Probleme behandelt und zudem wegen einer am Tag vor dem Krankenhausaufenthalt erlittenen Unterarmfraktur links in der Chirurgischen Abteilung operiert wird und die Kodierung der Prozeduren, die den chirurgischen Eingriff betreffen, in der Rechnung **offensichtlich versehentlich unterblieben** ist.

SG Koblenz, Urt. v. 27.04.2015 - S 13 KR 568/14 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 5.138,22 € nebst Zinsen zu zahlen, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

b) Abzug von Verlegungsabschlägen wegen Frührehabilitation

LSG Sachsen, Urteil v. 12.11.2015 - L 1 KR 199/11 **RID 16-01-158**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = NZS 2015, 948

SGB V § 39 I; KHEntgG § 2 II 2 Nr. 5

Leitsatz: 1. Zur Abgrenzung von Krankenhausbehandlung und Rehabilitationsmaßnahme.
2. Der Begriff der Frührehabilitation in § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V erfasst ausschließlich Maßnahmen im Rahmen der akutstationären Behandlung.

SG Dresden, Urt. v. 06.07.2011 - S 39 KR 87/08 - verurteilte die Bekl., an das kl. Krankenhaus 13.909,14 € nebst Zinsen zu zahlen, das ***LSG*** wies im Wesentlichen die Berufung der Bekl. zurück

c) Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern: Isolierung

LSG Saarland, Urteil v. 21.10.2015 - L 2 KR 55/14 WA **RID 16-01-159**

juris

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

Leitsatz: Für die Kodierung des OPS 8-98.13 bzw. 8-987.03 reicht es aus, wenn innerhalb der **Gesamtdauer der strikten Isolierung** mindestens 21 Tage liegen, an denen ein dokumentierter durchschnittlicher Mehraufwand von mindestens 2 Stunden gegeben ist. Dieser Mehraufwand muss nicht während des Gesamtaufenthalts in strikter Isolierung (hier 55 Tage) vorliegen.

SG für das Saarland, Gerichtsb. v. 14.09.2013 - S 20 KR 437/12 - verurteilte die Bekl., 1.858,44 € nebst Zinsen zu zahlen, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

d) Vergütung eines Zusatzentgeltes für die Gabe des Blutgerinnungspräparates Novoseven®

LSG Hessen, Urteil v. 17.09.2015 - L 8 KR 282/12 **RID 16-01-160**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

In der Anlage 4 zum Fallpauschalenkatalog („Zusatzentgelte-Katalog-Liste“) wird unter der ZE2008-27 (in der Version des Jahres 2008) bzw. ZE2009-27 (in der Version des Jahres 2009) für die „Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren“ die Möglichkeit der Vereinbarung eines krankenhausindividuellen Entgelts eröffnet, ohne diesen Tatbestand in der hierfür eigentlich vorgesehenen Anlage 6 („Definition“) näher zu präzisieren. Die Regelung der Vereinbarung ZE 2008 27 5 findet **ausschließlich auf Bluter Anwendung** und begründet folglich keine Ansprüche für die Behandlung von Patienten, die nicht als Bluter angesehen werden können.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 28.06.2012 - S 32 KR 487/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

e) Nebendiagnose K65.0 (akute Peritonitis)

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 03.09.2015 - L 6 KR 21/13 **RID 16-01-161**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Die Klägerin hatte lediglich Anspruch auf Vergütung nach der DRG G18B, weil die **Nebendiagnose K65.0 (akute Peritonitis),** die zu der Abrechnung nach DRG G02Z geführt hat, nicht zusätzlich kodiert werden durfte. Die Nebendiagnose einer akuten Peritonitis (ICD-10 K65.0) war nicht in den Groupingvorgang einzustellen.
Ein **Erstattungsanspruch** ist nicht durch § 814 BGB ausgeschlossen. Die Bekl. wusste bei Zahlung nicht positiv, dass die Kl. keinen Anspruch auf Vergütung der Versicherten in Höhe des Differenzbetrages hatte.

SG Dessau-Roßlau, Urt. v. 19.10.2012 - S 20 KR 86/11 - verurteilte die Bekl., der Kl. 2.588,43 € nebst Zinsen zu zahlen und wies die Klage im Übrigen – hinsichtlich eines höheren Zinsanspruchs – ab. Das ***LSG*** wies die Klage insgesamt ab.

f) Beatmung von mehr als 95 und weniger als 250 Stunden (DRG A13G)

SG Ulm, Urteil v. 06.08.2015 - S 13 KR 3667/13 **RID 16-01-162**

juris

KHEntgG §§ 7 S. 1 Nr. 3, 9 I 1 Nr. 3, 11, 17b; SGB V § 3

Die Höhe der Vergütung bemisst sich nach **DRG A13G** und nicht nach DRG B76C, denn die DRG A13G wird nach FPV 2011 nur dann im Groupierungsvorgang angesteuert, wenn eine **Beatmung** von mehr als 95 und weniger als 250 Stunden erfolgt ist. Wie dies zu berechnen ist, ergibt sich aus den DKR 2011, hier dem Teil „Spezielle Kodierrichtlinien" unter Punkt 10.

Maschinelle Beatmung ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 6.174,49 € nebst Zinsen zu zahlen.

g) Dauer der Beatmungszeit (DRG E65A anstatt DRG E40B)

SG Dortmund, Urteil v. 09.12.2015 - S 40 KN 1270/13 KR **RID 16-01-163**

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

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Es ist nach **DRG E65A** und nicht nach **DRG E40B** abzurechnen, wenn die **Beatmungsdauer** unter 24 Stunden liegt.

Die von der Widerbeklagten angesetzten Zeiten von mehr als 24 Stunden ließen sich mithin nur dann erreichen, wenn man auch die beatmungsfreien Intervalle erfasst. Dies ist nach der DKR 1001h (Dauer der Entwöhnung) nur dann möglich, wenn es sich um Zeiten einer Entwöhnung gehandelt hat. Schon begrifflich setzt eine **Entwöhnung** eine **Gewöhnung** voraus. Die Entwöhnung (englisch Weaning) wird daher als Trainingsphase eines Patienten bezeichnet, der über einen längeren Zeitraum künstlich beatmet wurde. Bei einer Unterstützung der Atmung bzw. Sauerstoffgabe von weniger als zwei Tagen, wobei die Intubation nicht einmal einen Tag angedauert hat, ist nicht von einer Gewöhnung auszugehen.

Das ***SG*** verurteilte die Kl. und Widerbekl., an die Bekl. und Widerkl. 5.463,67 € nebst Zinsen zu zahlen.

h) DRG-Fallpauschale A13A: Einstellen der invasiven Beatmung

SG Würzburg, Urteil v. 10.04.2015 - S 11 KR 166/14 **RID 16-01-164**

juris

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

Die **DRG-Fallpauschale A13A** kann bei eine Beatmungszeit von über 95 Stunden abgerechnet werden. Die während der Operation begonnene **maschinelle Beatmung** endet nicht mit dem **Einstellen der invasiven Beatmung**, wenn die maschinelle Beatmung durch eine Phase der Entwöhnung innerhalb von 24 Stunden eingeleitet wird. Die Maskenbeatmung mittels BiPAP (Biphasic Positive Airway Pressure) stellt eine Form der Entwöhnung dar. BiPAP umfasst das gesamte Spektrum von der kontrollierten Beatmung bis zur Spontanatmung. Die Atemarbeit des Patienten wird dabei zu keinem Zeitpunkt verhindert. In der Entwöhnungsphase (Weaning) hat sich die Kombination von BiPAP und assistierter Spontanbeatmung (ASB) bewährt (vgl. SG Aachen, Urt. v. 02.12. 2014 - S 13 KR 121/14 - RID 15-01-128, juris). Während des streitgegenständlichen Aufenthaltes hat eine solche Entwöhnung im Sinne der Kodierrichtlinien 2012 stattgefunden.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 25.416,47 € nebst Zinsen zu zahlen und wies die Widerklage ab.

i) Hauptdiagnose chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates

SG Duisburg, Urteil v. 19.08.2015 - S 31 KR 696/11 **RID 16-01-165**

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 5 KR 674/15 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§SGB V §§ 39 I, 87 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1

Als **Hauptdiagnose** ist die **chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates** (T86.11) zu kodieren, wenn die Nierenfunktionsverschlechterung sich unschwer im Sinne der Kodierrichtlinien als diejenige Diagnose feststellen lässt, welche hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich ist.

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

j) Externe Hämodialysen nicht kodierbar

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 03.09.2015 - L 5 KR 36/15 **RID 16-01-166**

Revision anhängig: B 1 KR 34/15 R
juris
SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 301 II 2; KHEntgG §§ 2, 7 S. 1 Nr. 1, 9; KHG § 17b II 1

Es besteht lediglich ein Anspruch auf Vergütung nach der **Fallpauschale DRG F49B**, wenn für die während der Krankenhausbehandlung von einem fremden Leistungserbringer durchgeführten **Hämodialysen** die Prozeduren nach OPS 301 8-854.2 nicht zu kodieren sind. Da es sich bei der in einer externen Einrichtung durchgeführten Dialyse aufgrund der Regelung in § 2 II 3 KHEntgG gerade **nicht um eine Krankenhausleistung** handelt, scheidet eine Kodierung aus. Prozeduren aufgrund der Deutschen Kodierrichtlinien können nicht unabhängig vom Vorliegen einer Krankenhausleistung berücksichtigt werden.

SG Speyer, Urt. v. 17.12.2014 - S 17 KR 678/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

k) Diagnose R63.3 ICD-10 (Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung)

SG Fulda, Urteil v. 24.09.2015 - S 4 KR 254/10 **RID 16-01-167**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 108, 109; KHEntgG §§ 7, 9

Leitsatz: Die Kodierung der Diagnose R63.3 ICD-10 (**Ernährungsprobleme** und unsachgemäße Ernährung) als Nebendiagnose setzt, sofern im Übrigen die Voraussetzungen aus D003 der Deutschen Kodierrichtlinien vorliegen, nicht voraus, dass das Ernährungsproblem oder die unsachgemäße Ernährung ein **besonderes Ausmaß oder einen Schweregrad** erreichen.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. weitere 1.409,20 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen (bzgl. Zinsen) die Klage ab.

l) Kodierung einer spastischen Paraparese (Symptom) anstelle Multipler Sklerose (Grunderkrankung)

SG Berlin, Urteil v. 09.11.2015 - S 81 KR 2480/12 **RID 16-01-168**

juris
SGB V §§ 109, 275 Ic 2, 301; KHEntgG §§ 7, 9 I 1, 11; KHG § 17b

Leitsatz: 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) (so auch LSG Hamburg, Urteil vom 23. Juli 2015 - L 1 KR 96/13 - RID 15-04-119, juris Rn. 21).
Für die Kodierung eines Symptoms als Hauptdiagnose ist es danach nicht ausreichend, dass dieses im **Verhältnis zur Grunderkrankung** hauptsächlich für die Verursachung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich war. Erforderlich ist vielmehr nach dem insoweit eindeutigen (und eng auszulegenden) Wortlaut der Regelung, dass „nur das Symptom behandelt“ wird. Insoweit ist zum einen nicht (nur) der Anlass der Aufnahme maßgeblich, sondern auch die während des stationären Aufenthalts tatsächlich erfolgte Behandlung. Zudem ist es nicht ausreichend, dass sich die

Behandlung nur schwerpunktmäßig auf das Symptom bezieht, sondern es darf „nur“, d.h. ausschließlich, das Symptom behandelt werden (vgl. auch LSG Hamburg, a.a.O., Rn. 22).
Hier: Unzutreffende Kodierung einer hauptsächlich behandelten spastischen Paraparese (Symptom) anstelle der medikamentös ebenfalls behandelten Multiplen Sklerose (Grunderkrankung).

m) Kodierung eines Lymphödems als Komplikation einer Operation

SG Mainz, Urteil v. 08.09.2015 - S 14 KR 548/12 **RID 16-01-169**
juris
SGB V §§ 109 IV, 112 II S. 1 Nr. 1, 301 II; KHEntgG §§ 7, 8, 9; KHG § 17b

Leitsatz: 1. Tritt ein **Lymphödem** infolge einer **Operation** auf, ist als Nebendiagnose ICD-10-GM I97.8 zu kodieren.
2. Die Prüfung, ob eine **Nebendiagnose** zutreffend kodiert ist, kann abschließend in vier Stufen erfolgen.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.334,26 € nebst Zinsen zu zahlen

3. Aufwandspauschale

a) Prüfung der Überschreitung der oberen Grenzverweildauer

SG Dortmund, Urteil v. 06.07.2015 - S 40 KR 514/13 **RID 16-01-170**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 12 I, 39 I 1, 69 I 3, 275 I Nr. 1, Ic

Fehlt es an einer nachweislich **fehlerhaften Kodierung**, so hat die Krankenkasse die Aufwandspauschale zu erstatten. Soweit das BSG seit 2014 die Ansicht vertritt, dass es sich bei der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Rechnung um ein eigenständiges Prüfregime neben § 275 SGB V handele und mithin kein Anspruch auf die Aufwandspauschale bestehe, folgt dem die Kammer nicht (wie hier SG Mainz, Urt. v. 04.05.2015 - S 3 KR 428/14 - RID 15-03-146).
Es ergeht ein eindeutiger Prüfauftrag zur Überprüfung der Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung, wenn der MDK die Notwendigkeit der **Überschreitung der oberen Grenzverweildauer** überprüfen soll, was keine Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit darstellt. In einem solchen Fall sind die Voraussetzungen des § 275 Ic 3 SGB V erfüllt, weil gerade nicht ausschließlich eine Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit stattgefunden hat.

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

b) Übermittlung eines Notfalls als Normalfall/Erbringbarkeit als ambulante Leistung

SG Dortmund, Urteil v. 22.06.2015 - S 40 KR 867/13 **RID 16-01-171**
Berufung zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12 I, 39 I 1, 69 I 3, 275 I Nr. 1, Ic

BSG, Urt. v. 21.03.2013 - B 3 KR 28/12 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 29 = KHE 2013/44 = USK 2013-22 ist nicht zu folgen, wonach bei Operationen, die grundsätzlich **ambulant erbracht werden können**, in jedem Falle der **Grund für die stationäre Durchführung** mitzuteilen ist.

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

c) Fehlerhafte Abrechnung: Unzutreffende Kodierung der tatsächlichen Schwere der Verletzung

SG Stade, Urteil v. 14.12.2015 - S 29 KR 131/14 **RID 16-01-172**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 275 Ic

Ein Anspruch auf die Aufwandspauschale besteht nicht, wenn das Prüfverfahren durch eine nachweislich **fehlerhafte Abrechnung** seitens des Krankenhauses veranlasst worden ist. Dies ist der Fall, wenn aus den übersandten Abrechnungsunterlagen nicht ausreichend abgeleitet werden kann, ob

die **untere Grenzverweildauer überschritten** ist, weil die tatsächliche Schwere der Verletzung nicht zutreffend **kodiert** ist.

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

d) Lediglich Verweildauer nicht voll begründet/Anforderung der Patientenakte nach § 275 SGB V

SG Mainz, Urteil v. 08.09.2015 - S 14 KR 56/12 **RID 16-01-173**

juris

SGB V § 275 Ic 3

Leitsatz: Die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V ist auch dann an das Krankenhaus zu zahlen, wenn die MDK-Prüfung **nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags** führt und **lediglich die Verweildauer** innerhalb der für die Höhe der Fallpauschale unbeachtlichen Dauer als medizinisch nicht voll begründet angesehen wurde.

Die Krankenkasse kann sich nicht darauf berufen, sie habe den MDK zur Prüfung der „sachlich-rechnerischen Richtigkeit“ eingeschaltet, wenn in der Prüfanzeige des MDK die **Patientenakte zwecks Prüfung nach § 275 SGB V angefordert** wurde oder das Gutachten selbst dies angibt. Es ist davon auszugehen, dass der MDK diese Angabe auftragsgemäß macht.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., 100 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

e) Medizinisch nicht vollständig begründete Verweildauer ohne Auswirkung auf Abrechnungsbetrag

SG Mainz, Urteil v. 08.09.2015 - S 14 KR 427/14 **RID 16-01-174**

juris

SGB V § 275 Ic

Leitsatz: Die **Aufwandspauschale** gemäß § 275 Ab. 1c Satz 3 SGB V ist zu zahlen, wenn die **Verweildauer medizinisch nicht begründet** war, aber sich der **Abrechnungsbetrag** für Krankenhausbehandlung hierdurch nicht ändert. Dies ergibt sich aus den Verweildauerkorridoren der Fallpauschalen.

Die Krankenkasse kann sich nicht nachträglich darauf berufen, die Prüfung durch den MDK habe der sachlich-rechnerischen Richtigkeit gegolten, wenn der MDK auf **Veranlassung der Krankenkasse** in der Prüfanzeige mitteilt, dass es sich um eine Prüfung nach § 275 SGB V handele. Die Krankenkasse ist an den von ihr bestimmten Charakter des Prüfauftrags gebunden.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., 300 € nebst Zinsen an die Kl. zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

f) Keine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit nach den gesetzlichen Vorgaben

SG Darmstadt, Urteil v. 07.12.2015 - S 8 KR 434/14 **RID 16-01-175**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275 Ic 3

Entgegen der neueren Rechtsprechung des 1. Senates des BSG ist mit der früheren Rechtsprechung des 1. und 3. Senates des BSG davon auszugehen, dass sich den gesetzlichen Regelungen neben der Prüfung nach § 275 Ic SGB V **kein weiteres Prüfregime** zur Einzelfallprüfung der „sachlich-rechnerischen Richtigkeit“ von Krankenhausrechnungen entnehmen lässt.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.000 € nebst Zinsen zu zahlen.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 25.11.2015 - ***B 3 KR 16/15 R*** - zielt die in § 129 V 3 SGB V normierte **Berechtigung der Krankenkassen**, die **Versorgung mit in Apotheken hergestellten parenteralen Zubereitungen** aus Fertigarzneimitteln in der **Onkologie** zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten durch **Verträge mit Apotheken** sicherzustellen, einschließlich der hierzu ausdrücklich eingeräumten Möglichkeit, Abschläge auf die ansonsten geltenden Preise zu vereinbaren, auf die Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven und erlaubt den Krankenkassen, die Abnahme einer bestimmten Menge verlässlich zuzusagen. Deshalb gehört eine zumindest prinzipielle Exklusivität der Lieferbeziehungen zu den

Essentialia eines entsprechenden Vertrages, und im Umfang eines solchen Exklusivliefervertrages werden **alle anderen Apotheken von der Versorgungsberechtigung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen**. Werden die Zytostatikazubereitungen - wie gesetzlich vorgeschrieben - direkt von der Apotheke an die ärztliche Praxis geliefert, haben die Patienten kein rechtlich geschütztes Interesse an der Wahl einer bestimmten Apotheke und sind - wie die behandelnden Ärzte auch - auf den wirtschaftlichsten Versorgungsweg beschränkt.

1. Apotheken

a) Vorrangige Abgabe eines rabattbegünstigten Originalpräparats

SG Nürnberg, Urteil v. 16.09.2015 - S 11 KR 69/13 **RID 16-01-176**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 129, 130a

Das **Substitutionsgebot** für „aut idem" verordnete Rabattarzneimittel beruht auf § 129 I 3 SGB V und dem ergänzenden Vertragsrecht und gilt nach § 129 I 7 SGB V auch im Verhältnis von **Rabattarzneimitteln** zu **Importarzneimitteln**. Die Verletzung des Substitutionsgebots schließt einen Vergütungsanspruch aus, weil der Apotheker sich nicht darauf berufen kann, dass das von ihm abgegebene Importarzneimittel preisgünstiger war als das rabattbegünstigte Originalpräparat. Die Abgabe eines Arzneimittels, für das eine Vereinbarung nach § 130a VIII SGB V besteht, hat Vorrang vor der Abgabe nach § 129 I 1 Nr. 2 SGB V.

Der kl. Apotheker begehrte Zahlung von 963,24 € nach Abgabe des Arzneimittels „Remicade® 100 mg TAM 3 St" der K. GmbH durch ihn und Retaxation dieses Betrags durch die Bekl. Das ***SG*** wies die Klage ab.

b) Unzulässigkeit einer produktneutralen Verordnung von Impfstoffen

SG Stuttgart, Urteil v. 13.10.2015 - S 9 KR 1491/13 **RID 16-01-177**

juris

SGB V §§ 129 132e; AMVV § 2 I Nr. 4

Eine Apotheke ist nicht verpflichtet, rabattierte Impfstoffe aufgrund einer **Verordnung ohne namentliche Benennung des Impfstoffs** und unter Verwendung der Verordnungsweise „Impfstoff gegen …" durch die Vertragsärzte aus einem Poster herauszusuchen und abzugeben. Eine **Rechtsgrundlage** besteht hierfür nicht.

Das ***SG*** verbot der bekl. Krankenkasse zu behaupten, die Kl. als Inhaberin der Apotheke sei im Falle einer produktneutralen Verschreibung von Impfstoffen („Impfstoff gegen ….") ohne Nennung der Bezeichnung des Impfstoffs durch Vertragsärzte verpflichtet, anhand von Angaben auf einem Poster rabattierte Impfstoffe auszuwählen und abzugeben, und Apotheken hätten bei Bestehen eines Rabattvertrages für Impfstoffe gem. § 132e SGB V keinen Anspruch auf Erstattung gegen gesetzliche Krankenkassen, wenn sie einen von einem Vertragsarzt unter Angabe der Bezeichnung zu Lasten gesetzlicher Krankenkassen verordneten Impfstoff abgeben und nach dem Rabattvertrag anstelle des verordneten Impfstoffs ein anderer Impfstoff rabattiert ist, soweit der Arzt nicht einen Ausnahmefall durch Kennzeichnung eines auf dem Rezept aufgetragenen „A" dokumentiert und persönlich abgezeichnet hat.

Vorausgehend: SG Stuttgart, Beschl. v. 15.07.2013 - S 9 KR 766/13 ER - verbot der Bekl. die strittige Behauptung, LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 31.03.2014 - L 4 KR 3593/13 ER-B - RID 14-02-184 wies die Anträge der Kl. auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

c) Verordnung von zahlenmäßig genau bestimmten Packungen

LSG Thüringen, Urteil v. 25.08.2015 - L 6 KR 690/12 **RID 16-01-178**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 129; ApBetrO § 17 V 1

Verordnet der Arzt **zahlenmäßig genau bestimmte Packungen** mit jeweils fünf Fertigspritzen, so ist dies eindeutig. Existiert diese Packung auch, so besteht keine andere Möglichkeit der Erfüllung der vertragsärztlichen Verordnung für den Apotheker.

SG Nordhausen, Urt. v. 12.03.2012 - S 6 KR 1535/10 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.196,75 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab (bzgl. weitergehender Zinsen).

d) Ausnahme von der Auskunftsverpflichtung einer Apotheke (Vertrieb parenteraler Zubereitungen)

SG Reutlingen, Urteil v. - S 1 KR 2979/12 **RID 16-01-179**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 129 Vc 3, 217e, 217f; SGG § 85

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann die **Erteilung von Auskünften** nach § 129 Vc 4 SGB V im Wege des Erlasses eines **Verwaltungsakts** begehren. Mit der ihnen eingeräumten Befugnis, von Apotheken und pharmazeutischen Unternehmern Auskünfte zu verlangen, wird ihnen auch gleichzeitig die Möglichkeit eingeräumt, diese Auskunftsverpflichtung ggf. durch Zwangsmaßnahmen durchzusetzen. Die Leiterin der Abteilung Arznei- und Heilmittel beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist zum Erlass des **Widerspruchsbescheides** befugt (anders SG München, Urt. v. 26.09.2013 - S 2 KR 904/13 - nicht rechtskräftig).
§ 129 Vc 4 SGB V richtet sich nicht gegen **Apotheken**, die **parenterale Zubereitungen von einem nach § 13 AMG zugelassenen Lohnhersteller produzieren** lassen.

Die kl. Apothekerin bereitet aus Fertigarzneimitteln parenterale Zytostatika. Sie wandte sich gegen die Aufforderung des bekl. Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, nach § 129 Vc 4 SGB V für bestimmte, einzeln bezeichnete Wirkstoffe Auskünfte u.a. über Bezugsmengen und Einkaufspreis der bei der Zubereitung verwendeten Fertigarzneimittel zu erteilen. Das ***SG*** hob den Bescheid auf.

e) Klage eines Apothekers gegen Versicherte wegen nicht verlangten Eigenanteils

LSG Thüringen, Urteil v. 25.08.2015 - L 6 KR 375/12 **RID 16-01-180**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I Nr. 3, 27a, 129 I; BGB § 433

Misst die Vorsitzende einer SG-Kammer einer Rechtssache **grundsätzliche Bedeutung** zu und lässt aus diesem Grunde die **Berufung** zu, so weist die Sache regelmäßig besondere Schwierigkeiten rechtlicher Art auf und schließt eine **Entscheidung als Einzelrichterin** aus (vgl. BSG, Urt. v. 18.05.2010 - B 7 AL 43/08 R - unter Hinweis auf BSG, Urt. v. 16.03.2006 - B 4 RA 59/04 R - juris).
Bei der Klage eines **Apothekers** gegen eine **Versicherte** auf Zahlung eines von der Krankenkasse regressierten Anteils der Versicherten am Arzneimittel, den der Apotheker von der Versicherten zunächst nicht einbehalten hat, handelt es sich um eine **privatrechtliche Rechtsstreitigkeit** zwischen den Beteiligten. Bejaht das SG den Rechtsweg, ist der Senat hieran nach § 17a V GVG gebunden.
In **§ 27a SGB V** ist bestimmt, dass die Krankenkasse lediglich 50 v.H. der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahme übernimmt, die bei ihren Versicherten durchgeführt wird. Insoweit hat auch der **Apotheker** nur einen **Vergütungsanspruch in Höhe von 50 v.H.** gegen die Krankenkasse. Der Versicherte hat einen Eigenanteil in Höhe der restlichen 50 v.H. zu übernehmen. Hierbei handelt es sich nicht um eine Zuzahlung nach § 61 SGB V. Der Eigenanteil ist vergleichbar dem Eigenanteil beim Zahnersatz nach § 55 SGB V und grundsätzlich vom Versicherten zu tragen.
Dem **Vertragsarzt**, der Leistungen der künstlichen Befruchtung nach § 27a SGB V erbringt, steht gegen die Versicherten ein unmittelbarer Vergütungsanspruch zu. Er rechnet Leistungen der künstlichen Befruchtung in Höhe von 50 v.H. auf der Grundlage des EBM unmittelbar gegenüber dem nach § 27a SGB V anspruchsberechtigten Versicherten ab (vgl. § 18 VIIIa BMV-Ä). Hierbei handelt es sich um einen **privatrechtlichen Vergütungsanspruch**, obwohl es sich bei Leistungen der künstlichen Befruchtung weiterhin um eine **Sachleistung der GKV** handelt. Nichts anderes kann daher bezüglich des **Eigenanteils des Versicherten** gegenüber dem Apotheker gelten. Rechtsgrundlage für den Zahlungsanspruch ist insoweit § 433 BGB.

SG Gotha, Gerichtsb. v. 09.02.2012 - S 38 KR 7380/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

2. Hilfsmittelerbringer

a) Festbetragsfestsetzung für Hörgeräte

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.07.2015 - L 9 KR 69/12 KL **RID 16-01-181**
Revision anhängig: B 3 KR 27/15 R
juris
SGB V §§ 33, 126, 127

Werden Leistungen des Hörgeräteakustiker-Handwerks erbracht, so besteht eine **Klagebefugnis** gegen die Festsetzung von Festbeträgen.

Die angefochtene **Festbetragsfestsetzung** ist **nicht zu beanstanden, sofern** klägerseitig
- die Einbeziehung der vergleichenden Hörgeräteanpassung und der Ausschluss der Nachbetreuung,
- die entsprechende Anwendung von § 35 Abs. 5 Satz 4 SGB V,
- die Berücksichtigung jedes die technischen Anforderungen aufweisenden Hörgeräts bei der Ermittlung des unteren Preisdrittels,
- die Berechnung des Dienstleistungsanteils,
- der Abschlag bei beidohriger Versorgung,

gerügt wird.

Begründet ist die Klage indes für die Zeit bis zum 30.06.2014, soweit **die Einbeziehung nicht berücksichtigungsfähiger Hörgeräte** bei der Ermittlung des unteren Preisdrittels beanstandet. Denn der Beklagte hat in seine hierzu erstellte Liste auch Hörgeräte aufgenommen, die keine Verstärkungsleistung von ≥ 75 dB aufweisen. Hierdurch wird ein subjektives Recht der Klägerinnen verletzt.

Das ***LSG*** gab der Klage gegen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilweise statt.

S. auch LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 24.07.2015 - L 9 KR 54/12 KL - RID 16-01-135, Revision anhängig: B 3 KR 28/15 R:

b) Hilfsmittelabgabe auf „verkürztem Versorgungsweg“: Entgeltrückforderung

LSG Bayern, Urteil v. 24.03.2015 - L 5 KR 383/11 **RID 16-01-182**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 2/16 R

juris

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 33, 126; BGB § 823

Bei einer Hilfsmittelabgabe auf dem **„verkürzten Versorgungswege“** erhält der Hilfsmittelerbringer einen Vergütungsanteil für eine **Leistung**, die tatsächlich nicht von ihm, sondern von der Praxis des verordnenden Arztes erbracht wird, nämlich die Abgabe sowie Ersteinweisung in die Anwendung der Kompressionsstrümpfe. Als Folge daraus ist er jedoch nicht verpflichtet, die gesamte **Vergütung** für die von ihm zur Verfügung gestellten Kompressionsstrümpfe zurück zu erstatten. Hätten sich die Versicherten die Kompressionsstrümpfe auf zutreffendem Versorgungswege bei einem anderen Leistungserbringer besorgt, wären die Gesetzlichen Krankenkassen zur Zahlung für die Leistungsabgabe in gleicher Höhe verpflichtet gewesen, es liegen damit „Sowieso-Kosten“ vor.

SG Nürnberg, Urt. v. 18.08.2011 - S 11 KR 465/04 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

c) Einreichung eines Kostenvoranschlags vor erfolgter Versorgung

SG Reutlingen, Urteil v. 20.01.2016 - S 1 KR 206/13 **RID 16-01-183**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 33 I, 126, 127

Leitsatz: Der **Vergütungsanspruch eines Hilfsmittelerbringers** bei Abgabe von CPAP-Geräten setzt die **Einreichung eines Kostenvoranschlages** bei der Krankenkasse vor Versorgung voraus.
Eine Ausnahme gilt nur im Bereich der Polysomnographie.

Der Kl. begehrt von der Bekl. die Vergütung der von ihm in den Jahren 2007 bis 2011 an Versicherte der Bekl. zur Schlafapnoebehandlung abgegebenen Hilfsmittel (CPAP-Geräte). Das ***SG*** wies die Klage ab.

d) Hilfsmittelverzeichnis: Keine Aufnahme des Speedy-Duo 2

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.12.2015 - L 1 KR 61/11 **RID 16-01-184**

Revision anhängig: B 3 KR 3/16 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 33, 139

Ein **Speedy-Duo 2** ist grundsätzlich nicht zu Lasten der GKV **verordnungsfähig** und nicht im **Hilfsmittelverzeichnis** aufzunehmen. Das Speedy-Duo 2 geht über die im mittelbaren Behinderungsausgleich verfolgten Ziele hinaus, weil es seiner Zweckbestimmung nach darauf angelegt ist, größere Reichweiten, als im Nahbereich üblich, zu erzielen. Die Aufnahme eines Hilfsmittels mit der beschriebenen, überschießenden Tendenz würde jedoch die Auslegungs- und

Orientierungshilfe verfälschen, weil der unzutreffende Eindruck entsteht, dass das Mittel regelmäßig von der Leistungspflicht der GKV umfasst ist.

SG Detmold, Urt. v. 16.12.2010 - S 3 KR 89/07 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß, das ***LSG*** wies die Klage ab.

3. Häusliche Krankenpflege: Unterbliebene Durchführung des Schiedsverfahrens

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.11.2015 - L 5 KR 2883/13 **RID 16-01-185**

Revision anhängig: B 3 KR 31/15 R

juris

SGB V §§ 37 II 1, 132a II 6; ZPO §§ 1029 I, 1032 I

Die unterbliebene Durchführung des **Schiedsverfahrens** führt zur **Unzulässigkeit der Klage** auf höhere Vergütung der für die Versicherte erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch Vornahme der ärztlich verordneten Einmalkatheterisierungen. Das Gericht hat nach § 1032 I ZPO i.V.m. § 202 SGG, eine Klage, die in einer Angelegenheit erhoben worden ist, die Gegenstand einer Schiedsvereinbarung ist, auf Rüge des Bekl. als unzulässig abzuweisen, sofern das Gericht nicht feststellt, dass die Schiedsvereinbarung nichtig, unwirksam oder undurchführbar ist.

SG Karlsruhe, Urt. v. 03.06.2013 - S 5 KR 4724/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen/Sonstiges

Nach BSG, Urt. v. 15.12.2015 - B 1 KR 14/15 R - kann eine **BG Rückerstattung** der von ihr gezahlten Behandlungskosten gegen eine Krankenkasse verlangen, wenn sie den Betrag zahlte, als der Anspruch auf Erstattung bereits wegen Verfristung ausgeschlossen und damit erloschen war (§ 111 S. 1 SGB X), da die Krankenkasse den Anspruch nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages geltend gemacht hatte, für den die Leistungen erbracht wurden. Die Entscheidung der BG, die vom Versicherten erbrachten **Zuzahlungen** zu den stationären Behandlungen an diesen **zu erstatten**, ist nicht geeignet, den **Fristbeginn hinauszuschieben**, denn damit wird nicht über ihre Leistungspflicht entschieden (§ 111 S. 2 SGB X). Der Rückerstattungsanspruch unterliegt nicht der Ausschlussregelung des § 111 SGB X.

1. Elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild

SG Stralsund, Beschluss v. 19.10.2015 - S 3 KR 235/15 ER **RID 16-01-186**

juris

SGB V §§ 291 II 1, 291a; SGG §§ 86b II, 920 II

Leitsatz: Die im Wege einer einstweiligen Anordnung verfolgte Ausstellung einer **elektronischen Gesundheitskarte ohne Lichtbild** erfordert die Glaubhaftmachung von Tatsachen im Sinne der Ausnahmeregelung in § 291 Abs. 2 S 1 Halbs. 3 SGB V. Führt der Antragsteller pauschal religiöse Gründe an, so obliegt ihm die konkrete Angabe von Tatsachen, die es der Kammer ermöglichen, die geltend gemachte Unzumutbarkeit der Übersendung eines Lichtbildes nachzuvollziehen.

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

2. Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit: Erste ärztliche Feststellung ausreichend

SG Mainz, Urteil v. 31.08.2015 - S 3 KR 405/13 **RID 16-01-187**

juris

SGB V §§ 44, 46

Leitsatz: 1. Solange **Arbeitsunfähigkeit fortbesteht**, genügt für die Aufrechterhaltung des **Krankengeldanspruchs** bis zum Ende der Anspruchshöchstdauer (§ 48 Abs. 1 SGB V) oder bis zum Ausschluss (§ 50 Abs. 1 Satz 1 SGB V) bzw. Wegfall (§ 51 Abs. 3 Satz 1 SGB V) des Anspruchs eine **erste ärztliche Feststellung**. § 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V regelt nur den Beginn des Krankengeldanspruchs (so bereits u.a. LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 02.11.1999 - L 4 KR 10/98 - Rn. 27; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 27.08.2002 - L 4 KR 144/00 - www.sozialgerichtsbarkeit.de; SG Speyer, Urteil vom 22.05.2015 - S 19 KR 959/13 - Rn. 41 ff.; entgegen u.a. BSG; Urteile vom 16.12.2014 - B 1 KR 31/14 R; B 1 KR 35/14 R; B 1 KR 37/14 R - SozR 4-2500 § 192 Nr. 7).

2. Durch die Änderung des § 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V und durch die Einfügung des neuen § 46 Satz 2 SGB V mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-

Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG) mit Wirkung zum 23.07.2015 ist weder für die Vergangenheit noch für die Zukunft eine wesentliche Änderung der Rechtslage bezüglich der Aufrechterhaltung des Krankengeldanspruchs eingetreten. Mit der Neuregelung wird die **gesetzeswidrige Normkonkretisierung des BSG** weder für die Zukunft legalisiert, noch für die Vergangenheit legitimiert.
3. Eine **unterbliebene Reaktion der Gesetzgebungsorgane auf eine ständige höchstrichterliche Rechtsprechung** ist für die Auslegung des Gesetzes bedeutungslos. Die Interpretation der Untätigkeit der Gesetzgebungsorgane als legitimierende Billigung der Rechtsprechung ist aus verfassungsrechtlichen und tatsächlichen Gründen nicht begründbar.

3. Familienversicherung ohne Altersgrenze: Vorliegen einer Sucht- und psychischen Erkrankung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.12.2015 - L 11 KR 2330/14 **RID 16-01-188**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 10 II Nr. 4

Leitsatz: Auch Suchterkrankungen können Behinderungen i.S. von § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V sein und zusammen mit dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung zu einer Familienversicherung ohne Altersgrenze führen.

SG Reutlingen, Urt. v. 19.03.2014 - S 6 KR 918/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** stellte fest, dass der Kl. in bestimmten Zeiten über die Versicherung der Beigel. bei der Bekl. familienversichert ist.

4. Erstattungsstreitigkeiten

a) Doppelte Weiterleitung eines Rehaantrags

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.09.2015 - L 5 KR 414/13 **RID 16-01-189**
Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB IX § 14

§ 14 SGB IX räumt dem zweitangegangenen Träger einen spezialgesetzlichen **Erstattungsanspruch** gegen den materiell-rechtlich originär zuständigen Reha-Träger ein. Dieser spezielle Anspruch geht den allgemeinen Erstattungsansprüchen nach dem SGB X vor. Im Verhältnis zum behinderten Menschen wird dadurch eine eigene gesetzliche Verpflichtung des zweitangegangenen Trägers begründet, die vergleichbar der Regelung des § 107 SGB X einen endgültigen Rechtsgrund für das Behaltendürfen der Leistung in diesem Rechtsverhältnis bildet. Im Verhältnis der Reha-Träger untereinander ist jedoch eine Lastenverschiebung ohne Ausgleich nicht bezweckt.
Allerdings scheitert der Anspruch nicht daran, dass es die **doppelte Weiterleitung des Antrags** und damit einen drittangegangenen Träger gar nicht geben dürfte. Der Träger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, ist in jedem Fall zur Leistung verpflichtet und nicht berechtigt, den Antrag seinerseits weiterzuleiten. Für den Fall einer rechtswidrigen nochmaligen Weiterleitung durch den zweitangegangenen Träger (hier die DRV Bund) erscheint es nach Sinn und Zweck des § 14 SGB IX geboten, dem drittangegangenen Träger (hier Rentenversicherungsträger) den umfassenden Erstattungsanspruch des § 14 IV 1 SGB IX einzuräumen, weil sein Verhalten das Interesse des Versicherten an einer zügigen Entscheidung über den Rehabilitationsantrag gewahrt hat und das - um ein anderes Verhalten eines drittangegangenen Trägers zu vermeiden - „honoriert“ werden muss (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.06.2015 - L 1/4 KR 437/12 - RID 15-04-142, Revision anhängig: B 1 KR 27/15 R).
Es besteht aber kein Erstattungsanspruch, wenn der drittangegangene Träger selbst für die Durchführung der vom Versicherten beantragten Rehabilitationsmaßnahme in Form der Anschlussheilbehandlung **zuständig** ist.

b) Leistungen der Eingliederungshilfe in Form einer Schulbegleitung

SG Augsburg, Urteil v. 01.07.2015 - S 12 KR 512/12 **RID 16-01-190**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 37 VI, VII; SGB IX § 55; SGB X § 104; SGB XII §§ 53, 54, 75

Leitsatz: 1. Bei einer **Schule für geistig Behinderte mit angeschlossener Tagesstätte** handelt es sich grundsätzlich um einen geeigneten Ort zur Erbringung von medizinischer Behandlungspflege.
2. Gehört es zum Konzept des Schulträgers, bei einem Kind, das auf kontinuierliche pflegerische und soziale Betreuung angewiesen ist, den **Intergrationshelfer** aus der Einrichtung heraus zu beschäftigen, und kann deshalb notwendige medizinische Behandlungspflege durch einen zugelassenen **ambulanten Pflegedienst** tatsächlich nicht durchgeführt werden, dann hat der **Träger der Einrichtungshilfe** auch keinen **Kostenerstattungsanspruch** gegenüber der Krankenkasse für die vom Integrationshelfer mit erbrachten Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die nicht zu den einfachsten Maßnahmen der Krankenpflege zählen.

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

c) Erbringung von Rehabilitationsleistungen: § 2 I 1 KiHB-RL rechtswidrig

SG Berlin, Urteil v. 29.09.2015 - S 208 KR 2197/14 **RID 16-01-191**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB VI §§ 9, 10, 31 I 1 Nr. 4. II; SGB IX § 14

Leitsatz: § 2 Abs. 1 S. 1 KiHB-RL (Gemeinsame Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB VI für **Kinderheilbehandlungen**) ist nicht verbindlich, soweit bei einer Kinderrehabilitation im Sinne des § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB VI ein möglicher Einfluss auf die **spätere Erwerbsfähigkeit gefordert** wird. Ein Rentenversicherungsträger kann eine stationäre Heilbehandlung für Kinder von Versicherten nicht deshalb versagen, weil durch die Behandlung die spätere Erwerbsfähigkeit des Betroffenen nicht beeinflusst werden kann.

Das ***SG*** wies die Klage des Rentenversicherungsträgers gegen die Krankenkasse ab.

5. Aufsichtsbehörde über geöffnete BKK

LSG Hessen, Urteil v. 08.10.2015 - L 1 KR 150/15 KL **RID 16-01-192**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 A 3/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV §§ 90 I, 94 II 1

Eine Krankenkasse unterliegt als landesunmittelbarer Versicherungsträger der **Aufsicht des Landes**, wenn sich ihr Zuständigkeitsbereich lediglich auf zwei Länder erstreckt. Maßgeblich für die Bestimmung des aufsichtsrechtlichen Zuständigkeitsbereichs einer **geöffneten BKK** ist damit allein die räumliche Verteilung der Trägerbetriebe. Auf die Tatsache, dass die Krankenkasse seit ihrer Öffnung im Jahr 1997 bis zur Insolvenz und Abwicklung der VX. AG im Jahr 2013 über Trägerbetriebe im ganzen Bundesgebiet verfügte und folglich einen bundesweiten aufsichts- und mitgliedschaftsrechtlichen Zuständigkeitsbereich hatte, kommt es nicht an (vgl. BSG, Urt. v. 10.03.2015 - B 1 A 10/13 R - BSGE = SozR 4-2400 § 90 Nr. 1 = NZS 2015, 540).

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

X. Verfahrensrecht

1. Erinnerung gegen PKH-Kostenfestsetzung: Besetzung des LSG/Keine Beschwerdebefugnis d. Kl.

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 17.11.2015 - L 1 KR 323/15 B **RID 16-01-193**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
RVG §§ 33, 56

Die Rechtssache hat deshalb grundsätzliche Bedeutung, weil in der Rspr. die Auffassung vertreten wird, dass ein LSG über Beschwerden gegen die Entscheidung des SG über die Erinnerung gegen eine

Kostenfestsetzung (§ 56, § 33 RVG) stets mit **drei Berufsrichtern** zu entscheiden habe, auch wenn die Sache keine grundsätzliche Bedeutung aufweise (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 16.12.2009 - L 19 B 180/09 AS - juris). Dieser Rspr. ist der erkennende Senat im Beschl. v. 24.03.2015 - L 1 KR 482/14 B - gefolgt. An der in dem zitierten Beschluss vertretenen Auffassung **hält der Senat nicht mehr fest**. Der erkennende Senat schließt sich nunmehr der gegenteiligen Auffassung (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.02.2011 - L 9 AS 1290/10 B - juris) an.
Beschwerdebefugt ist in Verfahren, welche die Höhe der Rechtsanwaltsvergütung bei gewährter Prozesskostenhilfe betreffen - entsprechend der Erinnerungsbefugnis nach § 56 I 1 RVG - der beigeordnete Rechtsanwalt (oder die Landeskasse), nicht dagegen der Kläger selbst.

Das ***LSG*** verwarf die Beschwerde gegen ***SG Münster***, Beschl. v. 24.04.2015 - S 16 SF 30/15 E -.

2. Rechtliches Gehör: Entscheidung über PKH erst nach Urteil

LSG Thüringen, Beschluss v. 23.11.2015 - L 6 KR 966/15 NZB **RID 16-01-194**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG §§ 73a, 144 II Nr. 3; ZPO § 114

Fehler bei der **Ablehnung von PKH** (hier: Entscheidung über den PKH-Antrag erst nach der Entscheidung über das Klagebegehren) führen nicht zu einer Verletzung des Anspruchs auf **rechtliches Gehör**, wenn zwar die Ablehnung verfahrensfehlerhaft zustande gekommen ist, in der Sache aber zu keinem Zeitpunkt eine Gewährung von PKH für das erstinstanzliche Verfahren in Betracht gekommen und die Ablehnung deswegen im Ergebnis nicht zu beanstanden ist (vgl. BSG, Beschl. v. 25.07.2013 - B 14 AS 101/13 B - m.w.N., juris).

SG Meiningen, Urt. v. 22.06.2015 - S 16 KR 585/14 - wies die Klage auf Erstattung vorprozessualer Kosten und mit Beschl. v. 18.08.2015 die Bewilligung von PKH ab, das ***LSG*** wies die Nichtzulassungsbeschwerde gegen das Urt. zurück.

XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Kontinuierliche Glukosemessung

BSG, Urteil v. 08.07.2015 - B 3 KR 5/14 R **RID 16-01-195**
SozR 4-2500 § 33 Nr. 47

Leitsatz: Ein **Hilfsmittel**, das als Bestandteil einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode eingesetzt wird, die ohne positive Bewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) in der vertragsärztlichen Versorgung nicht erbracht werden darf, fällt erst dann in die Leistungspflicht der Krankenkassen, wenn der **GBA** die **Methode positiv bewertet hat** (hier: Continuous Glucosemonitoring System für Diabetiker).

2. Präimplantationsdiagnostik: Polkörperdiagnostik

BSG, Urteil v. 12.09.2015 - B 1 KR 15/14 R **RID 16-01-196**
SozR 4-2500 § 27 Nr. 27

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

3. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Versorgungsauftrag nach Maßgabe des Landeskrankenhausplans

BSG, Urteil v. 23.06.2015 - B 1 KR 20/14 R **RID 16-01-197**
BSGE = SozR 4-2500 § 108 Nr. 4 = NZS 2015, 787 = KHE 2015/44

Leitsatz: Der sich aus der Aufnahme des Krankenhauses in den **Landes-Krankenhausplan** ergebende **Versorgungsauftrag** bestimmt den Umfang der kraft Gesetzes bestehenden Zulassung zur Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung außerhalb von Notfällen.

b) Kein Arbeitsverhältnis des Operateurs zum Krankenhaus (Jahr 2006)

BSG, Urteil v. 17.11.2015 - B 1 KR 12/15 R **RID 16-01-198**

BSGE = SozR 4-2500 § 109 Nr. 50

Leitsatz: Der Vergütungsanspruch eines **Krankenhauses** setzte noch **im Jahr 2006** das Erbringen der Hauptleistung durch **eigenes Personal** voraus.

c) Erforderlichkeit eines Krankenhausaufenthalts: Radiojodtherapie

BSG, Urteil v. 17.11.2015 - B 1 KR 18/15 R **RID 16-01-199**

BSGE = SozR 4-2500 § 39 Nr. 24

Leitsatz: Stationäre Krankenhausbehandlung ist im Rechtssinne aus allein medizinischen Gründen **erforderlich**, wenn die medizinisch notwendige Versorgung **aus Gründen der Rechtsordnung nur stationär** erbracht werden darf.

d) Vorstationäre Behandlung vor ambulanter Operation

BSG, Urteil v. 17.11.2015 - B 1 KR 30/14 R **RID 16-01-200**

juris

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse für **vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung** entsteht nach näherer Maßgabe von **§ 115a III SGB V** zur Anspruchshöhe - unabhängig von einer Kostenzusage - **unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes**, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt, zudem den speziellen Anforderungen des § 115a SGB V genügt, erforderlich und abrechenbar ist.
Die Abrechenbarkeit ist **nicht dadurch ausgeschlossen, dass sich an die vorstationäre Behandlung eine ambulante Operation nach Maßgabe des § 115b SGB V anschließt** (vgl bereits BSG SozR 4-2500 § 115a Nr. 5, Rn. 8). Eine vorstationäre Behandlung ist zwar im Falle einer stationären Behandlung neben der zu vergütenden Fallpauschale nicht gesondert berechenbar (§ 8 II 3 Nr. 4 KHEntgG). Eine entsprechende gesetzliche Ausschlussregelung gibt es für den Vergütungsanspruch wegen vorstationärer Behandlung bei nachfolgender ambulanter Operation aber nicht.
Eine vorstationäre Behandlung ist regelmäßig nicht **erforderlich**, wenn stattdessen **vertragsärztliche Versorgung ausreichend** ist. Krankenhausbehandlung, und sei sie auch vorstationär, darf nach den Vorgaben des Gesetzes nur dann vertragsärztlich verordnet werden, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht (vgl. § 73 IV 1 SGB V).

e) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

BSG, Urteil v. 23.06.2015 - B 1 KR 21/14 R **RID 16-01-201**

SozR 4-2500 § 109 Nr. 46

Leitsatz: Eine **geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung** ist nur für Patienten ab Vollendung des 60. Lebensjahrs vorgesehen.

f) Keine weitere Nebendiagnose bei fehlender Behandlungsbedürftigkeit

BSG, Urteil v. 23.02.2016 - B 1 KR 13/14 R **RID 16-01-202**

SozR 4-5560 § 17b Nr. 6 = KHE 2015/38

Leitsatz: Ein **Krankenhaus** darf, gestützt auf erhöhte Laborwerte, die Symptome einer spezifisch behandlungsbedürftigen, kodierten Nebendiagnose sind, eine **weitere Nebendiagnose** für eine Krankenhausfallpauschale nicht kodieren, wenn die weitere Nebendiagnose der spezifischen **Behandlung nicht bedurfte**.

g) Aufwandspauschale: Überprüfung einer Fallzusammenführung

BSG, Urteil v. 23.06.2015 - B 1 KR 23/14 R **RID 16-01-203**
SozR 4-2500 § 275 Nr. 29 = KHE 2015/39

Leitsatz: Anspruch auf Zahlung einer einzigen **Aufwandspauschale** von 100 Euro wegen Auffälligkeitsprüfung ohne Rechnungsminderung besteht unabhängig von der **Zahl der in die Prüfung einzubeziehenden Abrechnungen**, wenn nach dem Prüfauftrag nur eine Abrechnungsprüfung zu erfolgen hat.

Parallelverfahren:
BSG, Urteil v. 23.06.2015 - B 1 KR 17/14 R **RID 16-01-204**
KHE 2015/50

4. Zuständigkeit der Aufsichtsbehörde bei Öffnung der Krankenkasse in viertem Bundesland

BSG, Urteil v. 10.03.2015 - B 1 A 10/13 R **RID 16-01-205**
BSGE = SozR 4-2400 § 90 Nr. 1 = NZS 2015, 540

Leitsatz: Der **Zuständigkeitsbereich** für die **Aufsicht** über eine geöffnete Innungskrankenkasse ergibt sich aus der räumlichen Verteilung der festen Arbeitsstätten der von der Handwerksrolle erfassten Innungsbetriebe, die der IKK angehören.

5. Verfahrensrecht

a) Schadensersatzanspruch aus Betrug des Versicherten: Rechtsweg zu Sozialgerichten

BSG, Beschluss v. 30.09.2015 - B 3 KR 22/15 B **RID 16-01-206**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = SozR 4-1500 § 51 Nr. 14

Auf Nichtzulassungsbeschwerde der bekl. Krankenkasse (und Widerkl.) wird ***LSG Bayern***, Urt. v. 18.11.2014 - L 5 KR 379/10 - aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückverwiesen.

Der **Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit** ist eröffnet für die Klage einer Krankenkasse wegen eines **Erstattungs- bzw. Schadensersatzanspruchs** aufgrund des Vorwurfs einer von einem **Versicherten** bzw. einem Dritten zusammen mit einem **Leistungserbringer** zu Lasten der Krankenkasse gemeinschaftlich begangenen **Straftat** (hier: Die Kl. habe wahrheitswidrig Leistungsnachweise über die Krankenpflege ihrer Tochter unterschrieben, die zur Rechnungslegung an die Bekl. weitergereicht worden seien. Tatsächlich seien mindestens 40 % weniger Pflegestunden als abgerechnet und zudem nichtexaminierte Pflegekräfte eingesetzt worden. Die Unrechtsabrede habe auch umfasst, dass Dr. L. die von der Bekl. erhaltenen Vergütungen an die Kl. weitergeleitet habe im Umfang von 24.940 €).

Auch wenn die **Beteiligung eines Dritten** an dem Vertragsbruch einer Vertragspartei beim Vorliegen besonderer Umstände eine zum Schadensersatz verpflichtende **sittenwidrige Schädigung** des anderen Vertragspartners im Sinne von § 826 BGB sein kann (st. Rspr., BGHZ 12, 308, 317 f. m.w.N.; vgl. auch BGH v. 19.02.1979 - II ZR 186/77 - NJW 1979, 1704), wird deshalb nicht der **Zivilrechtsweg** eröffnet, wenn der behauptete **Lebenssachverhalt** maßgeblich von Rechtsvorschriften des Rechts der GKV (SGB V) geprägt ist (hier: häuslichen Krankenpflege nach §§ 37 I, 132a SGB V).

Ebenso wie die Rückforderung einer Leistung der Rechtsnatur dieser Leistung folgt, folgen auch **Ersatz- oder Schadensersatzansprüche** sowie Unterlassungsansprüche wegen Verletzung besonderer Verpflichtungen der Rechtsnatur, in die das Rechtsverhältnis eingebettet ist und dem die besondere Verpflichtung entnommen ist.

b) Bedeutung eines prozessualen Anerkenntnisses/Anfechtung und Widerruf

BSG, Urteil v. 08.09.2015 - B 1 KR 1/15 R **RID 16-01-207**

BSGE = SozR 4-1500 § 101 Nr. 2 = KrV 2015, 261 = KHE 2015/76

Leitsatz: 1. Ein **prozessuales Anerkenntnis** ist eine reine Prozesserklärung, die mit einer materiell-rechtlichen Erklärung als Doppeltatbestand verbunden sein kann.
2. Ein prozessuales Anerkenntnis ist nach Zugang bei Gericht nicht wegen Irrtums **anfechtbar** und kann grundsätzlich nicht wirksam widerrufen werden.

c) Terminverlegung bei Bevollmächtigung eines bestimmten Rechtsanwalts einer Sozietät

BSG, Beschluss v. 30.09.2015 - B 3 KR 23/15 B **RID 16-01-208**

juris

Auf Beschwerde des Kl. wird ***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 27.01.2015 - L 4 KR 514/11 - aufgehoben und wird der Rechtsstreit an das LSG zurückgewiesen.

Eine **Terminverlegung** rechtfertigende **„erhebliche Gründe“** i.S. des § 202 SGG i.V.m. § 227 I 1 ZPO sind nur solche Umstände, die auch und gerade zur Gewährleistung des rechtlichen Gehörs eine Zurückstellung des Beschleunigungs- und Konzentrationsgebotes erfordern (BVerwG NJW 1995, 1231).

Ein Kläger kann nicht darauf verwiesen werden, sich in der mündlichen Verhandlung **durch einen anderen Rechtsanwalt der Sozietät vertreten zu lassen**, wenn er weder im Klageverfahren noch im Berufungsverfahren ein **Sozietätsmandat** erteilt, sondern nur einen **bestimmten Anwalt bevollmächtigt** hat (hier: nach Ausscheiden des Anwalts aus der Sozietät und Eintritt in eine neue Sozietät unter „Mitnahme“ des Mandats). Ein Gericht darf von einem Rechtsanwalt keine Verletzung des Mandatsvertrags durch eine unerlaubte Unterbevollmächtigung verlangen.

Bei einem ersten Verhinderungsfall wegen Terminkollision ist die Vertretung durch ein anderes Sozietätsmitglied **unzumutbar**, wenn der verhinderte Rechtsanwalt in der Sozietät der **einzige Fachanwalt für Medizinrecht** ist und wegen der prozessualen Wahrnehmung eines Medizinrechtsfalls verhindert ist.

d) Neue Anhörungsmitteilung für Entscheidung ohne mündliche Verhandlung

BSG, Beschluss v. 17.11.2015 - B 1 KR 65/15 B **RID 16-01-209**

juris

Auf Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. gegen ***LSG Hessen***, Beschl. v. 25.06.2015 - L 8 KR 114/14 - wird der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückverwiesen.

Dem **rechtlichen Gehör** ist Genüge getan, wenn den Beteiligten Gelegenheit sowohl zur Äußerung von etwaigen Bedenken, die sie gegen eine **Entscheidung ohne mündliche Verhandlung** (und ohne Hinzuziehung der ehrenamtlichen Richter) haben, als auch zur Stellungnahme in der Sache selbst eingeräumt wird. Wird nach einer (ersten) Anhörungsmitteilung weiter **vorgetragen** und werden formelle **Beweisanträge** gestellt, muss eine **neue Anhörungsmitteilung** nach § 153 IV 2 SGG mit Äußerungsmöglichkeit ergehen, wenn das LSG auch unter Würdigung des neuen Vorbringens an seiner Absicht festhalten will, über die Berufung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung zu entscheiden und den Beweisanträgen nicht nachzugehen. Unterbleibt eine notwendige zweite Anhörungsmitteilung gänzlich, stellt jedenfalls dies einen **absoluten Revisionsgrund** dar.

Will das LSG den Beteiligten mit formlosen Anhörungsschreiben rechtliches Gehör gewähren, kann es bei **fehlender Rückmeldung** nicht davon ausgehen, dass alle Verfahrensbeteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten haben; in solchen Fällen hat sich das Gericht vor Erlass einer ohne mündliche Verhandlung ergehenden Endentscheidung Gewissheit darüber zu verschaffen, dass das Anhörungsschreiben allen Beteiligten zugegangen ist.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Widerruf der Approbation: Abrechnung nicht erbrachter Therapiestunden über längeren Zeitraum

VG München, Urteil v. 20.10.2015 - M 16 K 15.1873 **RID 16-01-210**

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Feststellungen in einem **Strafurteil** können im gerichtlichen Verfahren bei der Beurteilung der Zuverlässigkeit und Würdigkeit im berufsrechtlichen Sinn grundsätzlich zu Grunde gelegt werden.
Die Gefährdung der finanziellen Basis der Krankenkassen durch betrügerische oder leichtfertige **Falschabrechnungen** in großem Umfang stellt eine solche berufliche Verfehlung dar, die den **Widerruf der Approbation** als Arzt rechtfertigt (hier: Abrechnung nicht erbrachter Therapiestunden über einen längeren Zeitraum hinweg in einer Gesamthöhe von über 200.000 €). Ob das betreffende Fehlverhalten tatsächlich **in der Öffentlichkeit bekanntgeworden** ist, ist insoweit ohne Bedeutung.

b) Anordnung des Ruhens der Approbation bei psychischen Auffälligkeiten

VG München, Urteil v. 20.10.2015 - M 16 K 13.5101 **RID 16-01-211**

juris

BÄO §§ 3 I Nr. 3, 6 I Nr. 3

Die **Anordnung des Ruhens der Approbation** ist gerechtfertigt, wenn **Zweifel** bestehen, ob eine Ärztin in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Arztberufs geeignet ist, und sie sich weigert, sich der angeordneten fachärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Es bedarf nicht „ernstlicher" Zweifel oder eines „dringenden Verdachts" (hier: **psychische Auffälligkeiten** wie fremdaggressives Verhalten, Unterbringung wegen Selbstgefährdung, Verhaltensauffälligkeit in der Klinik).

c) Vorläufige Wiedererteilung der Approbation als Arzt: Wiederherstellung der Würdigkeit

OVG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 16.06.2015 - 3 MB 24/15 **RID 16-01-212**

juris

BÄO § 3

Die **Wiederherstellung der Würdigkeit** setzt voraus, dass sich die Sachlage „zum Guten geändert hat", nämlich der Arzt das erforderliche Ansehen und Vertrauen zurückerlangt hat. Das ist der Fall, wenn unter Würdigung aller Umstände nicht mehr zu besorgen ist, dass dessen selbstständige Berufstätigkeit das Vertrauen der Öffentlichkeit in den Berufsstand nachhaltig erschüttern könnte. Im Wiedererteilungsverfahren sind daher im Rahmen einer Gesamtbetrachtung Art und Schwere des Fehlverhaltens sowie der zeitliche Abstand zu den die Unwürdigkeit begründenden Verfehlungen zu berücksichtigen, des Weiteren alle Umstände, die nach Abschluss des behördlichen Widerrufverfahrens eingetreten sind (so BVerwG, Beschl. v. 15.11.2012 - 3 B 36/12 - Buchholz 418.00 Ärzte Nr. 113, juris).
Auch wenn es keine **Fristen** gibt, nach deren Ablauf die die Unwürdigkeit begründenden Verfehlungen nicht mehr berücksichtigt werden dürfen, sind doch die **Tilgungsfristen nach dem Bundeszentralregistergesetz ein Anhaltspunkt**.
Sieben und mehr Jahre zurückliegende Verfehlungen können inzwischen so lange zurückliegen, dass sie nicht mehr vorgehalten werden können (hier: Verurteilung zu einer Geldstrafe von 60 Tagessätzen wegen sexueller Beleidigung einer Patientin; Verhaltensweisen gegenüber Ausbildungsplatzbewerberinnen und Praktikantinnen, die nicht medizinisch begründet gewesen, sondern auf ein sexuell motiviertes Interesse zurückzuführen waren).

d) Berufserlaubnis: Bloßer Zeitablauf reicht für Wiedererlangung der Würdigkeit nicht aus

VGH Bayern, Beschluss v. 27.11.2015 - 21 CE 15.2183 **RID 16-01-213**

juris

VwGO §§ 146, 147; BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 8 I u. II

§ 8 I BÄO geht davon aus, dass die Voraussetzungen des § 3 I 1 Nr. 2 BÄO, nämlich hier die **Wiederherstellung der Würdigkeit** zur Ausübung des ärztlichen Berufs, im Zeitpunkt der Entscheidung hierüber noch nicht erfüllt sind, jedoch im Verlauf der Zweijahresfrist des § 8 I BÄO vorliegen werden.

Ein **bloßer Zeitablauf** ist für die Wiedererlangung der Würdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs nicht ausreichend (vgl. BVerwG, Beschl. v. 15.11.2012 - 3 B 36.12 - juris).

Das Amtsgericht München verurteilte den Ast. 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 Ast. 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 die Berufung, ***BVerwG***, Beschl. v. 13.02.2014 - 3 B 68/13 - juris die Nichtzulassungsbeschwerde zurück. ***BVerfG***, Beschl. v. 28.03.2014 - 1 BvR 795/14 - nahm die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an. Gegen die Ablehnung der Wiedererteilung der Approbation ist ein Klageverfahren anhängig. ***VG München***, Beschl. v. 14.09.2015 - M 16 E 15.3563 - lehnte den Antrag des Ast., ihm vorläufig die Approbation als Arzt wiederzuerteilen, ab. Mit der Beschwerde begehrte der Ast. zuletzt, ihm vorübergehend die Ausübung des ärztlichen Berufs, beschränkt auf eine nicht selbständige und nicht leitende Tätigkeit zu erlauben. Der ***VGH*** wies die Beschwerde zurück.

2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen

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

OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 04.09.2015 - 1 L 93/15 **RID 16-01-214**

juris

HeilBerG Sachsen-Anhalt §§ 28, 28a

Leitsatz: Zur Anerkennung einer in der Ukraine erworbenen Facharztbescheinigung.

VG Magdeburg, Urt. v. 17.03.2015 - 3 A 79/13 - RID 15-03-180 wies die Klage ab, das ***OVG*** wies den Antrag des Klägers auf Zulassung der Berufung zurück.

b) Verletzung der Amtspflicht wegen Nichtberücksichtigung des vorgelegten Curriculums

OLG Hamm, Urteil v. 22.05.2015 - 11 U 101/14 **RID 16-01-215**

juris

BGB § 839; GG Art. 34

Ist die Anordnung einer Defizitprüfung rechtswidrig, weil das rechtzeitig vom Kl. eingereichte Curriculum der Universität bei der Entscheidung, ob eine Gleichwertigkeit der Ausbildung i.S.d. § 3 II BÄO vorliegt, nicht berücksichtigt worden ist, liegt eine **Verletzung der Amtspflicht zu rechtmäßigem Verwaltungshandeln** vor.

c) Popularklage WBO: Übergangsbestimmung „Facharzt für Allgemeinmedizin (Hausarzt)“

Bayerischer VerfGH, Entscheidung v. 11.11.2015 - Vf. 2-VII-15 **RID 16-01-216**

juris

Verf Bayern Art. 3 I, 5, 98 S. 4, 101, 118 I, 166; HeilKG Bayern Art. 27, 28 IV 2, 35 II

Leitsatz: 1. Zur Führung der **Facharztbezeichnung** auf dem Gebiet der **Allgemeinmedizin** und zur Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ nach den Weiterbildungsordnungen 2004, 2005 und 2013.
2. Die **Übergangsbestimmung** in Abschnitt A § 20 Abs. 2 WBO 2013, wonach die Facharztbezeichnung „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ oder die zugehörige Kurzbezeichnung nur in der Form **„Facharzt für Allgemeinmedizin (Hausarzt)“** geführt werden darf, ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.

d) Örtliche Zuständigkeit für Klage auf Erteilung eines ärztlichen Weiterbildungszeugnisses

VG Göttingen, Beschluss v. 09.12.2015 - 1 A 284/15 **RID 16-01-217**

juris

VwGO § 52 Nr. 5

Leitsatz: Statthafte Klageart für das auf die Erteilung eines ärztlichen **Weiterbildungszeugnisses** gerichtete Begehren ist die allgemeine **Leistungsklage** (Nds. OVG, Beschluss vom 18.08.2011 - 8 LA 101/11 - RID 11-04-204, juris, Rn. 9).
Die Leistungsklage ist unmittelbar gegen das von der Ärztekammer zur Weiterbildung ermächtigte Kammermitglied zu richten. Der **weiterbildende Arzt** wird insoweit als **Beliehener** tätig (OVG Schleswig Holstein, Urteil vom 16.8.1996 - 3 L 792/94 -, juris).
Bezieht sich die verliehene Befugnis zur Weiterbildung nur auf eine bestimmte Weiterbildungsstätte, so hat der beliehene Arzt dort einen **(Dienst-)Sitz** i.S.v. § 52 Nr. 5 VwGO.

3. Berufspflichten

a) Fachpsychologische Stellungnahme: Begutachtung/Äußerungen über Kollegen

VG Köln, Beschluss v. 02.01.2013 - 32 K 6123/11.T **RID 16-01-218**

juris

HeilBerG NRW § 58a

Die Erstellung einer **fachpsychologischen Stellungnahme** unterfällt der Berufsaufsicht der Kammer und damit auch den Regelungen der **Berufsordnung**.
Ist eine fachpsychologische Stellungnahme von ihrer Konzeption her auf eine Überprüfung und Bewertung der Aussagen des Attestes eines anderen Psychotherapeuten angelegt und nicht auf eine eigenständige Bewertung des Gesundheitszustandes bzw. Therapiebedarfes des betroffenen Kindes, so bedarf es keiner **Begutachtung** des Kindes. Handelt es sich dagegen um eine kindbezogene Feststellung und nicht lediglich um eine Bewertung von Aussagen des Attestes, so darf eine Feststellung nur aufgrund einer eigenen Untersuchung des Kindes getroffen werden.
Äußerungen über die Person eines anderen Psychotherapeuten sind zu unterlassen (hier u.a.: „Gefälligkeitsattest“; „in Gegensatz zu ärztlich-psychologisch verantwortlichem Handeln“). Davon unberührt bleibt die Verpflichtung von Psychotherapeuten, in einem Gutachten oder in anderen fachlichen Stellungnahmen nach bestem Wissen ihre fachliche Überzeugung auszusprechen, auch soweit es die Vorgehensweise von Kollegen betrifft.

b) Untersuchung der Person vor Beurteilung des psychischen Zustands

VG Köln, Beschluss v. 07.08.2012 - 32 K 3162/11.T **RID 16-01-219**

juris

HeilBerG NRW § 58a

Für die Frage, ob ein **Gutachten** vorliegt und welche Standards einzuhalten sind, ist nicht vorrangig die (verbale) Bezeichnung einer sachverständigen Äußerung von Bedeutung, sondern ihr tatsächlicher, aufgrund ihres Inhalts zu bestimmender Charakter. Von daher lässt sich eine Berufspflichtverletzung nicht durch entsprechende Definition einer fachlichen Stellungnahme als „Nicht-Gutachten" aus dem Anwendungsbereich der Berufsordnung herausinterpretieren. Bei der Bewertung kann es naturgemäß nur auf die schriftliche Darstellung ankommen, nicht etwa auf rein subjektive Vorstellungen des Verfassers oder außerhalb des Gutachtens liegende Umstände.
Bewertungen und Schlussfolgerungen in Bezug auf den konkreten Gesundheitszustand/psychischen Zustand einer Prozesspartei bedürfen einer **Untersuchung** der Person.
Es entspricht nicht dem **fachlichen Standard**, von einer **Borderline-Störung** auf eine **Geschäfts- und/oder Prozessunfähigkeit** der betreffenden Person zu schließen.

c) Verletzung der ärztlichen Dokumentationspflichten (Keine OP-Berichte)

LandesberufsG für Heilberufe Münster, Urteil v. 25.11.2015 - 6t A 2679/13.T **RID 16-01-220**

juris

BO Ärztekammer Westfalen-Lippe § 10 I

Leitsatz: Zur Verletzung der ärztlichen **Dokumentationspflicht**.

d) Abgabe von opioidhaltigen Schmerzmitteln/Einsetzen als Alleinerbe

Berufsgericht für Heilberufe Berlin, Beschluss v. 02.06.2015 - 90 K 5.14 T **RID 16-01-221**

juris

BO Berlin §§ 2 II, 32

Ein Arzt verletzt seine Pflicht zu gewissenhafter Berufsausübung, wenn er einer, wie er weiß, von **opioidhaltigen Schmerzmitteln abhängigen Patientin** nahezu täglich, an manchen Tagen zweimal am Tag, bei Hausbesuchen, zu denen er von der Patientin gerufenen worden war, Opioide injiziert oder ihr entsprechende Spritzen zur eigenständigen Injektion überlässt, ohne zu dem behandelnden Arzt Kontakt aufzunehmen, um die Behandlung bei Notfällen mit diesem abzustimmen und anderweitige fachkundige Schmerzbehandlung heranzuziehen.
Ein Arzt verstößt gegen seine Berufspflicht, wenn er sich im Zusammenhang mit seiner Berufsausübung von Patienten Geschenke oder andere Vorteile versprechen lässt, wenn nicht der Wert des Geschenks oder des anderen Vorteils geringfügig ist. Dies ist der Fall, wenn er das Versprechen einer Patientin annimmt, ihn als **Alleinerben** einzusetzen.

e) Verweisung eines Arztes an Hilfsmittellieferanten (Kompressionsstrümpfe)

VG Köln, Urteil v. 11.12.2015 - 31 K 3353/12.T **RID 16-01-222**

juris

HeilBerG NRW § 58a

Die **Verweisung eines Arztes** (hier: Facharzt für Gefäßchirurgie, Chirurgie und Phlebologie) an eine Firma zur notfallmäßigen Versorgung von Patienten mit **Kompressionsstrümpfen** ist zulässig, ebenso die Verweisung ganz besonders komplexer Einzelfälle.
Die mithin allenfalls nachgewiesene **Frequenz** von einem mit Kompressionsstrümpfen der Firma versorgten Patienten in der Woche bzw. von zehn Tagen steht nicht im Widerspruch zu den Angaben des Arztes, dass er sich darauf beschränkt habe, nur bei Notfällen oder bei besonders komplexen Fällen Patienten an die Firma zu verweisen.

Die Tatsache, dass sich für einige Monate ein **Schild der Firma neben dem Praxisschild** des Arztes befunden hat, erlaubt ebf. nicht zwingend den Rückschluss auf eine rechtlich nicht zulässige Zusammenarbeit mit der Firma.

f) Werbung mit dem Begriff „Zentrum“

Ärztliches BerufsG Niedersachsen, Urteil v. 22.04.2015 - BG 9/14 **RID 16-01-223**
juris = GesR 2015, 481 = MedR 2015, 909
SGB V § 95 I 2; BO Niedersachsen § 27

Ein Arzt, der für seine Praxis den Begriff **„Zentrum“** verwendet, muss mindestens mit einem weiteren Arzt zusammenarbeiten und auch gemeinsame Räumlichkeiten nutzen.

g) Vorschussforderung eines Facharztes für plastische und ästhetische Chirurgie

LandesberufsG für Heilberufe Münster, Beschluss v. 25.11.2015 - 6t E 441/13.T **RID 16-01-224**
juris
HeilBerG NRW § 29 I

Leitsatz: 1. Es bleibt offen, ob es Ärzten generell untersagt ist, einen **Vorschuss** auf ihr Honorar zu fordern.
2. Es ist berufsordnungswidrig, die **Vorauszahlung der gesamten Vergütung** auf der Grundlage einer der GOÄ nicht ansatzweise genügenden Berechnung zu verlangen.

4. Strafrecht

a) BVerfG: Darlegungsanforderungen in einem Klageerzwingungsantrag (Tod nach HNO-Operation)

BVerfG, 2. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 21.10.2015 - 2 BvR 912/15 **RID 16-01-225**
GG Art. 19 IV 1; StPO § 172

Zwar begegnet es keinen verfassungsrechtlichen Bedenken, § 172 III 1 StPO so auszulegen, dass der **Klageerzwingungsantrag** in groben Zügen den Gang des Ermittlungsverfahrens, den Inhalt der angegriffenen Bescheide und die Gründe für ihre Unrichtigkeit wiedergeben und eine aus sich selbst heraus verständliche Schilderung des Sachverhalts enthalten muss, der bei Unterstellung des hinreichenden Tatverdachts die Erhebung der öffentlichen Klage in materieller und formeller Hinsicht rechtfertigt. Denn diese **Darlegungsanforderungen** sollen die Oberlandesgerichte vor einer Überlastung durch unsachgemäße und unsubstantiierte Anträge bewahren und in die Lage versetzen, ohne Rückgriff auf die Ermittlungsakten eine Schlüssigkeitsprüfung vorzunehmen (vgl. BVerfGK 2, 45 <50>; 5, 45 <48>; 14, 211 <214 f.>). Die Darlegungsanforderungen dürfen allerdings nicht überspannt werden, sondern müssen durch den Gesetzeszweck geboten sein. Die Grenze des verfassungsrechtlich Zulässigen ist etwa dann überschritten, wenn der Antragssteller sich mit rechtlich Irrelevantem auseinandersetzen soll (vgl. BVerfGK 14, 211 <215>), wenn er sich Kenntnis von den Akten verschaffen soll, obwohl hierfür keine Veranlassung besteht (vgl. BVerfGK 14, 211 <216>), oder wenn er die staatsanwaltschaftlichen Entscheidungen oder die Einlassungen des Beschuldigten auch in ihren irrelevanten Abschnitten oder gar zur Gänze wiedergeben soll, obwohl sich deren wesentlicher Inhalt aus der Antragsschrift ergibt (vgl. BVerfGK 14, 211 <215>).
Soweit das Oberlandesgericht fordert, die Bf. habe nicht nur die Fragestellungen und Ergebnisse der fünf Sachverständigengutachten vollständig wiedergeben müssen, sondern auch die **Gründe für die Gutachtenaufträge** sowie die **Kontexte**, in denen aus den Gutachten zitierte Passagen im Original stehen, gehen diese Anforderungen über das für eine Schlüssigkeitsprüfung Notwendige weit hinaus. Diese Anforderungen sind durch den Gesetzeszweck daher nicht gedeckt und erschweren den Rechtsweg in verfassungsrechtlich nicht mehr tragbarer Weise.

Die Staatsanwaltschaft Hamburg führte ein **Ermittlungsverfahren** gegen zwei Beschuldigte durch, die Inhaber einer auf **Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde** spezialisierten Arztpraxis sind. In der Praxis wurden auch Operationen durchgeführt. Dabei arbeiteten die Beschuldigten mit einer Anästhesistin zusammen. Die Bf. ist die

Mutter eines zum Tatzeitpunkt neun Jahre alten Kindes. Im März 2007 suchte das Kind in Begleitung seines Vaters, des damaligen Ehemanns der Bf., die Praxis der Beschuldigten auf, um eine Operation zur Verbesserung der Nasenatmung durchführen zu lassen. Das Kind wurde dazu von der Anästhesistin in Narkose versetzt. Die Operation wurde vom Beschuldigten Dr. B. durchgeführt und verlief problemlos. Nach der Operation wurde das Kind, das noch nicht erwacht war, in einen Aufwachraum gebracht. Dort wartete bereits sein Vater, der in der Folgezeit bei dem Kind blieb. Nach einiger Zeit machte der Vater den Beschuldigten Dr. B. darauf aufmerksam, dass das Kind nicht mehr atmete. Trotz sofort eingeleiteter Rettungsmaßnahmen erlitt das Kind wegen einer mangelnden Sauerstoffversorgung schwere Hirnschädigungen, an deren Folge es eine Woche nach der Operation verstarb. Als wahrscheinliche Todesursache wurde Blut identifiziert, das nach der Operation aus der Nase in den Rachen und den Bereich des Kehlkopfs lief und dadurch eine Verlegung der Atemwege auslöste. Die Staatsanwaltschaft holte drei Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. K. ein. Daraufhin **stellte** sie das **Ermittlungsverfahren gegen Dr. B. ein**, erhob aber Anklage gegen die Anästhesistin. **AG Hamburg-Harburg**, Urt. v. 02.12.2009 verurteilte die Anästhesistin wegen fahrlässiger Tötung durch Unterlassen zu einer Geldstrafe von 150 Tagessätzen. Nach den Feststellungen des Amtsgerichts war während der Aufwachphase eine kontinuierliche Überwachung der Sauerstoffsättigung nicht sichergestellt. Insbesondere seien im Aufwachraum, entgegen dem fachlichen Standard, keine Pulsoxymeter vorhanden gewesen. Die Pflicht, eine solche Überwachung sicherzustellen, habe neben dem für die Operation verantwortlichen Arzt (Dr. B.) auch die Anästhesistin getroffen. Wäre das Kind ordnungsgemäß überwacht worden, hätte es nach den Feststellungen des Amtsgerichts mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ohne Schäden überlebt. In einer Verfügung des **LG Hamburg**, das die Rücknahme der von der Anästhesistin und der Staatsanwaltschaft eingelegten Berufung anregte, wies das LG auf eine nicht unerhebliche Mitverantwortung des operierenden Arztes Dr. B. hin, da eine Absprache des Inhalts, dass nur die Anästhesistin für die postoperative Überwachung der Patienten zuständig sei, nicht existiert habe. Auf **erneute Anzeige** der Bf. teilte die Staatsanwaltschaft mit, dass sie das **Ermittlungsverfahren** gegen den Beschuldigten Dr. B. gegen eine Zahlung von 5.000 € gemäß § 153a I StPO **eingestellt** habe. Die Beschwerde blieb erfolglos. ***OLG Hamburg***, Beschl. v. 22.04.2015 - 2 Ws 216/14 - verwarf den Antrag auf gerichtliche Entscheidung und lehnte den Antrag auf Prozesskostenhilfe und Beiordnung des Rechtsanwalts ab. Die ***Kammer des BVerfG*** nahm die Verfassungsbeschwerde zur Entscheidung an und gab ihr statt, soweit sie sich gegen die Verwerfung des Antrags auf gerichtliche Entscheidung richtet.

b) Persönliche Leistungserbringung durch ermächtigte Ärzte (Durchsuchungsanordnungen)

LG Berlin, Beschluss v. 19.01.2015 - 538 Qs 155/14 u.a. **RID 16-01-226**

juris = medstra 2015, 248

GG Art. 13 I; StPO §§ 102, 103; StGB § 263 I; SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31a

Grundsätzlich bestehen keine Zweifel daran, dass sich der **ermächtigte Arzt**, der **nicht persönlich erbrachte Leistungen** abrechnet, wegen Abrechnungsbetruges gemäß § 263 StGB strafbar macht. Nach gefestigter obergerichtlicher Rspr. ist davon auszugehen, dass der ermächtigte Arzt, der ärztliche Leistungen als eigene abrechnet oder abrechnen lässt, zumindest konkludent auch behauptet, dass die Voraussetzungen der den Abrechnungen zu Grunde liegenden Rechtsvorschriften eingehalten sind (vgl. BGH, Beschl. v. 25.01.2012 - 1 StR 45/11 - RID 12-02-241 m.w.N.).

Der zur (höchst-)persönlichen Leistung verpflichtete ermächtigte Krankenhausarzt ist nicht berechtigt, z.B. **Assistenzärzte**, die in seinem Krankenhaus tätig sind, mit der Durchführung von ambulanten ärztlichen Leistungen zu betrauen, die Gegenstand seiner Ermächtigung sind (LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 27.10.2004 - L 3 KA 209/04 ER - RID 05-01-20). Unstreitig ist allerdings, dass auch ermächtigte Ärzte **einzelne (Hilfs-)Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter delegieren** dürfen (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen aaO.). Es handelt sich insoweit um Leistungen, die der Arzt weder wegen ihrer Art noch wegen des mit ihnen verbundenen besonderen Gefährdungspotentials für den Patienten oder z.B. wegen der Schwere des Krankheitsfalls höchstpersönlich erbringen muss (§§ 15 I 3 BMV-Ä, 14 I EKV-Ä, 15 I SGB V; s. auch die Empfehlung zur Persönlichen Leistungserbringung der Bundesärztekammer und der KBV, Kapitel V), wobei allerdings die ärztliche Anleitungs- und Überwachungspflicht des delegierenden Arztes bestehen bleibt.

In Fällen nicht (höchst-)persönlicher Leistung besteht somit **kein Zahlungsanspruch** des Arztes. Wenn die KV gleichwohl leistet, wird deren Vermögen vermindert, ohne dass dem ein äquivalenter Vermögenszufluss gegenübersteht, weil zum maßgeblichen Zeitpunkt der Zahlung das Vermögen der KV nicht mit einem Zahlungsanspruch belastet war. Ohne diesen hat aber die erbrachte ärztliche Leistung keinen eigenen wirtschaftlichen Wert (vgl. BGH, Beschl. v. 25.01.2012 aaO.), weshalb im Rahmen der Bestimmung des Schadens im Sinne des § 263 StGB eine **saldierende Kompensation**

nicht stattfindet (vgl. z.B. BGH, Urt. 05.12.2002 - 3 StR 161/02 -; s.a. BVerfG, Beschl. v. 08.09.1997 - 2 BvR 2414/97 -).
Selbst wenn man einen **Tatverdacht** bejahen würde, ist die **Angemessenheit des Eingriffs** im Verhältnis zur Schwere der Tat und zur Stärke des Tatverdachts nicht zutreffend bewertet worden (vgl. BVerfGE 96, 44 <51>; BVerfG, Beschl. v. 08.01.2015 - 2 BvR 2419/13 -). Insb. hätten - zumal in Anbetracht des zwischenzeitlichen Zeitablaufs - Erforderlichkeitsgesichtspunkte einen höheren Stellenwert einnehmen müssen.

U.a. gegen die Beschuldigten, Prof. Dr. S. ist Leiter des Instituts für Transfusionsmedizin am Klinikum, Prof. Dr. D. ist Leiter der Klinischen Hämostaseologie der B, wird wegen des Verdachts des (gewerbsmäßigen) (Abrechnungs-)Betruges in einer unbestimmten Anzahl von Fällen gemäß den §§ 263 I, III Nr. 1, 53 StGB ermittelt. Ihnen wird vorgeworfen, als von der KV ermächtigte Ärzte Leistungen, die sie persönlich zu erbringen gehabt hätten, nicht persönlich erbracht zu haben, diese aber gleichwohl vorsätzlich entsprechend gegenüber der KV abgerechnet zu haben, um sich zu Unrecht zu bereichern. Die KV setzte für das Jahr 2011 für D. Honorare in Höhe von insgesamt 252.205,19 € und für S. in Höhe von 2.256.752,20 € fest, wovon für Kosten 156.494,34 € bzw. 1.907.919,81 € vom Krankenhaus abgezogen wurden. Das ***LG*** stellte die Rechtswidrigkeit der Durchsuchungsanordnungen fest.

c) Keine Strafbarkeit der Applikation von nicht zugelassenen Intrauterinspiralen

LG Essen, Beschluss v. 02.06.2015 - 52 Qs 11/15, 52 Qs - 28 Js 431/14 - 11/15, 52 Qs-28 Js 431/14-11/15 **RID 16-01-227**

juris = GesR 2015, 414

AMG §§ 4 XVII, 95 I Nr. 4, 96 I Nr. 5; StGB § 223 I, 228

Die **Applikation eines Medikaments durch einen Arzt** stellt **keine Abgabe** im Sinne des § 95 I Nr. 4 AMG dar, weil der Patient hierbei keine Verfügungsgewalt über das Arzneimittel erlangt.
Das Tatbestandsmerkmal des **Handeltreibens** i.S.d. § 95 I 1 Nr. 4 AMG ist genauso zu verstehen wie im Betäubungsmittelrecht (BGH, NStZ-RR 2012, 154; NStZ 2004, 457). Danach ist eine eigennützige, auf Umsatz gerichtete Tätigkeit, auch die nur gelegentliche oder nur einmalige, erforderlich. Eigennützig ist eine Tätigkeit, wenn der Täter von Gewinnstreben geleitet wird oder sich einen anderen materiellen oder objektiv messbaren immateriellen persönlichen Vorteil verspricht, durch den er materiell oder immateriell besser gestellt wird. Bloße Entgeltlichkeit reicht nicht aus; vielmehr muss sich für den Täter ein eigener Nutzen aus dem Umsatzgeschäft ergeben. Der Verkauf zum Selbstkostenpreis – hier gemäß § 10 GOÄ – stellt zwar eine entgeltliche Veräußerung, aber kein Handeltreiben dar (vgl. BGH NStZ 2004, 457 ff., Rn. 60 f.).
Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, seinen Patienten über die fehlende Zulassung **aufzuklären**; wird diese Aufklärung unterlassen, liegt eine rechtfertigende Einwilligung des Patienten gem. § 228 StGB in die körperverletzende Behandlung nicht vor. Dass die Patientinnen in dem als Musterverfahren geführten Ermittlungsverfahren erklärt haben mögen, sie seien von ihrer Behandlerin (einer anderen Ärztin) nicht aufgeklärt worden, lässt keinen Rückschluss auf das Verhalten der Angeschuldigten zu.
Eine **Täuschung** i.S.d. § 263 StGB liegt nicht vor, weil Verhütungsmittel regelmäßig von den gesetzlichen Krankenkassen oder privaten Krankenversicherungen nicht erstattet werden. Daher können die Patientinnen auch nicht über die fehlende Abrechnungsmöglichkeit getäuscht werden.

Die Staatsanwaltschaft wirft der Angeschuldigten vor, in fünf Fällen entgegen § 43 I AMG mit Arzneimitteln, die nur auf Verschreibung an Verbraucher abgegeben werden dürfen, Handel getrieben und diese Arzneimittel abgegeben zu haben. Sie habe zu einem Gesamtbetrag in Höhe von 2.217 € nicht zugelassene und verschreibungspflichtige, hormonabgebende Intra-Uterin-Spiralen (IUP) von der spanischen Fa. T S.L. erworben und diese in ihrer Praxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an Patientinnen veräußert. Die Arzneimittel hätten eine österreichische Zulassung, nicht aber eine Zulassung für den deutschen Markt gehabt. Das ***Amtsgericht*** hat die Eröffnung des Hauptverfahrens abgelehnt, da es an einem strafbaren Abgeben oder Handeltreiben fehle. Das ***LG*** verwarf die sofortige Beschwerde der Staatsanwaltschaft.

d) Verabreichung synthetisches Glukokortikosteroid Triamcinolonacetonid 40

LG Paderborn, Urteil v. 02.07.2015 - 5 KLs - 111 Js 495/10 - 39/13 **RID 16-01-228**

juris

StGB § 223 I

Die Verabreichung des **synthetischen Glukokortikosteroids Triamcinolonacetonid 40** anstatt besprochener pflanzlicher Arzneimittel, ohne dass zuvor eine notwendige **Aufklärung** erfolgt und in Kenntnis billigender Inkaufnahme, dass es zu Nebenwirkungen kommen kann, ist eine strafbare **Körperverletzung**.

Das ***LG*** verurteilte die Angeklagte wegen gefährlicher Körperverletzung in 17 Fällen, wegen versuchter gefährlicher Körperverletzung in 88 Fällen und wegen Körperverletzung in 172 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wird, und untersagte ihr für die Dauer von drei Jahren, selbstständig als Ärztin tätig zu sein.

e) M-III-Labor in Räumlichkeiten einer Apparategemeinschaft ohne überwiegende Kontrollpräsenz

LG Düsseldorf, Beschluss v. 09.10.2015 - 20 KLs 32/14 **RID 16-01-229**

juris

StGB §§ 223, 224

Die gebührenrechtliche Merkmalserfüllung der **Aufsicht** erfordert somit keine ständige und nicht einmal eine häufige Anwesenheit in den Laborräumlichkeiten. Derartiges lässt sich der GoÄ nicht entnehmen. Die **Erreichbarkeit** des Arztes reicht aus (was unter qualitativen Gesichtspunkten umso mehr Anspruch auf Richtigkeit hat, je weniger der Arzt wegen der **Automatisierung** eingreifen kann und je eher ein Eingreifen auch durch geschultes Personal - medizinisch-technische Assistenten - gleichwertig erfolgen kann). Die Forderung, dass der Arzt vor Ort sein müsse, um ggf. bei auftauchenden Problemen eingreifen zu können, ist gebührenrechtlich unter dem Prüfungsgesichtspunkt der Aufsicht gerade im Laborbereich nicht relevant. Eine solche Forderung dreht sich um qualitative Gesichtspunkte der Aufsicht. An deren Erfüllung bestehen vorliegend indes ebf. keine Zweifel. Ist der Befund verwertbar vorhanden und „passt“ er zu der veranlassten Untersuchung, spricht das dafür, dass die Geräte ordnungsgemäß funktionieren, ordnungsgemäß durch geschultes und eingewiesenes Personal bedient wurden und dass die Arbeitsabläufe eingehalten wurden.

Der Arzt (ganz gleich ob beauftragter Laborarzt oder ein behandelnder Arzt, der kein Fremdlabor beauftragt), der **Laborleistungen** der in Abschnitt M III und/oder M IV selbst erbringt oder sie unter seiner **Aufsicht nach fachlicher Weisung erbringen lässt**, darf diese Leistungen auch in Rechnung stellen. Mischformen erfüllen die Befugnis auch. Dazu, wie die Aufsicht zu gestalten ist, lassen sich der GoÄ keine konkreten Vorgaben entnehmen. Gleiches gilt sinngemäß für die Frage, ob der abrechnende Arzt wenigstens einen Teil der Laborleistung in Person erbringen muss. Die Ansicht der Bundesärztekammer hierzu findet weder im Wortlaut noch in der Regelungssystematik der GoÄ eine Stütze. Der Arzt, der Laborleistungen nach den Abschnitten M III und/oder M IV abrechnet, muss über **Laborräumlichkeiten**, die erforderlichen **Geräte** und (wenn er nicht alles selbst erbringt) das **Personal** zur Bedienung der Geräte verfügen (können). Dass sich **mehrere Ärzte Laborräumlichkeiten, Laborgerätschaften und Personal teilen**, verbietet die GoÄ nicht. Der abrechnende Arzt muss allerdings - soweit er die Leistungen nicht selbst erbringt - das Abrechnungsmerkmal der eigenen Leistung erfüllen (**Aufsicht nach fachlicher Weisung**). Diese Merkmale sind bei Beauftragung eines Fremdlabors nicht erfüllt. Der Arzt, der ein Fremdlabor beauftragt, verfügt nicht über Laborräumlichkeiten, nicht über die erforderlichen Geräte und nicht über Personal zur Bedienung der Geräte. Damit einem solchen Arzt der Anreiz fehlt, ausufernd Laborleistungen zu beauftragen, um damit ohne eigenen Aufwand Geld zu verdienen, ist die Abrechnungsfiktion in § 4 II 2 GoÄ auf die Leistungen nach Abschnitt M II begrenzt worden.

Die **Aufsicht** muss in dem jeweils betroffenen einzelnen Vorgang nicht (jedesmal) en passant mittels der Validierung wahrgenommen worden. Derartiges ist für die Erfüllung des Merkmals der Aufsicht im Hinblick auf den einzelnen Vorgang aber auch nicht erforderlich, wenn durch Umstände, die außerhalb des jeweiligen einzelnen Vorgangs liegen, die Annahme begründet ist, dass die Aufsicht

insgesamt ausreichend ist (und sich somit auch auf den Einzelfall auswirkt, in dem der Angeschuldigte nicht persönlich validiert hat).

Das ***LG*** lehnte die Eröffnung des Hauptverfahrens aus rechtlichen und aus tatsächlichen Gründen ab.

f) Vorwurf des Abrechnungsbetrugs: Fremderbrachte Speziallaborleistungen (M III GoÄ)

LG Düsseldorf, Beschluss v. 28.04.2015 - 1 AR 13/15 **RID 16-01-230**

juris = medstra 2015, 318

StGB §§ 13 I, 263

Eine **Rechtspflicht zur Offenbarung** ergibt sich im konkreten Fall insb. nicht aus § 241 II BGB als Nebenpflicht aus dem mit dem Patienten geschlossenen Behandlungsvertrag. Zwar kann ein Arzt dazu verpflichtet sein, den – privatärztlich behandelten – Patienten vor der Behandlung darauf hinzuweisen, dass die Behandlungskosten nicht oder nur unter gewissen Voraussetzungen oder nicht in voller Höhe von der Krankenversicherung oder einem anderen Träger erstattet werden. Darum geht es vorliegend jedoch nicht: Die Ermittlungen haben nicht ergeben, dass die Beschuldigten geplant hatten, die Vergütung für die Laborleistungen unabhängig davon zu vereinnahmen, ob sie tatsächlich von einem anderen Arzt beansprucht werden kann. Die Beschuldigten haben also nicht die Leistung in dem Bewusstsein abgerechnet, dass für die Patienten die **Gefahr einer doppelten Inanspruchnahme** besteht. Sie haben auch nicht in dem Bewusstsein gehandelt, dass den Patienten die Erstattung des Honorars durch ihre Krankenversicherungen bzw. – im Falle der Beihilfeberechtigung – durch ihren Dienstherrn versagt wird. Beides ist – soweit ersichtlich – auch nicht geschehen. Da somit für die Beschuldigten kein Anlass zu der Befürchtung bestand, ihren Patienten entstehe durch die gewählte Art und Weise der Erbringung und Abrechnung laborärztlicher Leistungen ein Nachteil, bestand auch keine in den jeweiligen Behandlungsverträgen wurzelnde Hinweispflicht, deren Verletzung gemäß § 13 I StGB hätte strafbar sein können.

Das ***LG*** stimmte der vorläufigen Einstellung des Verfahrens (gegen Erbringung einer Geldauflage, § 153a I StPO) mangels Tatverdachts nicht zu.

g) Andere Operation als geplant

AG Moers, Urteil v. 22.10.2015 - 601 Ds - 103 Js 80/14 - 44/15 **RID 16-01-231**

juris

StGB §§ 223, 230

Jeder **ärztliche Eingriff** in die körperliche Unversehrtheit stellt eine tatbestandsmäßige **Körperverletzung** dar. Liegt der **tatsächlich vorgenommenen Operation ein gänzlich anderer Befund** zu Grunde als der geplanten Maßnahme, so ist die Operation nicht von der **Einwilligung** mit dem Passus „mit ... sich erst während des Eingriffs als medizinisch notwendig erweisenden Änderungen oder Erweiterungen ... bin ich ebenfalls einverstanden“ gedeckt.

Eine **mutmaßliche Einwilligung** setzt voraus, dass eine Einwilligung des Patienten nicht eingeholt werden kann. Steht der Arzt intraoperativ vor der Frage, ob er eine mit Zustimmung des Patienten begonnene Operation auf Grund von veränderten Umständen abbrechen oder fortsetzen soll, kommt die Annahme einer mutmaßlichen Einwilligung zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten dann nicht in Betracht, wenn die Verzögerung des Eingriffs, die durch die Aufklärung und Einholung der Einwilligungserklärung entstünde, nicht mit akuter Lebensgefahr oder erheblichen Risiken für die Gesundheit des Patienten verbunden ist.

Eine **hypothetische Einwilligung** ist für den Bereich des Strafrechts bereits die Anerkennung zu versagen. Dabei wird nicht verkannt, dass der 1. und 4. Strafsenat des BGH von einer Anwendbarkeit der Rechtsfigur auch bei der Beurteilung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit des Arztes ausgehen (vgl. BGH, NStZ 1996, 34 f.; BGH, NStZ-RR 2004, 16; BGH, NStZ 2004, 442; BGH, NStZ-RR 2007, 340; BGH, NStZ 2008, 2008, 150). Dem ist jedoch nicht zu folgen. Im Übrigen liegen die Voraussetzungen hier nicht vor.

Das ***AG*** verurteilte den Angekl. wegen vorsätzlicher Körperverletzung kostenpflichtig zu einer Geldstrafe von 30 Tagessätzen zu je 100 €.

h) Falschangaben zu Dialysebehandlungen gegenüber Eurotransplant

LG Göttingen, Urteil v. 06.05.2015 - 6 Ks 4/13 **RID 16-01-232**

juris

TPG § 20

Falschangaben zu Dialysebehandlungen gegenüber Eurotransplant erfüllen keinen Straftatbestand. Die Verhinderung des Todes bzw. die Verlängerung des Leidens oder des pathologischen Gesundheitszustandes eines bestimmten von seinem Warteplatz durch Manipulation verdrängten Patienten werden nicht vom **Schutzzweck der Organzuteilungsregeln** umfasst. Diejenigen Patienten, bei denen eine Lebertransplantation erforderlich ist, um ihre Erkrankung zu heilen oder zumindest Leiden zu lindern, haben kein originäres Leistungsrecht auf Zuteilung eines Organs, sondern lediglich ein derivatives Teilhaberecht am Organverteilungssystem.
Die Annahme der Spenderlebern nach Falschangaben durch den Arzt bedeutet zwar eine zu missbilligende **Verletzung der Verteilungsgerechtigkeit** und des Vertrauens der Allgemeinheit in die Lauterkeit und Funktionsfähigkeit des Organverteilungssystems, stellt jedoch weder eine zurechnungsgeeignete **Tötungshandlung** im Sinne des § 212 StGB bzw. eine **Körperverletzungshandlung** im Sinne der §§ 223 ff. StGB noch eine sonstige strafrechtliche relevante Handlung dar.
Ein Verstoß gegen die **Alkoholkarenzzeitregelung** ist nicht strafbar. Die Regelung ist verfassungswidrig und somit rechtlich unverbindlich. Dies gilt auch für den ausnahmslosen **Ausschluss von Patienten mit extrahepatischem Tumorwachstum** von der Aufnahme in die Warteliste und das Erfordernis, die Aufnahme eines **Patienten mit akutem Leberversagen** bei viraler Hepatitis ausnahmslos davon abhängig zu machen, ob die sog. Clichy-Kriterien erfüllt sind.

5. Ärztliche Schweigepflicht im Zivilprozess nach dem Tod der Patienten

OLG Koblenz, Beschluss v. 23.10.2015 - 12 W 538/15 **RID 16-01-233**

juris

ZPO § 383 I Nr. 6

Der Arzt hat zu Lebzeiten seiner Patienten seine **ärztliche Schweigepflicht** zu beachten. Das bedeutet, dass er in einem Zivilprozess unter Berufung auf seine Schweigepflicht betreffend die Pflegebedürftigkeit seiner Patienten das Zeugnis verweigern darf, so lange die Patienten ihn nicht von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbinden. Die ärztliche Schweigepflicht reicht über den Tod der Patienten hinaus. **Nach dem Tod der Patienten** ist zu prüfen, ob sie zu Lebzeiten geäußert haben, dass der Arzt nach ihrem Tod schweigen soll bzw. dass er Angaben machen darf. Gibt es eine solche Äußerung nicht, ist der **mutmaßliche Wille** der Verstorbenen zu erforschen, also zu prüfen, ob sie die Offenlegung mutmaßlich gebilligt oder missbilligt hätten (vgl. zu allem BGH, NJW 1984, 2893).
Im Rahmen der Erforschung des mutmaßlichen Willens ist dem Arzt eine weitgehende eigene Entscheidungsbefugnis einzuräumen. Er muss allerdings, wenn er sich zu einer Aussageverweigerung entschließt, eine **gewissenhafte Prüfung** vornehmen und im Einzelnen darlegen, auf welche Belange des Verstorbenen sich seine Weigerung stützt (BGH aaO.).

6. Teilnahme am Notdienst setzt (zahn)ärztliche Tätigkeit voraus

VG Gelsenkirchen, Urteil v. 19.08.2015 - 7 K 3243/14 **RID 16-01-234**

juris

HeilBerG NRW § 30 Nr. 2; GG Art. 12 I

Für eine Klage auf Heranziehung zum Notdienst fehlt es an dem erforderlichen **Rechtsschutzbedürfnis**, wenn der Kl. vor Erhebung der Klage weder mitgeteilt hat, dass er (wieder) zahnärztlich tätigt sei, noch die Bekl. aufgefordert hat, ihn nunmehr zum zahnärztlichen Notdienst heranzuziehen.
Regelungen zur Heranziehung zum Notdienst sind dahin zu verstehen, dass mit der Verpflichtung zugleich die **Berechtigung** einhergeht, nach Maßgabe der Vorschriften **am Notdienst teilzunehmen**.
Die Teilnahme am Notdienst setzt voraus, dass der jeweilige **Zahnarzt tatsächlich tätig ist**, also aktiv als Zahnarzt praktiziert, was in der Regel voraussetzt, dass dieser über einen aktiven Patientenstamm verfügt und - bei einer Tätigkeit in eigener Praxis - eine Zahnarztpraxis aktiv betrieben wird, d.h. für

Patienten geöffnet ist. Das bloße Vorhalten von Räumlichkeiten und Geräten ohne aktiven Praxisbetrieb genügt grundsätzlich nicht.

7. Genehmigung für eine medizinische Studie nach der Strahlenschutzverordnung

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 08.01.2016 - 7 LA 95/14 **RID 16-01-235**

juris

RöV §§ 2, 28a; StrSchV §§ 3, 23, 24, 80, 87

Leitsatz: 1. Die **Genehmigungsbedürftigkeit** eines Vorhabens entfällt nicht bereits, wenn das Forschungsvorhaben auch der **Heilbehandlung** des Probanden dient, denn dann steht immer noch die Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnis im Vordergrund. Lediglich der individuelle Heilversuch, der in erster Linie der Heilung des Patienten mit einer noch nicht abschließend erprobten Methode dient, ist als Heilbehandlung und damit nicht mehr als genehmigungsbedürftiges **Forschungsvorhaben** anzusehen.
2. § 80 StrlSchV ist nur für die **Heilkunde** einschlägig und nicht geeignet, eine medizinische Anwendung radioaktiver Stoffe und ionisierender Strahlung im Rahmen einer der Forschung dienenden **Studie** zu rechtfertigen. Diese ist im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens an den Vorschriften der §§ 23 ff. sowie §§ 86 ff. StrlSchV zu messen.

8. Überprüfung eines Schiedsspruchs: Gemeinschaftspraxis Vertragsarzt mit Nichtvertragsarzt

OLG Köln, Beschluss v. 15.01.2015 - 19 Sch 13/14 **RID 16-01-236**

juris

Ärzte-ZV § 33; ZPO §§ 1059, 1060

Das Verbot der révision au fond, nach der die materielle **Richtigkeit des Schiedsspruchs** nicht zu prüfen ist, gehört zu den grundlegenden Prinzipien der Verfahren nach den §§ 1059, 1060 ZPO. Davon kann nur abgewichen werden, wenn die Entscheidung den **ordre public** verletzen, also zu einem Ergebnis führen würde, das mit den wesentlichen Grundsätzen des deutschen Rechts offensichtlich unvereinbar ist. Es muss sich um eine nicht abdingbare Norm handeln, die Ausdruck einer für die Rechtsordnung grundlegenden Wertentscheidung des Gesetzgebers ist. Eine geltend gemachte **Verletzung von § 33 Ärzte-ZV** fällt nicht darunter, ohne dass es darauf ankommt, ob die Kooperationsvereinbarungen der Parteien über die Gestaltung der Zusammenarbeit in ihrer früheren Gemeinschaftspraxis, insb. die Gewinnermittlung und/oder -verteilung, hiergegen oder gegen sonstige für die rechtliche Zulässigkeit des Zusammenschlusses von Ärzten mit und ohne Kassenzulassung maßgeblichen Vorschriften oder Grundsätze verstoßen. Ein allgemeines Verbot des Zusammenschlusses von Ärzten mit und ohne Kassenzulassung zur gemeinsamen Berufsausübung gibt es nicht.

9. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Bundesgerichtshof(BGH)

aa) Keine zahnärztliche Werbung auf Rabattgutscheinportalen

BGH, Urteil v. 21.05.2015 - I ZR 183/13 **RID 16-01-237**

juris= GesR 2016, 56

UWG §§ 3, 4 Nr. 11; GOZ §§ 2 I, 5 I, II; BGB § 305c

Leitsatz: Erfolgsprämie für die Kundengewinnung
1. Die Bestimmung des § 1 Abs. 5 BO Zahnärzte Nordrhein, nach der der **Zahnarzt keine Verpflichtung** eingehen soll, die seine Unabhängigkeit bei der Berufsausübung beeinträchtigen kann, stellt eine **Marktverhaltensregelung** im Sinne von § 4 Nr. 11 UWG dar.
2. Ein Geschäftsmodell, an dem sich ein Zahnarzt beteiligt, ist mit § 1 Abs. 5 BO Zahnärzte Nordrhein unvereinbar, wenn es die Gefahr begründet, dass ein Zahnarzt sich bei der Behandlung nicht am Patientenwohl orientiert, sondern an seinen **eigenen wirtschaftlichen Interessen**. Eine solche Gefahr

ergibt sich nicht aus Bestimmungen in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Betreibers des Geschäftsmodells, die die Auslegung zulassen, dass der Zahnarzt die Behandlung eines Patienten aus medizinischen Gründen ohne Kostennachteile ablehnen kann.

Vorausgehend: KG Berlin, Urt. v. 09.08.2013 - 5 U 88/12 - RID 14-02-253.

bb) Setzen eines Links auf fremden Internetauftritt

BGH, Urteil v. 18.06.2015 - I ZR 74/14 **RID 16-01-238**

juris

UWG § 8 I

Leitsatz: Haftung für Hyperlink

1. Eine Haftung für die Inhalte einer über einen **Link** erreichbaren **Internetseite** wird nicht allein dadurch begründet, dass das Setzen des Links eine geschäftliche Handlung des Unternehmers darstellt.
2. Wer sich fremde Informationen zu Eigen macht, auf die er mit Hilfe eines **Hyperlinks verweist**, haftet dafür wie für eigene Informationen. Darüber hinaus kann, wer seinen Internetauftritt durch einen elektronischen Verweis mit wettbewerbswidrigen Inhalten auf den Internetseiten eines Dritten verknüpft, im Fall der Verletzung absoluter Rechte als Störer und im Fall der Verletzung sonstiger wettbewerbsrechtlich geschützter Interessen aufgrund der Verletzung einer wettbewerbsrechtlichen Verkehrspflicht in Anspruch genommen werden, wenn er zumutbare Prüfungspflichten verletzt hat.
3. Ist ein rechtsverletzender Inhalt der verlinkten Internetseite nicht deutlich erkennbar, haftet derjenige, der den Link setzt, für solche Inhalte grundsätzlich erst, wenn er von der **Rechtswidrigkeit** der Inhalte selbst oder durch Dritte **Kenntnis** erlangt, sofern er sich den Inhalt nicht zu eigen gemacht hat.
4. Der Unternehmer, der den Hyperlink setzt, ist bei einem Hinweis auf Rechtsverletzungen auf der verlinkten Internetseite zur **Prüfung** verpflichtet, ohne dass es darauf ankommt, ob es sich um eine klare Rechtsverletzung handelt.

Vorausgehend: OLG Köln, Urt. v. 19.02.2014 - 6 U 49/13 - RID 14-02-251.

b) Irreführende Werbung für Behandlungen mit der Magnetfeldtherapie

LG München I, Urteil v. 05.06.2014 - 17 HKO 10097/13 **RID 16-01-239**

juris = Magazindienst 2014, 716

HeilMWerbG § 3 S. 2 Nr. 1; UWG §§ 3, 4 Nr. 11

Die Werbung von Ärzten für Behandlungen mit der **Magnetfeldtherapie** unter Angabe der zu erwartenden Behandlungserfolge ist irreführend, weil es an einer wissenschaftlichen Absicherung dieser Aussagen fehlt.

c) Irreführende Werbung für osteopathische Behandlung mangels Wirksamkeitsnachweises

KG Berlin, Urteil v. 19.06.2015 - 5 U 120/13 **RID 16-01-240**

juris = Magazindienst 2015, 858

HeilMWerbG § 3; UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 5 I 2 Nr. 1

Insb. aus der Zusammenfassung des Standes der Wissenschaft in der Bekanntmachung der Bundesärztekammer „Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren“ (DÄ 2009, 2325 ff. Anlage K 15) geht hervor, dass **manuelle Therapien, wie die Chiropraktik und Osteopathie**, allgemein ohne besondere Bezugnahme auf bestimmte Anwendungsgebiete keine belegbaren, wissenschaftlich nachgewiesenen Wirkungen haben.

Vorausgehend: LG Berlin, Urt. v. 25.07.2013 - 52 O 300/12 - RID 14-01-189.

d) Weiterleitung von Rezepten an Apotheke auf Nachfrage

LG Dessau-Roßlau, Urteil v. 25.09.2015 - 3 O 22/15 **RID 16-01-241**

juris
UWG § 4 Nr. 11

Die Werbung eines Arztes, dass zeitgleich mit dem Ausstellen des **Rezepts** in der Praxis dieses digital in der entfernten **Apotheke** erscheine, die die Patienten umgehend beliefere, ist kein Verstoß gegen die Vorschritt der Berufsordnung. Diese Aussage ist viel zu pauschal. Aus dieser nur wiedergegebenen Erklärung kann nicht abgeleitet werden, dass der Arzt im konkreten Einzelfall ohne Auskunftsverlangen des Patienten oder ohne hinreichenden Grund generell alle Rezepte an nur die beiden von ihm genannten Apotheken weiterleitet und Patienten dorthin verweist.

e) Unzulässige Werbung für kostenlose Zahnbefunderhebung und Beratung

LG Stade, Urteil v. 25.06.2015 - 8 O 37/15 **RID 16-01-242**

juris
HWG § 7 I 2; UWG § 4 Nr. 11

Erwartet der interessierte Verbraucher nach der Werbung eine **individuelle Zahnbefunderhebung** und je nach Befund auch eine **weiterführende Beratung**, so stellt die **Kostenlosigkeit** dieser Service-Leistungen sich aus Sicht des Verbrauchers als **Zuwendung und sonstige Werbegabe** i.S.d. § 7 HWG dar. Sie ist geeignet seine Entscheidung, zu wem und in welchem Umfang er sich in zahnärztliche Behandlung begibt, unsachlich zu beeinflussen.

f) Werbung für professionelle Zahnreinigung ist unzulässig

LG Stuttgart, Urteil v. 13.08.2015 - 11 O 75/15 **RID 16-01-243**

juris
HeilMWerbG § 7 I

Bei dem Angebot einer ersten **kostenlosen professionellen Zahnreinigung** handelt es sich um eine sonstige **Werbegabe** i.S.v. § 7 I HeilMWerbG, die unzulässig ist.

10. Zeitung nicht verantwortlich für Widergabe einer Patientenkritik

OLG Celle, Urteil v. 13.05.2015 - 13 U 177/14 **RID 16-01-244**

juris = AfP 2015, 438
GG Art. 1, 2 I; BGB §§ 823, 1004

Ein **Arzt** ist hinreichend **erkennbar**, wenn er zwar nicht namentlich benannt, aber durch die Nennung seiner Berufstätigkeit und seines Praxissitzes ausreichend konkret beschrieben wird.
Einem **Unterlassungsanspruch** steht entgegen, wenn es sich bei der Äußerung, deren Unterlassung der Verfügungskl. begehrt, nicht um eine solche der Verfügungsbekl., sondern um eine **Äußerung einer Patientin** handelt. Auf Unterlassung kann der Verbreiter von lediglich fremden Äußerungen eines Dritten in Anspruch genommen werden, wenn er nicht als bloßer Vermittler der Äußerung aufgetreten ist, sondern sich diese zu Eigen gemacht und damit eine eigene Behauptung aufgestellt hat (BGH, Urt. v. 17.12.2013 - VI ZR 2011/12 - juris Rn. 13).
Wegen einer **Meinungsäußerung** kann der Verfügungskl. keine Unterlassung gegenüber seiner Patientin verlangen. Dies hat zur Folge, dass ein Unterlassungsanspruch auch gegenüber den Verfügungsbekl. nicht besteht.

11. Arbeits- und Sozialrecht

a) BAG: Externer Gutachter zur Prüfung von Pflegebedürftigkeit für den MDK als Selbständiger

BAG, Urteil v. 21.07.2015 - 9 AZR 484/14 **RID 16-01-245**

juris

BGB §§ 611, 631; SGB V § 275

Ein externer Gutachter zur Prüfung von Pflegebedürftigkeit für den MDK, der zwar zeitlich an den ihm gesetzten Rahmen gebunden ist und die Räumlichkeiten des MDK nutzt, im Hinblick auf die Ausstattung der Begutachtungszentren auf diese auch angewiesen ist und die Unterstützungsleistungen des MDK durch die Tätigkeit der Sekretärinnen in Anspruch nimmt, ist dennoch **selbständig** tätig, wenn er seine **Arbeitszeit selbst bestimmen kann**, wenn er insb. selbst bestimmen kann, an welchen Tagen er eine Tätigkeit für den MDK durchführt.

Das ***BAG*** wies die Revision d. Kl. gegen ***LAG Hamm***, Urt. v. 22.05.2014 - 16 Sa 1221/13 - RID 14-04-192 zurück.

b) Selbständige Tätigkeit im Krankenhaus bei fehlendem Weisungsrecht hinsichtlich der Arbeitszeit

LAG Hessen, Urteil v. 30.11.2015 - 16 Sa 583/15 **RID 16-01-246**

juris

BGB § 611

Die **Tätigkeit eines Facharztes** kann in einem **Krankenhaus** grundsätzlich auch **selbständig** auf Honorarbasis erbracht werden. Ob im Einzelfall ein freier Dienstvertrag oder ein Arbeitsverhältnis vorliegt, bestimmt sich nach den **Vereinbarungen** der Parteien. Die räumliche und organisatorische Eingliederung des Honorararztes in die Klinik und die Zusammenarbeit mit dem Team spricht nicht für eine Arbeitnehmereigenschaft, denn die Tätigkeit eines Honorararztes kann regelmäßig nur in den Räumlichkeiten und mit dem Hilfspersonal des Dienstgebers erbracht werden. Die fehlende fachliche Weisungsgebundenheit ist bei Diensten höherer Art kein Kriterium. Dagegen kann die Aufführung in Dienstplänen ein Indiz für die Arbeitnehmereigenschaft darstellen. Unterliegt der Arzt keinem allgemeinen Weisungsrecht im Hinblick auf die Lage seiner Arbeitszeit, so ist er selbständig tätig.

c) Honorararzttätigkeit eines Anästhesisten im Krankenhaus

SG Berlin, Urteil v. 03.11.2015 - S 122 KR 2119/12 **RID 16-01-247**

juris

SGB V §§ 5 I Nr. 1, 7 I; SGB XI § 20 I; SGB VI § 1; SGB III § 25 I; KHEntgG § 2; SGG § 55

Leitsatz: Der Gesetzgeber möchte eine **Honorararzttätigkeit im Krankenhaus** nicht ausschließen. Ausgehend von diesem Willen, ist im Einzelfall anhand der von der Rechtsprechung aufgestellten **Kriterien zur Abgrenzung von selbstständiger Tätigkeit zu abhängiger Beschäftigung** die Prüfung in einer Gesamtschau vorzunehmen, wobei die Anwendung der Kriterien und deren Gewichtung sich an dem Wesen der konkreten ärztlichen Tätigkeit zu orientieren haben.

Das ***SG*** stellte fest, dass die Tätigkeit des Beigel. zu 1) als Anästhesist bei der Kl. keine Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung begründete.

d) Sozialversicherungspflicht: Eingliederung eines Anästhesisten in Klinik

SG Darmstadt, Urteil v. 16.11.2015 - S 8 KR 54/14 **RID 16-01-248**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV § 7a

Für eine abhängige Beschäftigung eines in einer Klinik tätigen Anästhesisten spricht die **Eingliederung** in deren Arbeitsorganisation. Eine solche liegt vor, wenn der Anästhesist nahezu ausschließlich mit den Betriebsmitteln der Klinik arbeitet, die Tätigkeit in den Räumlichkeiten der

Klinik erbringt und dabei ausschließlich die Arbeitsgeräte der Klinik verwendet, organisatorisch eingebunden ist und die Klinik sich seiner bedient, um ihre eigenen gesetzlichen und vertraglichen Pflichten gegenüber den Patienten und deren Kostenträger zu erbringen.
Für eine **abhängige Beschäftigung** spricht eine Weisungsabhängigkeit. Dem steht nicht entgegen, dass einzelne Aufträge abgelehnt werden können (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.08.2015 - L 4 R 1001/15 - RID 15-04-198). Für eine abhängige Beschäftigung spricht die Vergütung nach Arbeitsstunden und nach festen Stundensätzen, die höchstpersönliche Erbringung der Arbeitsleistungen, die Stellung einer Vertretung durch die Klinik, die Ersetzung eines Beschäftigten.

e) Kein Anspruch auf Mitunterzeichnung des Schlusszeugnisses durch leitenden Arzt

LAG Hessen, Urteil v. 06.02.2015 - 3 Sa 266/14 **RID 16-01-249**
juris
GewO § 109

Ein Arzt hat keinen Anspruch auf **Mitunterzeichnung** seines **Schlusszeugnisses** durch einen leitenden Arzt seines Fachgebietes.

12. BGH: Wiedergabe von Hörfunksendungen in Wartezimmern von Zahnarztpraxen

BGH, Urteil v. 18.06.2015 - I ZR 14/14 **RID 16-01-250**
juris
UrhG § 15 III; BGB §§ 119, 313

Leitsatz: Hintergrundmusik in Zahnarztpraxen
Die **Wiedergabe von Hörfunksendungen in Wartezimmern von Zahnarztpraxen** ist im Allgemeinen nicht als öffentliche Wiedergabe im Sinne von § 15 Abs. 3 UrhG anzusehen. Sie greift daher in der Regel nicht in das ausschließliche Recht der Urheber von Musikwerken oder Sprachwerken ein, Funksendungen ihrer Werke durch Lautsprecher öffentlich wahrnehmbar zu machen (§ 15 Abs. 2 Satz 1 und 2 Nr. 5 Fall 1, § 22 Satz 1 Fall 1 UrhG) und begründet auch keinen **Anspruch der ausübenden Künstler auf angemessene Vergütung**, soweit damit Sendungen ihrer Darbietungen öffentlich wahrnehmbar gemacht werden (§ 78 Abs. 2 Nr. 3 Fall 1 UrhG).

Vorausgehend: AG Düsseldorf, Urt. v. 04.04.2013 - 57 C 12732/12 - RID 13-03-240; LG Düsseldorf, Urt. v. 08.01.2014 - 23 S 144/13 - RID 15-02-253.

13. Ärztekammer: Abgabepflicht für Mitarbeiter eines Ärzteblatts

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 16.06.2015 - L 4 R 183/10 **RID 16-01-251**
Revision anhängig: B 3 KS 3/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
KSVG §§ 2, 24, 25

Leitsatz: Aufwandsentschädigungen für **ehrenamtliche Redaktionsmitglieder** eines (jedenfalls auch) der Öffentlichkeitsarbeit dienenden Presseorgans einer **Ärztekammer** unterliegen dem Grunde nach der **Abgabepflicht** nach §§ 25, 24 Abs. 1 S. 2 KSVG.

14. KBV: Mietkostenzuschuss für Vorsitzenden unter Umgehung der satzungsmäßigen Kontrollgremien

LG Berlin, Urteil v. 21.01.2016 - 67 O 60/15 **RID 16-01-252**
http://www.berlin.de/gerichte/presse/pressemitteilungen-der-ordentlichen-gerichtsbarkeit/2016
BGB § 812 I 1

Ein zusätzlicher **Mietkostenzuschuss** von 1.450,07 € pro Monat, den sich der bekl. **frühere KBV-Vorsitzende** während seiner Tätigkeit als Vorstandsvorsitzender neben seinem Jahresgehalt von 260.000 € hatte auszahlen lassen, ist ohne wirksame Vertragsgrundlage erfolgt und muss deshalb zurückgezahlt werden.
Einer wirksamen Bindung der kl. KBV steht einerseits ein auch dem Bekl. **offenkundiger Missbrauch der dem damaligen Vorsitzenden der kl. Vertreterversammlung** eingeräumten

Vertretungsmacht entgegen. Der damalige Vorsitzende der Vertreterversammlung hätte bei der von dem Bekl. behaupteten Vertragsänderung indes seine Vertretungsmacht missbraucht, da ein Abschluss entsprechender Vereinbarungen ausweislich § 10 VIII der Satzung erst „nach Beratung im Ausschuss für Vorstandsangelegenheiten oder in der Vertreterversammlung“ zu erfolgen hatte. Jedoch sind weder die **satzungsmäßigen Kontrollgremien der Kl.** jemals an der behaupteten Vereinbarung beteiligt worden noch ist der Bekl. - ausweislich seines eigenen Vorbringens - von deren Beteiligung ausgegangen.
Aufgrund der unmissverständlichen Regelung in seinem Dienstvertrag war der Bekl. zur engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit mit der Vertreterversammlung der Kl. verpflichtet; dass die mündliche Vereinbarung einer jährlichen Zusatzleistung der Kl. in Höhe weiterer 17.400,89 € - noch dazu unter Missachtung des im Dienstvertrag statuierten Schriftformgebotes - ohne sachliche Rechtfertigung und **ohne Beteiligung der satzungsmäßigen Kontrollgremien** dem für Führungskräfte selbstverständlichen **Grundsatz der engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit widersprach**, war ebenfalls **offenkundig**.
Es tritt hinzu, dass der Bekl. und der damalige Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kl. die angeblich getroffene Vereinbarung im Nachgang **verschleiert** haben.
Das Handeln des Beklagten wäre objektiv **sittenwidrig** gewesen, da die behauptete Vereinbarung in offensichtlicher Missachtung des Grundsatzes der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit getroffen worden wäre.

15. Versorgungswerk: Entstehen der Mitgliedschaft kraft Gesetzes

VG Augsburg, Urteil v. 15.10.2015 - Au 2 K 14.353 **RID 16-01-253**
juris
VersorgG Bayern Art. 30, 33

Eine Ärztin ist verpflichtet, die Aufnahme ihrer Berufstätigkeit unverzüglich **mitzuteilen** (Art. 21 II VersorgG; § 21 I 1 der Satzung).
Für das Bestehen der **Mitgliedschaft im Versorgungswerk** kommt es nicht darauf an, ob ein „Mitgliedschaftsbescheid“ zugeht; die Mitgliedschaft entsteht bei Vorliegen der Voraussetzungen ohne weiteres kraft Gesetzes. Auf die Mitgliedschaft kann nicht **verzichtet** werden.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Abgrenzung ärztlicher Befunderhebungsfehler von Fehler der therapeutischen Aufklärung

BGH, Urteil v. 17.11.2015 - VI ZR 476/14 **RID 16-01-254**
juris
BGB § 823 I; ZPO § 286

Leitsatz: Zur Abgrenzung zwischen einem ärztlichen Befunderhebungsfehler und einem Fehler der therapeutischen Aufklärung.
Vorausgehend: OLG Köln, Urt. v. 05.11.2014 - 5 U 152/13 - RID 15-01-208.

b) Aufklärung bei subjektiver Erforderlichkeit eine Operation (hier: Sigmaresektion)

BGH, Beschluss v. 15.09.2015 - VI ZR 170/14 **RID 16-01-255**
juris
BGB § 823 I

Leitsatz: Zu den Anforderungen an die **Aufklärung**, wenn eine Operation (hier: Sigmaresektion) nur deshalb relativ indiziert ist, weil ihre Erforderlichkeit (subjektiv) vom Sicherheitsbedürfnis des Patienten abhängt.

c) Einwendungen einer Partei in Berufung/Absehen von einer ärztlichen Maßnahme

BGH, Beschluss v. 22.12.2015 - VI ZR 67/15 **RID 16-01-256**

juris
BGB § 823; ZPO § 529 I Nr. 1

Leitsatz: 1. **Einwendungen einer Partei** gegen die erstinstanzliche Überzeugungsbildung können in der Berufungsinstanz nicht mit der Begründung als unbeachtlich angesehen werden, die Partei setze lediglich in unzulässiger Weise ihre abweichende Bewertung an die Stelle derjenigen des gerichtlichen Sachverständigen und des Landgerichts.
2. Das **Absehen von einer ärztlichen Maßnahme** ist nicht erst dann behandlungsfehlerhaft, wenn die Maßnahme „zwingend" geboten war, sondern bereits dann, wenn ihr Unterbleiben dem im Zeitpunkt der Behandlung bestehenden **medizinischen Standard** zuwiderlief.

d) Übergehen eines Beweisangebots (Sachverständigenbeweis)

BGH, Beschluss v. 27.10.2015 - VI ZR 355/14 **RID 16-01-257**

juris
GG Art. 103 I

Der von der Klägerin unter **Sachverständigenbeweis** gestellte **Behauptung**, die konservative Behandlung habe als echte Behandlungsalternative zur tatsächlich durchgeführten Hallux valgus-Operation zur Verfügung gestanden, ist nachzugehen, wenn sie aus der insoweit maßgeblichen Sicht des Berufungsgerichts auch erheblich ist.

e) Selbständiges Beweisverfahren: Unzureichende Benennung der Beweistatsachen

BGH, Beschluss v. 10.11.2015 - VI ZB 11/15 **RID 16-01-258**

juris
ZPO § 487 Nr. 2

Leitsatz: Das geforderte minimale Maß an Substantiierung hinsichtlich der gemäß § 487 Nr. 2 ZPO zu bezeichnenden **Beweistatsachen** ist jedenfalls dann nicht erreicht, wenn der Antragsteller in lediglich formelhafter und pauschaler Weise Tatsachenbehauptungen aufstellt, ohne diese zu dem zugrunde liegenden Sachverhalt in Beziehung zu setzen.

2. Behandlungsfehler

a) Keine Beweislastumkehr bei gleichen therap. Maßnahmen (Übersehen einer Hirnblutung)

OLG Köln, Urteil v. 28.10.2015 - 5 U 16/15 **RID 16-01-259**

juris
BGB § 823

Die Nichtreaktion auf den Befund einer Hirnblutung in einer weiteren Computertomografie oder einer Magnetresonanztomografie wäre nicht grob fehlerhaft gewesen, wenn der Befund **keine anderen therapeutischen Maßnahmen** erfordert hätte, als sie im Krankenhaus unter der Diagnose einer hypertensiven Herzerkrankung ohnehin eingeleitet worden waren.

b) Dokumentation

aa) Grober Behandlungsfehler bei fehlender Dokumentation/Schmerzensgeld (Bauchstraffung)

LG Dortmund, Urteil v. 15.10.2015 - 4 O 247/11 **RID 16-01-260**

juris
BGB §§ 823, 847

Obwohl der Sachverständige die Frage nach einem Behandlungsfehler hinsichtlich der Bauchstraffung nicht eindeutig hat beantworten können, geht die Kammer zu Lasten der Bekl. von einem **groben**

Behandlungsfehler aus. Denn trotz mehrfacher Aufforderung und schließlich Setzen einer Ausschlussfrist ist eine **Behandlungsdokumentation** nicht zu den Akten gereicht worden. Die Kammer muss daher davon ausgehen, dass die Schnittführung vor der Operation nicht eingezeichnet worden ist. Wenn eine aus medizinischen Gründen notwendige Dokumentation unterblieben ist, ist davon auszugehen, dass dieser medizinische Schritt nicht stattgefunden hat. Für den Fall, dass man nicht von einer fehlenden Dokumentation der Einzeichnung ausgeht, liegt zumindest ein Fall der Beweisvereitelung vor.
Bei der Bemessung des Schmerzensgeldes hat die Kammer berücksichtigt, dass bei der Klägerin sowohl im Brust- als auch im Bauchbereich ein unschönes Operationsergebnis vorliegt, das jeweilige Nachoperationen erforderlich macht. Insgesamt erachtet die Kammer ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 12.000 € für angemessen.

bb) Nichtvorlage der Dokumentation ist Beweisvereitelung/Schmerzensgeld (Bruststraffung)

LG Dortmund, Urteil v. 15.10.2015 - 4 O 249/11 **RID 16-01-261**
juris
BGB §§ 823, 847

Wird die **Behandlungsdokumentation nicht vorgelegt**, vereitelt die Bekl. den der Kl. möglichen Beweis, dass die Straffung unzureichend durchgeführt und eine nicht adäquate Nahttechnik gewählt worden ist, so dass aus diesem Grund die Straffung unzureichend ist, der Mamillen-Areolen-Komplex zu groß ist und die Narben um die Mamillen herum zu groß ausgefallen sind.
Bei der Bemessung des **Schmerzensgeldes** hat die Kammer berücksichtigt, dass eine Folgeoperation notwendig ist. Ferner ist die Kl. durch das unbefriedigende Operationsergebnis in ihrer Weiblichkeit eingeschränkt. Insgesamt erachtet die Kammer daher ein Schmerzensgeld von 5.000 € für angemessen.

cc) Dokumentation einer postoperativen Wundversorgung

OLG Naumburg, Urteil v. 16.11.2015 - 1 U 96/14 **RID 16-01-262**
juris
BGB § 823

Leitsatz: Der mit der **postoperativen Wundversorgung** befasste niedergelassene Facharzt für **Chirurgie** hat in seiner **Dokumentation** das von ihm beim Patienten jeweils vorgefundene Wundbild nicht fortlaufend zu beschreiben, solange sich die Wundverhältnisse unauffällig gestalten. Auch von ihm sind nur pathologische Befunde zu dokumentieren.

c) Injektionsbehandlung ohne bildgebende Diagnostik/Schmerzensgeld

OLG Hamm, Urteil v. 04.12.2015 - 26 U 33/14 **RID 16-01-263**
Revision anhängig: BGH - VI ZR 704/15 -
juris
BGB §§ 280, 823

Leitsatz: Eine **Injektionsbehandlung** kann grob fehlerhaft sein, wenn bei persistierenden Beschwerden keine **bildgebende Diagnostik** erfolgt. Für einen Facharzt drängt sich bei einem Sturzereignis die röntgenologische Befundung als absoluter **Standard** gerade zu auf. Wird bei einer Cortisoninjektion ein Frakturspalt übersehen, so kann darin ein **grober Behandlungsfehler** liegen. Für einen 8 Monate erforderlichen Krankenhausaufenthalt mit eingetretener Sepsis, Multiorganversagen, multiplen Abszessen und einer Langzeitbeatmung kann ein **Schmerzensgeld** von 100.000,- EUR angemessen sein.

Parallelverfahren:
OLG Hamm, Urteil v. 04.12.2015 - 26 U 32/14 **RID 16-01-264**
Revision anhängig: BGH - VI ZR 703/15 -
juris

d) Infektionsrisiko

aa) Unvermeidbares Infektionsrisiko (Staphylokokkus aureus)

OLG Düsseldorf, Urteil v. 29.01.2015 - 8 U 107/13 **RID 16-01-265**

juris

BGB § 823

Das Vorliegen einer **Infektion** indiziert nicht den Verstoß gegen Hygienevorschriften, wenn kein von der Klinik voll beherrschbares Risiko vorliegt. Bei einem **sensiblen Staphylokokkus aureus** handelt es sich um einen Keim, der sich in der physiologischen Keimflora der Haut befinde und nicht um einen MRSA-Keim, so dass eine Infektion auch bei der Einhaltung aller Hygienevorschriften nicht vermeidbar ist. Diese hafte jedem operativen Eingriff als nicht vermeidbares Risiko an.

bb) Keine absolute Keimfreiheit erreichbar

LG Duisburg, Urteil v. 06.09.2013 - 10 O 506/09 **RID 16-01-266**

juris

BGB §§ 253, 278, 280 I, 611, 823

Auch im Falle **umfassender hygienischer Vorkehrungen** ist **keine absolute Keimfreiheit** zu erreichen.

cc) Low-grade-Infektion 27 Monate nach Kniegelenksersatz/Neue Patientenbeanstandung

OLG Koblenz, Beschluss v. 24.08.2015 - 5 U 3/15 **RID 16-01-267**

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823; ZPO §§ 520 III, 531 II

Leitsatz: 1. Taucht nach einem **Kniegelenksersatz** der Verdacht einer **Low-grade-Infektion Typ II erst 27 Monate später** auf, kommt eine Haftung des operierenden und nachbehandelnden Arztes weder unter dem Gesichtspunkt des Befunderhebungsversäumnisses noch des Diagnoseirrtums in Betracht, wenn er den unspezifischen, nicht richtungweisenden postoperativen Symptomen nach Maßgabe der seinerzeit bestehenden Erkenntnismöglichkeiten ausreichend sorgfältig nachgegangen ist.
2. Ist der Arzthaftungsprozess in **erster Instanz** mit dem Vorwurf geführt worden, durch Hygienemängel sei es unter der Operation oder unmittelbar danach zu einer Infektion gekommen, handelt es sich bei der **Berufungsrüge**, das Kniegelenk sei bereits vor dem Eingriff infiziert gewesen und habe daher nicht operiert werden dürfen, um **neuen Streitstoff**, der an § 531 Abs. 2 ZPO zu messen ist (Vorbringen hier als prozessual unbeachtlich zurückgewiesen).
3. Hat das Landgericht sich zur Begründung seiner Klageabweisung mit den erstinstanzlich gerügten Behandlungsfehlern ebenso eingehend auseinandergesetzt wie mit der Beanstandung unzureichender Aufklärung, genügt die pauschale Bezugnahme der Berufungsbegründung auf erstinstanzliches Vorbringen zur **Aufklärungsrüge** nicht den Erfordernissen des § 520 Abs. 3 ZPO, so dass dieser Streitstoff in zweiter Instanz nicht erneut geprüft werden darf.

e) Indikation für einen primär durchzuführenden Kaiserschnitt

OLG Köln, Urteil v. 17.06.2015 - 5 U 91/14 **RID 16-01-268**

juris

BGB § 823

Behandlungsunterlagen ist grundsätzlich Vertrauen zu schenken, wenn sie zeitnah sowie in üblicher, ordnungsgemäßer Weise erstellt worden sind und keine Anhaltspunkte vorliegen, die Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit begründen.
Das spätere tatsächliche **Geburtsgewicht** kann stets von dem **Schätzgewicht** um bis zu 10 % nach unten oder oben abweichen, bei makrosomen Kindern kann die Abweichungen nicht zuletzt wegen der Schwierigkeiten der Messungen insoweit nach oben und unten bis zu 20 % abweichen.

Eine Indikation für einen primär durchzuführenden **Kaiserschnitt** hat im Jahr 2004 für ein geschätztes Geburtsgewicht von 4.150 Gramm nicht vorgelegen.

f) Brustvergrößerungsoperation: Kapselfibrose

LG Dortmund, Urteil v. 15.10.2015 - 4 O 250/11 **RID 16-01-269**
juris
BGB §§ 823, 847

Eine Kapselfibrose gehört zum Operationsrisiko **Brustvergrößerungsoperation**.

g) Indikation für Hysteroskopie mit fraktionierter Abrasio/Schmerzensgeld

OLG Köln, Beschluss v. 16.03.2015 - 5 U 164/14 **RID 16-01-270**
juris
BGB §§ 278, 280, 823 I, 831

Eine **Hysteroskopie** mit fraktionierter Abrasio ist bei einer **grenzwertig hoch aufgebauten Gebärmutterschleimhaut** (Endometriumsdicke 13,3 mm) und der Diagnose einer Hypermenorrhoe indiziert.
Ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 2.000 € bei einem Aufklärungsfehler im Zusammenhang mit einer Labienreduktionsplastik kann ausreichend sein.

h) Mammakarzinom: Ausreichende diagnostische Maßnahmen

OLG Köln, Urteil v. 06.08.2014 - 5 U 101/13 **RID 16-01-271**
juris = VersR 2015, 70 = GesR 2015, 694
BGB §§ 253 II, 823 I

Ein im Jahr 2007 diagnostizierte **Tumor** in der Brust ist nicht sicher mit einem im Jahr 1998 erhobenen und als Lymphknoten eingeordneten **Tastbefund** identisch, wenn die Lokalisation unterschiedlich ist.
Eine Verletzung von **Befunderhebungspflichten** liegt nicht vor, wenn die erste Mammographie vor Feststellung des Knotens im Jahr 1997 **keinen pathologischen Befund** ergeben hat und die nach Entdeckung und nach wiederholtem Ertasten des in Größe und Konsistenz unveränderten Knotens veranlassten Kontroll-Mammographien in den Jahren 2000 und 2005 keinen auffälligen Befund ergeben haben. Auf besondere **Hinweise an den Radiologen** kommt es nicht an, da eine Mammographie unabhängig von den Angaben des überweisenden Gynäkologen nach den European Guidelines durchzuführen ist und diese eine entsprechende Untersuchung bereits vorsehen. Auf die Einhaltung dieser Standards durch den Facharzt kann vertraut werden.
Klinisch und radiologisch unauffällige **Lymphknoten** müssen nicht entfernt werden.

i) Ausschluss eines Melanomverdachts: Probe/Wiedervorstellung/Schmerzensgeld

OLG Hamm, Urteil v. 27.10.2015 - 26 U 63/15 **RID 16-01-272**
juris
BGB §§ 253, 280, 823, 1922

Leitsatz: 1. Bei **dermatologischen Auffälligkeiten** muss ein bösartiger Befund differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden. Die histologische **Entnahme einer Probe** muss durch einen Arzt durchgeführt und darf nicht dem Patienten selbst überlassen werden.
2. Bei einem Melanomverdacht ist der Patient deutlich auf die Notwendigkeit der **Wiedervorstellung** zum Ausschluss des Verdachts hinzuweisen.
3. Eine fehlerhafte Probeentnahme und der unterlassene Hinweis der Wiedervorstellung können - bei einem Melanomverdacht - als **grober Behandlungsfehler** zu werten sein. Bei einer Leidenszeit einer 55-jährigen Patientin mit mehreren operativen Eingriffen und letztlich tödlichem Ausgang ist ein **Schmerzensgeld** von 100.000,- EUR angemessen.

j) Verdachtsdiagnose einer frozen shoulder: Behandlung mit Supertendin-Injektion

OLG Köln, Urteil v. 07.10.2015 - 5 U 105/13 **RID 16-01-273**

juris

SGB V § 823

Kommen die **Verdachtsdiagnosen** frozen shoulder, Verletzung der Rotatorenmanschette bzw. Ruptur einer Sehne sowie der Verdacht auf Impingement-Syndrom in Betracht, so ist es vertretbar, eine **bildgebende Diagnostik** erst für den Fall vorzusehen, dass die geklagten Beschwerden trotz der umstrittenen Supertendin-Injektion fortbestehen oder sich verschlimmern sollten.

k) Bandscheibenoperation

aa) Abgrenzung Diagnoseirrtum/Befunderhebungsversäumnis (Bandscheibenvorfall)

OLG Koblenz, Beschluss v. 06.07.2015 - 5 U 347/15 **RID 16-01-274**

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 630a II, 630h, 823; ZPO § 286

Leitsatz: Für die **Abgrenzung des Diagnoseirrtums vom Befunderhebungsversäumnis** kann in einem ersten Schritt klärungsbedürftig sein, welches konkrete Beschwerdebild sich der Behandlungsseite bot. Steht hiernach ein gravierendes Leitsymptom, das typischerweise eine ergänzende Befunderhebung gebietet, nicht fest (hier: **Blasenentleerungsstörung beim Massenprolaps der Lendenwirbelsäule**), handelt es sich bei der ärztlichen Fehlinterpretation einer Befundlage mit vermeintlich fehlendem akuten Handlungsbedarf lediglich um einen Diagnoseirrtum. Ein Diagnosefehler wird nicht dadurch zum Befunderhebungsversäumnis, dass bei objektiv zutreffender Diagnose noch weitere Befunde zu erheben gewesen wären.

bb) Bandscheibenoperation und Revisionsoperation

OLG Köln, Urteil v. 05.10.2015 - 5 U 2/15 **RID 16-01-275**

juris

BGB §§ 253, 280, 823 I, 831

Nach einer **Bandscheibenoperation** stellt das Auftreten einer Rekurrensparese eine im Einzelfall nicht zu vermeidende eingriffsimmanente Komplikation dar, die nicht auf einen Behandlungsfehler schließen lässt. Ebenso stellt eine Dislokation des Knochenzementdübels nach ventral eine nicht immer vermeidbare Komplikation dar, aus der sich kein fehlerhaftes Vorgehen ableiten lässt.
Eine **Revisionsoperation**, bei der der dislozierte Knochenzementdübel entfernt sowie zur Spondylodese ein Beckenkammspaninterponat im Segment HW6/7 eingebracht und eine stabilisierende Platte eingeschraubt werden, ist indiziert, wenn eine knöcherne Fusion angesichts der Dislokation fraglich ist und vor allem eine Kompression der Speiseröhre und deren Perforation droht.

cc) Implantation einer Bandscheibenprothese

OLG Köln, Urteil v. 22.06.2015 - 5 U 158/14 **RID 16-01-276**

juris

BGB §§ 253, 280, 823 I, 831

Wird die **Implantation einer Bandscheibenprothese** bei Vorliegen der genannten Umstände in der medizinischen Literatur teils abgelehnt, teils aber auch befürwortet und in der Praxis durchgeführt, kann ein **medizinischer Standard** dahin, dass eine Prothesenimplantation bei ausgeprägter Segmentdegeneration kontraindiziert ist, nicht festgestellt werden. Vielmehr stellt die Prothesenimplantation vor diesem Hintergrund eine bei ausgeprägter Segmentdegeneration zwar umstrittene, aber medizinisch mögliche und zulässige Vorgehensweise dar.

dd) Toleranzen bei der Einbringung von Implantaten im Wirbelkörper

OLG Köln, Beschluss v. 20.05.2015 - 5 U 176/14 **RID 16-01-277**

juris

BGB §§ 253, 280, 823 I, 831

Implantate können nicht immer absolut exakt und symmetrisch eingebracht werden. Es müssen dem operierenden Arzt gewisse **Toleranzen**, innerhalb derer die Ergebnisse liegen dürfen, zugestanden werden. Diese Toleranzen sind nicht überschritten, wenn die Schraube vollständig unterhalb der Deckplatte im Wirbelkörper und mithin stabil liegt und wenn sie nicht in den Spinalkanal ragt, es also nicht zu Beeinträchtigungen oder Störungen der dort gelegenen Nerven kommen kann.

l) Behandlung von Rückenschmerzen/Spondylodiszitis

LG Dortmund, Urteil v. 19.12.2014 - 4 O 195/12 **RID 16-01-278**

juris

BGB §§ 280, 611, 823 I, 831

Es ist nicht notwendig ist, dass Patienten mit **Rückenschmerzen** stationär aufgenommen werden, wenn keine neurologischen Ausfälle oder Schmerzen in besonderem Ausmaß vorliegen.
Die Ursache einer **Spondylodiszitis** lässt sich oftmals überhaupt nicht feststellen. Bei der Entzündung einer Vene nach einer Infusionstherapie handelt es sich um ein immanentes Risiko jeglicher venöser Zugänge. Sollte die Thrombophlebitis daher für die Spondylodiszitis kausal gewesen sein, wäre dies schicksalhaft.

m) Verletzung der Speiseröhre bei einer Operation an der Halswirbelsäule/Schmerzensgeld

OLG Hamm, Urteil v. 23.10.2015 - 26 U 182/13 **RID 16-01-279**

juris

BGB §§ 253, 280, 823

Leitsatz: Kommt es bei einer **Operation an der Halswirbelsäule** zu einer Verletzung der **Speiseröhre**, so kann aus der Art der Verletzung auf einen Behandlungsfehler geschlossen werden. Es kann sich der Rückschluss ergeben, dass die **Präparation** nicht regelrecht erfolgt ist und die Verletzung verursacht hat. Eine solche Schlussfolgerung ist dann gerechtfertigt, wenn nur so das Schadensbild zu erklären ist. Für die Verletzung der Speiseröhre kann ein **Schmerzensgeld** von 20.000 EUR angemessen sein.

n) Ungenügende Reposition einer Oberschenkelfraktur/Mangelnder Hinweis

OLG Hamm, Urteil v. 20.11.2015 - 26 U 27/15 **RID 16-01-280**

juris

BGB §§ 253, 280, 823

Leitsatz: Wird bei der **Operation einer Oberschenkelfraktur** nur eine ungenügende Reposition des Knochens erreicht, kann darin ein Behandlungsfehler liegen, wenn eine Rotationsinstabilität verbleibt.
Die höchste Maxime bei der Operation einer Bruchverletzung ist es, die **Stabilität** wiederherzustellen. Kommt es zu einer operativen **Fehlstellung des Bruches**, ist der Patient umgehend auf diesen Umstand hinzuweisen. Der mangelnde Hinweis kann als grober Behandlungsfehler zu werten sein.

o) Abgrenzung einfacher/grober Diagnosefehler (Übersehen einer Oberschenkelhalsfraktur)

OLG Hamm, Urteil v. 17.11.2015 - 26 U 13/15 **RID 16-01-281**

juris

BGB §§ 280, 823

Leitsatz: Ein **einfacher Diagnosefehler** liegt vor, wenn über einen bloßen Diagnoseirrtum hinaus die Diagnose für einen gewissenhaften Arzt bei ex-ante-Sicht medizinisch nicht vertretbar gewesen ist. Ein **grober Diagnosefehler** liegt dann vor, wenn eindeutig gegen bewährte Diagnoseregeln oder gesicherte Erkenntnisse verstoßen wird und dieser Fehler aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Die richtige Diagnose muss für den Arzt auf der Hand liegen.

p) Anästhesie: Methode der interskalenaren Blockade nach Winnie/Übergabe des Patienten

OLG Hamm, Urteil v. 07.03.2014 - 26 U 9/12 **RID 16-01-282**

juris

BGB §§ 280, 249 ff., 253 II, 611

Zur Durchführung der Anästhesie kann die **Methode der interskalenaren Blockade nach Winnie** anstatt der neueren interskalenaren Methode nach Meier gewählt werden.
Dokumentationspflichten hinsichtlich der Sauerstoffwerte bestehen jedenfalls bei unauffälligem Ablauf nicht.
Eine **mündliche Übergabe des Patienten** ist an den im Aufwachraum Betreuenden notwendig. Denn aus einem Narkoseprotokoll ist der Zustand des Patienten nicht genau zu ersehen.

q) Dekubitus auch durch ordnungsgemäße Lagerung nicht stets vermeidbar

OLG Hamm, Urteil v. 09.09.2015 - 3 U 60/14 **RID 16-01-283**

www.justiz.nrw.de/nrwe = GesR 2015, 688

BGB §§ 253, 280 I, 823 I

Die Unterlassung rechtzeitiger **Lagerungsmaßnahmen** ist nur dann als kausal für einen Gesundheitsschaden Dekubitus anzusehen, wenn ein pflichtgemäßes Handeln den Eintritt des Schadens verhindert hätte. Aber auch dann, wenn Lagerungsmaßnahmen sofort mit Beginn der Bettlägerigkeit ergriffen werden, kann das Entstehen eines **Dekubitus** nicht mit Sicherheit vermieden werden. Das Entstehen eines Dekubitus lässt sich auch durch eine ordnungsgemäße Lagerung nicht stets vermeiden; dies gilt zumindest für bestimmte Patientengruppen, insb. für Patienten mit schwerer Demenz.

r) Fortsetzung der Thromboseprophylaxe bei Entlassung aus Krankenhaus

OLG Koblenz, Urteil v. 02.12.2015 - 5 U 454/15 **RID 16-01-284**

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823; ZPO §§ 286, 411

Leitsatz: 1. Nur aufgrund einer wertenden **Gesamtschau** sämtlicher medizinischen Fakten des konkreten Behandlungsfalls kann entschieden werden, ob eine **Thromboseprophylaxe** nach der Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung fortzusetzen ist.
2. Ein **einzelner Blutwert** (hier: Thrombozyten) muss dabei nicht zwingend richtungsweisend sein, sofern der medizinisch anerkannte interventionspflichtige Grenzwert nicht überschritten ist und die weitgehende Mobilisierung des Patienten die Einschätzung des Arztes vertretbar erscheinen lässt, von einer weiteren Prophylaxe abzusehen.

s) Ärztlicher Sorgfaltsmaßstab bei Verordnung von Magensäurehemmern

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 15.09.2015 - 8 U 115/12 **RID 16-01-285**

juris

BGB §§ 280, 823

Im Zusammenhang mit einer **Gastrointestinalblutung** kann der **Magensäurehemmer Pantoprazol** hochdosiert verordnet werden. Ein Verstoß gegen den ärztlichen Soll-Standard liegt nicht deshalb vor, weil andere Medikamentenwirkstoffe zur Verfügung stehen, die eine Senkung der Magensäure bzw. deren Neutralisation im Magen bewirken können.

t) Versäumte Gabe eines Antihämorrhagikums von Chirurg und Anästhesist/Beweiserleichterung

OLG Koblenz, Urteil v. 21.10.2015 - 5 U 263/15 **RID 16-01-286**

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823; 831; ZPO §§ 286, 287

Leitsatz: 1. Versäumen **Anästhesist** und **Chirurg** bei einem Patienten mit angeborener Störung der Blutgerinnung (**Willebrand-Jürgens-Syndrom**) vor einer Operation die Gabe von Minirin®, handelt es sich um einen groben Behandlungsfehler, der die Beweislast zu Gunsten des Patienten umkehrt.
2. Hat die Spinalanästhesie nicht zu einer blutungsbedingten **Schädigung von Rückenmark** und Nerven geführt, sind die schädlichen Folgen der allein vom Chirurg durch seinen Eingriff (Knieoperation) verursachten überstarken Blutung haftungsrechtlich nicht dem Anästhesist zuzurechnen.
3. Die **Umkehr der Beweislast** ist auf den haftungsbegründenden Primärschaden beschränkt. Für nachfolgende Sekundärschäden (hier: persistierende Kniebeschwerden einer insoweit vorgeschädigten Patientin) greift die Beweiserleichterung im Allgemeinen nicht. Eine Differenzierung unterbleibt nur dort, wo der Sekundärschaden typischerweise Annex des Primärschadens ist oder die als grob zu bewertende Missachtung der ärztlichen Verhaltensregel gerade auch solchen Schädigungen vorbeugen soll (hier verneint).
4. Zur **Schmerzensgeldbemessung** bei vermeidbaren Einblutungen, Fieber und Krämpfen mit dem Erfordernis eines Revisionseingriffs und insgesamt 16-tägigem Krankenhausaufenthalt (4.000 €).

u) Hebe-Senk-Einlauf: Voll beherrschbares Risiko

LG Hamburg, Urteil v. 14.08.2015 - 303 O 94/12 **RID 16-01-287**

GesR 2015, 731

BGB § 280 I

Leitsatz (GesR): Die Verabreichung eines **Hebe-Senk-Einlaufs** ist dem Bereich der sog. **voll beherrschbaren Risiken** zuzurechnen.

v) Suchtklinik: Folgen eines Rückfalls am Entlassungstag/Fachfremde Erkrankung

OLG Koblenz, Urteil v. 23.12.2015 - 5 U 938/14 **RID 16-01-288**

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611; ZPO §§ 286, 411 III

Leitsatz: 1. Welche therapeutischen Maßnahmen eine **Suchtklinik** schuldet, ergibt sich aus der bisherigen Krankengeschichte in Verbindung mit den Erkenntnissen der Aufnahmeuntersuchung und dem weiteren Verlauf. Sind nach sachverständiger Einschätzung alle maßgeblichen medizinischen Fakten gesehen und bei der individuellen Therapie berücksichtigt worden und lässt sich auch nicht feststellen, welche konkreten weiteren Maßnahmen den Kausalverlauf zu Gunsten des Patienten hätten ändern können, kommt eine **Haftung für die Folgen eines Rückfalls** bereits am Entlassungstag nicht in Betracht.

2. Zur Behandlung einer **fachfremden Erkrankung** (hier: HNO) darf eine Suchtklinik den Patient auf ein nahe gelegenes Allgemeinkrankenhaus verweisen, sofern die Zuziehung eines Facharztes in der konkreten Problemsituation nicht möglich ist.

w) Notfallpraxis: EKG zur Abklärung der Herzbeschwerden

LG Essen, Urteil v. 12.06.2014 - 1 O 115/12 **RID 16-01-289**
juris
BGB §§ 280, 823

Fehlen bei Ankunft in der Notfallpraxis **spezifische Symptome eines Herzinfarkts**, so ist ein **EKG** zur Abklärung der Herzbeschwerden ausreichend.
Wird auf dem **Notfallschein** vermerkt, dass ein **EKG angefertigt** wurde, so ist von der Anfertigung eines EKG auszugehen. Fehlt das EKG im Original, so kann eine **Kopie** ausreichend sein.

3. Aufklärung/Einwilligung

a) Inhalt des persönlichen Aufklärungsgespräches zwischen Arzt und Patient

OLG Hamm, Urteil v. 09.11.2015 - 3 U 68/15 **RID 16-01-290**
juris
BGB §§ 280, 611, 823, 831

Leitsatz: Eine **Aufklärungsrüge** ist nicht allein nach dem Inhalt eines vom Patienten unterzeichneten Aufklärungsbogens zu beurteilen. Das Gericht hat vielmehr den **Inhalt des persönlichen Aufklärungsgespräches zwischen Arzt und Patient** aufzuklären, weil auf der Grundlage des **tatsächlich geführten Gespräches** und nicht allein anhand des **Aufklärungsbogens** zu entscheiden ist, ob der Patient vor einem ärztlichen Eingriff ordnungsgemäß aufgeklärt wurde.

b) Nachweis der Kausalität des Unterlassens der Alternativaufklärung

KG Berlin, Urteil v. 14.01.2016 - 20 U 44/15 **RID 16-01-291**
juris
BGB §§ 280, 823

Leitsatz: 1. Zum Nachweis der **Kausalität des Unterlassens der Alternativaufklärung**, wenn die eingetretenen Schäden nicht sicher Folge des (mangels Alternativaufklärung rechtswidrigen) Ersteingriffs sind.
2. Zur **mutmaßlichen Einwilligung** beim wegen Subarachnoidalblutung nicht ausreichend ansprechbaren Patienten.

c) Auswirkungen einer Wundinfektion

OLG Köln, Beschluss v. 16.03.2015 - 5 U 148/14 **RID 16-01-292**
juris
BGB §§ 253, 280, 823 I, 831

Über die möglichen **Auswirkungen einer Wundinfektion**, insb. das Risiko einer Amputation des kleinen Zehs, brauchte der Bekl. zu 1), der eine Aufklärung im Großen und Ganzen schuldete, den Kl. nicht aufzuklären. Hierfür streitet zum einen, dass das Infektionsrisiko nach Operationen zu den **allgemeinen Gefahren** gehört, mit denen einen Patient rechnet, und daher regelmäßig überhaupt nicht aufklärungspflichtig ist (vgl. BGH, Urt. v. 08.01.1991 - VI ZR 102/90- NJW 1991, 1541, juris Rn. 5, u. v. 14.06.1994 - VI ZR 260/93 - NJW 1994, 2414, juris Rn. 7). Dies gilt auch für an Diabetes erkrankte Patienten.

d) Aufklärung bei einer periradikulären Therapie am Tag des Eingriffs

OLG Hamm, Urteil v. 01.12.2015 - 26 U 30/15 **RID 16-01-293**

juris

BGB §§ 280, 823

Leitsatz: Bei einer **periradikulären Therapie** (PRT) kann die **Aufklärung** am **Tag des Eingriffs** dann rechtzeitig sein, wenn der Patient in der Vergangenheit anlässlich vergleichbarer Eingriffe ausreichend aufgeklärt war.

e) Aufklärungsmangel bei Wahl des Prothesenmaterials/Hypothetische Einwilligung

OLG Koblenz, Beschluss v. 13.07.2015 - 5 U 282/15 **RID 16-01-294**

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 630e, 630h II 2, 823; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Steht ein **Aufklärungsdefizit** fest (hier: Knieprothesenmaterialien bei Allergie), dem die beweispflichtige Behandlungsseite mit dem Einwand der hypothetischen Einwilligung begegnet, muss der Patient einen **Entscheidungskonflikt** nach umfassender Aufklärung plausibel machen. Ist das vom Arzt nicht erwähnte Spezialimplantat noch unerprobt, seine Nutzbarkeitsdauer ungewiss und besteht zudem der Verdacht, dass sich die speziellen Beschichtungen lösen und andere, noch unbekannte Nebenwirkungen entfalten können, muss der Patient nachvollziehbar darstellen, dass er sich in Kenntnis dieser Umstände ex ante gleichwohl für das Spezialimplantat entschieden hätte.
2. Daneben trägt der **Patient** in einem derartigen Fall die **Darlegungs- und Beweislast** dafür, dass die Schadensfolge, für die er Ersatz verlangt, tatsächlich auf dem konkret gerügten Aufklärungsmangel beruht. Bei vermeintlich unzureichender Aufklärung über das in Betracht kommende Prothesenmaterial bedeutet dies, dass der Patient beweisen muss, dass die geklagten postoperativen Beschwerden ausgeblieben wären, wenn man die nunmehr favorisierte Spezialprothese aus anderem Material implantiert hätte.

f) Aufklärung über Risiko einer Prothesenlockerung

OLG Köln, Beschluss v. 23.03.2015 - 5 U 168/14 **RID 16-01-295**

juris

BGB §§ 253, 280, 823 I, 831

Der Umstand, dass beim **Einbau einer Knieprothese** nach mehreren Jahren ein **höheres Inlay** eingesetzt wird, bedeutet nicht zwingend, dass bereits bei der Ausgangsoperation ein höheres Inlay hätte gewählt werden müssen und dass zu diesem Zeitpunkt das Knie instabil war.
Die **Aufklärung** über das **Risiko einer Prothesenlockerung** und die damit einhergehende Instabilität genügt, um den Patienten über das **Risiko einer Instabilität im Knie**, gleich auf welcher Ursache diese beruht, zu unterrichten. Die Aufklärung soll dem Patienten kein medizinisches Entscheidungswissen verschaffen. Dem Patienten soll vielmehr eine allgemeine Vorstellung von der Schwere des Eingriffs vermittelt werden, wobei ihm dafür nicht die Risiken in allen erdenklichen Erscheinungsformen aufgezählt werden müssen und es ausreicht, wenn er „im Großen und Ganzen" erkennen kann, worauf er sich einlässt und was der Eingriff für seine Situation bedeutet.

g) Behandlungsalternative Arthroskopie/Prothetische Versorgung der Hüfte

OLG Naumburg, Urteil v. 03.08.2015 - 1 U 73/14 **RID 16-01-296**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - VI ZR 545/15 -

juris

BGB § 823

Leitsatz: 1. Rechtfertigt die gesundheitliche Situation des Patienten sowohl eine **Arthroskopie** als auch die **prothetische Versorgung der Hüfte**, beeinflusst diese „Grenzindikation" den Umfang der ärztlichen Aufklärung. Es bestehen **zwei echte Behandlungsalternativen**.
2. Zum notwendigen Inhalt des in einem solchen Fall zu führenden **Aufklärungsgesprächs**.

h) Selbstbestimmungsaufklärung: Implantation einer Kniegelenksprothese

OLG Naumburg, Urteil v. 29.10.2015 - 1 U 32/15 **RID 16-01-297**

juris

BGB §§ 278 S. 1, 823 I

Leitsatz: 1. Der zur Operation hinzugezogene **Konsiliararzt** ist von der behandelnden **Klinik** zu vergüten und daher im Verhältnis zum Patienten deren **Erfüllungsgehilfe**.
2. Wird die **Vernehmung der beweispflichtigen Partei** beantragt, hat das Gericht auf eine Äußerung der Gegenseite hinzuwirken, ob sie damit einverstanden ist.
3. Der Zeitpunkt der Versorgung eines unter Verschleißerscheinungen am Kniegelenk leidenden Patienten mit einer **Kniegelenkprothese** bestimmt sich in erster Linie nach dem empfundenen Leidensdruck, den Schmerzen und der gefühlten Beeinträchtigung der Lebensqualität. Hieraus kann sich zumindest eine relative Indikation ergeben.
4. Gerade dann, wenn die Indikation des Eingriffs stark von der **subjektiv empfundenen Situation des Patienten** bestimmt wird, sind an die ärztliche Selbstbestimmungsaufklärung erhöhte Anforderungen zu stellen.
5. Zum Umfang und zum Nachweis der hinreichenden **Selbstbestimmungsaufklärung** des Patienten.

i) Operation zur Beinverlängerung und Risiko einer Achsfehlstellung/Schmerzensgeld

OLG Brandenburg, Urteil v. 26.11.2015 - 12 U 182/14 **RID 16-01-298**

juris

BGB §§ 253 II, 280 I, 823 I

Bei einer **Operation zur Beinverlängerung** ist über das **Risiko einer Achsfehlstellung** aufzuklären.
Der **ohne wirksame Zustimmung** des Klägers durchgeführte rechtswidrige Eingriff rechtfertigt ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 13.000 €.

j) Reposition oder Operation einer Schulterluxation/Röntgenbild ohne Patientendaten

OLG Koblenz, Urteil v. 10.11.2015 - 5 U 428/15 **RID 16-01-299**

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Nach einer **Schulterluxation** ist die sofortige **Operation** in der Regel gegenüber dem Versuch der **Reposition** keine gleichwertige Behandlungsalternative, über die der Patient aufgeklärt werden muss. Eine Operation ist vielmehr erst zu erwägen, wenn der Versuch der Reposition misslingt.
2. Zur Beweiswürdigung, wenn der Patient behauptet, ein vom Arzt vorgelegtes, nicht automatisiert beschriftetes **Röntgenbild** betreffe einen **anderen Behandlungsfall**.

k) Versorgung eines Bruchs mit einem Gamma-Nagel

LG Dortmund, Urteil v. 26.11.2015 - 4 O 126/14 **RID 16-01-300**

juris

BGB § 630e I 3

Mangels einer echten **Behandlungsalternative** liegt es im Ermessen des Operateurs zu entscheiden, ob er dem Patienten überhaupt eine Prothesenversorgung vorschlägt. **Aufklärungen** haben nur in Bezug auf mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden mit wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken und Heilungschancen zu erfolgen.
Zur Entkräftung des Einwands der **hypothetischen Einwilligung** muss geltend gemacht werden, dass bei ordnungsgemäßer Aufklärung ein echter Entscheidungskonflikt befunden hätte. Dafür wäre es grundsätzlich ausreichend gewesen, wenn sie hätte einsichtig bestanden hätte.

l) Aufklärung bei einer Zwerchfelloperation: Netzimplantation

OLG Hamm, Urteil v. 23.10.2015 - 26 U 73/15 **RID 16-01-301**

juris

BGB §§ 253, 823

Leitsatz: Ist präoperativ bei einer **Zwerchfelloperation** mit der **Einbringung eines Netzes** zu rechnen, so ist der Patient darüber **aufzuklären**. Dabei ist es nicht angezeigt, eine Entweder/Oder-Entscheidung herbeizuführen. Erforderlich ist, dass der Patient dem Arzt die intraoperative Freiheitsentscheidung einräumt.

m) Sicherungsaufklärung zur Verlaufskontrolle bei entfernter Möglichkeit eines Mammakarzinoms

OLG Hamm, Urteil v. 29.10.2014 - 3 U 55/14 **RID 16-01-302**

juris = MedR 2016, 63

BGB §§ 280, 611, 630c, 823 I

Leitsatz: 1. Auch im Rahmen einer Sicherungsaufklärung kann es geboten sein, dass der Arzt, der sich für eine **Verlaufskontrolle** des Befundes entscheidet, den Patienten auf die Alternative einer aus medizinischer Sicht ebenfalls in Betracht kommenden sofortigen **interventionellen Abklärung** hinweist, falls beide Vorgehensweisen sich hinsichtlich ihrer Risiken oder Chancen erheblich unterscheiden. Ein solcher Fall ist im Falle eines **Befundes nach BI-RADS III** gegeben, da die alternativ zu einer kurzfristigen Verlaufskontrolle in Betracht kommende Stanzbiopsie als invasive Diagnostik zwar einerseits als invasiver Eingriff mit einer höheren unmittelbaren Belastung der Patientin verbunden ist, andererseits aber zuverlässiger als eine erneute Verlaufskontrolle das verbleibende - aus ex ante-Sicht: geringe - Malignitätsrisiko ausschließen kann.
2. Eine **Verletzung dieser Aufklärungspflicht** begründet jedoch nicht zugleich deswegen einen **Befunderhebungsfehler**, weil der Patient sich im Falle einer Aufklärung für die ihm nicht mitgeteilte alternative Vorgehensweise zur Kontrolle des Befundes entschieden hätte. Im Vordergrund steht vielmehr die **defizitäre Sicherungsaufklärung**, das Unterbleiben einer weiteren Befunderhebung ist erst Konsequenz dieses primären Fehlers.

n) Aufklärung über eine intraoperativ erforderliche Klitorisentfernung

OLG Hamm, Urteil v. 22.12.2015 - 26 U 127/14 **RID 16-01-303**

juris

BGB §§ 280, 823

Leitsatz: Über die Möglichkeit einer **Chemotherapie** zur **Verkleinerung des Operationsgebietes** ist dann nicht **aufzuklären**, wenn die Chemotherapie aus medizinischer Sicht nicht hinreichend zur Reduzierung des Karzinoms führt. Ist eine **klitoriserhaltende Operation geplant** und mit der Patientin besprochen, liegt kein Aufklärungsmangel vor, wenn sich **intraoperativ ein anderer Eindruck** ergibt und die Patientin für diesen Fall in die Entfernung der Klitoris eingewilligt hat.

o) Augenarzt: Extrem seltener Verlust des Sehvermögens/Überzeugung vom Inhalt der Aufklärung

OLG Koblenz, Urteil v. 21.10.2015 - 5 U 602/15 **RID 16-01-304**

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823; ZPO §§ 141, 286, 288, 411

Leitsatz: 1. Ist ein **augenärztlicher Zweiteingriff** (hier: Entfernung des nach einer Netzhautablösung eingebrachten Silikonöls) mit dem sehr seltenen, aber besonders gravierenden Risiko des nahezu vollständigen **Verlusts des Sehvermögens** behaftet, muss der Patient darüber aufgeklärt werden.
2. Falls der aufklärende Arzt das konkrete Gespräch mit dem Patient nicht erinnert, aber überzeugend schildert, welche Risiken er bei einem derartigen Zweiteingriff **immer anspricht**, kann das dem Richter die Überzeugung umfassender Aufklärung auch dann vermitteln, wenn die Behandlungsseite

zuvor die schriftlich dokumentierte, weniger weitreichende und nach Auffassung des Gerichts unvollständige Aufklärung (hier: bloßer Hinweis auf Gefahr der „Augenverletzung“) als ausreichend qualifiziert hatte, der aufklärende Arzt jedoch als Zeuge glaubhaft bekundet, dass er den drohenden Verlust des Sehvermögens stets erwähnt, dies jedoch immer nur mit dem Kürzel „Verl. des Auges“ dokumentiert.

p) Einwilligung in künstliche Ernährung/Neues Vorbringen

OLG Köln, Beschluss v. 06.07.2015 - 5 U 181/14 **RID 16-01-305**

juris

BGB §§ 278, 280, 823 I, 831

Neues Vorbringen nach dem Hinweisbeschluss (OLG Köln, Beschl. v. 06.05.2015 - 5 U 181/14 - RID 15-04-223) im Berufungsverfahren, der Ehemann der Klägerin sei vor dem erstmaligen Legen der Magensonde nicht aufgeklärt worden, ist gemäß § 531 II ZPO nicht zuzulassen, wenn nicht dargelegt ist, aus welchen Gründen der Vortrag erst in der Berufungsinstanz erfolgen konnte.

q) Kosmetisch-ästhetische Operation: Typisches Eingriffsrisiko mit besonderen Auswirkungen

OLG Naumburg, Urteil v. 20.11.2014 - 1 U 1/14 **RID 16-01-306**

juris

BGB § 253

Leitsatz: Bei der **Entfernung der natürlichen Augenlinsen** und **Implantation intraokularer Hinterkammerlinsen** handelt es sich um keinen medizinisch indizierten Eingriff, sondern um eine **kosmetisch-ästhetische Operation**, womit erhöhten Anforderungen an die **Aufklärung** des Patienten zu genügen ist. Dies gilt ganz besonders für einen Berufskraftfahrer, auf dessen berufliche Tätigkeit sich ein typisches Eingriffsrisiko (Blendempfindlichkeit) negativ auswirken kann. In einem solchen Fall müssen Risiko und Nutzen mit dem Patienten besonders erörtert werden. Die ohne die notwendige Aufklärung durchgeführte Operation kann ein **Schmerzensgeld** von 4.000,00 EUR rechtfertigen. Ein Honoraranspruch erwächst dem Arzt aus einer solchen Behandlung nicht.

r) Kosmetische Operation: Behandlungsvertrag und ästhetisches Ziel (Straffung der Gesichtshaut)

OLG Hamm, Urteil v. 18.12.2015 - 26 U 127/15 **RID 16-01-307**

juris

BGB §§ 280, 823

Leitsatz: Bei einer rein **kosmetischen Operation** beurteilt sich die Frage nach einem fehlerhaften operativen Vorgehen - mangels medizinischer Indikation - danach, was die Parteien **zuvor vereinbart** haben. Entscheidend ist, welches **ästhetische Ziel** mit der Operation erreicht werden sollte.

s) Zustimmung beider sorgeberechtigter Eltern

OLG Hamm, Urteil v. 26.09.2015 - 26 U 1/15 **RID 16-01-308**

juris

BGB §§ 249, 253, 278, 280, 823, 1922

Leitsatz: Ein ärztlicher **Heileingriff bei einem minderjährigen Kind** bedarf grundsätzlich der **Zustimmung beider sorgeberechtigter Eltern**. Erscheint nur ein Elternteil mit dem Kind beim Arzt, darf dieser in von der Rechtsprechung präzisierten Ausnahmefällen - abhängig von der Schwere des Eingriffs - darauf vertrauen, dass der abwesende Elternteil den erschienenen Elternteil zur Einwilligung in den ärztlichen Eingriff ermächtigt hat.

t) Zahnärztliche Aufklärungspflicht vor Wurzelbehandlung

OLG Koblenz, Urteil v. 23.09.2015 - 5 U 603/15 **RID 16-01-309**

juris

ZPO §§ 141, 286, 448; BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823; MRK Art. 6

L**eitsatz**: 1. Vor einer **Zahnextraktion** muss der Zahnarzt den Patient über die Möglichkeit einer **Wurzelkanalbehandlung aufklären**. Hingegen ist vor einer Wurzelkanalbehandlung in der Regel nicht über die Möglichkeit der Zahnextraktion oder der Hemisektion als Behandlungsalternative aufzuklären.
2. Den **Beweis** umfassender und sachgemäßer Aufklärung muss der Zahnarzt führen. Gibt es für das Aufklärungsgespräch keine Zeugen, erfordert das Gebot effektiven Rechtsschutzes in der Regel die gerichtliche **Anhörung von Arzt und Patient** in Gegenüberstellung. Besteht hiernach anhand der Dokumentation in Verbindung mit dem Anhörungsergebnis ein zureichender Anhalt für eine ordnungsgemäße Aufklärung, sollte dem Arzt in der Regel auch dann geglaubt werden, wenn die konkrete Erinnerung angesichts der Vielzahl der Behandlungsfälle lückenhaft ist.
3. Die Patientenbehauptung, infolge **Einnahme eines Schmerzmittels** (Tramadol) die Aufklärung nicht verstanden zu haben, ist unerheblich, es sei denn er stellt plausibel dar, dass die behauptete Beeinträchtigung seines Wahrnehmungsvermögens sich dem Zahnarzt erschließen musste. Fehlt derartiger Vortrag, ist der (möglicherweise) wegen unzureichender Aufklärung rechtswidrige Eingriff jedenfalls entschuldigt.
4. Zur Frage, ob ein bei der Wurzelkanalbehandlung **abgebrochenes Instrumententeil** zwingend entfernt werden muss.

4. Passivlegitimation des Durchgangsarztes und öffentlich-rechtlicher Pflichtenkreis

LG Dresden, Urteil v. 09.10.2015 - 6 O 2808/13 **RID 16-01-310**

MedR 2016, 71

BGB §§ 823 I, 839; GG Art, 34

Leitsatz (MedR): 1. Bei der im Rahmen der durchgangsärztlichen Erstvorstellung oder späteren Nachschauterminen gemäß § 34 Abs. 1 SGB VII zu treffenden Entscheidung, ob nach Art und Schwere der Verletzung die allgemeine Heilbehandlung ausreicht oder der Arbeitsunfallverletzte in die besondere unfallmedizinische Heilbehandlung zu übernehmen ist, handelt der **Durchgangsarzt** in Ausübung eines **öffentlichen Amtes**. Für Fehler bei diesen Entscheidungen **haftet** der Durchgangsarzt gemäß Art. 34 GG, § 839 BGB nicht persönlich, sondern die **Berufsgenossenschaft**.
2. Die Durchführung von Untersuchungen und die Erhebung von Befunden, die der Durchgangsarzt als Grundlage für seine Entscheidung über die weitere Heilbehandlung benötigt, betreffen den **öffentlich-rechtlichen Pflichtenkreis des Durchgangsarztes**. Etwaige Untersuchungs- oder Befunderhebungsversäumnisse begründen keine persönliche Haftung des Durchgangsarztes.
3. Die im Rahmen durchgangsärztlicher Nachschautermine **ergänzende Verordnung** von schmerzstillenden und entzündungshemmenden Medikamenten, die Verordnung von Hilfsmitteln, die dem Durchgangsarzt vorbehalten ist, oder die Abklärung einer Thrombose rechtfertigen nicht die Annahme, der Durchgangsarzt habe die Heilbehandlung mit der Folge, ein privatrechtliches Behandlungsverhältnisses begründet zu haben und persönlich wie jeder andere Arzt zu haften, in die eigenen Hände genommen.
4. Auch die einseitige **Vorstellung des Patienten**, der Durchgangsarzt habe die Behandlung wegen mehrmaliger Nachschautermine in die eigenen Hände genommen, rechtfertigt nicht die Annahme, der Durchgangsarzt habe den seine persönliche Haftung ausschließenden öffentlich-rechtlichen Pflichtenkreis durch Übernahme der Heilbehandlung verlassen.

5. Antrag auf Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus: Sorgfaltsanforderungen/Haftung

OLG Karlsruhe, Urteil v. 12.11.2015 - 9 U 78/11 **RID 16-01-311**

juris

Eine Anstalt des öffentlichen Rechts, die eine als Einrichtung i.S.v. § 2 I Ziff. 1 **Unterbringungsgesetz** Baden-Württemberg (UBG) anerkannt **Klinik** unterhält, **haftet** nach Art. 34 S. 1 GG i.V.m. § 839 I BGB für Pflichtverletzungen der bei ihr angestellten Ärzte, soweit die Ärzte in Ausübung eines öffentlichen Amts handeln. Wenn Ärzte Aufgaben nach dem UBG wahrnehmen, ist diese Voraussetzung erfüllt; sie handeln dann nicht als gerichtliche Sachverständige i.S.v. § 839a BGB.

Der Vollzug einer Unterbringung ist mit schwerwiegenden freiheitsbeschränkenden Folgen für den Betroffenen verbunden. Soweit **Ärzte** auf Grund der landesrechtlichen Regelung die Voraussetzungen für eine öffentlich-rechtliche Unterbringung schaffen, sind sie im Sinne einer **Amtspflicht** gegenüber dem Betroffenen verpflichtet, **Fehler in der ärztlichen Beurteilung zu vermeiden**. Das betrifft sowohl die mögliche **Diagnose** einer psychiatrischen Erkrankung als auch die **Gefährdungsprognose** im Sinne von § 1 IV UBG (erhebliche Eigengefährdung oder erhebliche gegenwärtige Gefahr für Rechtsgüter anderer). Zu den fachlichen Standards gehört insb., dass Diagnose und Gefährdungsprognose berücksichtigen müssen, ob und inwieweit zureichende **Anknüpfungstatsachen** für die ärztlichen Feststellungen und Einschätzungen vorhanden sind.

Bei **ungenauen ärztlichen Formulierungen** in einem ärztlichen Zeugnis wird man die ärztlichen Formulierungen tendenziell so verstehen müssen, dass die Voraussetzungen gemäß § 1 IV UBG bejaht werden sollen, wenn gleichzeitig ein Unterbringungsantrag gestellt wird.

Die Diagnose einer **„Psychose mit Verfolgungswahn“** lässt für sich allein keine Schlussfolgerung auf eine Gefährdungsprognose im Sinne von § 1 IV UBG zu. Ein Arzt muss sich - unabhängig von der Diagnose - eingehend mit den in Betracht kommenden **Anknüpfungstatsachen** auseinandersetzen, die eventuell für eine Gefährdung sprechen können (vgl. ausführlich BGH, NJW 2012, 1448).

Dem Untergebrachten obliegt die **Darlegungs- und Beweislast** für eine Pflichtverletzung der Ärzte. Das Krankenhaus hat jedoch eine sekundäre Darlegungslast, soweit es um die Frage geht, welche Tatsachen und welche Grundlagen von ihren Ärzten bei den ärztlichen Zeugnissen berücksichtigt wurden.

Eine Pflichtverletzung der Ärzte ist **ursächlich** für die rechtswidrige Unterbringung, wenn ohne einen Antrag einer anerkannten Einrichtung eine vormundschaftsgerichtliche Entscheidung über die Unterbringung nicht möglich ist. Der Umstand, dass das **Vormundschaftsgericht** auf der Basis der ärztlichen Zeugnisse keine ausreichende Grundlage für die Anordnung der Unterbringung hatte, ändert nichts an der Haftung des Krankenhauses. Die Pflicht zur Ausstellung von ärztlichen Zeugnissen unter Beachtung der insoweit bestehenden fachlichen Standards besteht gerade deshalb, damit eine rechtswidrige Freiheitsentziehung auf Grund eines unrichtigen ärztlichen Zeugnisses vermieden wird.

Dem Kläger steht ein Schmerzensgeld in Höhe von 25.000 € zu. Grundlage für die **Schmerzensgeldbemessung** ist eine Freiheitsentziehung von fast zwei Monaten. Die Unterbringung war mit einer medikamentösen Zwangsbehandlung verbunden.

Rechtsanwaltskosten sind ersatzfähig.

Es besteht hier kein Anspruch auf **Schadensersatz wegen einer Fahrerlaubnisentziehung**. Die Pflichtverletzungen der Ärzte wären allerdings dann dennoch für die Fahrerlaubnisentziehung ursächlich, wenn - unabhängig von der Einleitung des Verfahrens - die rechtswidrige Unterbringung des Klägers bei der Entscheidung, die Fahrerlaubnis zu entziehen, eine wesentliche Rolle gespielt hätte.

6. Schmerzensgeld

a) Schmerzensgelderhöhung: Verzögerte Regulierung bei Zweifeln des Haftpflichtversicherers

OLG Koblenz, Beschluss v. 21.07.2015 - 5 U 370/15 **RID 16-01-312**
juris
BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823

Leitsatz: 1. Die **unangemessene Verzögerung der Schadensregulierung durch den Haftpflichtversicherer des Arztes** kann zur Genugtuung des Geschädigten Ersatzpflichten auslösen, die über das bloße Kompensationsinteresse hinausgehen. Hat der Versicherer die Haftung dem Grunde nach nicht bestritten, darüber hinaus zeitnah ein Teilschmerzensgeld gezahlt, weitere Leistungen jedoch wegen unklarer Befundlage und Zukunftsprognose zunächst vertretbar abgelehnt, sich dem Ergebnis der späteren gerichtlichen Sachaufklärung aber nicht verschlossen, kommt eine Schmerzensgelderhöhung wegen verzögerter Regulierung nicht in Betracht.
2. 37.500 € **Schmerzensgeld**, wenn Arzt nach **Ulnaschaftfraktur eines 7-jährigen Kindes** grob fehlerhaft eine Radiusköpfchen-Dislokation übersieht, was zu vier Folgeeingriffen und gleichwohl verbleibendem Dauerschaden führt.

b) Kein Schmerzensgeld für von Masseur belästigte Patientin

OLG München, Urteil v. 10.09.2015 - 8 U 1555/15 **RID 16-01-313**
juris = MDR 2015, 1182
BGB §§ 278, 831

Leitsatz (MDR): Ein **angestellter Physiotherapeut**, der eine Patientin im Hals- und im Schulterbereich zu behandeln hat und an dieser Patientin gegen deren Willen **sexuelle Handlungen** vornimmt, handelt nicht in Erfüllung bzw. nicht in Verrichtung, sondern **bei Gelegenheit** der physiotherapeutischen Behandlung, die er für seinen Arbeitgeber ausführt. Es fehlt an dem für eine Verschuldenszurechnung gem. §§ 278, 831 BGB erforderlichen unmittelbaren Zusammenhang zwischen dem Vorfall und der Behandlung, die der Arbeitgeber dem bei ihm angestellten Physiotherapeuten übertragen hat, so dass der **Arbeitgeber der Patientin gegenüber nicht haftet**.

7. Sachverständige

a) Abweichen des Sachverständigen bei Anhörung von schriftlichem Gutachten

OLG München, Beschluss v. 15.10.2015 - 24 U 2657/15 **RID 16-01-314**
juris
ZPO § 286

Leitsatz: Weicht ein **Sachverständiger** bei seiner Anhörung von einer in seinem **schriftlichen Gutachten vertretenen Auffassung** ab, weil er aufgrund der Argumentation in der Stellungnahme einer Partei oder eines von einer Partei vorgelegten Gutachtens zu einer anderen Einschätzung kommt, ergeben sich daraus **keine Zweifel an der Sachkunde** des Sachverständigen.

b) Mündliche Anhörung des Sachverständigen nicht zu Anknüpfungstatsachen

OLG Köln, Beschluss v. 22.12.2014 - 5 U 71/14 **RID 16-01-315**
juris = MedR 2015, 882
ZPO § 522 II 1

Gerichte sind nach der höchstrichterlichen Rspr. grundsätzlich verpflichtet, dem Antrag einer Prozesspartei auf **ergänzende mündliche Anhörung des** vom Gericht beauftragten **Sachverständigen** nach schriftlicher Gutachtenerstattung zu entsprechen. Dies bedeutet indes nicht, dass dem Anhörungsantrag einer Prozesspartei ausnahmslos immer entsprochen werden müsste. Vielmehr ist dies nach st. höchstrichterlicher Rspr. dann nicht der Fall, wenn der Antrag

rechtsmissbräuchlich ist oder der **Prozessverschleppung** dient. Ein solcher Ausnahmefall liegt vor, wenn es dem Kl. darum geht, dass seine Eltern dem Gericht die Vorgänge in der Nacht vom 15. auf den 16. Juni 2007 aus ihrer Sicht schildern, damit nicht ausschließlich die Behandlungsdokumentation der Bekl., sondern auch die Sicht seiner Eltern Grundlage der Begutachtung und Entscheidung wird. Dieses Anliegen ist für sich genommen durchaus legitim. Es nötigt indes nicht zwingend zu einer Anhörung des Sachverständigen. Denn dieser kann zu der Klärung der Frage, wie sich die Dinge in der fraglichen Nacht zugetragen haben, nichts beitragen. Es ist vielmehr Aufgabe des Gerichts, dem Sachverständigen insoweit die **Anknüpfungstatsachen** für seine Begutachtung vorzugeben. Dabei ist grundsätzlich von den Behandlungsunterlagen des behandelnden Arztes auszugehen. Denn diesen ist Vertrauen zu schenken, wenn sie zeitnah erstellt worden und vollständig sind und keine Umstände vorliegen, die Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit begründen.

c) Mündliche Erläuterung des Sachverständigengutachtens/Beweiserheblichkeit

OLG Koblenz, Urteil v. 09.11.2015 - 5 U 844/15 **RID 16-01-316**

juris

ZPO §§ 286, 295, 377 III; 397 I, 398, 402, 404a, 411 III

Leitsatz: 1. Im Arzthaftungsprozess muss der Richter einem rechtzeitig gestellten Antrag, den gerichtlichen Sachverständigen zur mündlichen **Erläuterung** seines schriftlichen **Gutachtens** zu laden, auch dann stattgeben, wenn dem Gericht die schriftliche Begutachtung ausreichend und überzeugend erscheint.
2. Ist der Anhörungsantrag jedoch ausdrücklich auf eine Frage beschränkt, die unter keinem Gesichtspunkt **beweiserheblich** ist, darf auch im Arzthaftungsprozess von der mündlichen Anhörung des Sachverständigen abgesehen werden (hier bejaht). Ob hinsichtlich eines derartigen, in erster Instanz übergangenen Anhörungsantrags auch ein Rügeverlust nach § 295 Abs. 1 ZPO in Betracht kommt, bleibt offen (Abgrenzung zu BVerfG, 2 BvR 2918/12 und BAG, 6 AZR 693/93).

8. Verjährungsbeginn bei Überlassung unvollständiger Patientenakte/Verjährungshemmung

OLG Koblenz, Urteil v. 23.09.2015 - 5 U 403/15 **RID 16-01-317**

Revision anhängig: BGH - VI ZR 594/15 -

juris

BGB §§ 195, 199, 203, 214, 630a, 630f, 630g, 823, 831

Leitsatz: 1. Schließen **nachgereichte Teile der Behandlungsunterlagen** keine für die Klageerhebung relevante Informationslücke des Patienten, kann sich die für den **Verjährungsbeginn** maßgebliche Kenntnis bereits mit Zugang der unvollständigen Patientenakte einstellen.
2. Das „Einschlafenlassen“ beendet die durch Verhandlungen ausgelöste **Verjährungshemmung** nur, wenn der Gläubiger den Zeitpunkt versäumt, zu dem er spätestens auf eine Äußerung des Schuldners hätte antworten müssen (Abweichung von BGH, X ZR 101/06 und BGH, VII ZR 285/12).

9. Verfahrensrecht

a) Anhörung einer Partei zu einem medizinischen Behandlungsgeschehen

OLG Köln, Beschluss v. 13.08.2014 - 5 U 57/14 **RID 16-01-318**

juris

ZPO §§ 447, 448; EMRK Art. 6

Weder der Grundsatz des fairen Verfahrens noch Art. 6 EMRK gebieten es, dass eine **Partei** mangels sonstiger Beweismittel zu einem medizinischen Behandlungsgeschehen **anzuhören** ist. Der Beweis, dass der Arzt den fachmedizinischen Standard unterschritten und damit einen Behandlungsfehler begangen hat, der grundsätzlich dem kl. Patienten obliegt, wird regelmäßig durch **Sachverständige** erbracht, die das Behandlungsgeschehen anhand der ärztlichen Dokumentation nachvollziehen. Die **Dokumentation** wiederum bestimmt sich nach rein medizinischen Notwendigkeiten, die ihrerseits sachverständiger Überprüfung zugänglich sind. Auf die Dokumentation können sich sowohl Patient

als auch Behandler zu ihren Gunsten berufen: was nicht dokumentiert ist, aber hätte dokumentiert werden müssen, gilt als nicht geschehen; umgekehrt ist einer zeitnahen und vollständigen, äußerlich unverdächtigen ärztlichen Dokumentation grundsätzlich Glauben zu schenken. **Aussagen von Zeugen und ggf. von Parteien** sind nur einzuholen, wenn die Dokumentation Lücken aufweist oder der Richtigkeit der Dokumentation substantiiert widersprochen wird. Im Hinblick auf die Parteivernehmung ist dabei auch die Wertung der ZPO als subsidiäres Beweismittel zu berücksichtigen, das nur bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen in Betracht kommt (§§ 447, 448 ZPO).

b) Parteianhörung über Vier-Augen-Aufklärungsgespräch

OLG Koblenz, Beschluss v. 16.10.2015 - 5 U 853/15 **RID 16-01-319**

juris

ZPO §§ 141, 286, 448; BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823; MRK Art. 6 I

Leitsatz: Die Grundsätze der Waffengleichheit und des rechtlichen Gehörs sowie der Anspruch auf ein rechtsstaatliches Verfahren gebieten es auch im Arzthaftungsprozess nicht, den Patienten stets nach § 141 ZPO über den **Inhalt des ärztlichen Aufklärungsgesprächs** anzuhören. Zur **Parteianhörung** oder Parteivernehmung des Patienten ist das Gericht nur verpflichtet, wenn die Behandlungsseite für den Inhalt des konkreten Aufklärungsgesprächs Zeugen hat oder der Arzt seinerseits insoweit als Partei angehört oder vernommen wird.

c) Schadensersatzprozess: Rechtskräftige Ablehnung der Herausgabe von Behandlungsunterlagen

LG Bonn, Urteil v. 02.09.2015 - 9 O 510/14 **RID 16-01-320**

juris

ZPO §§ 142, 322

Leitsatz: Zur **Rechtskraftwirkung** eines Urteils über den Anspruch auf **Herausgabe von Behandlungsunterlagen** im Hinblick auf die Beiziehung derselben nach § 142 ZPO im **Schadenersatzprozess**.

d) Anforderungen an Berufungsschrift

OLG Naumburg, Beschluss v. 26.08.2015 - 1 U 127/14 **RID 16-01-321**

juris

ZPO §§ 522, 530

Leitsatz: Stützt das erstinstanzliche Gericht die Abweisung der gegen den Arzt gerichteten Schadensersatzklage neben dem Verneinen eines Behandlungsfehlers (hier unzureichende Befunderhebung nach Zusammenbruch, Schwindel und Schmerzen in der Brust bei geäußertem Verdacht auf eine Herzerkrankung) auch auf den fehlenden Kausalzusammenhang zwischen dem vermeintlich pflichtwidrigen Handeln des Arztes und einer nachfolgend eingetretenen Gesundheitsschädigung (hier zwei Tage später erlittener schwerer Herzinfarkt), muss die **Berufungsbegründung** auch Letzteres in Frage stellen und darlegen, warum diese Erwägung die angefochtene Entscheidung nicht trägt, also für falsch gehalten wird. Andernfalls ist das Rechtsmittel unzulässig.

10. Zahnärztliche Behandlung

a) Übertragen des Ablösens der provisorisch eingesetzten Kronen auf Zahnarzthelferin

OLG Köln, Beschluss v. 07.08.2015 - 5 U 34/15 **RID 16-01-322**

juris

BGB § 823

Ob es beim **Lösen von Kronen** und einer Berührung eines Nachbarzahns zu einer Schädigung kommt, hängt von Unwägbarkeiten aus der Eigenart des lebenden Organismus des Patienten ab, insb. vom Zustand des Nachbarzahns. Dass der Zahnarzt das Ablösen der provisorisch eingesetzten Kronen auf eine **Zahnarzthelferin** übertragen hat, was er durfte, ändert daran nichts. Einen Grundsatz des Inhalts, dass nur voll beherrschbare Arbeiten vom Arzt oder Zahnarzt auf eine Hilfskraft übertragen werden dürfen und delegierte Arbeiten dem voll beherrschbaren Risiko zuzuordnen sind, gibt es nicht. Auch bei einfacher gelagerten Tätigkeiten, die Arzthelferinnen, Krankenschwestern oder Pfleger nach dem Inhalt ihrer Ausbildung durchführen können und dürfen, können sich nicht beherrschbare Risiken verwirklichen. Dies gilt etwa für die Verabreichung von Spritzen, die auch bei fachgerechtem und hygienisch einwandfreiem Vorgehen zur Entwicklung eines Infekts führen kann.

S. auch bereits OLG Köln, Beschl. v. 29.06.2015 - 5 U 34/15 - juris.

b) Grober Hygienefehler

OLG Düsseldorf, Urteil v. 08.07.2015 - 18 U 33/15 **RID 16-01-323**

juris = GesR 2015, 721

BGB §§ 280, 823

Ein Gericht hat sich mit einer aus den Protokollen ergebenden **Aussagedivergenz** einer Zeugin auseinanderzusetzen.

Es widerspricht nach Auskunft des Sachverständigen jeglicher Lebenserfahrung, dass die **Instrumente** eines Zahnarztes **nach der Sterilisation** beim Umverpacken kontaminationsfrei aus dem Thermodesinfektor aseptisch in Folie verpackt und eingeschweißt werden könnten. Es handelt sich um einen nicht nachvollziehbaren **Hygienefehler**, der einem durchschnittlichen Zahnarzt nicht unterlaufen darf.

Ein **grober Behandlungsfehler**, der geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetreten Art herbeizuführen, führt regelmäßig zu einer Umkehr der Beweislast für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem Gesundheitsschaden (vgl. BGH, Urt. v. 08.01.2008 - VI ZR 118/06 - juris). Für den ursächlichen Zusammenhang zwischen einem groben Verstoß gegen Hygienevorschriften (**grober Hygienefehler**) und einer bakteriellen Infektion im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit einer Behandlung kann nichts anderes gelten (vgl. OLG Düsseldorf, VersR 1988, 40).

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Einordnung eines Präparats als Funktionsarzneimittel

BGH, Urteil v. 25.06.2015 - I ZR 205/13 **RID 16-01-324**

juris

AMG § 2 I Nr. 2 Buchst. a; EGRL 83/2001 Art. 1 Nr. 2 Buchst. b

Leitsatz: Mundspüllösung III

Die Einordnung eines Präparats als **Funktionsarzneimittel** kann nicht auf eine Angabe gestützt werden, die nur für die Einordnung als **Präsentationsarzneimittel** spricht.

b) Synthetische Cannabinoide keine Arzneimittel

BGH, Beschluss v. 04.11.2015 - 4 StR 403/14 **RID 16-01-325**

juris

AMG §§ 2 I Nr. 2, 95 I Nr. 1; Richtlinie 2001/83/EG

Synthetischen Cannabinoiden (insb. JWH 210) fehlt die **Arzneimitteleigenschaft** (vgl. BGH, Beschl. v. 23.07.2014 - 1 StR 47/14 - NStZ-RR 2014, 312; v. 13.08.2014 - 2 StR 22/13 -; Urt. v. 404.09.2014 - 3 StR 437/12 - BGHR AMG § 95 Abs. 1 Nr. 1 Arzneimittel 5).

2. Apotheken

a) BVerfG: Rechtmäßige Preisregulierung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 78 I 4 AMG)

BVerfG, 2. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 04.11.2015 - 2 BvR 282/13, 2 BvQ 56/12 **RID 16-01-326**

juris

Art. 2 I, 12 I, 19 III, 23 I; AMG §§ 73, 78; EWGRL 105/89 Art. 11 II 2

Auf die **Vereinbarkeit der Arzneimittelpreisregulierung** mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und die hierzu bestehende reichhaltige Rechtsprechung (vgl. nur BVerfGE 17, 232 <238 ff.>; 53, 96 <98>; BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 20.12.1990 - 1 BvR 1418/90, 1 BvR 1442/90 - juris; 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 19.09.2002 - 1 BvR 1385/01 - juris) geht die **Verfassungsbeschwerde** nicht ein. Dagegen würde der thematisierte Verstoß gegen die Warenverkehrsfreiheit nach Art. 34 AEUV, für sich genommen, nicht zu einem Verstoß gegen materielles Verfassungsrecht führen.
Vor diesem Hintergrund kann offen bleiben, ob die Verfassungsbeschwerde auch unbegründet ist. Allerdings **spricht manches dafür**, dass gegen das Zweite Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften hinsichtlich der Änderung des § 78 I 4 AMG **keine verfassungsrechtlichen Bedenken** bestehen und dass die mit ihm verbundene Beschränkung von Art. 12 I bzw. Art. 2 IGG weder formell noch materiell zu beanstanden ist.

b) BGH: Lieferung der Medikamente in Arztpraxis (Zuweisung von Verschreibungen)

BGH, Urteil v. 18.06.2015 - I ZR 26/14 **RID 16-01-327**

juris

SGB V § 39 I 4; ZPO § 308; ApoG § 11 I 1; UWG §§ 3, 4 Nr. 11

Leitsatz: Zuweisung von Verschreibungen
1. Eine Verurteilung zur Unterlassung ist von Amts wegen aufzuheben, wenn ein im Unterlassungsantrag enthaltenes Merkmal der zu verbietenden Handlung im Urteilsausspruch fehlt und das vom Gericht ausgesprochene **Unterlassungsgebot** daher weiter reicht als der **Unterlassungsantrag**.
2. Die Bestimmung des § 11 Abs. 1 Satz 1 Fall 3 ApoG ist grundsätzlich auch bei Arzneimitteln zu beachten, die in der Arztpraxis am Patienten angewendet werden sollen (sogenannten **Applikationsarzneimitteln**) und daher zum Zeitpunkt der in Aussicht genommenen Behandlung in der Arztpraxis vorhanden sein müssen, sowie speziell bei Medikamenten, die für die Ersteinstellung und Ersteinweisung von **Hepatitis-C-Patienten** benötigt werden.

c) Approbationswiderruf: Besondere Umstände bei Herausgabe von L-Polamidon

VG Bayreuth, Urteil v. 21.10.2015 - B 4 K 14.271 **RID 16-01-328**

juris

BApO §§ 4 I 1 Nr. 2, 6 II

Die Voraussetzungen für einen **Approbationswiderruf** liegen nicht vor, weil allein die Tatsache, dass gegen den Apotheker eine Geldstrafe wegen eines **Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz** festgesetzt wurde, den Widerruf der Approbation nicht rechtfertigt. Die vom Kl. glaubhaft geschilderten **Gesamtumstände**, unter denen er das **L-Polamidon** an eine dritte Person

herausgegeben hat, belegen, dass er sich trotz des formellen Verstoßes gegen Berufspflichten der besonderen Verantwortung, die der Umgang mit Betäubungsmitteln erfordert, bewusst war.

d) Untersagungsverfügung wegen Ausgabe von Warengutscheinen

VG Münster, Urteil v. 12.11.2015 - 5 K 953/14 **RID 16-01-329**
juris
HeilBerG NRW § 6 I Nr. 6; AMG § 78; AMPreisV § 3

Ein **Apotheker** darf nicht an den Erwerb von verschreibungspflichtigen und/oder sonstigen preisgebundenen Arzneimitteln **Vorteile wie z.B. eine Rolle Geschenkpapier, ein Paar Kuschelsocken oder Gutscheine hierfür** gewähren oder gewähren lassen sowie dafür werben oder werben lassen.

Parallelverfahren:
VG Münster, Urteil v. 12.11.2015 - 5 K 954/14 **RID 16-01-330**
juris

e) Q-Taler für Nachweis eines Arztbesuchs innerhalb von zwei Tagen

OLG Hamm, Urteil v. 11.06.2015 - 4 U 12/15 **RID 16-01-331**
juris
UWG §§ 4, 8; AMG § 78

Die Werbung einer Apotheke damit, dass jeder Kunde, der innerhalb von zwei Tagen nach dem **Arztbesuch** die **Apotheke aufsucht** und dies nachweisen kann, zwei Q-Taler erhält, verstößt gegen die Arzneimittelpreisbindung.
Vorausgehend: LG Bochum, Urt. v. 26.11.2014 - 13 O 137/14 - RID 15-02-310.

f) Vorzeitige Kündigung eines Versorgungsvertrags durch Heim

OLG Celle, Urteil v. 11.11.2015 - 4 U 61/15 **RID 16-01-332**
juris = GesR 2016, 60
ApoG § 12a I 1; HeimG § 1; BGB §§ 252, 280

Leitsatz: 1. Der Sinn und Zweck von Verträgen i.S.v. § 12a Abs. 1 Satz 1 ApoG liegt allein darin, dass die **Versorgung der Heimbewohner** mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten gesichert ist. Schutzsubjekt des § 12a Abs. 1 ApoG sind demgemäß allein die Heimbewohner bzw. - mittelbar - auch das Heim selbst, nicht aber die an dem Vertrag beteiligte Apotheke.
2. Zur Frage, ob eine Apotheke **Anspruch auf entgangenen Gewinn** hat, wenn ein Heim i.S.v. § 1 Heimgesetz einen mit der Apotheke abgeschlossenen Vertrag i.S.v. § 12a Abs. 1 Satz 1 ApoG vor Ablauf einer in dem Vertrag geregelten Kündigungsfrist kündigt.

3. Keine Betäubungsmittel für Selbsttötung

VG Köln, Urteil v. 01.12.2015 - 7 K 14/15 **RID 16-01-333**
juris
BtMG §§ 3 I, 5 I Nr. 6, 13 I 1

Es besteht kein Anspruch auf Erteilung einer Erlaubnis zum Erwerb von jeweils 15 g Natrium-Pentobarbital zum Zweck der Durchführung eines **gemeinschaftlichen Suizids** oder zur Abgabe durch eine Apotheke auf Verschreibung eines Arztes. Die Nutzung des Betäubungsmittels zum Zweck der Selbsttötung ist mit dem Zweck des Betäubungsmittelgesetzes nicht vereinbar.
Ein derartiges restriktives Verständnis dieser Vorschrift verstößt nicht gegen Art. 8 EMRK oder gegen Art. 1, 2 I, 4 oder Art. 6 GG. Aus diesen Schutzgarantien und Grundrechten folgt auch keine Pflicht des Gesetzgebers, einen **„Ausnahmetatbestand“** für die Fälle eines autonomen Suizidentschlusses und entsprechende Verfahrensregeln für die Erteilung einer Erlaubnis durch das BfArM festzulegen.

4. Untersagung des Inverkehrbringens von Arzneimitteln

VG Aachen, Urteil v. 11.12.2015 - 7 K 1498/15 **RID 16-01-334**

juris

AMG §§8, 38, 69; VwVfG §§ 28, 35, 37, 45, 46

Leitsatz: § 69 Abs. 1 Satz 1 AMG ermächtigt nicht dazu, das **Inverkehrbringen von Arzneimitteln** zu untersagen.

Zu den Voraussetzungen für die **Untersagung** des Inverkehrbringens von Arzneimitteln mit **irreführender Bezeichnung**.

5. Rechtswidriger Widerruf der Zulassung für Kava-Kava Arzneimittel

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 25.02.2015 - 13 A 1371/14 **RID 16-01-335**

juris =

AMG §§ 1, 25, 30

Leitsatz: 1. Für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit des **Widerrufs einer arzneimittelrechtlichen Zulassung** ist die Rechtslage im **Zeitpunkt** der letzten mündlichen Verhandlung der Tatsacheninstanz entscheidend. Dies folgt einerseits aus dem in § 1 AMG niedergelegten Gesetzeszweck der Arzneimittelsicherheit und andererseits aus der besonderen Eingriffsintensität des Widerrufs in die Grundrechte der pharmazeutischen Unternehmer.

2. Nach aktuellem Erkenntnisstand bestehende **Zweifel an der Wirksamkeit eines Arzneimittels** führen zwar nicht zur Aufhebung der Zulassung, bilden aber im Rahmen der nach § 30 Abs. 1 S. 1 Nr. 2, § 25 Abs. 2 S. 1 Nr. 5 AMG zu treffenden Prognoseentscheidung im Rahmen der auf dritter Stufe vorzunehmenden Nutzen-Risiko-Bewertung einen **Abwägungsbelang**.

3. Der Nutzen **Kava-Kava-haltiger Arzneimittel**, insbesondere ihre therapeutische Wirksamkeit ist belegt. Ihm stehen **Anwendungsrisiken** in Form hepatotoxischer Ereignisse gegenüber. Diese sind selten, können im Einzelfall aber potentiell lebensbedrohend verlaufen und werden durch eine Vielzahl von Risikofaktoren wie Dosierung, Anwendungsdauer, Begleitmedikation, Alkoholkonsum und Lebervorschädigung beeinflusst.

4. Hinsichtlich Kava-Kava-haltiger Arzneimittel ist zwar nicht generell, aber dann von einem ungünstigen **Nutzen-Risiko-Verhältnis** auszugehen, wenn nicht alle Maßnahmen umgesetzt sind, um die damit einhergehenden Risiken bestmöglich einzudämmen.

5. Ist danach von einem ungünstigen Nutzen-Risiko-Verhältnis auszugehen, rechtfertigt dies nur dann den Widerruf der Zulassung, wenn nicht auf der Grundlage von § 30 Abs. 2a S. 1 AMG vorrangig deren **Änderung** in Betracht kommt.

6. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) BGH: Legitimationswirkung der arzneimittelrechtlichen Zulassung umfasst Fachinformation

BGH, Urteil v. 07.05.2015 - I ZR 29/14 **RID 16-01-336**

juris

AMG §§ 8, 11a, 22 VII 1, 25; UWG §§ 3, 4, 5; HeilMWerbG § 3a

Leitsatz: Äquipotenzangabe in Fachinformation

Angaben in der Fachinformation für ein Arzneimittel können **irreführend** sein, wenn sie auf Studien gestützt sind, die diese Aussagen nicht tragen. Der Inhaber der Arzneimittelzulassung kann sich darauf berufen, dass die Angaben in der dem Zulassungsantrag des Arzneimittels beigefügten Fachinformation zum Zeitpunkt der Zulassung des Arzneimittels dem gesicherten Stand der Wissenschaft entsprochen haben. Der Kläger kann die **indizielle Bedeutung der Zulassung für die hinreichende wissenschaftliche Absicherung** der in der Fachinformation enthaltenen Angaben **erschüttern**, indem er darlegt und erforderlichenfalls beweist, dass neuere, erst nach dem Zulassungszeitpunkt bekanntgewordene oder der Zulassungsbehörde bei der Zulassungsentscheidung sonst nicht zugängliche wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen, die gegen die wissenschaftliche Tragfähigkeit der durch die Zulassung belegten Aussagen sprechen (Fortführung von BGH, Urteil

vom 6. Februar 2013, I ZR 62/11, GRUR 2013, 649 = WRP 2013, 772 - Basisinsulin mit Gewichtsvorteil).

Vorausgehend: OLG Hamburg, Urt. v. 30.01.2014 - 3 U 63/12 - RID 14-02-336.

b) Gewährung von Barrabatten an Apotheken durch Pharmaunternehmer

LG Saarbrücken, Urteil v. 16.12.2015 - 7 O 57/15 **RID 16-01-337**

juris

UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8 I; AMG § 78; AMPreisV § 2; HeilMWerbG § 7

Die Gewährung von **Barrabatten an Apotheken** ist nur insoweit zulässig, als sie sich im Rahmen der Arzneimittelpreisverordnung halten. Gemeint ist damit, dass die pharmazeutischen Unternehmer bei Direktabgabe an die Apotheken auf die Geltendmachung des Großhändlerzuschlages verzichten können. Demgegenüber ist eine **Rabattgewährung unzulässig**, die über einen Verzicht auf die Erhebung des Zuschlages hinausgeht und die zu einem Preisabzug von dem in der Lauer-Taxe veröffentlichten Preis führt.

c) Werbung für Abnehmprodukt: Angaben zu Ausmaß und Dauer einer Gewichtsabnahme

OLG Celle, Urteil v. 22.10.2015 - 13 U 47/15 **RID 16-01-338**

juris

EGV 1924/2006; DiätV

Leitsatz: Die zu Werbezwecken eingestellte **Darstellung von Erfahrungsberichten von Produktnutzern** auf der Homepage des Herstellers eines **Abnehmprodukts** verstößt gegen § 21 Abs. 7 DiätV und Art. 12 lit. b) der Verordnung (EG) Nr. 1924/2006 (sog. Health Claims Verordnung), wenn sie **Angaben zu Ausmaß und Dauer einer Gewichtsabnahme** macht. Dazu genügt es, wenn sie suggeriert, durch Verwendung des Produkts sei innerhalb eines in etwa abgegrenzten Zeitraums ein bestimmter Abnehmerfolg zu erreichen.

Es verstößt ferner gegen Art. 10 Abs. 1 HCVO, wenn in solchen Erfahrungsberichten der Eindruck vermittelt wird, die Verwendung des Produkts wirke sich **positiv auf die Gesundheit** aus bzw. verbessere einen Zustand mit Krankheitswert, obgleich sich diese Aussage in der Liste der gem. Art. 13, 14 HCVO zugelassenen Angaben in dieser Form nicht wiederfindet.

Die Vorschriften der HCVO sind nach ihrem Art. 1 Abs. 2 auch auf Werbemaßnahmen in **Fachpublikationen** anwendbar.

d) Werbung für „Effektive Cellulitebehandlung durch Akustische Wellentherapie“

KG Berlin, Urteil v. 27.11.2015 - 5 U 20/14 **RID 16-01-339**

juris

UWG §§ 4 Nr. 11, 5 II 1 Nr. 1; HeilMWerbG § 3 S. 2 Nr. 1

Leitsatz: Wird für ein (über mehrere Wochen in 3-10 Sitzungen anzuwendendes) **Medizinprodukt der Stoßwellentechnologie** mit einem „dauerhaften Therapieerfolg“ und einer vorbeugenden Wirkung bei der Behandlung von Cellulite geworben, kann dies bei den angesprochenen Verkehrskreisen (Verbraucher sowie Ärzte und Mitarbeiter von Kosmetikinstituten) die Erwartung begründen, die Wirkung der Therapie dauere zeitlich nicht absehbar, jedenfalls über ein Jahr hinaus an.

Vorausgehend: LG Berlin, Urt. v. 13.11.2013 - 97 O 174/12 - RID 14-03-237.

e) Unzureichend wissenschaftlich abgesicherter Werbebehauptungen (Rotlichtbestrahlungslampe)

KG Berlin, Urteil v. 12.06.2015 - 5 U 167/13 **RID 16-01-340**
juris = Magazindienst 2015, 1001
UWG §§ 4 Nr. 11, 5 I 2 Nr. 1; HeilMWerbG § 3; MPG § 6

Hier geht es um **Werbeaussagen**, nach denen das streitgegenständliche Produkt der Bekl. eine Entzündungsprozesse heilende und eine schmerzlindernde Wirkung haben soll. Werden Patienten dadurch zu einer unzureichenden Behandlung ihrer - unter Umständen sogar schwerwiegenden Erkrankung - verführt, besteht eine nahe liegende Gefahr, dass eine mögliche Heilung und Schmerzlinderung verfehlt oder jedenfalls erheblich verzögert wird (vgl. auch BGH, GRUR 2013, 649 TZ 15 m.w.N. - Basisinsulin mit Gewichtsvorteil). Im Hinblick darauf ist die Untersagung **unzureichend wissenschaftlich abgesicherter Werbebehauptungen** zu einer **Heilung oder Linderung von Krankheiten** auch verhältnismäßig.

f) Werbung für Wundpflegecreme mit Heilwirkungen

OLG Karlsruhe, Urteil v. 28.01.2016 - 4 U 134/15 **RID 16-01-341**
juris
HeilMWerbG § 3a

Leitsatz: Ein Kosmetikum (Wundpflegecreme) wird nicht dadurch zum **Präsentationsarzneimittel**, dass in einer Anzeige in einer Fachzeitschrift Heilwirkungen der Creme beworben werden.

7. Auskunftsanspruch gegen Deutsches Institut für Med. Dokumentation und Information (DIMDI)

VG Köln, Urteil v. 05.11.2015 - 13 K 3206/14 **RID 16-01-342**
juris
IFG §§ 1, 3

Leitsatz: Auskunft nach dem IFG.

8. Arzneimittelrabattverträge

a) Bietergemeinschaften im Konzernverbund/Sortimentsbreite

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 29.07.2015 - VII-Verg 6/15 **RID 16-01-343**
juris
SGB V § 130a VIII

Parallelverfahren zu OLG Düsseldorf, Beschl. v. 29.07.2015 - VII-Verg 5/15 - RID 15-04-250:
Im **Vergabeverfahren** sind auch **Bietergemeinschaften im Konzernverbund** vergabe- und kartellrechtlich grundsätzlich zulässig.
Das **mittelbare Kriterium der Sortimentsbreite** ist nicht zu beanstanden.

b) Zusammenhang zwischen Wirkstoffen und den zu behandelnden Erkrankungen

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 27.05.2015 - VII-Verg 2/15 **RID 16-01-344**
juris
SGB V § 130a VIII

Bei einer Arzneimittelausschreibung kann ein **Zusammenhang zwischen den Wirkstoffen** und den mit ihnen **zu behandelnden Erkrankungen** hergestellt werden. Ein Wirkstoff kann nicht losgelöst von den mit ihm zu behandelnden Erkrankungen betrachtet werden. Ebenso liegt es in der Natur der Sache, dass Wirkstoffe oftmals nicht nur zur Behandlung einer Erkrankung, sondern zur Behandlung mehrerer Erkrankungen zugelassen sind.

Es ist weiter nicht zu beanstanden, dass die fünf ausgeschriebenen Wirkstoffe mindestens **zur Behandlung von drei ausdrücklich benannten Erkrankungen** (rheumatoide Arthritis, Spondylitis ankylosans und Psoriasis-Arthritis) zugelassen sein müssen und darüber hinaus zu Gunsten des Bieters berücksichtigt wird, wenn diese zur Behandlung weiterer Erkrankungen eingesetzt werden dürfen.
Die den Indikationen zugeordneten **Gewichtungen** sind vergaberechtlich ebenfalls nicht zu beanstanden.
Ein Bieter kann in manipulativer Weise das Ausschreibungsergebnis beeinflussen, wenn er anders als die anderen Bieter **über zwei Variablen (fiktiver Listenpreis und Rabattpreis)** statt nur über eine Variable (Rabattpreis) verfügt.
Es ist nicht zu beanstanden, dass die Bieter **mehrere (Haupt-) Angebote** für die verschiedenen Wirkstoffe je Gebietslos abgeben dürfen, d.h. allerdings maximal ein Angebot je Wirkstoff je Gebietslos.

9. Information „Nur in der Apotheke erhältlich“

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 14.01.2016 - 13 A 2552/13 **RID 16-01-345**
juris
AMG § 10 I 5

Die Information **„Nur in der Apotheke erhältlich“** auf den **Sachets** nach § 10 I 5 AMG ist unzulässig, weil sie weder mit der Anwendung des Arzneimittels im Zusammenhang steht noch für die gesundheitliche Aufklärung wichtig ist. Diese beiden Voraussetzungen müssen im Übrigen kumulativ vorliegen.

10. Keine Ausgabe eines T-Rezeptformulars an einen Tierarzt

VG Saarland, Beschluss v. 30.10.2015 - 3 L 1125/15 **RID 16-01-346**
juris
AMVV § 3a V

Leitsatz: „Ärztliche Person“ i.S.d. AMVV meint ausschließlich eine(n) Humanmediziner(in), d.h. weder eine(n) Zahnarzt/ärztin noch eine(r) Tierarzt/ärztin.

11. Beihilfe

a) Festbetrag für Arzneimittel

aa) Unzulässige Übertragung der Entscheidungskompetenz auf GBA

OVG Saarland, Urteil v. 23.10.2015 - 1 A 311/14 **RID 16-01-347**
Revision zugelassen
juris
BhV Saarland §§ 4, 5, 15

Leitsatz: a) Die Regelung des § 5 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 BhV SL, wonach in Fällen, in denen für ein Arzneimittel ein **Festbetrag** nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch festgesetzt ist, die Aufwendungen nur bis zur Höhe des Festbetrages beihilfefähig sind, entspricht mit der darin liegenden **Übertragung der Entscheidungskompetenz** über die Begrenzung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Arzneimittel auf den **Gemeinsamen Bundesausschuss** und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nicht den Anforderungen des Rechtsstaats- und des Demokratieprinzips und ist deshalb **unwirksam**.
b) Ausgehend davon, dass, soweit im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung rechtmäßig Festbeträge für Arzneimittel festgesetzt sind, damit eine „im allgemeinen“ ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung durch zum Festbetrag erhältliche Arzneimittel gewährleistet ist und von daher für den Regelfall auch davon ausgegangen werden kann, dass die zum Festbetrag erhältlichen Arzneimittel auch die Versorgung der Beihilfeberechtigten mit notwendigen Arzneimitteln zu angemessenen Kosten ermöglichen, wird die Anerkennung der Aufwendungen für ein gegenüber dem Festbetragsmedikament **teureres Arzneimittel** als

beihilfefähig unter dem Gesichtspunkt der Anforderungen der Notwendigkeit und der Angemessenheit typischerweise einer besonderen Rechtfertigung bedürfen.

bb) Zulässige Geltung der Festbeträge nach SGB V

OVG Niedersachsen, Urteil v. 24.11.2015 - 5 LB 59/15 **RID 16-01-348**

juris

BG Niedersachsen § 80; BhV Niedersachsen § 17 VII; SGB V § 35

Leitsatz: Die Vorschrift des § 17 Abs. 7 Satz 1 NBhVO, wonach Aufwendungen für Arzneimittel, für die **Festbeträge nach § 35 SGB V** festgesetzt sind, nur bis zur Höhe der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Internet unter www.dimdi.de veröffentlichten Festbeträge beihilfefähig sind, ist mit höherrangigem Recht vereinbar.
1. § 17 Abs. 7 Satz 1 NBhVO ist von der gesetzlichen **Verordnungsermächtigung** des § 80 Abs. 6 Satz 1, Satz 2 Nr. 1 Buchstabe g) NBG gedeckt.
a) Dem Begriff der **Höchstbeträge** im Sinne des § 80 Abs. 6 Satz 2 Nr. 1 Buchstabe g) NBG unterfallen auch die in § 17 Abs. 7 Satz 1 NBhV genannten Festbeträge nach § 35 SGB V.
b) Die Auffassung, die in § 80 Abs. 6 Satz 2 Nr. 1 Buchstabe g) NBG enthaltene Formulierung Höchstbeträge in bestimmten Fällen schließe einen Verweis auf Festbetragsarzneimittel gemäß § 5 SGB V aus, wird weder durch den Wortlaut oder die Entstehungsgeschichte des § 80 Abs. 6 Satz 2 Nr. 1 Buchstabe g) NBG gestützt noch von Sinn und Zweck dieser Vorschrift gefordert.
2. Der Wirksamkeit des § 17 Abs. 7 Satz 1 NBhVO steht auch nicht entgegen, dass er eine **dynamische Verweisung** auf die nach § 35 SGB V festgesetzten Festbeträge für Arzneimittel enthält. Der im Hinblick auf das Rechtsstaats- und Demokratieprinzip gebotenen Beschränkung des Umfangs der Verweisung wird in qualitativer Hinsicht in der Weise entsprochen, dass nach § 17 Abs. 7 Satz 2 NBhVO in medizinisch begründeten Einzelfällen Aufwendungen für Festbetragsarzneimittel nach § 17 Abs. 7 Satz 1 NBhVO auch über den Festbetrag hinaus beihilfefähig sind.

cc) Besondere Rechtfertigung für „teureres“ Medikament

OVG Saarland, Urteil v. 23.10.2015 - 1 A 350/14 **RID 16-01-349**

juris

BhV Saarland §§ 4, 5, 15

Leitsatz: a) Ungeachtet der Unwirksamkeit von § 5 Abs. 1 Nr. 6 S 2 BhV SL ist in Fallgestaltungen, in denen zur Therapie der diagnostizierten Erkrankung zum **Festbetrag** erhältliche Medikamente existieren, mit Blick auf die allgemeinen Erfordernisse der Notwendigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen (§ 4 Abs. 1 Nr. 1 BhV SL) eine **besondere Rechtfertigung** zu verlangen, wenn nicht ein solches Festbetragsmedikament, sondern ein demgegenüber **„teureres“ Medikament** verordnet und beschafft wird und zu dessen Kosten eine Beihilfe beantragt wird.
b) **Einzelfall** einer nicht hinreichend substantiierten Darlegung solcher besonderer Gründe.

dd) Unzulässiger Verweis auf SGB V/Teureres Arzneimittel nur im Ausnahmefall

VG des Saarlandes, Urteil v. 18.12.2015 - 6 K 1337/14 **RID 16-01-350**

juris

BhV Saarland §§ 4, 5 I Nr. 6, 15 VII; SGB V §§ 35, 92 I 2 Nr. 6

Leitsatz: 1. Die Regelung des § 5 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 BhV SL, wonach in Fällen, in denen für ein Arzneimittel ein **Festbetrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch** festgesetzt ist, die Aufwendungen nur bis zur Höhe des Festbetrages **beihilfefähig** sind, entspricht mit der darin liegenden Übertragung der Entscheidungskompetenz über die Begrenzung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Arzneimittel auf den Gemeinsamen Bundesausschuss und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nicht den Anforderungen des Rechtsstaats- und des Demokratieprinzips und ist deshalb **unwirksam**.
2. Ausgehend davon, dass, soweit im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung rechtmäßig Festbeträge für Arzneimittel festgesetzt sind, damit eine „im allgemeinen“ ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung durch zum Festbetrag erhältliche

Arzneimittel gewährleistet ist und von daher für den Regelfall auch davon ausgegangen werden kann, dass die zum Festbetrag erhältlichen Arzneimittel auch die Versorgung der Beihilfeberechtigten mit notwendigen Arzneimitteln zu angemessenen Kosten ermöglichen, bedarf die **Anerkennung der Aufwendungen für ein gegenüber dem Festbetragsmedikament teureres Arzneimittel als beihilfefähig** unter dem Gesichtspunkt der Anforderungen der Notwendigkeit und der Angemessenheit typischerweise einer **besonderen Rechtfertigung** (hier mangels entsprechender Darlegung verneint).
(Beides im Anschluss an OVG Saarlouis, Urt. v. 23.10.2015 - 1 A 311/14 - RID 16-01-347)

ee) Zulässige Verweisung auf SGB V/Härtefall

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 09.12.2015 - OVG 7 B 13.15 **RID 16-01-351**
juris
BhV Berlin §§ 6 I, 7, 22 S. 3; SGB V § 35

Leitsatz: § 22 Satz 3 LBhVO enthält eine mit höherrangigem Recht vereinbare einfache **dynamische Verweisung** auf die von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 35 Abs. 3 bis 6 SGB V festgesetzten Festbeträge.
Zur Konkretisierung eines auf medizinische Gründe gestützten **Härtefalls** kann auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu Ausnahmen von der Leistungsbeschränkung auf Festbeträge bei erheblichen unerwünschten Nebenwirkungen der zum Festbetrag erhältlichen Medikamente zurückgegriffen werden. Zudem ist die Höhe der finanziellen Belastung durch die Beschränkung der beihilfefähigen Aufwendungen auf den Festbetrag zu berücksichtigen.

ff) Begrenzung der Beihilfefähigkeit und Härtefallregelung/Verweis auf andere Arzneimittel

VG des Saarlandes, Urteil v. 22.07.2015 - 6 K 971/14 **RID 16-01-352**
juris
BhV Saarland § 5 I Nr. 6; GG Art. 33 V

Leitsatz: 1. Die sich aus der BhV SL ergebenden **Einschränkungen der Beihilfe** zu medizinisch notwendigen und wirtschaftlich angemessenen Aufwendungen verstoßen mangels einer normativen abstrakt-generellen **Härtefallregelung** gegen höherrangiges Recht (wie Urteil der Kammer vom 12.06.2014 - 6 K 492/13 - juris).
2. Die **Festbetragsregelung** in § 5 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 Halbsatz 1 BhV SL hat in den Fällen Bestand, in denen die Aufwendungen für das konkret angeschaffte Arzneimittel nicht medizinisch notwendig und auch nicht wirtschaftlich angemessen sind, weil es **andere** ebenfalls wirksame **Arzneimittel** gibt, die auf dem Arzneimittelmarkt günstiger zu haben sind und auf die der Beihilfeberechtigte in zumutbarer Weise verwiesen werden kann.
3. Im Einzelfall verneinter **Vertrauensschutz** wegen früherer Leistungsgewährung.

b) Ausschluss von Mitteln zur Behandlung der erektilen Dysfunktion (Cialis)

VG Ansbach, Urteil v. 20.01.2016 - AN 1 K 15.00673 **RID 16-01-353**
juris
BhV Bayern § 18 S. 4 Nr. 1; GG Art. 3 I

Hinsichtlich der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Mittel, die überwiegend zur Behandlung der **erektilen Dysfunktion** dienen, bestimmt § 18 Satz 4 Nr. 1 BhV Bayern, dass diese nicht beihilfefähig sind. Dies ist nicht zu beanstanden.

c) Beihilfe für laktasehaltige Tabletten

OVG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 15.12.2015 - 2 A 10542/15 **RID 16-01-354**
juris
BhV Rheinland-Pfalz §§ 1 I, 8, 21

Leitsatz: 1. **Arzneimittel** im Sinne des § 21 Abs. 1 der Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz - BVO - sind grundsätzlich Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen, die dazu bestimmt sind, durch Anwendung

am oder im menschlichen Körper Krankheiten oder krankhafte Beschwerde zu heilen, zu lindern, zu verhüten oder zu erkennen. Die formelle Einordnung nach § 2 des Arzneimittelgesetzes und insbesondere das Vorliegen eines Funktionsarzneimittels ist nicht Voraussetzung für die Annahme eines Arzneimittels in diesem Sinne.
2. Davon ausgehend ist das **laktasehaltige Präparat** LactoStop 3300 FCC ein Arzneimittel nach § 21 Abs. 1 BVO, dessen Beihilfefähigkeit hier - unabhängig von der lebensmittelrechtlichen Bezeichnung, unter der es vertrieben wird - nicht nach § 21 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe d) BVO ausgeschlossen ist. Das Mittel ist nicht geeignet, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen.

d) Vitamin-C-Präparat

VG Bayreuth, Urteil v. 10.11.2015 - B 5 K 15.96 **RID 16-01-355**
juris
BG Bayern Art. 96; BhV Bayern §§ 18, 49 II

Ein **Vitamin-C-Präparat** ist als **nicht apothekenpflichtiges Präparat** nicht beihilfefähig. Die Beschränkung der Beihilfefähigkeit auf apothekenpflichtige Arzneimittel verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

e) Hilfsmittel

aa) Ärztliche Verordnung als Voraussetzung für Hilfsmittel (Blutdruckmessgerät)

OVG Saarland, Urteil v. 01.12.2015 - 1 A 94/15 **RID 16-01-356**
juris
BhV Saarland § 5 I Nr. 9, II S. 1

Leitsatz: a) Den in § 5 Abs. 1 Nr. 9 S. 1 BhV SL normierten Erfordernis der **ärztlichen Verordnung eines Hilfsmittels** ist zumindest für den Regelfall nur dann Rechnung getragen, wenn die betreffende ärztliche Bescheinigung **vor** (und nicht erst nach) **Beschaffung** des in Rede stehenden Mittels ausgestellt worden ist.
b) Da § 5 Abs. 1 Nr. 9, Abs. 2 Satz 1 b i.V.m. Nr. 1 Satz 2 der Anlage 4 die ärztliche Verordnung des Hilfsmittels auch seiner Art nach vorschreibt, kann eine ärztliche Verordnung, die ganz **unspezifisch ein Blutdruckmessgerät** zum Gegenstand hat, nicht dahin verstanden werden, dass ein von seiner Messtechnik her auf den Korotkoff-Ton abstellendes Messgerät verordnet worden ist.

bb) Cochlea-Implantat bei einseitiger Taubheit

VG Stade, Urteil v. 14.12.2015 - 3 A 3025/13 **RID 16-01-357**
juris
BhV Niedersachsen § 20 I

Leitsatz: Kein Nachweis einer medizinischen Notwendigkeit eines **Cochlea-Implantats** bei **einseitiger Taubheit**.

cc) Silbertextilien

VG Bayreuth, Urteil v. 10.11.2015 - B 5 K 15.603 **RID 16-01-358**
juris
BhV Bayern §§ 18, 21

Silbertextilien für seinen im Januar 2015 geb. Sohn sind nicht nach § 21 BayBhV i.V.m. Anl. 4 beihilfefähig, weil sie nicht in der Anl. 4 enthalten sind. § 18 Satz 1 Nr. 2 BayBhV scheidet als Anspruchsgrundlage aus, weil die Textilien schon vom Begriff und der medizinischen Praxis her nicht als **„Verbandmittel“** anzusehen sind.

dd) Hörgeräte: Höchstbetrag/Härtefall

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 26.11.2015 - 2 S 1075/14 **RID 16-01-359**

juris

BBhV § 25; GG Art. 3 I, 33 V

Leitsatz: 1. Die Begrenzung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Anschaffung von **Hörgeräten** auf einen **Höchstbetrag** ist sowohl mit dem allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG als auch mit der Fürsorgepflicht des Dienstherrn vereinbar (wie BVerwG, Urteil vom 02.04.2014 - 5 C 40/12 -).
2. Bei Vorliegen eines **Härtefalls** sind in analoger Anwendung von § 25 Abs. 4 Satz 1 BBhV getätigte Aufwendungen für Hörhilfen über den Höchstbetrag hinaus beihilfefähig, wenn dies zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung im Hinblick auf § 78 BBG notwendig ist.
3. Zur Beurteilung, ob ein **ausreichender Ausgleich des Hörverlustes** erreicht wird, kann als Orientierungshilfe auf die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (in der für den Bezugszeitraum maßgeblichen Fassung vom 16.10.2008, BAnZ 2009, S. 462) zurückgegriffen werden.
4. Ein **Härtefall** kann bei Vorliegen besonderer medizinischer und/oder finanzieller Umstände anzunehmen sein und setzt den Nachweis ihrer Unvermeidbarkeit voraus.
5. Der **Nachweis** einer unvermeidbaren **Härte** obliegt dem Beihilfeberechtigten als Mitwirkungshandlung. Für einen solchen Nachweis bedarf es regelmäßig nicht nur der Vorlage einer (fach-)ärztlichen Stellungnahme, sondern auch der Vorlage einer Stellungnahme des Hörgeräteakustikers.
6. Eine ausreichende Mitwirkungshandlung erfordert die Vorlage von Belegen dazu, dass der Auswahlentscheidung der Hörhilfe(n) eine angemessene Zahl technisch bzw. der Art nach Geräte **verschiedener Preiskategorien** zugrunde gelegt wurde und dass die Vor- und Nachteile sowie die Hörergebnisse der getesteten Geräte den jeweiligen Preisen der getesteten Geräte gegenübergestellt wurden.

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. Privatbehandlung

a) BGH: Kein Bereicherungsanspruch des Patienten gegen Chefarzt ohne Liquidationsrecht

BGH, Urteil v. 14.01.2016 - III ZR 107/15 **RID 16-01-360**

juris

KHEntgG § 17

Leitsatz: 1. Sowohl beim totalen Krankenhausvertrag mit Arztzusatzvertrag als auch beim gespaltenen Arzt-Krankenhaus-Vertrag ist es eine Frage der Vertragsgestaltung im Einzelfall, ob der gesonderte Behandlungsvertrag, der zwischen dem Patienten und dem **Wahlarzt** geschlossen werden soll, bereits Gegenstand der zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten abgeschlossenen **Wahlleistungsvereinbarung** ist (Krankenhaus als Stellvertreter des Wahlarztes), oder ob es hierzu einer weiteren Abrede zwischen dem Arzt und dem Patienten bedarf, die auch durch konkludentes Verhalten zustande kommen kann (Fortführung des Senatsurteils vom 19. Februar 1998, III ZR 169/97, BGHZ 138, 91).
2. Steht dem behandelnden Wahlarzt kein **Liquidationsrecht** zu und übt das Krankenhaus das Liquidationsrecht bei wahlärztlichen Leistungen selbst aus, ist ein Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 BGB) wegen überhöhter Rechnungsstellung grundsätzlich gegenüber dem Krankenhausträger geltend zu machen.

Vorausgehend: LG München I, Urt. v. 11.03.2015 - 9 S 7449/14 - RID 15-02-342.

b) Zahnärztliche Behandlung

aa) Entgelt bei Konzept einer qualitativ äußerst hochwertigen zahnärztlichen Behandlung

AG Karlsruhe, Urteil v. 04.09.2015 - 6 C 1670/15 **RID 16-01-361**

juris

BGB §§ 138 II, 812 I 2; GOZ §§ 2 I, 5 I 1

Soweit wegen des besonderen Aufwands einer zahnärztlichen Leistung durch den vorgegebenen Rahmen der GOZ eine angemessene Vergütung nicht mehr gewährleistet ist, bedarf es einer **Öffnungsklausel**, die im Einzelfall ein Abweichen von der Gebührenordnung erlaubt. Ein Zahnarzt kann deshalb eine **Honorarvereinbarung** oberhalb des gesetzlich vorgesehenen **Gebührenrahmens** nur in Form einer vor der Leistungserbringung des Zahnarztes getroffenen schriftlichen Individualabrede gem. §§ 2 I, II GOZ treffen (vgl. OLG Hamm, Urt. v. 06.02.2006 - 3 U 26/00 - juris Rn. 71).
Die Vereinbarung eines Entgelts, welches ausnahmslos **erheblich über den Höchstsätzen** der amtlichen Gebührenordnung liegt, ist im Hinblick auf das Konzept einer qualitativ äußerst hochwertigen zahnärztlichen Behandlung weder willkürlich, noch verstößt sie per se gegen die berufsrechtliche Verpflichtung zu einer angemessenen Gestaltung der Vergütung (OLG Düsseldorf, Urt. v. 02.06.2005 - I-8 U 153/04).

bb) Einsatz von Ozon zur Desinfektion (Nr. 2420 GOZ)

AG Dortmund, Urteil v. 31.08.2015 - 405 C 3277/14 **RID 16-01-362**

juris

BGB § 611

Der **Einsatz von Ozon zur Desinfektion** kann nicht nach Position **Nr. 2420 GOZ** „zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal“ abgerechnet werden.

cc) Diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen am natürlichen Gebiss

VG Stuttgart, Urteil v. 15.01.2016 - 12 K 4088/15 **RID 16-01-363**

juris

GOZ Nr. 8090

Leitsatz: Nr. 8090 GOZ kann je Sitzung nur einmal angesetzt werden. Sie ist dabei nicht „je Zahn“ ansetzbar.

dd) Keine Feststellungsklage auf Unanwendbarkeit des § 10 I GOZ

VG Köln, Urteil v. 03.11.2015 - 7 K 3279/13 **RID 16-01-364**

juris

VwGO § 43; GOZ § 10 I

Die Klage eines Zahnarztes auf Feststellung, dass **§ 10 I GOZ**, wonach die Fälligkeit der zahnärztlichen Vergütung davon abhängt, dass dem Zahlungspflichtigen eine der GOZ entsprechende Rechnung unter Verwendung des in Anlage 2 der GOZ abgedruckten Liquidationsformulars erteilt worden ist, unanwendbar ist, ist auf die **abstrakte Klärung der Gültigkeit einer Rechtsnorm** gerichtet und damit unzulässig.

2. Private Krankenversicherung

a) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Erstattungsfähigkeit von Leistungen für „Hilfsmittel gleicher Art“ (Badeprothese)

BGH, Urteil v. 24.06.2015 - IV ZR 181/14 **RID 16-01-365**
juris = MedR 2016, 53 = ZfSch 2015, 638 = EBE/BGH 2015, 262 = VersR 2015, 1119 = MDR 2015, 1006
MB/KK § 1, 5 II 1

Leitsatz: Sehen Tarifbedingungen zur privaten Krankheitskostenversicherung vor, dass Leistungen für **„Hilfsmittel gleicher Art“** (nur) einmal innerhalb von drei Jahren erstattungsfähig sind, ist damit der **konkrete Verwendungszweck des Hilfsmittels**, insbesondere bezogen auf das jeweils geschädigte Körperteil gemeint.

bb) Prämienerhöhung und berechtigtes Geheimhaltungsinteresse des Versicherers

BGH, Urteil v. 09.12.2015 - IV ZR 272/15 **RID 16-01-366**
juris
VVG § 203 II; GVG §§ 172 Nr. 2, 174 III

Leitsatz: Im gerichtlichen Verfahren über eine Prämienanpassung in der privaten Krankenversicherung gemäß § 203 Abs. 2 VVG (hier i.V.m. § 8b AVB/KK) kann einem berechtigten **Geheimhaltungsinteresse des Versicherers** an den technischen Berechnungsgrundlagen im Einzelfall durch den Ausschluss der Öffentlichkeit gemäß § 172 Nr. 2 GVG und die Verpflichtung zur Verschwiegenheit gemäß § 174 Abs. 3 GVG Rechnung getragen werden (im Anschluss an BVerfG, 28. Dezember 1999, 1 BvR 2203/98, VersR 2000, 214, 216).

b) Erstattung nur bis zum Höchstsatz der Gebührenordnungen(3,5-fach)

OLG Hamm, Urteil v. 25.03.2015 - 20 U 143/14 **RID 16-01-367**
juris = RuS 2015, 510
BGB §§ 305c, 307 I 2; GOZ § 5 I 1

Allgemeine Versicherungsbedingungen sind so **auszulegen**, wie ein durchschnittlicher, um Verständnis bemühter Versicherungsnehmer sie bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und unter Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs verstehen kann. Aus dem Wortlaut der Bestimmung kann der Versicherungsnehmer erkennen, dass die Kostenerstattung des Versicherers begrenzt wird und zwar bis zu den in den Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte festgelegten **Höchstsätzen**.

Vorausgehend: LG Dortmund, Urteil v. 18.06.2014 - 2 O 268/12 - RID 14-04-280.

c) Auffälliges Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen

AG Schöneberg, Urteil v. 25.09.2015 - 104 C 202/15 **RID 16-01-368**
juris
VVG § 192

Nach § 192 II VVG ist der Versicherer zur Leistung zwar insoweit nicht verpflichtet, als die **Aufwendungen für die Heilbehandlung** oder die sonstigen Leistungen in einem **auffälligen Missverhältnis** zu den erbrachten Leistungen stehen. Von einem auffälligen Missverhältnis ist in Anlehnung an die Rechtsprechung zu § 138 II BGB erst auszugehen, wenn die geforderte Vergütung die angemessene und allgemein übliche Vergütung **um mehr als 100 % übersteigt**.

d) Erweiterte Galvanotherapie (Bioelektrotherapie)

LG Dortmund, Urteil v. 15.10.2014 - 2 O 177/13 **RID 16-01-369**

juris
MBKK § 1 II

Die Durchführung der **erweiterten Galvanotherapie (Bioelektrotherapie)** kann **medizinisch notwendig** sein i.S.d. § 1 II MBKK. Sie ist eine echte Alternative in der Krebstherapie, da sie die Metastasierung des Tumors vermeidet und eine Rückbildung des Tumors bewirken kann. Denn die Selbstheilungskräfte des Organismus können gegen die durch die Therapie enttarnten Krebszellen wirken.
Ist die Therapie nicht im **Gebührenverzeichnis** für Heilpraktiker enthalten und gibt es dort auch keine gleichwertige Gebührenziffer, so ist die Leistung entsprechend der GOÄ abzurechnen (hier: Ziff. 5605 GOÄ).

e) Alternative Behandlungsmethode (Immunbehandlung Prostatakarzinoms mit dendritischen Zellen)

OLG Bremen, Urteil v. 30.11.2015 - 3 U 65/13 **RID 16-01-370**

juris
MB/KK 2009 §§ 1, 4

Leitsatz: Schulmedizinisch nicht etablierte **alternative Behandlungsmethoden** stellen jedenfalls dann eine „notwendige Heilbehandlung“ im Sinne der MB/KK dar, wenn sonstige, schulmedizinisch etablierte Behandlungsmethoden zum maßgeblichen Zeitpunkt nur noch palliativen Charakter haben, während die in Rede stehende alternative Behandlung (hier: **Immunbehandlung** eines metastasierenden Prostatakarzinoms mit dendritischen Zellen bei unheilbarer, lebenszerstörender Krankheit des Versicherungsnehmers) zumindest noch eine medizinisch begründbare Aussicht auf einen Gewinn an Lebenszeit neben einem Gewinn an Lebensqualität sowie die Möglichkeit einer vollständigen Remission bieten (hier bejaht).

f) Dendritische Zellimpfung zur adjuvanten Therapie bei Melanompatienten

OLG Oldenburg, Urteil v. 16.12.2015 - 5 U 82/15 **RID 16-01-371**

juris
MB/KK § 1 I

Leitsatz: Eine Wirkung der **dendritischen Zellimpfung** zur adjuvanten Therapie bei Melanompatienten der Stufe III ist wissenschaftlich bislang nicht belegt. Da mit der **Interferontherapie** demgegenüber eine Therapie mit nachgewiesener Wirkung zur Verfügung steht, ist der Krankenversicherer grundsätzlich nicht verpflichtet, die Kosten der dendritischen Zellimpfung zu erstatten.

g) Lasik-Operation ist Heilbehandlung

AG Dortmund, Urteil v. 10.09.2014 - 404 C 7848/13 **RID 16-01-372**

juris
MB/KK 94 § 1 II 1

Die **Lasik-Operation** ist eine **Heilbehandlung**, denn sie beseitigt die Fehlsichtigkeit. Sie ist auch medizinisch notwendig, denn es ist nach objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen vertretbar, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Sie ist geeignet, die Fehlsichtigkeit zu heilen. Der Sachverständige hat dazu ausgeführt, dass es sich bei der Lasik-Operation um ein **wissenschaftlich anerkanntes Verfahren** handelt.
Die Krankenkasse kann den Versicherten nicht auf andere Formen der Heilbehandlung bzw. die **Benutzung von Hilfsmitteln** verweisen. Dies ergibt sich nicht aus den vereinbarten Versicherungsbedingungen.

h) IVF-Behandlung

LG Nürnberg-Fürth, Beschluss v. 30.03.2015 - 8 S 7937/14 **RID 16-01-373**
AVB § 1 II

Die auf körperlichen Ursachen beruhende Unfähigkeit, auf natürlichem Wege Kinder zu erzeugen, fällt unter die Definition von **Krankheit** nach den AVB.
Liegt bei der Ehefrau eine **idiopathische Sterilität**, also eine Sterilität aus ungeklärten Ursachen, vor und bestehen keine Zweifel an der Fruchtbarkeit des Ehemannes, ist eine IVF-Behandlung eine medizinisch notwendige Heilbehandlung.

i) Unterschenkel-Führungssystem Ness L 300

OLG Köln, Urteil v. 12.06.2015 - 20 U 220/14 **RID 16-01-374**
juris
MB/KK § 1.1

Ein Unterschenkel-Führungssystem Ness L 300 ist weder ein **Hilfsmittel** im Sinne von § 4.3.3 der MB/KK 2009 noch nach den Tarifbestimmungen gem. dem Verzeichnis „Die Hilfsmittelversorgung des Versicherers im Rahmen des Hilfsmittelmanagement“ erstattungsfähig. Es ist insb. kein **Stützapparat** i.S.v. § 4.3.3. MB/KK 2009.

j) Klage auf Feststellung der Kostenübernahme künftiger Behandlungsmaßnahmen

OLG Koblenz, Urteil v. 21.10.2015 - 10 U 583/15 **RID 16-01-375**
juris
ZPO § 256 I

Leitsatz: Eine **Klage** auf Feststellung der Pflicht einer privaten Krankenversicherung, die Kosten einer **künftigen Behandlungsmaßnahme** - hier Weiterführung einer ergotherapeutischen und logopädischen Behandlung - zu übernehmen, muss auf **Ausnahmefälle** beschränkt sein. Dies ergibt sich aus dem Charakter der privaten Krankenversicherung als Passivversicherung wie auch aus dem Umstand, dass die medizinische Notwendigkeit einer Heilbehandlung als Anspruchsvoraussetzung für die Eintrittspflicht der Versicherung bezogen auf den Zeitpunkt der Behandlungsmaßnahme zu beurteilen ist und wegen der sich ständig ändernden organischen Abläufe in menschlichen Körper und der fortschreitenden medizinischen Entwicklung kaum der Beurteilung für einen zukünftigen Zeitpunkt zugänglich ist (in Anknüpfung an BGH, Urt. v. 8. Februar 2006, IV ZR 131/05, NJW-RR 2006, 678).

k) Rücktrittsrecht des Versicherers wegen Verletzung der Anzeigepflicht

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 09.07.2015 - 3 U 122/14 **RID 16-01-376**
juris = VersR 2015, 1279
VVG §§ 19, 193

Leitsatz (VersR): 1. Das **Rücktrittsrecht des Versicherers** wegen grob fahrlässiger **Verletzung der Anzeigepflicht** ist nicht deshalb nach § 19 Abs. 4 VVG ausgeschlossen, weil der Versicherer einen Antrag auf Versicherung zum Basistarif annehmen müsste.
2. Das **Belehrungserfordernis** des § 19 Abs. 5 VVG ist eingehalten, wenn der VN im Zusammenhang mit seinem Antrag eine Erklärung unterzeichnet, die unter der durch Fettdruck hervorgehobenen Überschrift „Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“ einen Hinweis auf die Erklärungen auf den letzten Seiten des Versicherungsantrags enthält und zudem die Angabe beinhaltet, dass die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen kann, und wenn der VN mit dem Hinweisschreiben auf einen durch Einrahmung hervorgehobenen Text auf den letzten Seiten des Antrags aufmerksam gemacht wird, der die Rechtsfolgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht ausführlich darstellt.

l) Staffelung erstattungsfähiger kieferorthopädischer Behandlungskosten

LG Nürnberg-Fürth, Urteil v. 12.11.2015 - 8 O 9622/13 **RID 16-01-377**

juris
VVG § 19 IV 2, V

Leitsatz: 1. Eine rückwirkende **Vertragsanpassung** nach § 19 Abs. 4 Satz 2 VVG ist unwirksam, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach § 19 Abs. 5 VVG darüber belehrt hat, dass ein Recht auf Vertragsanpassung bei schuldloser Anzeigepflichtverletzung in der Krankenversicherung nicht besteht (im Anschluss an LG Dortmund r+s 2011, 241).
2. Die **Staffelung erstattungsfähiger kieferorthopädischer Behandlungskosten** nach Zeit (nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung) und Höhe („Zahnhöchstsätze“) begegnet keinen Wirksamkeitsbedenken.

3. Beihilfe

a) Katarakt-Operation (Femtosekundenlaser): Nr. 5855, 5377 GOÄ

VG Düsseldorf, Beschluss v. 24.06.2015 - 26 K 4701/14 **RID 16-01-378**

juris
GOÄ § 6 II; Nr. 5377, 5855

Nr. 5855 GOÄ ist analog für die Anwendung des **Femtosekundenlasers** bei der Durchführung einer Katarakt-Operation abrechenbar, da es sich um eine vertretbare Auslegung der GOÄ handelt.
Nr. 5377 GOÄ kann als **Zuschlagsleistung** nicht für eine für sich genommen selbständige Leistung abgerechnet werden, bei der es sich gerade nicht - auch analog - um einen „Annex“ zu einer anderen Leistung handelt.

b) Irreversible Elektroporation zur Behandlung von Prostatakarzinomen

VG Stuttgart, Urteil v. 26.11.2015 - 1 K 926/15 **RID 16-01-379**

juris
BhV BW §§ 5, 6; GG Art. 33 V

Leitsatz: Die **irreversible Elektroporation** ist keine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode zur Behandlung von **Prostatakarzinomen** (Bestätigung von VG Stuttgart, Urt. v. 03.07.2013 - 12 K 416/13 - RID 13-03-330, juris).

c) Chelat-Therapie bei ernsthaften Schwermetallvergiftungen

OVG Saarland, Urteil v. 01.12.2015 - 1 A 96/15 **RID 16-01-380**

juris
BhV Saarland §§ 4 I Nr. 1, 5 I Nr. 6, II

Leitsatz: Die **Chelat-Therapie** stellt als Therapie **gegen Arteriosklerose** und gegen geringe Schwermetallkonzentrationen **keine wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungsmethode** dar; etwas **anderes** gilt jedoch **bei ernsthaften Schwermetallvergiftungen** (hier bejaht bei einer das Siebeneinhalbfache des Normwertes betragenden Aluminiumkonzentration im Urin).

d) Thin-Prep-Test im Rahmen der Krebsdiagnostik

VG Düsseldorf, Urteil v. 18.08.2015 - 13 K 5735/14 **RID 16-01-381**

juris
BBhV § 4; SGB V §§ 20d, 25, 26

Es besteht kein Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen für die Durchführung einer **„zytologischen Untersuchung unter Anwendung optischer Sonderverfahren Monolayer“ (auch „Thin-Prep“** genannt) im Rahmen der Krebsdiagnostik. Das geltende Beihilfesystem enthält grundsätzlich eine abschließende Festlegung und Konkretisierung der Fürsorgepflicht des Dienstherrn gegenüber seinen Beamten und die Fürsorgepflicht namentlich nicht verlangt, dass eine Beihilfe zum

technisch fortschrittlichsten oder in sonstiger Hinsicht optimalen Diagnoseverfahren gewährt wird (Anschluss an VG Arnsberg v. 30.09.2014 - 13 K 3348/13 -).

e) Genetische Analyse zum Ausschluss von Schwangerschaftsrisiken (Praena-Test)

VG Ansbach, Urteil v. 17.11.2015 - AN 1 K 14.01382 **RID 16-01-382**
juris
BBhV §§ 42, 43

Die Kosten einer **genetischen Analyse zum Ausschluss von Schwangerschaftsrisiken** sind nicht beihilfefähig.

f) Begrenzung der Aufwendungen für Material- und Laborkosten auf 40 %

VG Düsseldorf, Urteil v. 11.09.2015 - 13 K 4988/14 **RID 16-01-383**
juris
BBhV § 16 I 1

Leitsatz: § 16 Absatz 1 Satz 1 BBhV begegnet keinen rechtlichen Bedenken. Insbesondere verstößt diese Regelung nicht gegen die Fürsorge- und Alimentationspflicht des Dienstherrn und ist mit dem **Gleichbehandlungsgrundsatz** vereinbar.

g) Keine mehrfache manuelle Therapie an demselben Behandlungstag

VG Bayreuth, Urteil v. 10.11.2015 - B 5 K 15.239 **RID 16-01-384**
juris
BhV Bayern §§ 7 I, 19 I; BhV Bayern Anl. 3

Nr. 11 der Anlage 3 zu § 19 Abs. 1 BayBhV ist dadurch gekennzeichnet, dass eine zeitliche Mindest-, nicht aber eine Höchstbehandlungsdauer angegeben ist, die mit einem beihilfefähigen Höchstbetrag korreliert. Diese **Höchstbetragsregelung** schließt die Abrechnung mehrerer Einzelbehandlungen (hier: manuelle Therapie) an ein und demselben Behandlungstag nacheinander zumindest dann aus, wenn ein einheitlicher Systemteil des Körpers – wie hier die Wirbelsäule als Einheit – davon betroffen ist (vgl. VG Ansbach, Urt. v. 27.08.2003 - AN 15 K 02.00901 - juris Rn. 23).

h) Heilmittel: Einholung eines Gutachtens trotz ärztlicher Verordnung

VGH Bayern, Beschluss v. 17.11.2015 - 14 ZB 15.1283 **RID 16-01-385**
juris
BBhV §§ 6, 23

Heilmittel sind gem. § 23 I BBhV a.F. nur dann beihilfefähig, wenn sie i.S.v. § 6 I 1 BBhV a.F. **medizinisch notwendig** und **wirtschaftlich angemessen** sind. Eine **ärztliche Verordnung** belegt nicht automatisch, dass jedwede Behandlung medizinisch indiziert wäre. Hat die Festsetzungsstelle Zweifel an der Notwendigkeit geltend gemachter Aufwendungen und kann sie aufgrund fehlender eigener Sachkunde diese Zweifel nicht ausräumen, kann sie nach § 51 I 2 BBhV ein **Gutachten** hierzu einholen.
Soweit **Physiotherapie** verordnet wird, ohne dass die vom Verordnungsgeber festgelegten **Diagnosen** vorliegen, scheidet eine Erstattungsfähigkeit aus.

i) Pauschale für Fahrkosten rechtmäßig

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 06.05.2015 - 1 A 895/14 **RID 16-01-386**
juris
BVO NRW § 6 I 7

Die in § 6 I 7 BVO NRW zugesprochene **Pauschale für Fahrkosten** ist durch die **Verordnungsermächtigung** nach § 77 VIII 2 Nr. 2 Buchst. d LBG NRW gedeckt.

j) Höchstbetragsregelung für stationäre Behandlung in Privatklinik

VG Münster, Urteil v. 05.11.2015 - 5 K 254/14 **RID 16-01-387**
juris
BBhV §§ 6 I 1, VII 1, 26 II 1 Nr. 1 u. 2a

Leitsatz: Zur Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine stationäre Behandlung in einer Privatklinik - Rechtmäßigkeit einer **Höchstbetragsregelung**.

k) Keine Beihilfefähigkeit von Kostenbeiträgen zu einer Eingliederungshilfe

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 26.01.2016 - 1 A 758/14 **RID 16-01-388**
juris
SGB VIII § 98; BhV NRW § 3 I Nr. 1

Kostenbeiträge zu einer **Eingliederungshilfe** (hier: Kosten der Unterbringung einer an Depressionen und Essstörungen leidenden Tochter in einer stationären Wohngruppe der Jugendhilfe) sind nicht beihilfefähig.

l) Pflegeleistungen für die vollstationäre Pflege

VG Berlin, Urteil v. 15.12.2015 - 28 K 175.15 **RID 16-01-389**
juris
GG Art. 33 V; BhV Berlin §§ 39, 50

Leitsatz: § 39 Abs. 1 Satz 3, Abs. 3 Sätze 1 und 2 LBhVO sind wegen Verstoßes gegen die höherrangige Fürsorgepflicht nichtig.

m) Zusicherung einer Erstattung der Aufwendungen für stationäre Wahlleistungen

OVG Saarland, Urteil v. 08.12.2015 - 6 K 305/14 **RID 16-01-390**
juris
BhV Saarland § 15

Leitsatz: Einzelfall eines sich aus einer Zusicherung im Sinne des § 38 SVwVfG ergebenden Anspruchs auf vollständige Erstattung der Aufwendungen für stationäre Wahlleistungen.

n) Rücknahme der Bewilligung: Kollusives Zusammenwirken der Ehefrau mit Beihilfestelle

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 26.11.2015 - OVG 7 B 4.15 **RID 16-01-391**
juris
VwVfg §§ 14 I, 35 S. 1, 41, 48 I 1, II; BGB § 164 I 1

Leitsatz: Beruht eine staatliche Geldzahlung aufgrund eines „Bescheides“ auf einem **kollusiven Zusammenwirken** von behördlichem Sachbearbeiter und Vertreter des Begünstigten, liegt ein **rücknehmbarer Verwaltungsakt** vor (a.A. BSGE 114, 180).

o) Zahnärztliche Leistungen

aa) Medizinisch notwendige Zahnentfernung und Implantatversorgung

VG Karlsruhe, Urteil v. 12.11.2015 - 9 K 2979/12 **RID 16-01-392**
juris
BhV BW §§ 5 I 1, 6 I Nr. 1

Leitsatz: Eine **medizinisch notwendige Zahnentfernung** fällt von vorneherein nicht unter die Ausschlussregelung der Nr. 1.2.4 der Anlage zur BVO. Die erforderliche Entfernung eines kranken Zahnes ist für den Beihilfeberechtigten **alternativlos** und erfolgt unabhängig von der späteren Art des Zahnersatzes. Auch ein medizinisch notwendiger anschließender Knochenaufbau fällt nur dann unter die Ausschlussregelung, wenn diese Maßnahme ausschließlich oder jedenfalls überwiegend im

Hinblick auf die spätere Implantatversorgung erfolgt. Sind diese dem Zahnersatz vorgelagerten Maßnahmen unabhängig von der späteren Art des Zahnersatzes erforderlich, handelt es sich nicht um „damit [mit dem Implantat] verbundene weitere zahnärztliche Leistungen“ im Sinne der genannten Vorschrift.

bb) Pulsoxymetrische Messung/Antibakterielle photodynamische Therapie

VG Köln, Urteil v. 17.12.2015 - 10 K 5770/14 **RID 16-01-393**
juris
GOZ § 6 I 1

Die fehlende Aufführung der **pulsoxymetrische Messung**, die in der zahnmedizinischen Behandlung keine Standardtherapie ist, in den Gebührenpositionen der GOZ kann nicht durch Rückgriff auf eine Gebührenziffer aus der Kieferorthopädie ersetzt werden.
Die **antibakterielle photodynamische Therapie** ist bisher wissenschaftlich nicht anerkannt.

cc) Abrechnung einer computergesteuerten Kondylenpositionsanalyse

VG Stuttgart, Urteil v. 10.12.2015 - 1 K 5043/13 **RID 16-01-394**
juris
GOZ § 6 I 1; GOZ Nr. 6040, 6070, 8065

Leitsatz: Die **computergesteuerte Kondylenpositionsanalyse** und die Neupositionierung der Kondylen unter Bildschirmkontrolle sind in der GOZ (2012) nicht beschriebene Leistungen, die jeweils analog GOZ-Nummer 8065 abgerechnet werden können. Ein Analogansatz nach den GOZ-Nummern 6040 und 6070 kommt demgegenüber nicht in Betracht.

dd) Ausschluss von Zahnreinigung

VG Bayreuth, Urteil v. 27.10.2015 - B 5 K 14.717 **RID 16-01-395**
juris
BG Bayern Art. 96; GG Art. 33 V

Gemäß Art. 96 II 5 BayBG ist der Anspruch auf Beihilfeleistungen bei **Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung** auf Leistungen für Zahnersatz, für Heilpraktiker und auf Wahlleistungen im Krankenhaus beschränkt. Weder die Kosten für eine **Vitamin D-Untersuchung** noch die Kosten für eine **professionelle Zahnreinigung** fallen unter den Ausnahmetatbestand des Art. 96 II 5 BayBG.

ee) Kieferorthopädische Erkrankung: Ausnahmevorschrift

VGH Bayern, Beschluss v. 24.06.2015 - 14 ZB 15.568 **RID 16-01-396**
juris
BhV Bayern § 15

Die **Ausnahmevorschrift** des § 15 S. 2 BayBhV ist streng zu handhaben und nicht auf sonstige Fälle einer kieferorthopädischen Erkrankung auszudehnen. Eine gegen den Wortlaut der Norm sprechende Auslegung kommt grundsätzlich nicht in Betracht. Durch den **Verweis auf andere**, dem Stand der Wissenschaft entsprechende, nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchzuführende und darüber hinaus auch beihilfefähige **Behandlungsmöglichkeiten** wird der Beihilfeberechtigte nicht unzumutbar belastet.

ff) Voraussetzungen kieferorthopädischer Leistungen

VG Augsburg, Urteil v. 24.09.2015 - Au 2 K 14.1584 **RID 16-01-397**
juris
BhV Bayern § 15

Gemäß § 15 BayBhV sind Aufwendungen für **kieferorthopädische Leistungen nur beihilfefähig**, wenn vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird (Satz 1 Nr. 1), und die behandelte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (Satz 1 Nr. 2); die Altersbegrenzung

gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern (Satz 2 Nr. 1) sowie in besonderen Ausnahmefällen, wenn nach einem zahnärztlichen Gutachten (§ 48 VIII BayBhV) eine alleinige kieferorthopädische Behandlung medizinisch ausreichend ist (Satz 2 Nr. 2).
Die **Ausnahmevorschrift** des § 15 S. 2 BayBhV ist grundsätzlich streng zu handhaben und nicht auf sonstige Fälle einer kieferorthopädischen Erkrankung auszudehnen (vgl. VGH Bayern, Beschl. v. 24.06.2015 - 14 ZB 15.568 - RID 16-01-396, juris Rn. 8 m.w.N.).

gg) Keine kieferorthopädische Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres

VG Köln, Urteil v. 24.08.2015 - 10 K 2616/14 **RID 16-01-398**
juris
BVO NRW § 4 II

Hat der Sohn des Beihilfeberechtigten das **18. Lebensjahr vollendet** und handelt es sich bei der Behandlung gemäß Heil- und Kostenplan nicht um die Fortsetzung einer vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnenen und noch nicht abgeschlossenen **kieferorthopädischen Behandlung**, so besteht kein Anspruch.

V. Verschiedenes

1. EGMR: Freiheitsentziehung wegen psychischer Erkrankung

EGMR, Entscheidung v. 21.10.2014 - 36356/10 **RID 16-01-399**
juris
MRK Art. 5 I Buchst. e; StGB § 63; StPO §§ 67d, 67e

Bei der Entscheidung darüber, ob der Bf. i.S.v. Art. 5 I Buchst. e MRK „psychisch krank“ war, weist der Gerichtshof erneut darauf hin, dass einer Person wegen einer **psychischen Erkrankung** die **Freiheit nur entzogen** werden kann, wenn die folgenden **drei Mindestvoraussetzungen** vorliegen: erstens, die psychische Erkrankung muss zuverlässig **nachgewiesen** sein, d. h. eine tatsächliche psychische Störung muss aufgrund objektiver ärztlicher Fachkompetenz von einer zuständigen Behörde festgestellt werden, zweitens, die psychische Störung muss ihrer **Art oder Schwere** nach eine Zwangsunterbringung rechtfertigen, und drittens, die Fortdauer der Unterbringung muss vom **Fortbestehen einer derartigen Störung** abhängen (siehe u. a. Winterwerp ./. Niederlande, 24. Oktober 1979, Rdnr. 39, Serie A Band 33, und Shtukaturov ./. Russland, Individualbeschwerde Nr. 44009/05, Rdnr. 114, ECHR 2008).
Der Gerichtshof weist erneut darauf hin, dass **Freiheitsentziehung** rechtmäßig ist, wenn die materiell- und verfahrensrechtlichen Vorschriften des innerstaatlichen Rechts eingehalten werden, wobei der Begriff „rechtmäßig“ sich bis zu einem gewissen Grad mit dem allgemeinen Erfordernis der „gesetzlich vorgeschriebene[n] Weise“ aus Art. 5 I MRK überschneidet (siehe Winterwerp, a.a.O., Rn. 39, und H.L. ./. Vereinigtes Königreich, Individualbeschwerde Nr. 45508/99, Rn. 114, ECHR 2004-IX). Ein notwendiges Merkmal der „Rechtmäßigkeit” der Freiheitsentziehung im Sinne von Art. 5 I Buchst. e MRK ist, dass keine Willkür vorliegt. Die Freiheitsentziehung stellt eine derart schwerwiegende Maßnahme dar, dass sie nur gerechtfertigt ist, wenn andere, weniger einschneidende Maßnahmen in Betracht gezogen und zum Schutz des Einzelnen oder der Allgemeinheit für nicht ausreichend befunden wurden, so dass dem Betroffenen ggf. die Freiheit entzogen werden muss. Es ist nachzuweisen, dass die Freiheitsentziehung unter den gegebenen Umständen notwendig war (siehe Witold Litwa ./. Polen, Individualbeschwerde Nr. 26629/95, Rdnr. 78 ECHR 2000-III, und P., a. a. O.).

Der ***EGMR*** erklärte die Individualbeschwerde für unzulässig.

2. Europäischer Gerichtshof (EuGH)

a) Arbeitszeit für Assistenzärzte in Irland

EuGH, Urteil v. 09.07.2015 - C-87/14 **RID 16-01-400**

juris
Richtlinie 2003/88/EG

Die Kommission hat eine **Vertragsverletzung Irlands** bei der Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie in Bezug auf **noch nicht voll ausgebildete Krankenhausärzte** nicht nachgewiesen.
Ausbildungszeiten sind keine **Arbeitszeiten** i.S.d. Richtlinie, wenn nicht dargetan wird, dass die Ärzte während der Ausbildung für die medizinische Versorgung der Patienten zur Verfügung stehen und verpflichtet sind, sich an einem vom Arbeitgeber bestimmten Ort aufzuhalten und sich dort zu seiner Verfügung zu halten, um ggf. sofort ihre Leistungen erbringen zu können.

b) Beachtung der Auslegung des Unionsrechts durch EuGH (Apothekenzulassung Österreich)

EuGH, Beschluss v. 16.10.2015 - C-581/14 **RID 16-01-401**
juris
AEUV Art. 267

Das **Unionsrecht** ist dahin **auszulegen**, dass es einer nationalen Rechtslage entgegensteht, die zum einen dadurch gekennzeichnet ist, dass innerstaatliche Vorschriften zur Regelung der Frage fehlen, wie ein nationales Gericht in den bei ihm anhängigen Rechtssachen dem Umstand Rechnung zu tragen hat, dass nach einem Urteil des Gerichtshofs eine nationale Vorschrift als unionsrechtswidrig anzusehen ist, und zum anderen durch das Vorliegen innerstaatlicher Vorschriften, nach denen das fragliche Gericht vorbehaltlos an die Auslegung des Unionsrechts durch ein anderes nationales Gericht gebunden ist, sofern das fragliche nationale Gericht aufgrund einer solchen innerstaatlichen Rechtsvorschrift daran gehindert wäre, sicherzustellen, dass der Vorrang des Unionsrechts ordnungsgemäß gewährleistet wird, indem es im Rahmen seiner Zuständigkeiten alle hierfür erforderlichen Maßnahmen ergreift.

c) Krankenversicherungsbeiträge in Österreich von einer liechtensteinischen Rente

EuGH, Urteil v. 21.01.2016 - C-453/14 **RID 16-01-402**
juris
EGV 883/2004

Art. 5 Buchst. a der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.04.2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit ist dahin auszulegen, dass unter Umständen wie denen des Ausgangsverfahrens **Leistungen bei Alter**, die aus einem System der **beruflichen Vorsorge** eines Mitgliedstaats bezogen werden, und solche, die aus einem gesetzlichen **Pensionssystem** eines anderen Mitgliedstaats bezogen werden, wobei beide Systeme in den Geltungsbereich der besagten Verordnung fallen, **gleichartige Leistungen** im Sinne dieser Bestimmung sind, wenn die beiden Kategorien von Leistungen dasselbe Ziel verfolgen, ihren Empfängern die Beibehaltung eines Lebensstandards zu gewährleisten, der jenem vor ihrem Ruhestand entspricht.

3. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)

a) Keine einstw. Anordnung gegen Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung

BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 21.12.2015 - 2 BvR 2347/15 **RID 16-01-403**
www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen
StGB § 217

Verfassungsbeschwerde mit dem Ziel, **§ 217 StGB** i.d.F.d.G. zur **Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung** v. 03.12.2015 außer Vollzug zu setzen, ist weder von vornherein unzulässig noch offensichtlich unbegründet. Derzeit ist jedoch in Anbetracht des besonders strengen Prüfungsmaßstabs nicht feststellbar, dass die Bf. bei Fortgeltung der angegriffenen Strafvorschrift bis zur Entscheidung in der Hauptsache so gravierende Nachteile erleiden würden, dass

es zum jetzigen Zeitpunkt unabdingbar wäre, das angegriffene Gesetz auf der Grundlage des § 32 BVerfGG außer Vollzug zu setzen.

b) Gemeinschaftliche Berufsausübung eines Rechtsanwalts mit Ärzten und Apothekern

BVerfG, Beschluss v. 12.01.2016 - 1 BvL 6/13 **RID 16-01-404**

juris

BRAO § 59a I; PartGG § 1 III

Leitsatz: Das Sozietätsverbot aus § 59a Abs. 1 Satz 1 BRAO verletzt das Grundrecht der **Berufsfreiheit**, soweit es Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten eine gemeinschaftliche Berufsausübung mit Ärztinnen und Ärzten oder mit Apothekerinnen und Apothekern im Rahmen einer Partnerschaftsgesellschaft untersagt.

Vorausgehend: BGH, Vorlagebeschl. v. 16.05.2013 - II ZB 7/11 - RID 13-03-364.

c) Zulässigkeit von Rechtsprechungsänderungen: Rechtsprechung schafft kein Gesetzesrecht

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 05.11.2015 - 1 BvR 1667/15 **RID 16-01-405**

juris = www.bundesverfassungsgericht.de

GG Art. 2 I, 14 I, 20 III; BörsG § 39 II

Es gehört zu den anerkannten **Aufgaben der Rechtsprechung**, im Rahmen der Gesetze von ihr als rechtsgrundsätzlich **aufgestellte Rechtssätze zu überprüfen** und sie, wenn erforderlich, weiter zu entwickeln. Im Einzelfall kann dies auch dazu führen, dass ein früher als richtig angesehenes Normverständnis aufgegeben und abweichend entschieden wird. Der Umstand, dass ein im Wege richterlicher Rechtsfindung gewonnener Rechtssatz über einen langen Zeitraum Beachtung fand, mag in die Entscheidung einfließen, ob es gerechtfertigt ist, einen abweichenden Rechtssatz aufzustellen; er verleiht indes dem bisherigen Rechtssatz keine höhere Wertigkeit oder gar eine verfassungsrechtlich erhebliche Bestandsgarantie. Die verfassungsrechtlichen Maßstäbe, an denen **Rechtsprechungsänderungen** zu messen sind, unterscheiden sich, abgesehen von dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes, nicht von denjenigen, die gegenüber dem erstmaligen Aufstellen eines Rechtssatzes durch ein Gericht angezeigt sind (vgl. BVerfGE 122, 248 <267>). Höchstrichterliche Rechtsprechung schafft **kein Gesetzesrecht** und erzeugt keine damit vergleichbare Rechtsbindung. Eine in der Rechtsprechung bislang vertretene Gesetzesauslegung aufzugeben, verstößt nicht als solches gegen Art. 20 Abs. 3 GG. Die über den Einzelfall hinausreichende Geltung fachgerichtlicher Gesetzesauslegung beruht **allein auf der Überzeugungskraft ihrer Gründe sowie der Autorität und den Kompetenzen des Gerichts**. Es bedarf deswegen nicht des Nachweises wesentlicher Änderungen der Verhältnisse oder der allgemeinen Anschauungen, damit ein Gericht ohne Verstoß gegen Art. 20 Abs. 3 GG von seiner früheren Rechtsprechung abweichen kann (vgl. BVerfGE 84, 212 <227 f.>; 122, 248 <277>). Kein Prozessbeteiligter kann daher darauf vertrauen, der Richter werde stets an einer bestimmten Rechtsauffassung aus der bisherigen Judikatur festhalten (vgl. BVerfGE 78, 123 <126>; 131, 20 <42>). Die Änderung einer ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung ist auch unter dem Gesichtspunkt des **Vertrauensschutzes** grundsätzlich dann unbedenklich, wenn sie hinreichend begründet ist und sich im Rahmen einer vorhersehbaren Entwicklung hält. Soweit durch gefestigte Rechtsprechung ein Vertrauenstatbestand begründet wurde, kann diesem erforderlichenfalls durch **Bestimmungen zur zeitlichen Anwendbarkeit oder Billigkeitserwägungen im Einzelfall** Rechnung getragen werden (vgl. BVerfGE 84, 212 <227 f.>; 122, 248 <277 f.>; 126, 369 <395>; 131, 20 <42>). Schutzwürdiges Vertrauen in eine bestimmte Rechtslage aufgrund höchstrichterlicher Entscheidungen kann daher in der Regel nur bei Hinzutreten weiterer Umstände, insbesondere bei einer gefestigten und langjährigen Rechtsprechung entstehen (vgl. BVerfGE 72, 302 <326>; 122, 248 <277 f.>; 126, 369 <395>; 131, 20 <42>).

d) Leistungsklage kann Anfechtung des Verwaltungsakts beinhalten/Widerspruchsfrist/Vorverfahren

BVerfG, 2. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 29.10.2015 - 2 BvR 1493/11 **RID 16-01-406**

www.bundesverfassungsgericht.de

SGB V § 103 I

Eine auf Rückzahlung der durch die Bescheide festgesetzten Umlagen gerichtete **Klage** erfasste auch die **inzidente Aufhebung der Verwaltungsakte** gemäß § 113 I 1 VwGO. Die dem Rechtsstandpunkt des BVerwG zugrundeliegende Auffassung, die Umlagebescheide seien nicht angefochten worden, beruht daher auf einer verfassungsrechtlich nicht haltbaren Anwendung der §§ 86 III, 88 VwGO. Übersieht der Kläger, dass es sich um Verwaltungsakte handelt, und begehrt er eine Leistung, die ohne Aufhebung der Verwaltungsakte nicht erreicht werden kann, muss der gestellte Antrag so ausgelegt werden, dass das Rechtsschutzziel erreicht werden kann.

Im Allgemeinen gibt es keine **Ausschlussfrist für den Widerspruch** gegen nicht bekanntgegebene Verwaltungsakte.

Es entspricht st. Rspr. des BVerwG, dass ein **Vorverfahren entbehrlich** ist, wenn sich der Beklagte in der Sache auf die Klage einlässt und deren Abweisung beantragt oder wenn der Zweck des Vorverfahrens ohnehin nicht mehr erreicht werden kann (BVerwGE 64, 325 <330>).

Der Anspruch auf **rechtliches Gehör** verpflichtet das Gericht, die Ausführungen der Beteiligten zur Kenntnis zu nehmen und in Erwägung zu ziehen (vgl. BVerfGE 42, 364 <367 f.>; 47, 182 <187>; BVerfGK 20, 53 <57>). Geht das Gericht auf den **wesentlichen Kern des Tatsachenvortrags** zu einer Frage, die für das Verfahren von zentraler Bedeutung ist, in der Begründung der Entscheidung nicht ein, so lässt dies auf die Nichtberücksichtigung des Vortrags schließen, sofern er nicht nach dem Rechtsstandpunkt des Gerichts unerheblich oder offensichtlich unsubstantiiert ist (vgl. BVerfGE 86, 133 <146>; BVerfGK 6, 334 <340>; 10, 41 <46>; 20, 53 <57 f.>). Daraus ergibt sich eine Pflicht der Gerichte, die wesentlichen, der Rechtsverfolgung und Rechtsverteidigung dienenden Tatsachenbehauptungen in den Entscheidungsgründen zu verarbeiten (vgl. BVerfGE 47, 182 <189>; BVerfGK 10, 41 <46>; 20, 53 <58>).

e) Verzögerungsbeschwerde: Längere Verfahrensdauer vor dem BVerfG

BVerfG, Beschwerdeka., Beschluss v. 08.12.2015 - 1 BvR 99/11 - Vz 1/15 **RID 16-01-407**

juris

GG Art. 2 I, 19 IV, 20 III; BVerfGG §§ 97a I 1, 97b II 1

Eine **längere Verfahrensdauer vor dem BVerfG** ist für sich gesehen nicht ohne Weiteres unangemessen; hierfür bedarf es in der Regel **außergewöhnlicher Besonderheiten**. Denn der Gesetzgeber hat auf eine generelle Festlegung verzichtet, wann ein Verfahren vor dem Bundesverfassungsgericht unangemessen lang i.S.v. § 97a I 1 BVerfGG ist. Er hat stattdessen maßgeblich auf die Umstände des Einzelfalls unter Berücksichtigung der Besonderheiten abgestellt, die sich aus den Aufgaben und der Stellung des BVerfG ergeben. Mit rund vier Jahren und acht Monaten war die Verfahrensdauer vorliegend zwar ungewöhnlich lang. Sie war indes durch Sachgründe - insbesondere durch die hohe **Belastung des Berichterstatterdezernats** - gerechtfertigt und damit nicht unangemessen.

f) Prozesskostenhilfe bei schwieriger, bislang ungeklärter Rechtsfrage

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 29.09.2015 - 1 BvR 1125/14 **RID 16-01-408**

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

GG Art. 3 I, 20 III; ZPO § 114

Prozesskostenhilfe ist auch dann zu gewähren, wenn die Entscheidung in der Hauptsache von der Beantwortung einer schwierigen, bislang ungeklärten **Rechtsfrage** abhängt (vgl. BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 04.02.2004 - 1 BvR 1715/02 - juris Rn. 23 f.).

g) Ablehnung von Beratungshilfe erfordert einzelfallbezogene Begründung

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 07.10.2015 - 1 BvR 1962/11 **RID 16-01-409**
juris
GG Art. 3 I, 20 I, III; BeratHiG

Die nachträgliche **Gewährung von Beratungshilfe** für die Einlegung und Begründung eines **Widerspruchs** darf nicht mit dem pauschalen Hinweis darauf abgelehnt werden, dass die antragstellende Person den **Widerspruch selbst hätte einlegen können**.

h) Erfolgreiche Verfassungsbeschwerde in Konkurrentenstreit um BSG-Vorsitz

BVerfG, 2. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 25.11.2015 - 2 BvR 1461/15 **RID 16-01-410**
juris
GG Art. 33 II

Die **wesentlichen Auswahlerwägungen** bei der Entscheidung über ein Beförderungsamt sind **schriftlich** niederzulegen.

4. BSG: Versicherungspflicht selbstständig tätiger Logopäden

BSG, Urteil v. 23.07.2015 - B 5 RE 17/14 R **RID 16-01-411**
SozR 4-2600 § 2 Nr. 22 = NZS 2015, 910 = ASR 2015, 237
SGB VI § 2 S. 1 Nr. 2

Leitsatz: Selbstständig tätige Logopäden, die keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen, sind jedenfalls dann **versicherungspflichtig** in der Rentenversicherung, wenn sie überwiegend aufgrund (vertrags-)ärztlicher Verordnung handeln.
Vorausgehend: SG Mannheim, Urt. v. 14.01.2014 - S 6 R 647/13 - RID 14-02-397.

5. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Misshandlung (Quälen) von Schutzbefohlenen durch Vorenthaltung ärztlicher Heilbehandlung

BGH, Urteil v. 04.08.2015 - 1 StR 624/14 **RID 16-01-412**
juris = NJW 2015, 3047 = FamRZ 2015, 1886
StGB § 225 I

Wer es unterlässt, für sein Kind leidensvermindernde **ärztliche Hilfe** in Anspruch zu nehmen, kann dieses **durch Unterlassen quälen**. Wird einem an **Mukoviszidose** erkrankten Schutzbefohlenen die medizinische Versorgung entzogen und soll stattdessen Heilung durch Meditation herbeigeführt werden, so liegt ein Quälen i.S.d. § 225 I StGB vor.

b) Gesonderte Genehmigung für freiheitsentziehende Maßnahmen

BGH, Beschluss v. 28.07.2015 - XII ZB 44/15 **RID 16-01-413**
juris = MDR 2015, 1008 = FamRZ 2015, 1707 = BtPrax 2015, 200 = NJW-RR 2015, 1347 = PflR 2015, 749
BGB § 1906

Leitsatz: 1. Auch im Rahmen einer genehmigten Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 BGB bedarf es der gesonderten betreuungsgerichtlichen Genehmigung nach § 1906 Abs. 4 BGB, wenn dem Betroffenen durch mechanische Vorrichtungen, **Medikamente** oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig **die Freiheit entzogen** werden soll (im Anschluss an Senatsbeschluss vom 12. September 2012, XII ZB 543/11, FamRZ 2012, 1866).(Rn.11)
2. Ohne ausdrücklichen Antrag des Betreuers kann eine unterbringungsähnliche Maßnahme nur genehmigt werden, wenn sich aus dem Verhalten des Betreuers ergibt, dass er die **Genehmigung wünscht**.

c) Unterbringung eines alkoholkranken Betreuten zum Schutz vor Selbstgefährdung

BGH, Beschluss v. 25.03.2015 - XII ZA 12/15 **RID 16-01-414**
juris = MDR 2015, 657 = FamRZ 2015, 1017 = NJW-RR 2015, 770 = BtPrax 2015, 153 = FGPrax 2015, 169
BGB § 1906 I Nr. 1

Leitsatz: Zu den Voraussetzungen der **zivilrechtlichen Unterbringung** zum Schutz vor **Selbstgefährdung** bei einem alkoholkranken Betroffenen (im Anschluss an Senatsbeschluss vom 17. August 2011, XII ZB 241/11, FamRZ 2011, 1725).

6. Krankenhäuser

a) BVerwG: Mehrleistungsabschlag/Ausnahme bei zusätzl. Kapazitäten nach Krankenhausplanung

BVerwG, Urteil v. 16.09.2015 - 3 C 9.14 **RID 16-01-415**
juris
KHEntgG § 4 IIa 3; GG Art. 12 I

Leitsatz: 1. Der **Mehrleistungsabschlag** nach § 4 Abs. 2a des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) verstößt nicht gegen Art. 12 Abs. 1 GG.
2. Die **Ausnahme** vom Mehrleistungsabschlag bei zusätzlichen Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung nach § 4 Abs. 2a Satz 3 KHEntgG setzt voraus, dass die Krankenhausplanungsbehörde die Erweiterung der Kapazitäten des Krankenhauses gebilligt hat. Dazu bedarf es entweder einer Ausweisung der zusätzlichen Kapazitäten im Landeskrankenhausplan oder einer sonstigen Erklärung der Krankenhausplanungsbehörde, aus der sich die Zustimmung zur Erweiterung der Kapazitäten ergibt.

b) Krankenhausplan

aa) Auswahlentscheidung: Berücksichtigung der Wohnortnähe

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 09.02.2016 - 13 B 1165/15 **RID 16-01-416**
juris
KHG NRW § 8 II 2

Die gerichtliche Kontrolle der gleicher Eignung zu treffenden **Auswahlentscheidung** hat sich auf die Nachprüfung zu beschränken, ob dieser bei seiner Entscheidung darüber, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird (§ 8 II 2 KHG), von einem zutreffenden und vollständig ermittelten Sachverhalt ausgegangen ist, ob er einen sich sowohl im Rahmen des Gesetzes wie auch im Rahmen der Beurteilungsermächtigung haltenden Beurteilungsmaßstab zutreffend angewandt hat und ob für die Entscheidung keine sachfremden Erwägungen bestimmend gewesen sind. Die Entscheidung, bei der Auswahlentscheidung der **Wohnortnähe** ein ausschlaggebendes Gewicht beizumessen, ist nicht zu beanstanden. Wegen der spezifischen Bedürfnisse geriatrischer Patienten (Immobilität, Überforderung, besonderer Pflegebedarf) kommt zudem einer sektorenübergreifenden (wohnortnahen) Versorgung eine besondere Bedeutung zu.

bb) Aufnahme in den Krankenhausplan: Auswahlentscheidung/Konkurrentenklage

VG Düsseldorf, Beschluss v. 21.09.2015 - 21 L 1470/15 **RID 16-01-417**
juris
KHG § 8 II; VwGO §§ 80 V, 80a III 2

Soweit die **Aufnahme in den Krankenhausplan** gemäß § 8 i.V.m. § 1 I KHG die Bedarfsgerechtigkeit eines Krankenhauses und damit denklogisch eine vorgelagerte fehlerfreie **Bedarfsanalyse** erfordert, hat dies **keinen drittschützenden Charakter**. Die Anforderung, nur solche Krankenhäuser in den Krankenhausplan aufzunehmen, für deren Leistungsangebot ein entsprechender Bedarf besteht, dient zwar der wirtschaftlichen Sicherstellung der Krankenhäuser durch Vermeidung einer Überversorgung. Dies verfolgt jedoch allein den Zweck, die außerordentlich hoch

einzuschätzenden Gemeinwohlbelange der bedarfsgerechten Krankenversorgung der Bevölkerung und der sozial tragbaren Krankenhauskosten zu gewährleisten.
Das **Kriterium der Wohnortnähe** bzw. ortsnahen Versorgung ist, wie sich aus den §§ 1 I und 12 II 1 KHGG NRW ergibt, ein wesentliches Kriterium der Krankenhausplanung und damit ein zulässiges Auswahlkriterium. Dass der Antragsgegner der Wohnortnähe gerade im Bereich der geriatrischen Versorgung eine besondere Bedeutung beimisst, ist sachgerecht und wird zudem im Krankenhausplan ausdrücklich betont.
Eine geringere Gewichtung der **Arzt/Patienten-Quote** als die Gesamtschau der Merkmale „Zusammensetzung des multiprofessionellen Teams", „Struktur des geplanten geriatrischen Versorgungsverbundes" und „Wohnortnähe" liegt innerhalb des Ermessensspielraums.

Parallelverfahren:
VG Düsseldorf, Beschluss v. 21.09.2015 - 21 L 1471/15 **RID 16-01-418**
juris

cc) Fehlender Zusammenhang einer Auswahlentscheidung mit Zurücksetzung

VG Cottbus, Beschluss v. 21.05.2015 - VG 3 L 52/15 **RID 16-01-419**
juris
KHG § 8 II 2; VwGO §§ 42 II, 80 V 1

§ 8 II 2 KHG, nach der die zuständige Landesbehörde eine **Auswahlentscheidung** trifft, vermag zwar nach BVerwG v. 25.09.2008 - 3 C 35.07 - BVerwGE 132, 64, juris Rn. 16 den Charakter einer drittschützenden Norm entfalten, jedoch gilt dies nicht uneingeschränkt. Vielmehr bietet diese Regelung Drittschutz nur soweit, wie sie Maßstäbe für die behördliche Auswahlentscheidung aufstellt, da es im Wesen einer Auswahlentscheidung liegt, dass sie den Ausgewählten begünstigt und als Kehrseite dessen Konkurrenten zurückweist. Wählt die Behörde zwischen mehreren Anbietern für die Deckung des festgestellten Bedarfs aus, betrifft ihre Entscheidung zwangsläufig die Rechte aller dieser Anbieter. Fehlt es indes an einer Auswahlentscheidung des Ag. zwischen dem Angebot der Ast. und dem der Beigel., die eine Zurücksetzung der Ast. gerade im Hinblick auf die Begünstigung der Beigel. erfordern würde, scheidet die **Möglichkeit einer Rechtsverletzung** auf der Grundlage des § 8 II 2 KHG aus (vgl. OVG Niedersachsen, Beschl. v. 10.12.2013 - 13 ME 168/13 - DVBl 2014, 257, juris Rn. 10, 12).

dd) Unzulässige Klage gegen Aufnahme eines anderen Krankenhauses in Krankenhausplan

OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 29.10.2015 - OVG 5 S 18.15 **RID 16-01-420**
juris
KHG §§ 1, 7, 8; VwGO §§ 42 II, 80 II 1 Nr. 3, V, 146 IV 6

Anlässlich der Einzelfortschreibung trifft § 13 VIII BbgKHEG die Sonderregelung, d.h. fakultativ anzuhören ist die Gebietskonferenz, zwingend anzuhören sind die Landeskonferenz, die vom Ministerium berufenen weiteren Beteiligten sowie der Krankenhausträger. Einzelmitglieder der Gebietskonferenz haben kein separates **Anhörungsrecht**.
Der Zusammenhang der Anfechtungsklage mit dem Verpflichtungsbegehren rechtfertigt es nicht, für die Anfechtungsklage als **maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt** die letzte mündliche Verhandlung zugrunde zu legen.
Aus § 8 II 2 KHG lässt sich ein **Verbot der Überversorgung** mit Plankrankenhäusern nicht entnehmen, und erst recht begründet die Vorschrift kein subjektives Recht eines Krankenhauses auf Einhaltung eines solchen Verbots.

ee) Keine Konkurrentenklage bei fehlender Auswahlentscheidung

VGH Baden-Württemberg, Beschluss v. 19.11.2015 - 10 S 2004/15 **RID 16-01-421**
juris
VwGO §§ 42 II, 80 V 1, 80a; KHG BW §§ 7 I 4, 8 II 2

Leitsatz: 1. Konkurrieren mehrere Krankenhäuser um einen bestimmten Versorgungsbedarf und trifft die Behörde unter ihnen eine **Auswahl**, so kann eine **Anfechtungsklage** und ein Antrag auf

Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Anfechtungsklage des einen Krankenhauses gegen den an das andere Krankenhaus gerichteten begünstigenden Bescheid zulässig sein. Voraussetzung ist freilich, dass der Kläger für sich selbst eine Planaufnahme erstreiten und nicht lediglich die Planaufnahme eines Konkurrenten abwehren will; unerheblich ist in diesem Zusammenhang, ob der begünstigte Krankenhausträger bereits zuvor mit einer bestimmten Bettenanzahl in den Krankenhausplan aufgenommen worden ist und nunmehr eine **Bettenerhöhung** anstrebt oder ob es sich um einen **Neubewerber** handelt (Fortführung von Senatsurteil vom 16.04.2015 - 10 S 100/13 - juris).
2. Nimmt die Planungsbehörde ein Krankenhaus in den Plan auf, ohne eine Auswahlentscheidung zum Nachteil eines anderen Krankenhauses zu treffen oder zu einer derartigen Auswahlentscheidung verpflichtet zu sein, so werden Rechte des anderen Krankenhauses nicht berührt. Es besteht kein subjektives Recht eines Plankrankenhauses darauf, dass die Behörde eine **Überversorgung durch eine Bettenaufstockung bei einem Konkurrenten vermeidet** (Anschluss an BVerwG, Urteil vom 25.09.2008 - 3 C 35.07 - BVerwGE 132, 64).

c) Nothilfe

aa) Bedürftigkeit des Nothilfeempfängers/Beweislast

SG Karlsruhe, Urteil v. 30.10.2015 - S 1 SO 4077/14 **RID 16-01-422**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB XII §§ 25 I, 48 I, 98 II 3

Leitsatz: Kein Anspruch des **Nothelfers** auf Kostenerstattung für medizinische Behandlung aus Sozialhilfemitteln bei **nicht feststellbarer Bedürftigkeit** (Bestätigung von SG Karlsruhe vom 14.08.2015 - S 1 SO 215/15 - RID 15-04-303 <juris>).
Keine **Haftung des Trägers der Sozialhilfe** als Ausfallbürge bei ungeklärter Bedürftigkeit.

bb) Fallpauschalenvergütung und Kenntnis des Sozialhilfeträges vom Hilfefall

SG Karlsruhe, Urteil v. 15.12.2015 - S 1 SO 1709/15 **RID 16-01-423**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB XII §§ 17 I 2, 18 I, 23 III 1, 25 S. 1, 52 III 1

Leitsatz: Endet ein Eilfall während der Dauer der stationären Krankenhausbehandlung, die mit einer Fallpauschale vergütet wird, infolge Kenntnis des Sozialhilfeträges vom Hilfefall, steht dem Krankenhausträger als Nothelfer ein Erstattungsanspruch nur „pro rata temporis“ zu (Anschluss an BSG SozR 4-3500 § 25 Nr. 5).
Die **Kenntnis des Sozialhilfeträges** vom Vorliegen eines Eilfalls bildet die - zeitliche und rechtliche - Zäsur für die sich gegenseitig ausschließenden Ansprüche des Nothelfers auf Kostenerstattung und des Hilfebedürftigen auf Leistungen der Hilfe bei Krankheit.

d) Keine Haftung für Urheberrechtsverletzung durch Patienten (Internet-Musiktauschbörse)

AG Frankfurt a. M., Urteil v. 16.12.2014 - 30 C 2801/14 (32) **RID 16-01-424**
juris = MedR 2016, 73 = CR 2015, 337
BGB § 823 I

Leitsatz (MedR): 1. **Kliniken**, die Patienten einen Internetzugang über ein verschlüsseltes WLAN-Netzwerk zur Verfügung stellen, haften nicht für von Patienten begangene **Urheberrechtsverletzungen** in **Filesharing-Netzwerken**.
2. Rechteinhabern obliegt vor Aussprechen einer auf Urheberrecht gestützten Abmahnung die Pflicht zur Informationsbeschaffung. Kommen Rechteinhaber dieser Pflicht nicht nach und erweisen sich ihre **Abmahnungen** als **unberechtigt**, liegt ein **rechtswidriger Eingriff in den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb** vor.

7. Krankenkassen

a) Abwerbung von Mitgliedern: Kein Verbot der alten Krankenkasse zur Kontaktaufnahme

OLG Dresden, Urteil v. 14.07.2015 - 14 U 584/15 **RID 16-01-425**
juris = NZS 2015, 905 = WRP 2015, 1396
UWG § 4 Nr. 10

Grundsätzlich ist bei der Abwerbung von Kunden eine systematische **Kündigungshilfe** zur ordnungsgemäßen Auflösung von Versicherungsverträgen nicht wettbewerbswidrig, sofern nicht unlautere Mittel eingesetzt werden.
Es verstößt gegen Wettbewerbsrecht, mit vorformulierten, im Internet abrufbaren Schreiben zur Kündigung der Mitgliedschaft Kündigungshilfe für Dritte, insb. Mitglieder anderer gesetzlicher Krankenversicherungen, zu leisten, wenn die Kündigungsschreiben die Erklärung enthalten: „Sämtliche in der Vergangenheit abgegebenen Werbe- und Anruferlaubnisse widerrufe ich hiermit mit sofortiger Wirkung; dies umfasst auch **Rückwerbeversuche**."

b) Schließung einer Krankenkasse: Individuelle Unterrichtung aller bekannten Gläubiger

OLG Düsseldorf, Urteil v. 12.11.2015 - 12 U 18/15 **RID 16-01-426**
juris
SGB V § 155 II; InsO §§ 133, 143

Leitsatz: Macht eine Betriebskrankenkasse ihre **Schließung oder Auflösung öffentlich bekannt** und weist sie dabei zugleich auf ihr **Leistungsverweigerungsrecht** hin, das entsteht, wenn Gläubiger ihre Forderungen nicht innerhalb von sechs Monaten nach der Bekanntmachung anmelden, kann daraus nur ein Leistungsverweigerungsrecht gegenüber **unbekannten Gläubigern** folgen. Alle **bekannten Gläubiger** müssen, unabhängig davon ob ihre Forderungen streitig oder unstreitig sind, über die Schließung oder Auflösung mit der Folge der Abwicklung individuell unterrichtet und zur Anmeldung ihrer Forderungen im Abwicklungsverfahren aufgefordert werden.

8. Rettungsdienst

a) Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)

aa) Übertragung von Aufgaben der Notfallrettung auf private Einrichtungen

BVerwG, Beschluss v. 12.01.2015 - 3 B 1/14 **RID 16-01-427**
juris
RDG Berlin § 5 I 3; VwGO §§ 132, 133, 137; GG Art. 3

Es ist geklärt, dass die Bestimmung der Notfallrettung zur Ordnungsaufgabe und ihre Zuweisung an die **staatliche Feuerwehr** in § 5 I 1 Gesetz über den Rettungsdienst für das Land Berlin (RDG) sowie die bevorzugte Übertragung der Durchführung der Notfallrettung auf **Hilfsorganisationen** nach § 5 I 2 und 3 RDG mit Art. 12 I und Art. 3 I GG in Einklang stehen. Die in § 5 I 3 RDG genannten Voraussetzungen für eine **ausnahmsweise Aufgabenübertragung** auf sonstige **private Dritte** ist verfassungsrechtlich unbedenklich.

bb) Blaulichtberechtigung für einen qualifizierten Krankentransport

BVerwG, Urteil v. 12.03.2015 - 3 C 28/13 **RID 16-01-428**
juris = BVerwGE 151, 313 = Buchholz 442.16 § 52 StVZO Nr. 4 = NJW 2015, 3674 = LKV 2015, 360 = GewArch 2016, 68
StVZO §§ 52 III, 70 I Nr. 1; RettDG Sachsen-Anhalt §§ 4, 12

Leitsatz: Kraftfahrzeuge des Rettungsdienstes im Sinne von § 52 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 StVZO sind die Kraftfahrzeuge, die von den nach dem jeweiligen Landesrecht zuständigen Trägern des **öffentlichen Rettungsdienstes** oder den von den Aufgabenträgern **konzessionierten privaten**

Leistungserbringern im Rahmen des öffentlichen Rettungsdienstes zur **Notfallrettung** oder zum **Krankentransport** eingesetzt werden (institutioneller Begriff des Rettungsdienstes).

b) Bewertungsfaktoren für Auswahlverfahren

OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 30.12.2014 - 3 M 527/14 **RID 16-01-429**

juris

RettDG Sachsen-Anhalt §§ 12, 13 I

Gemäß § 13 I RettDG Sachsen-Anhalt hat der Konzessionserteilung **ein transparentes, faires und diskriminierungsfreies Auswahlverfahren** voranzugehen. Auf Grundlage der Konzepte ist die **Wirtschaftlichkeit** zu beurteilen. Dem Bewerber mit dem Konzept, dass nach den zuvor bekanntgemachten Parametern in Relation zwischen angebotener Leistung und kalkulierten Kosten den wirtschaftlichsten Wert ergibt, ist die ausgeschriebene Konzession zu erteilen. Bei der Bewertung der Leistung muss gerade im Rettungsdienst die **Qualität** eine nicht unerhebliche Rolle spielen. Sie ist eine der zu berücksichtigenden Umstände bei der Bewertung der Bewerbung. Zu ihrer Bewertung sind objektive Kriterien heranzuziehen Da im Rahmen der Konzessionierung lediglich das Recht vermittelt wird, bei einem Dritten die Leistung wirtschaftlich zu verwerten, wird kein Zuschlag auf einen bestimmten Preis erteilt. Es ist lediglich eine Wirtschaftlichkeitsbewertung des Konzeptes, zu dessen Bestandteil eine Kostenkalkulation gehört, vorzunehmen.
Das Rettungsdienstgesetz des Landes Sachsen-Anhalt kennt ein **„Altunternehmerprivileg“** nicht, sondern postuliert vielmehr nunmehr ausdrücklich einen diskriminierungsfreien Wettbewerb aller potentiellen Bewerber.
Es gibt keine Vorgabe für einen bestimmten prozentualen **Umfang des Faktors Wirtschaftlichkeit** bzw. Kosten bei der Bestimmung und Gewichtung der Auswahlkriterien.

c) Keine Übertragung einer Genehmigung nach Fristablauf/Rechtsidentität

VGH Bayern, Beschluss v. 20.07.2015 - 21 ZB 14.753 **RID 16-01-430**

juris

RettDG Bayern Art. 23, 24; VwGO § 124

Eine nach Fristablauf ungültig gewordene **Genehmigung** kann nicht mehr **übertragen** werden.
Zwischen einer KG und ihrem Rechtsvorgänger, einem eingetragenen Einzelkaufmann, besteht schon keine **Rechtsidentität**. Eine identitätsrelevante Änderung liegt im Übergang der Rechtsform des eingetragenen Einzelkaufmanns in eine Personengesellschaft vor.

d) Kündigung der Beauftragung zur Durchführung des Rettungsdienstes

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 03.02.2016 - 13 LA 79/15 **RID 16-01-431**

juris

RettDG Niedersachsen § 5 III 1; GG Art. 12 I

Leitsatz: Art. 12 Abs. 1 GG gebietet es nicht, § 5 Abs. 3 Satz 1 NRettDG dahingehend auszulegen, dass die Durchführung des Rettungsdienstes durch den **Träger selbst** subsidiär hinter der Beauftragung bzw. Konzessionierung **privater Dritter** zurückzutreten hat.

e) Keine Genehmigungsfiktion nach RettDG Schleswig-Holstein

VG Schleswig-Holstein, Urteil v. 10.02.2015 - 3 A 152/14 **RID 16-01-432**

juris

PBefG § 15 I; RettDG Schleswig-Holstein § 10

Ein Anspruch auf Erteilung einer Bescheinigung nach § 111a III LVwG über den Eintritt einer **Genehmigungsfiktion** nach § 15 I 5 PBefG setzt voraus, dass aufgrund eines Antrags auf Erteilung einer Genehmigung nach § 10 RettDG Schleswig-Holstein tatsächlich eine solche Genehmigungsfiktion eingetreten ist. **§ 15 I 5 PBefG** ist aber nicht anwendbar, weil § 14 RettDG

Schleswig-Holstein eine statische Verweisung auf eine Gesetzesfassung des Personenbeförderungsgesetzes regelt, die seinerzeit noch keine Genehmigungsfiktion umfasst hat.

9. Rettungsassistenten

a) BVerwG: Rettungsassistent nach RettAssG/Ausdehnung der Ausbildungsdauer

BVerwG, Beschluss v. 23.12.2015 - 3 B 63/14 **RID 16-01-433**

juris
RettAssG § 7

Das **Rettungsassistentengesetz** ist durch das am 01.01.2014 in Kraft getretene **Notfallsanitätergesetz** (NotSanG) abgelöst und mit Wirkung vom 01.01.2015 aufgehoben worden. Rechtsfragen, die sich aus der Anwendung von ausgelaufenem oder **auslaufendem Recht** ergeben, verleihen einer Rechtssache regelmäßig keine grundsätzliche Bedeutung. Das Notfallsanitätergesetz regelt die Dauer und die Struktur der Ausbildung (vgl. § 5 NotSanG) abweichend von den Vorschriften des Rettungsassistentengesetzes.
Aus dem **Rettungsassistentengesetz** und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die Anwendung des § 8 II 2 RettAssG wegen **Zeitablaufs** ausgeschlossen ist. Eine Beschränkung der Anrechenbarkeit auf Zeiten vor Beginn der Ausbildung ist rechtswidrig, weil sie über die Gleichwertigkeitsvoraussetzungen des § 3 RettAssAPrV hinausgeht.

b) Übergangsregelung für Rettungsassistenten nach § 32 II 1 NotSanG

VG Hannover, Urteil v. 27.10.2015 - 6 A 1836/15 **RID 16-01-434**

Rechtskräftig
juris
NotSanG § 32 II 1

Leitsatz: Die Fünf-Jahres-Frist im Rahmen der Übergangsregelung für Notfallsanitäter nach § 32 Abs. 2 Satz 1 NotSanG beginnt erst mit Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Rettungsassistent zu laufen.

10. Heilpraktiker

a) Keine Heilpraktikererlaubnis für Dipl.-Psych. nach „Aktenlage“

VG Köln, Urteil v. 22.09.2015 - 7 K 3326/13 **RID 16-01-435**

juris
HeilprG §§ 1 I, 2 I

Eine Diplom-Psychologin, die nicht approbiert ist, bedarf einer **Erlaubnis nach dem HeilprG**. Hierfür ist eine Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten durch das Gesundheitsamt mit dem Ergebnis erforderlich, dass die Ausübung der Heilkunde durch den Betreffenden keine Gefahr für die Volksgesundheit bedeuten würde. Die Behörde hat deshalb zunächst „nach Aktenlage“ die vorgelegten Unterlagen zu prüfen. Es ist im Einzelfall zu entscheiden, für welche Gebiete eine ergänzende Überprüfung erforderlich ist und ob dafür ggfs. eine mündliches Prüfungsgespräch ausreicht oder eine schriftliche Prüfung die geeignete Form darstellt.
Dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz entspricht es, dass derjenige, der nur die Ausübung von Heilkunde in Form der **Psychotherapie** anstrebt, eine auf dieses Gebiet beschränkte Heilpraktikererlaubnis erhält und dafür Kenntnisse, die über heilkundliche Tätigkeit als Psychotherapeut hinausgehen, nicht nachweisen muss. Die behördliche Überprüfung hat das bei der angestrebten Berufstätigkeit als Psychotherapeut auftretende Gefahrenspektrum in den Blick zu nehmen: Erforderlich sind ausreichende Kenntnisse über die Abgrenzung psychotherapeutisch-heilkundlicher Tätigkeit gegenüber der von Ärzten und allgemeinen Heilpraktikern, hinreichende diagnostische Fähigkeiten in Bezug auf das einschlägige Krankheitsbild und die Befähigung, den Patienten entsprechend der Diagnose psychotherapeutisch zu behandeln.

Eine **Absolventin eines Universitätsstudiengangs** Psychologie mit den Diplomprüfungsfächern Klinische Psychologie und Psychotherapie, Psychologische Diagnostik und Intervention sowie Psychopathologie verfügt über eine qualifizierte einschlägige Ausbildung. Allerdings fehlt die notwendige Befähigung, den Patienten entsprechend der Diagnose **psychotherapeutisch zu behandeln**. Von einem Antragsteller, der die Heilpraktikererlaubnis für psychotherapeutische Tätigkeit nach Aktenlage begehrt, ist jedoch der **Nachweis praktischer Fähigkeiten zu fordern, die über die im Diplomstudiengang im Fach Klinische Psychologie vermittelten regelmäßig hinausgehen**.

b) Keine Untersagung der Durchführung der Bienenstockinhalation

VG Gera, Beschluss v. 15.12.2015 - 2 E 1088/15 Ge **RID 16-01-436**

juris

HeilprG § 1 I; OBG Thüringen

Leitsatz: 1. Die Erlaubnis nach § 1 Heilpraktikergesetz erlaubt die Durchführung von Therapien, die **gesundheitliche Schäden verursachen** können.
2. Die Durchführung solcher Therapien kann nicht auf der Grundlage des **Ordnungsbehördengesetzes** untersagt werden.

c) Abmahnkosten gegen physiotherapeutischen Mitbewerber wegen kostenloser Fußanalyse

LG Bielefeld, Urteil v. 17.07.2015 - 15 O 84/12 **RID 16-01-437**

juris

UWG §§ 2 I Nr. 3, 3 Nr. 1, 8 I, 12 I 2; HeilMWerbG § 7 I

Das Angebot der **„kostenlosen Fußanalyse“** durch einen **Physiotherapeuten** unterliegt den Regelungen des **HeilMWerbG**, wenn es um die Beseitigung oder Linderung von Krankheiten/Leiden gehen soll. Unbestritten handelt es sich bei der angebotenen Fußanalyse um eine üblicherweise nur gegen Entgelt angebotene Leistung; das macht das Angebot, die Leistung kostenlos erbringen zu wollen, zu einer unzulässigen Zuwendung/Werbegabe im Sinne von § 7 I 1 HeilMWerbG.

d) Haftung

aa) Fehlerhafte Moxabustionsbehandlung (Wärmebehandlung)/Schmerzensgeld wegen Narbe

LG Bonn, Urteil v. 19.06.2015 - 9 O 234/14 **RID 16-01-438**

juris = NJW 2015, 3461

BGB §§ 253, 280, 286 I, 288 I, 823 I

Das **Verbrennungsrisiko bei der Moxabustion** ist relativ hoch. Es komme auch bei Beachtung der erforderlichen Sorgfalt bei dieser Behandlung **oft** (mehr als 1 %) zu Verbrennungen und nachfolgenden Gewebevernarbungen und Pigmentveränderungen. Über dieses tatsächlich bestehende Risiko ist hinreichend **aufzuklären**. Dies ist nicht der Fall, wenn der Patient davon ausgeht, es komme lediglich **„in seltenen Fällen“** vor.
Bei Augenbrennen und geschwollenen Augenlidern ist die Moxabustion als Behandlungsmethode **nicht indiziert** (grober Behandlungsfehler).
Der Behandler hat den Vorgang der Moxabustion ununterbrochen zu **beaufsichtigen** (grober Behandlungsfehler).
Bei einer Narbet oberhalb des rechten Sprunggelenks mit den Maßen 2x3 cm nach einem schwierigen Heilungsverlauf ist ein **Schmerzensgeld** von 2.500 € angemessen.

bb) Pflichtverletzungen eines Heilpraktikers: Haftungsmaßstab

AG Ansbach, Urteil v. 07.07.2015 - 2 C 1377/14 **RID 16-01-439**
juris
BGB V § 823

Für **Pflichtverletzungen eines Heilpraktikers** gelten dieselben Anforderungen wie für (Haus-)Ärzte.
Im Bereich der **alternativen Medizin** gibt es grundsätzlich keine **Erfolgsnachweise**, es handelt sich vielmehr gerade um naturwissenschaftlich (noch) nicht fundierte und anerkannte Methoden. Deshalb ist nicht nachweisbar, dass andere alternative Therapien mit Wahrscheinlichkeit die Leiden gelindert hätten. Daher können entsprechende Kausalitätsnachweise auch nicht mit einem heilpraktischen Sachverständigengutachten erbracht werden.
Eines **Verweises auf die „Schulmedizin"** bedarf es nicht, wenn kein akuter Zustand einer erheblichen Gesundheitsgefährdung vorliegt, der eine umgehende „schulmedizinische Behandlung" erforderlich macht. Grundsätzlich ist der Patient für seinen Zustand beweisbelastet. Darauf kommt es aber nicht an, wenn sich auch ein medizinischer Laie von selbst in eine schulmedizinische Behandlung begeben würde.

11. Einsichtnahme der Erben und Angehörigen in die Patientenakten

VG Freiburg, Urteil v. 29.10.2015 - 6 K 2245/14 **RID 16-01-440**
juris
BGB § 630g III; PsychKG BW § 31; KHG BW § 46

Leitsatz: Die **Einsichtnahme der Erben** und nächster **Angehöriger** in die **Patientenakten** des in einem Zentrum für Psychiatrie verstorbenen Patienten bestimmt sich in analoger Anwendung des § 630g Abs. 3 BGB.
Das Anliegen der (nicht Erbin gewordenen) **Mutter eines Patienten**, durch Akteneinsicht weitere Aufschlüsse über dessen Todesursache und mögliche strafrechtliche Verantwortlichkeiten des Behandlungspersonals zu erhalten, begründet ein immaterielles Interesse gemäß § 630g Abs. 3 Satz 2 BGB analog.
Soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche **Wille des Patienten** entgegensteht, stellt dies einen Ausschlussgrund analog § 630g Abs. 3 Satz 3 BGB dar. Kommt es - mangels zu Lebzeiten ausdrücklich erklärter Weigerung des Patienten - auf dessen **mutmaßlichen Willen** an, spricht eine Regelannahme zu Gunsten einer Akteneinsicht von Erben und nächsten Angehörigen.
Es spricht bereits einiges dafür, dass die Geltendmachung **vorgerichtlicher Anwaltskosten**, durch § 162 VwGO ausgeschlossen wird (hier offen gelassen). Danach sind außerhalb eines Vorverfahrens im Verwaltungsverfahren entstandene Kosten eines Rechtsanwalts grundsätzlich nicht von einer Kostenerstattung erfasst. Ausnahmsweise ist dies nur bei Vorbereitungskosten mit konkretem Bezug auf den betreffenden Prozess anders (hier verneint).

12. Opferentschädigungsrecht

a) Fixierung durch Polizei und Ärzte bei Eigengefährdung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.08.2015 - L 6 VG 5227/14 **RID 16-01-441**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
OEG § 1

Leitsatz: An einem **tätlichen Eingriff** fehlt es, wenn unmittelbarer Zwang durch **Polizeibeamte** zur Abwehr von Eigengefährdung erforderlich wird und die **nachfolgende Fixierung durch ärztliches Personal** allein dem Wohl des Patienten bei einem Zustand hochgradiger Verwirrtheit dient.

b) Kein tätlicher Angriff bei einer ärztlichen Begutachtung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 26.09.2014 - L 11 VG 47/12 **RID 16-01-442**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
OEG § 1 I 1; StGB §§ 176, 184g Nr. 1, 223

Ein **tätlicher Angriff** i.S.d. § 1 I 1 OEG liegt bei einer ärztlichen Begutachtung für die Pflegekasse nicht vor bei rein **verbalem Verhalten** wie etwa das laute Sprechen oder das „Über-den-Mund-Fahren".
Die **Vorwürfe**
- Dr. K habe sich nach vorne gebeugt und seine Hand habe sich blitzartig und ohne Vorankündigung in die Richtung ihres Schrittes geschoben;
- Dr. K habe das T-Shirt der Kl. ohne Vorwarnung hochgezogen, den BH geöffnet und ihr an die Narbe gefasst, die unterhalb der Brust verlaufe; diese Sachverhaltsdarstellung ist erstmals bei Antragstellung bei dem Beklagten insoweit ergänzt worden, als Dr. K die Brust der Kl. berührt habe;
- Dr. K habe sich das bandagierte schmerzende Knie zeigen lassen; trotz Bitte der Kl., sie nicht anzufassen, da das Knie schmerze, habe Dr. K das Knie dennoch angefasst und sie habe laut geschrien.
stellen keinen tätlicher Angriff dar, wenn es an einer Handlung mit der von einem wenigstens natürlichen Vorsatz umfassten Zielrichtung fehlt, unmittelbar auf den Körper einer anderen Person einzuwirken und mindestens objektiv eine Gefährdung des Lebens oder der körperlichen Unversehrtheit der anderen Person herbeizuführen (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 07.06.2012 - L 10 VG 26/09 - juris, Nichtzulassungsbeschwerde verworfen durch das BSG, Beschl. v. 08.10.2012 - B 9 V 39/12 B - juris).
Nichtzulassungsbeschwerde verworfen durch BSG, Beschl. v. 20.03.2015 - B 9 V 56/14 B - juris.

c) Kein tätlicher Angriff durch Bewilligung einer ZE-Versorgung und zahnärztliche Leistung

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 16.06.2015 - L 7 VE 17/13 **RID 16-01-443**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
OEG § 1 I

Leitsatz: Versorgungsleistungen nach dem OEG wegen einer zahnärztlichen bzw. krankenhausärztlichen Behandlung setzen einen vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriff voraus. Ein Anspruch wegen vermeintlicher **Kunstfehler** kommt nicht in Betracht, wenn die Behandlungen **vom Heilauftrag der behandelnden Ärzte geprägt** waren. Ein tätlicher Angriff durch die **Mitarbeiter einer Krankenkasse** durch eine Bewilligung und Kostenübernahme von Leistungen scheidet aus, weil diese dadurch keine unmittelbare Gewalt angewendet haben.

13. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche

a) Keine charakteristischen thalidomidbedingten Fehlbildungen

aa) Einseitige Ohrmuschelfehlbildung mit einer ipsilateralen Unterkieferhypoplasie

VG Köln, Urteil v. 06.10.2015 - C-362/14 **RID 16-01-444**
juris
ContStifG §§ 2, 12; ZPO §§ 115, 117, 121

Die **einseitige Ohrmuschelfehlbildung** mit einer ipsilateralen Unterkieferhypoplasie und einem Fehlbiss sprechen gegen eine Thalidomidembryopathie.

bb) Einseitiges Schädigungsmuster der oberen rechten Extremität

VG Köln, Urteil v. 06.10.2015 - 7 K 3077/13 **RID 16-01-445**
juris
ContStifG §§ 2, 12; ZPO §§ 115, 117, 121

Das **einseitige Schädigungsmuster** der oberen rechten Extremität sowie die Blockwirbelbildung im Bereich der Halswirbelsäule und die Kombination Kreuzbeindysplasie/Steißbeinaplasie sprechen gegen eine Thalidomidembryopathie. Die Blockwirbelbildung der Halswirbelsäule und die Kombination Kreuzbeindysplasie/Steißbeinaplasie sprechen ebf. gegen eine Thalidomidembryopathie.

cc) Verkürzte Mittelhandknochen/Dreigliedriger Daumen/Skoliose/Tieftonschwerhörigkeit

VG Köln, Urteil v. 10.11.2015 - 7 K 4988/13 **RID 16-01-446**

juris

ContStifG §§ 12, 13

Angesichts der Wirkweise von Thalidomid ist es nachvollziehbar, dass das Vorliegen von **verkürzten Mittelhandknochen** gegen einen Conterganschaden spricht. Alleine der Umstand, dass eine **dreigliedrige Ausbildung des Daumens**, eine **Skoliose** sowie eine **Tieftonschwerhörigkeit** vorliegen, führt nicht zu einer Wahrscheinlichkeit eines Conterganschadens. Soweit diese Fehlbildungen auch bei thalidomidbedingten Schädigungen auftreten, ist zu berücksichtigen, dass keine dieser Fehlbildungen ausschließlich auf Thalidomid zurückzuführen ist. Diese Fehlbildungen können auch andere Ursachen haben.

dd) Fehlbildungen an den unteren Extremitäten

VG Köln, Urteil v. 17.11.2015 - 7 K 710/15 **RID 16-01-447**

juris

ContStifG §§ 2, 12; ZPO §§ 115, 117, 121

Thalidomidbedingte Fehlbildungen an den unteren Extremitäten folgen einem festen **Muster**. Am Bein beginnen die Fehlbildungen mit einer Entwicklungsstörung des großen Zehs. Ist dieser jedoch regelrecht ausgebildet und fehlt nur der 5. Strahl, spricht dies gegen die Annahme einer Conterganschädigung. Bei einer thalidomidbedingten Fehlbildung ist zudem am Bein die tibiale Seite des Fußes betroffen. Defekte, die die fibulare Seite des Fußes betreffen, gehören nicht zum typischen Fehlbildungsmuster von Contergan. Alleine der Umstand, dass Hüftgelenksfehlbildungen und Innenohrschwerhörigkeiten bei einer Thalidomidembryopathie vorkommen, führt nicht zu einer Wahrscheinlichkeit eines Conterganschadens.

ee) Softenon/Isolierte Fehlbildungen der unteren Extremitäten

VG Köln, Urteil v. 20.11.2015 - 7 K 3564/13 **RID 16-01-448**

juris

ContStifG §§ 2, 12; ZPO §§ 115, 117, 121

Softenon ist ein **thalidomidhaltiges Präparat** der Grünenthal GmbH, das zur damaligen Zeit in Portugal im Handel war.

Es reicht nicht aus, dass Thalidomid als theoretische Ursache für Fehlbildungen nicht auszuschließen ist. Dadurch ließe sich angesichts der Vielfalt anderer möglicher Ursachen der Kreis der anspruchsberechtigten Personen, die nach dem Willen des Gesetzgebers von Leistungen aus dem Stiftungsvermögen profitieren sollen, nicht verlässlich eingrenzen. Denn einer Thalidomidembryopathie vom Erscheinungsbild her ähnliche Fehlbildungen treten auch in der Allgemeinbevölkerung auf. Es muss daher mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit gerade die **Einwirkung von Thalidomid während der embryonalen Entwicklung** sein, die in einen **ursächlichen Zusammenhang** mit den jeweiligen Fehlbildungen gebracht werden kann. Isolierte Fehlbildungen der unteren Extremitäten ohne Beteiligung der oberen Gliedmaßen sind extrem ungewöhnlich.

ff) Fehlbildungen der oberen Extremitäten

VG Köln, Urteil v. 12.01.2016 - 7 K 585/14 **RID 16-01-449**

juris

ContStifG §§ 2, 12; ZPO §§ 115, 117, 121

Der Frage der Tabletteneinnahme muss nicht weiter nachgegangen werden, wenn die geltend gemachten **Fehlbildungen** von ihrem Erscheinungsbild her bei Gesamtbetrachtung nicht so beschaffen sind, dass sie zumindest mit **Wahrscheinlichkeit** mit einer **Thalidomideinnahme** der Mutter in Verbindung gebracht werden können (hier verneint für Fehlbildungen der oberen Extremitäten).

b) Geburt sieben Jahre nach Rücknahme des Medikamentes/Reduktionsfehlbildung des Restfußes

VG Köln, Urteil v. 02.12.2015 - 7 K 2260/13 **RID 16-01-450**

juris

ContStifG §§ 2, 12; ZPO §§ 115, 117, 121

Ein **Geburtstermin** sieben Jahre nach Rücknahme des Medikamentes aus dem Handel spricht erheblich gegen die Annahme, die Mutter habe während der Schwangerschaft Contergan eingenommen.
Eine **Reduktionsfehlbildung** des Restfußes links spricht gegen eine Thalidomidembryopathie.

c) Unwahrscheinliche Einnahme von Contergan in der Türkei im Sommer 1971

VG Köln, Urteil v. 01.02.2016 - 7 K 2340/14 **RID 16-01-451**

juris

ContStifG §§ 2, 12; ZPO §§ 115, 117, 121

Es ist nicht wahrscheinlich, dass die Mutter des Kl. während der Schwangerschaft im **Sommer 1971** Contergan der Firma Grünenthal eingenommen hat. Nach der Information der Firma Grünenthal wurde das Medikament Contergan weder durch die Firma selbst noch durch einen Lizenzpartner in der **Türkei** vertrieben. Soweit der Kläger vorträgt, in den 70er Jahren habe es viele türkische Gastarbeiter in Deutschland gegeben, die das Medikament aus Deutschland in die Türkei gebracht haben könnten, stellt dies eine rein theoretische Möglichkeit dar. Der Handel mit Contergan wurde in Deutschland bereits im Jahr 1961 eingestellt. Es ist nicht wahrscheinlich, dass zehn Jahre nach der Vertriebseinstellung unter ausführlicher Berichterstattung in den Medien und gesonderten Informationen an Ärzte und Apotheker das Medikament in Deutschland noch abgegeben wurde.
Eine Reduktionfehlbildung des linken Fußes mit fehlendem 4. und 5. Strahl, ein fehlendes Wadenbein und die alleinige Schädigung der unteren Extremität bei regelrecht ausgebildeten oberen Extremitäten sind für eine **Schädigung durch Contergan** extrem ungewöhnlich.

d) Spezifischer Bedarf: Boxspringbett

VG Köln, Urteil v. 03.11.2015 - 7 K 1382/14 **RID 16-01-452**

juris

ContStifG § 13

Der Begriff **spezifischer Bedarfe** i.S.d. Conterganstiftungsrechts ist nicht auf medizinische Bedarfe in einem engeren Sinne, etwa bezogen auf Therapien, Arzneimittel und Medizinprodukte, beschränkt. Die im Internet veröffentlichte Positiv-Liste umfasst z.B. Garagentorantriebe und elektrisch verstellbare Lattenroste. Es handelt sich dabei um Erleichterungen des täglichen Lebens, die den Betroffenen um ihrer thalidomidbedingten Behinderung willen gewährt werden. Sie können als solche aber auch das Leben nicht Behinderter erleichtern und sind ihnen ebenfalls von Nutzen. Das Abgrenzungskriterium eines „medizinischen“ Bedarfs ist für sie untauglich. Für derartige - gleichsam hybride - Gegenstände, zu denen auch ein Bett zählen kann, besteht die Möglichkeit einer Leistungsgewährung dann, wenn der behinderte Mensch auf sie - anders als der nicht behinderte - in besonderer Weise zur Bewältigung des täglichen Lebens angewiesen ist, da er aufgrund der Behinderung gerade nicht in der Lage ist, eine Verrichtung in gleicher Weise wie ein nicht Behinderter vorzunehmen. In diesem Sinne ist sein Bedarf „spezifisch“.
Ein **Boxspringbett** kann einen spezifischen Bedarf erfüllen.

14. Blindengeld

a) Blindheitsbegutachtung: Verhaltensbeobachtungen

LSG Bayern, Urteil v. 16.09.2015 - L 15 BL 2/13 **RID 16-01-453**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
BlindG Bayern Art. 1 Teil A Ziff. 6b

Leitsatz: 1. Bei der Blindheitsbegutachtung können im Rahmen von **Plausibilitätskontrollen** unter anderem auch **Verhaltensbeobachtungen** berücksichtigt werden (Fortsetzung der Rechtsprechung des Senats vom 31.01.2013, Az. L 15 BL 6/07).
2. Dabei ist jedoch zu beachten, dass eine Verhaltensbeobachtung grundsätzlich nur eine **grobe Einschätzung** des Sehvermögens erlaubt. Sie ist nicht geeignet, zwischen einer hochgradigen Sehbehinderung und einer Blindheit im Sinne des BayBlindG mit der erforderlichen Zuverlässigkeit zu differenzieren.

b) Erhöhtes Blindengeld nach rheinland-pfälzischem Blindengeldgesetz

VG Koblenz, Urteil v. 23.11.2015 - 3 K 25/15.KO **RID 16-01-454**
juris
BlindenGG Rheinland-Pfalz § 2

Der rheinland-pfälzische Landesgesetzgeber wollte augenscheinlich das **erhöhte Blindengeld** nur den Personen zukommen lassen, die im **April 2003 Blindengeld** nach den landesrechtlichen Bestimmungen bezogen haben oder deren Anspruch zu diesem Zeitpunkt geruht hat.

15. Sozialrecht

a) Hörgeräteversorgung: Festbetrag/Kein berufsbedingter Mehrbedarf

SG Aachen, Urteil v. 15.12.2015 - S 13 R 135/15 **RID 16-01-455**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I; SGB IX § 15; SGB VI §§ 9, 10, 11, 16

Entscheidet sich ein Versicherter für ein Hörsystem, dessen Kosten weit über dem **Festbetrag** liegen, obwohl er ein Hörsystem erhalten kann, das zum Ausgleich seiner konkret vorliegenden Behinderung objektiv ausreicht, so hat er sich für eine über das Maß des Notwendigen hinaus gehende Versorgung entschieden, deren Mehrkosten er gem. § 33 I 5 SGB V zu tragen hat.
Ein **berufsbedingter Mehrbedarf**, der über die allgemeine Hörgeräteversorgung hinausgeht, ist nicht vorhanden, wenn die Anforderungen an das Hörvermögen nicht über die Anforderungen hinausgehen, die auch im privaten Alltag zu bewältigen sind.

Die Beteiligten streiten darüber, ob der bekl. Rentenversicherungsträger dem Kl. 2.733 € zu erstatten hat, die diesem durch die Versorgung mit einem beidseitigen Hörsystem „Phonak Audeo Q 70-312 xS“ (Preis: 4.347 €) nach Abzug des von der beigel. Krankenkasse übernommenen Vertragspreises (1.614 €) unter Berücksichtigung der vom Kl. zu leistenden gesetzlichen Zuzahlung (20 €) entstanden sind. Das ***SG*** wies die Klage ab.

b) Kostenerstattung nach der Selbstbeschaffung von Hörgeräten

LSG Hessen, Urteil v. 24.11.2015 - L 2 R 293/12 **RID 16-01-456**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12, 13 III, 33, 36, 127; SGB IX §§ 14, 15 I, 26, 33

Leitsatz: Zur Kostenerstattung nach der Selbstbeschaffung von Hörgeräten.

c) Arbeitslosengeld II: Festbetrag übersteigende Mehrkosten für Hilfsmittel (Kompressionsstrümpfe)

SG Berlin, Urteil v. 14.09.2015 - S 172 AS 20857/11 **RID 16-01-457**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 34 AS 2701/15 NZB -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB II § 21; SGB V §§ 12 II, 33 I, 35, 36

Leitsatz: Die den **Festbetrag übersteigenden Mehrkosten für Hilfsmittel** i.S. des § 33 Abs. 1 SGB V, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden, stellen keinen unabweisbaren **Mehrbedarf** i.S. des § 21 Abs. 6 SGB II dar und sind nicht vom Grundsicherungsträger zu übernehmen.

16. Bestattungsrechtliche Ausnahmegenehmigung für Ausstellung von Leichen

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 10.12.2015 - OVG 12 B 2.15 **RID 16-01-458**
juris
GG Art. 1 I, 5 III; BestattG Berlin §§ 1, 2 14

Leitsatz: 1. Eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung, deren Unternehmensgegenstand Ausstellungen und damit zusammenhängende Veranstaltungen sind, bedarf für die **Ausstellung menschlicher Dauerpräparate**, die im Wege des Verfahrens der **Plastinierung** hergestellt worden sind, einer **bestattungsrechtlichen Ausnahmegenehmigung** vom Verbot der öffentlichen Ausstellung von Leichen. Von dem Ausstellungsverbot sind nur anatomische Institute und ihnen gleichstehende wissenschaftliche Einrichtungen ausgenommen.
2. Die Erteilung einer Ausnahmegenehmigung für die Ausstellung menschlicher Dauerpräparate erfordert den Nachweis, dass die Verstorbenen, aus deren Körpern die Exponate hergestellt wurden, mit der öffentlichen Ausstellung einverstanden sind. Der Nachweis ist nicht erbracht, wenn das einzelne Exponat infolge unumkehrbarer Anonymisierung und Entpersonalisierung nicht mehr auf eine solche **Einwilligung** zurückgeführt werden kann.

17. Steuerrecht

a) Umsatzsteuerrecht

aa) BFH: „Tumormeldungen“ eines Arztes für Krebsregister nicht umsatzsteuerfrei

BFH, Urteil v. 09.09.2015 - XI R 31/13 **RID 16-01-459**
juris
UStG § 4 Nr. 14

Leitsatz NV: Sog. **„Tumormeldungen“** eines Arztes für ein Krebsregister, die in der reinen Dokumentation erfolgter Behandlungen von Patienten bestehen, sind keine umsatzsteuerfreien Heilbehandlungen

bb) BFH: Zur Anwendung der sog. Versandhandelsregelung auf Arzneimittellieferungen

BFH, Urteil v. 20.05.2015 - XI R 2/13 **RID 16-01-460**
juris = BFHE = DStR 2015, 2542 = DB 2015, 2734
UStG §§ 1a I Nr. 2, 3 VI, 3c

Leitsatz: Führt eine **in einem anderen EU-Mitgliedstaat ansässige Apotheke** Arzneimittellieferungen an in Deutschland wohnhafte Privatpersonen aus, können diese Lieferungen nach der sog. Versandhandelsregelung in Deutschland selbst dann steuerbar und steuerpflichtig sein, wenn die Abnehmer eine formularmäßige Vollmacht zur Beauftragung eines Kurierdienstes zum Transport der bestellten Medikamente in ihrem Namen und für ihre Rechnung erteilt haben

cc) Befunderhebungen zu Laborproben und Hilfestellungen zu transfusionsmed. Behandlungen

FG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 10.11.2015 - 2 K 2409/13 **RID 16-01-461**

juris

UStG § 4 Nr. 14 Buchst. a Satz 1

Bei nach Anordnung von Ärzten, Krankenhäusern oder anderen Heilbehandlungseinrichtungen als Hauptleistungen durchgeführten Befunderhebungen zu Laborproben und Hilfestellungen zu transfusionsmedizinischen Behandlungen eines **Facharztes für klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik** handelte es sich um Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin, die umsatzsteuerfrei sind, wenn sie offensichtlich der Diagnose, Behandlung und Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen dienen.

dd) Beratende ärztliche Tätigkeit für private Krankenversicherung

FG Hamburg, Urteil v. 25.11.2015 - 6 K 205/14 **RID 16-01-462**

juris

UStG § 4 Nr. 14

Leitsatz: Die **beratende Tätigkeit eines Arztes** für die Abteilung für medizinische Grundsatzfragen einer **privaten Krankenversicherung** ist nicht umsatzsteuerfrei.

ee) Abschläge nach § 1 AMRabG mindern umsatzsteuerliche Bemessungsgrundlage

FG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 24.09.2015 - 6 K 1251/14 **RID 16-01-463**

Revision anhängig: BFH - V R 42/15 -

juris

AMRabG § 1 S. 1; UStG §§ 10 I, 17

Leitsatz: Abschläge gemäß § 1 AMRabG mindern die Bemessungsgrundlage nach §§ 10, 17 UStG.

b) Einkommensteuerrecht

aa) BFH: Kein Lohn durch Betriebshaftpflichtversicherung eines Krankenhauses

BFH, Urteil v. 19.11.2015 - VI R 47/14 **RID 16-01-464**

juris

EStG §§ 19 I 1 Nr. 1, 42d; VVG § 102 I

Leitsatz: Die **Mitversicherung angestellter Klinikärzte** in der **Betriebshaftpflichtversicherung** eines Krankenhauses nach § 102 Abs. 1 VVG ist kein Lohn, weil die Mitversicherung keine Gegenleistung für die Beschäftigung ist.

bb) BFH: Feststellung des Zusammenhangs zwischen Erkrankung und Beruf

BFH, Beschluss v. 09.11.2015 - VI R 36/13 **RID 16-01-465**

juris

EStG §§ 9 I, 12 Nr. 1 S. 2, 33

Leitsatz: 1. NV: **Aufwendungen** zur Wiederherstellung der Gesundheit können betrieblich oder beruflich veranlasst sein, wenn es sich um eine typische **Berufskrankheit** handelt oder der Zusammenhang zwischen der Erkrankung und dem Beruf eindeutig feststeht.
2. NV: Die **Feststellung**, ob eine typische **Berufskrankheit** oder ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Erkrankung und dem Beruf des Steuerpflichtigen vorliegt, obliegt dem FG als Tatsacheninstanz (§ 118 Abs. 2 FGO).

cc) BFH: Zumutbarkeit der Belastung durch Krankheitskosten (Zuzahlungen nach § 61 SGB V)

BFH, Teilurteil v. 02.09.2015 - VI R 32/13 **RID 16-01-466**

juris = BFHE

EStG § 33; SGB V §§ 61, 62; GG Art. 1 I, 3 I, 6 I, 20 I

Leitsatz: Krankheitskosten einschließlich Zuzahlungen sind **außergewöhnliche Belastungen**. Es ist von Verfassungs wegen nicht geboten, bei der einkommensteuerrechtlichen Berücksichtigung dieser Aufwendungen auf den Ansatz der **zumutbaren Belastung** zu verzichten.

Vorausgehend: FG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.09.2012 - 4 K 1970/10 - RID 12-04-269.

Parallelverfahren:

BFH, Urteil v. 02.09.2015 - VI R 33/13 **RID 16-01-467**

juris

dd) Kosten für Beschäftigung privater Pflegekräfte für in Seniorenheim untergebrachte Verwandte

FG München, Gerichtsbescheid v. 20.10.2015 - 10 K 2393/14 **RID 16-01-468**

juris

EStG § 33

L**eitsatz**: Keine Berücksichtigung von Kosten für die **Beschäftigung von privaten Pflegekräften** zur Versorgung einer in einem **Seniorenheim** untergebrachten Verwandten als außergewöhnliche Belastung.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 04.02.2016. 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?	***LSG Saarland***, 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 **Termin:** 17.02.2016	Zur Frage der Nichtigkeit einer im Quartal III/2004 gültigen Honorarverteilungsvereinbarung als öffentlich-rechtlicher Vertrag, wenn zwingend erforderliche Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht vorlagen.	***LSG Hamburg***, 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 **Termin:** 17.02.2016	Zur Frage der Nichtigkeit einer im Quartal IV/2004 gültigen Honorarverteilungsvereinbarung als öffentlich-rechtlicher Vertrag, wenn zwingend erforderliche Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht vorlagen.	***LSG Hamburg***, 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 **Termin:** 17.02.2016	Zur Frage der Nichtigkeit einer im Quartal I/2005 gültigen Honorarverteilungsvereinbarung als öffentlich-rechtlicher Vertrag, wenn zwingend erforderliche Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht vorlagen.	***LSG Hamburg***, Urt. v. 19.08.2015 - L 5 KA 65/13 -	15-04-14
Fehlende Vorgaben des Bewertungsausschusses	B 6 KA 46/14 R **Termin:** 17.02.2016	Zur Frage der Nichtigkeit einer im Quartal I/2005 gültigen Honorarverteilungsvereinbarung als öffentlich-rechtlicher Vertrag, wenn zwingend erforderliche Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht vorlagen.	***LSG Hamburg***, Urt. v. 05.11.2014 - L 5 KA 28/11 -	15-01-12
Individualbudgets: Wachstumsmöglichkeiten (Quartale III/04 bis I/05, KV Hamburg)	B 6 KA 4/15 R **Termin:** 17.02.2016	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 rechtwidrig sind, weil sie unterdurchschnittlich kleinen Praxen keine ausreichende Möglichkeit bieten, den Durchschnitt der Fachgruppe zu erreichen.	***LSG Hamburg***, Urt. v. 03.12.2014 - L 5 KA 76/13 WA -	15-01-13
Quotierung von Laborleistungen	B 6 KA 33/14 R **Termin:** 19.08.2015	Verstößt die Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes gegen höherrangiges Recht, wenn die für die Leistungen und Kostenerstattungen im Laborbereich nach den Vergütungen verfügbaren Mittel des Vergütungsvolumens quotiert werden?	***SG Hamburg***, Urt. v. 25.06.2014 - S 27 KA 151/11 -	14-04-11
Quotierung von laboranalytischen und humangenetischen Leistungen	B 6 KA 44/14 R **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?	***SG Dresden***, Urt. v. 03.09.2014 - S 18 KA 167/11 -	15-01-12
Quotierung von Laborleistungen einer Laborgemeinschaft	B 6 KA 34/14 R **Termin:** 19.08.2015	Ist eine Quotierung von Laborleistungen durch einen Honorarverteilungsmaßstab bei Laborgemeinschaften im Hinblick auf die Kostenerstattungsregelung des Abschn 32.2 Nr 1 S 2 EBM (juris: EBM-Ä 2008) zulässig?	***SG Hamburg***, Urt. v. 25.06.2014 - S 27 KA 152/11 -	14-04-10
	B 6 KA 11/15 R B 6 KA 12/15 R **Termin:** 19.08.2015	Ist eine Quotierung von Laborleistungen durch einen Honorarverteilungsmaßstab bei Laborgemeinschaften im Hinblick auf die Kostenerstattungsregelung der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (juris: EBM-Ä 2008) zulässig?	***SG Dresden***, Urt. 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***, Urt. v. 18.03.2015 - S 33 KA 416/11 -	15-04-9
Zuständigkeit des Bewertungsausschusses (Humangenetik)	B 6 KA 42/15 R	Waren die Partner des Bundesmantelvertrages im Jahr 2005 berechtigt, Regelungen im EBM-Ä 2005 zur Vergütung im Bereich der Kosten für Laborleistungen abzuändern (hier: Streichung der unter Ziffer 32.3.13 EBM-Ä 2005 aufgeführten zyto- und molekulargenetischen Leistungen)?	***LSG Hessen***, Urt. v. 18.12.2015 - L 4 KA 2/12 -	16-01-12
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***, Urt. 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***, Urt. v. 23.07.2014 - L 3 KA 33/12 -	15-01-28
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***, Urt. v. 28.05.2014 - L 11 KA 36/11 -	15-02-45
Notdienst: Facharzt für Psychotherapeutische Medizin	B 6 KA 41/14 R **Termin:** 19.08.2015	Ist ein seit Jahrzehnten in seinem Fachgebiet tätiger Facharzt für Psychotherapeutische Medizin zur persönlichen Teilnahme am Notfalldienst geeignet? Welche Folgerungen ergeben sich aus einer (ggf) fehlenden Eignung? Hat eine Vertreterbestellung durch den Arzt selbst oder durch die KÄV zu erfolgen?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, 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?	***LSG Rheinland-Pfalz***, 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?	***SG Stuttgart***, 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?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 17.06.2014 - L 4 KA 35/11 -	14-04-21
Psycholog. Psychotherapeuten: Abrechnung des Zuschlags an Samstagen (Nr. 01102 EBM)	B 6 KA 47/14 R **Termin:** 17.02.2016	Ist der Ausschluss der psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von der Abrechnung der Gebührenordnungsposition 01102 EBM-Ä 2008 (Aufwandserstattung für die Inanspruchnahme des Vertragsarztes an	***LSG Hessen***, Urt. v. 26.11.2014 - L 4 KA 3/13 -	15-01-25

		Samstagen zwischen 7:00 und 14:00 Uhr) verfassungswidrig?		
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?	***SG Düsseldorf***, Urt. v. 10.09.2014 - S 14 KA 79/13 -	15-01-23
Laborärzte: Kostenpauschale nach Nr. 40100 EBM	B 6 KA 39/14 R B 6 KA 10/15 R B 6 KA 39/15 R **Termin:** 16.12.2015	Ist die Beschränkung der Abrechenbarkeit der Kostenpauschale nach Nr 40100 EBM (juris: EBM-Ä 2008) durch die Partner des Bundesmantelvertrags ab dem 1.4.2009, wonach diese in den Fällen nicht mehr angesetzt werden kann, in denen auch Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä 2008 (Allgemeinlabor) abgerechnet werden, rechtmäßig?	***SG Düsseldorf***, Urt. v. 12.02.2014 - S 14 KA 434/10 - ***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 18.12.2014 - L 7 KA 22/13 - ***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 01.09.2015 - L 3 KA 93/13 -	15-01-26 15-02-39 15-04-22
Versandkostenpauschale nach Nr. 40100 EBM in überörtlicher BAG	B 6 KA 26/15 R **Termin:** 16.12.2015	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?	***SG Kiel***, Urt. v. 28.01.2015 - S 16 KA 530/14 -	15-04-23
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 Prüfgremien 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
Zielfeldregresse	B 6 KA 43/15 R B 6 KA 44/15 R B 6 KA 45/15 R	Existierte im Jahr 2005 die erforderliche gesetzliche Ermächtigungsgrundlage für die Festsetzung von Arzneimittelregressen in Form sogenannter Zielfeldregresse?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 25.11.2015 - L 5 KA 52/14 - - L 5 KA 1/15 - - L 5 KA 45/14 -	
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 Arzneikostenregresses keinerlei Überlegungen im Hinblick auf eine Berücksichtigung des Arzneimittelherstellerrabatts angestellt hat?	***LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 15.01.2014 - L 9 KA 5/12 -***	14-02-58
Verpflichtung zur Einbringung monoklonaler Antikörper in	B 6 KA 3/15 R **Termin:** 17.02.2016	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	***LSG Bayern***, Urt. v. 04.12.2013	14-02-59 NZB

Kochsalzlösung		eine Kochsalzlösung) zur Anwendung am Patienten gebrauchsfertig zu machen?	- L 12 KA 98/12 -	
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 **Termin:** 16.12.2015	Steht einer Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag auch nach der Neufassung von § 20 Abs 1 S 1 Ärzte-ZV mit Wirkung vom 1.1.2012 durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22.12.2011 (BGBl I 2011, 2983) entgegen, dass der Arzt außerdem einer Beschäftigung nachgeht, die gemeinsam mit der vertragsärztlichen Tätigkeit zu wöchentlichen Arbeitszeiten von mehr als 52 Stunden führt?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 26.11.2014 - L 3 KA 127/11 -	15-01-47
	B 6 KA 19/15 R **Termin:** 16.12.2015	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?	***LSG Bayern***, 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?	***LSG Bayern***, 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?	***SG Berlin***, Urt. v. 25.03.2015 - S 83 KA 559/13 -	15-04-46
Zulassungsverzicht eines für zwei Fachgebiete zugelassenen Vertragsarztes	B 6 KA 32/15 R	Kann ein Vertragsarzt mit einer Zulassung für zwei unterschiedliche Fachgebiete eine Ausschreibung seines Vertragsarztsitzes verlangen, wenn er auf die Zulassung in nur einem der beiden Fachgebiete verzichtet hat, um diese in ein Medizinisches Versorgungszentrum einzubringen?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 16.06.2015 - L 4 KA 36/13 -	15-04-42
Zulassungsverzicht bei Doppelzulassung auf nur ein Fachgebiet	B 6 KA 1/16 R	Zum Umfang des Zulassungsverzichts bei einer Zulassung für mehrere Fachgebiete.	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 16.06.2015 - L 4 KA 37/13 -	16-01-58 NZB
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?	***LSG Bayern***, Urt. v. 14.01.2015 - L 12 KA 31/14 -	15-03-55
MVZ: Nachbesetzung einer ¼-Arztstelle durch Aufstockung/	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	***LSG Bayern***, Urt. v. 20.05.2015	15-04-49

Antragsfrist		Einschränkung nachbesetzt werden?	- L 12 KA 175/14 -	
Anstellungsnachfolge eines Chirurgen mit Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie	B 6 KA 40/15 R	Kann die Nachbesetzung der Arztstelle eines Facharztes für Chirurgie (nach altem Weiterbildungsrecht) mit einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (nach neuem Weiterbildungsrecht) in einem MVZ nur dann erfolgen, wenn der ausscheidende Arzt über die Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie verfügt?	***SG Berlin***, Urt. v. 06.05.2015 - S 79 KA 258/13 -	15-04-50
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?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 23.10.2013 - L 7 KA 16/13 - - L 7 KA 40/12 - - L 7 KA 28/13 -	14-03-39 14-03-40 14-03-41 Alle NZB
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.	***LSG Saarland***, Urt. v. 24.04.2015 - L 3 KA 9/13 ZVW -	15-03-54
Anfechtung einer nephrologischen Ermächtigung	B 6 KA 3/16 R	Sind zugelassene Ärzte befugt, die Erteilung einer formell auf § 11 Abs 3 Anl 9.1 BMV-Ä gestützten Ermächtigung eines Krankenhausarztes als Leiter einer nephrologischen Schwerpunktabteilung mit der Begründung anzufechten, dass die Ermächtigung tatsächlich nicht dieser Regelung entspricht? Wie ist der Begriff der Mitbehandlung in § 11 Abs 3 Anl 9.1 BMV-Ä zu verstehen (hier bezogen auf die Behandlung chronisch niereninsuffizienter Patienten mit ambulanter Bauchfelldialyse - CAPD)?	***LSG Saarland***, Urt. v. 24.04.2015 - L 3 KA 10/11-	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)?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 26.02.2014 - L 11 KA 70/13 -	14-03-50
Zweigpraxis: minimale Verbesserung	B 6 KA 37/14 R **Termin:** 16.12.2015	Reichen für die Ermächtigung zur vertragsärztlichen Tätigkeit in einer Zweigpraxis (hier: Facharzt für Nuklearmedizin) minimale für die Versicherten kaum spürbare Veränderungen hinsichtlich des Ausmaßes der Verbesserung der Versorgung aus?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 21.08.2014 - L 7 KA 27/13 -	15-01-53
Anfechtung einer Dialyseermächtigung	B 6 KA 40/14 R **Termin:** 16.12.2015	Ist ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener oder auch ermächtigter Arzt bzw ein entsprechend berechtigtes MVZ befugt, die Erteilung einer auf Anl 9.1 § 11 Abs 3 BMV-Ä beruhenden Ermächtigung anzufechten?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 14.05.2014 - L 11 KA 99/12 -	14-04-46
Ermächtigung: Sozialpädiatrisches Zentrum: Überweiserkreis	B 6 KA 6/15 R **Termin:** 17.02.2016	Darf die Ermächtigung eines Sozialpädiatrischen Zentrums gem § 119 SGB 5 mit einem sog Facharztfilter (Überweisungsfilter) versehen werden?	***LSG Bayern***, 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	***LSG Hamburg***, Urt. v. 20.05.2015 - L 5 KA 1/14 -	15-03-64
Integrierte Versorgung und Anschubfinanzierung: Keine Pflicht	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 -	***LSG Hamburg***, Urt. v. 20.05.2015	15-03-65

zur Rechnungslegung		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 auszuzahlen, 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?	- L 5 KA 60/13 -	
Integrierten Versorgung: Bestimmung der Leistungserbringer	B 6 KA 41/15 R	Muss sich aus dem Vertrag über die Durchführung einer integrierten Versorgung zwischen einer Krankenkasse und einer Managementgesellschaft selbst ergeben, welche konkreten Leistungserbringer gegenüber der Managementgesellschaft zur Umsetzung der integrierten Versorgung vertraglich verpflichtet sind? Ist § 288 Abs 2 BGB auf die Nachzahlung von Gesamtvergütungsanteilen anwendbar?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 03.12.2014 - L 5 KA 16/12 -	15-01-59 NZB
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 bundesmantelvertraglicher Bestimmungen angebotene Abtretungserklärung ablehnen?	***SG Potsdam***, Urt. v. 18.02.2015 - S 1 KA 46/14 -	15-03-66
Einbehalt von Teilen der Gesamtvergütung (EKV-Z)	B 6 KA 14/15 R	Berechtigt § 17 Abs 1 S 5 EKV-Z zum endgültigen Einbehalt geltend gemachter Forderungen bei Versäumung der dort genannten Fristen?	***LSG Hessen***, 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
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?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 29.01.2014 - L 7 KA 119/11 KL -	14-02-90
GBA: Verordnungsausschluss für Otologika	B 6 KA 25/15 R	Ist das Arzneimittel „Otovowen®“ als Otologikum vom Verordnungsausschluss in Nr 38 der Anlage 3 der AM-RL in den seit 1.4.2009 geltenden Fassungen umfasst? Verstößt die Nr 38 der Anlage 3 der Arzneimittel-Richtlinie - AM-RL in den beiden seit dem 1.4.2009 geltenden Fassungen gegen höherrangiges Recht?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 27.05.2015 - L 7 KA 33/12 KL WA -	15-03-71

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?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 25.11.2014 - L 4 KR 244/10 -	15-01-60

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 04.02.2016. 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				
Kopforthese (Helmtherapie)	B 3 KR 1/16 R	Gehört die Versorgung und Therapie mit einer Kopforthese zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 24.02.2015 - L 11 KR 3297/14 -	15-02-111 NZB
	B 3 KR 30/15 R	Gehört die Versorgung und Therapie mit einer Kopforthese zur Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 11.06.2015 - L 1 KR 141/14 -	
Festzuschuss/Zuwendungen Angehöriger zu Heimunterbringungskosten	B 1 KR 22/14 R **Termin:** 08.09.2015	Gehören Zuwendungen Angehöriger zu ungedeckten Heimunterbringungskosten zu den Bruttoeinnahmen des Versicherten zum Lebensunterhalt iS von § 55 Abs 2 SGB 5?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 20.03.2014 - L 5 KR 246/13 -	14-02-133
Mammaaugmentationsplastik (Präpubertäre Brust)	B 1 KR 35/15 R	Zum Anspruch auf Brustaufbauplastik gesetzlich krankenversicherter Frauen, die aufgrund einer Erkrankung keine Brustanlage haben (präpubertäre Brust).	***SG Halle (Saale)***, Urt. v. 09.09.2015 - S 35 KR 71/13 -	15-04-85
Kostenerstattung				
Kostenerstattung: Genehmigungsfiktion/Einhaltung der Fristen seitens der Krankenkasse	B 1 KR 25/15 R	Ist die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 so zu verstehen, dass nach Ablauf der Fristen der geltend gemachte Anspruch (hier: Langzeittherapie einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie) solange von der Krankenkasse zu erfüllen ist, bis sie einen Aufhebungsbescheid erlässt?	***LSG Saarland***, 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?	***SG Dresden***, 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 **Termin:** 15.12.2015	Widerspricht § 12 Abs 6 AM-RL (juris: AMRL) in der seit 21.6.2012 geltenden Fassung den Regeln besonderer Therapierichtungen?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 12.11.2014 - L 5 KR 245/14 -	15-04-81 NZB
Hilfsmittel/Heilmittel				
Festbetragsfestsetzung für Hörgeräte	B 3 KR 28/15 R	Zur Klagebefugnis eines Versicherten gegen die Festbetragsfestsetzung bei Hilfsmitteln (hier: Hörhilfen) durch den GKV-Spitzenverband und zum gerichtlichen Prüfungsmaßstab im Rahmen von § 36 SGB 5.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 24.07.2015 - L 9 KR 54/12 KL -	16-01-135
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?	***LSG Hessen***, Urt. v. 24.01.2014 - L 8 KR 6/13 -	14-03-102 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?	***LSG Berlin-Brandenburg***, 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	Sind Vertragsärzte auch dann noch nächsterreichbar, wenn andere Vertragsarztsitze in	***LSG Bayern***,	14-04-118

	Termin: 08.09.2015	kürzerer Distanz zur Wohnung des Versicherten liegen; bejahendenfalls bis zu welcher Entfernungsdifferenz? Ist ein langjähriges Arzt-Patienten-Verhältnis ein zwingender Grund iS des § 76 Abs 2 SGB 5?	Urt. v. 06.03.2014 - L 4 KR 58/12 -	NZB

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Persönliches Budget	B 1 KR 19/15 R	Kann ein für einen zukünftigen Zeitraum beantragtes Persönliches Budget nach Ablauf dieses Zeitraums rückwirkend erstmals bewilligt werden?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 17.04.2014- L 5 KR 297/13 -	15-03-126 NZB

Krankenhauskosten

Ambulantes Operieren: Grundpauschale/Konsultationspauschale	B 1 KR 39/15 R	Sind präoperative Laborleistungen und die fachspezifische Grundpauschale für die ambulante Abrasio uteri im Krankenhaus zu vergüten?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, U. v. 28.07.2015 - L 4 KR 352/14 ZVW -	16-01-149 NZB
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?	***LSG Hessen***, Urt. v. 16.05.2014 - L 1 KR 341/11 -	15-01-119 NZB
Versorgungsvertrag Chirurgie/Unfallchirurgie: Implantation von Knie-TEP	B 1 KR 36/15 R B 1 KR 37/15 R	Ist die Versorgung mit einer Knietotalendoprothese Krankenhäusern mit dem Versorgungsauftrag "Orthopädie" vorbehalten?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 24.03.2015 - L 4 KR 314/11 - - L 4 KR 384/11 -	16-01-145 16-01-146 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?	***SG Halle,*** Urt. v. 22.04.2015 - S 35 KR 220/12 -	15-03-129
Nachkorrektur einer Abrechnung: Keine 6-Wochen-Frist/ 5 %-Wertgrenze	B 1 KR 33/15 R	Ist die Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs 1c SGB 5 auf vertragliche Regelungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus nach § 112 SGB 5 übertragbar und muss der Korrekturbetrag über dem Wert der Aufwandspauschale liegen, sowie die Wertgrenze von mindestens 5 Prozent des ursprünglichen Rechnungsbetrages erreicht werden?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 27.08.2015 - L 1 KR 182/13 -	15-04-115
Nachkodierung einer versehentlich unterbliebenen Kodierung	B 1 KR 40/15 R	Ist der Anspruch eines Krankenhauses auf weitere Vergütung verwirkt, wenn eine wegen eines Kodierfehlers erfolgte Nachberechnung der Krankenkasse nicht mehr in deren laufendem Haushaltsjahr zugeht?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 05.11.2015 - L 5 KR 133/15 -	16-01-157
QualitätssicherungsRL zum Bauchaortenaneurysma: 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).	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 18.06.2015 - L 5 KR 258/14 -	15-04-116
AOP-Vertrag: Vergütung für eine sog. Aufklärungsuntersuchung	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?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 29.07.2014 - L 4 KR 409/11 -	14-04-127
Fallzusammenführung bedingt Abrechnung mit nur einer Fallpauschale	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: KFPVbg 2009) um die Tage zu kürzen, in denen keine medizinische Behandlungsbedürftigkeit bestand?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 10.12.2014 - L 1 KR 330/13 -	15-01-124
Voraussetzungen der	B 1 KR 41/14 R	Rechtfertigt die bloße Bereitstellung von Blutkonserven auch nach Vornahme einer sog	***LSG Hessen***,	15-01-127

Nebendiagnose D62 (akute Blutungsanämie)	**Termin:** 17.11.2015	"Blutkreuzung" die Kodierung einer Nebendiagnose bezüglich der Diagnose D62 ICD-10 (akute Blutungsanämie)?	Urt. v. 30.10.2014 - L 8 KR 370/11 -	
Externe Hämodialysen kodierbar?	B 1 KR 34/15 R	Kann ein Krankenhaus anstelle der Vergütung nach der Fallpauschale F49B der Anl 1 Teil a des Fallpauschalenkataloges von 2011 (juris: FPVBG 2011) wegen der Behandlung einer Herzerkrankung eine höhere Vergütung nach der Fallpauschale F49A unter Kodierung einer von einem fremden Leistungserbringer durchgeführten, eigenständig abgerechneten Hämodialyse beanspruchen?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 03.09.2015 - L 5 KR 36/15 -	16-01-166
Prüfantrag durch Krankenkasse	B 3 KR 7/13 R **Termin:** 27.11.2014	Kann entgegen dem Wortlaut des § 275 Abs 1c S 2 SGB 5, wonach die Einleitung der Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse "durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen" ist, auch die Krankenkasse selbst die Anzeige fristwahrend vornehmen?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 31.01.2013 - L 1 KR 150/11 -	13-02-137
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 -	15-02-160 NZB
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 1 KR 39/14 R) B 3 KR 9/15 R (alt: B 1 KR 40/14 R) **Termin:** 08.07.2015	Hat die Krankenkasse auch dann einen Anspruch auf Gewährung eines Apothekerrabatts nach § 130 SGB 5, wenn sie nach Begleichung der Erstabrechnung innerhalb von 10 Tagen aufgrund einer Schiedsstellenentscheidung später Abrechnungskorrekturen zugunsten des Apothekers vornimmt?	***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
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	***SG Darmstadt***, Urt. v. 29.08.2014 - S 13 KR 344/14 -	14-04-135

		Versorgung mit parenteralen Zubereitungen in der Onkologie abgeschlossen haben?		
Hilfsmittelverzeichnis: Umfang der Substantiierungsanforderungen	B 3 KR 20/15 R	Ist die Streichung von wassergefüllten Dekubitusmatratzen aus dem Hilfsmittelverzeichnis rechtmäßig?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 30.04.2014 - L 1 KR 11/12 -	15-03-150 NZB
Hilfsmittelabgabe auf „verkürztem Versorgungswege“: Entgeltrückforderung	B 3 KR 2/16 R	Hat der Erbringer von Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie, die er nicht an Versicherte, sondern an den verordnenden Vertragsarzt abgegeben hat, hierfür einen Vergütungsanspruch?	***LSG Bayern***, Urt. v. 24.03.2015 - L 5 KR 383/11 -	16-01-182 NZB
Physiotherapeut: Betrieb einer Praxisnebenstelle und Zulassung	B 3 KR 23/15 R	Bedarf ein zugelassener Physiotherapeut für den Betrieb einer Praxisnebenstelle einer weiteren Zulassung?	***LSG Sachsen***, Urt. v. 05.11.2014 - L 1 KR 158/11 -	15-04-132 NZB
Ausschluss der Masseure von Manueller Therapie	B 3 KR 24/15 R	Ist die in den Heilmittelrichtlinien und in Landesverträgen enthaltene Regelung, nach der zur Versorgung der Versicherten nur zugelassene Physiotherapeuten Leistungen der Manuellen Therapie zu Lasten der Krankenkassen abrechnen dürfen, wenn sie eine Weiterbildung in dieser Behandlungstechnik absolviert und eine Abschlussprüfung bestanden haben, rechtmäßig?	***LSG Baden-Württemberg***, 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?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 01.03.2012 - L 1 KR 18/10 -	12-02-180 NZB
Unterbliebene Durchführung des Schiedsverfahrens	B 3 KR 31/15 R	Kann ein Pflegedienst eine höhere Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (hier: ärztlich verordnete Einmalkatheterisierungen) im Wege der Leistungsklage durchsetzen, wenn ein Schiedsverfahren trotz Vorliegens einer Schiedsvereinbarung unterblieben ist?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 18.11.2015 - L 5 KR 2883/13 -	16-01-185
Auswahl der Schiedsperson (Häusliche Krankenpflege)	B 3 KR 6/13 R **Termin:** 27.11.2014	Zur Frage, wann sich ein auf die Bestimmung einer Schiedsperson nach § 132a Abs 2 S 7 SGB 5 gerichteter Verwaltungsakt erledigt hat. Zu den Anforderungen an die Ermessensausübung im Rahmen der Bestimmung einer Schiedsperson nach § 132a Abs 2 S 7 SGB 5.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 16.11.2012 - L 1 KR 341/11 -	13-03-172
Schiedsspruch zur Vergütung der Leistungen häuslicher Krankenpflege	B 3 KR 25/15 R	Zur gerichtlichen Prüfung eines Schiedsspruchs zur Festsetzung der Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege bei Überschreitung der Veränderungsrate nach § 71 Abs 3 SGB 5.	***LSG Hessen***, Urt. v. 29.01.2015 - L 8 KR 264/13 -	15-02-174 NZB
Schiedsverfahren: Verfahrens-garantien/Beweislastverteilung/Di-skriminierung	B 3 KR 26/15 R	Zur gerichtlichen Prüfung eines Schiedsspruchs zur Festsetzung der Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege.	***LSG Hessen***, Urt. v. 29.01.2015 - L 8 KR 254/13 -	15-02-175 NZB
Häusliche Krankenpflege: Frist zur Vorlegung der Verordnung	B 3 KR 17/15 R	Richtet sich der Zahlungsanspruch eines ambulanten Pflegedienstes zur Erbringung häuslicher Krankenpflege allein nach der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinie), so dass ein Anspruch ausgeschlossen ist, wenn die dort enthaltenen Voraussetzungen nicht vorliegen?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 12.06.2014 - L 5 KR 98/12 -	15-02-179 NZB
Unmittelbarer Vergütungsanspruch aus HKPRL auch bei fehlenden Vertragsbeziehungen	B 3 KR 18/15 R	Setzt der Vergütungsanspruch eines Pflegeunternehmens zwingend einen Vertrag zwischen diesem und der beklagten Krankenkasse nach § 132a Abs 2 SGB 5 voraus und muss die medizinische Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege erwiesen sein?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 11.02.2015 - L 9 KR 283/12	15-02-180
Krankentransportunternehmer: Klagebefugnis bei Kassenäußerung	B 3 KR 19/15 R	Ist eine Klage von Krankentransportunternehmen auf Unterlassung von Äußerungen einer Krankenkasse zu den Voraussetzungen eines Leistungsanspruchs der Versicherten	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 26.02.2014	14-03-136 NZB

zur Vorabgenehmigungspflicht		(hier: § 60 Abs 2 S 1 Nr 3 SGB 5) zulässig?	- L 9 KR 313/11 -	
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?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 27.05.2014 - L 11 KR 1169/13 -	14-03-145 NZB
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?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, 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?	***LSG Baden-Württemberg***, 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?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 05.06.2014 - L 16 KR 80/13 -	14-03-148
Kooperation über Auslandskrankenversicherungs-schutz	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?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 23.10.2014 - L 1/4 KR 570/12 KL - ***LSG Hessen***, 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?	***LSG Schleswig-Holstein, 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 Werkstätte für behinderte Menschen nach § 1 S 1 Nr 2 Buchst a SGB 6 versicherungspflichtig beschäftigt sind, erfüllt?	***LSG Bayern***, Urt. v. 04.12.2012 - L 4 KR 235/10 -	13-02-146
Erstattungsstreit mit BG: Ausschlussfrist/Entscheidung über Erstattung von Zuzahlungen	B 1 KR 14/15 R **Termin:** 15.12.2015	Hängt der Beginn des Laufs der Ausschlussfrist nach § 111 S 2 SGB 10 davon ab, dass eine erstattungspflichtige Berufsgenossenschaft über die Erstattung von Zuzahlungen an den Versicherten entschieden hat oder entscheiden müsste, nachdem dieser von der erstattungsberechtigten Krankenkasse sich im Erstattungsstreit befindende zuzahlungspflichtige Leistungen erhalten hatte?	***SG Mannheim***, Urt. v. 07.10.2014 - S 3 KR 1132/14 -	15-02-185
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?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, 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	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 21.07.2015 - L 11 KR 1601/14 -	15-04-139

		Leistungszuständigkeit ausschließenden bestandskräftigen Verwaltungsakt erlassen hat?		
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?	***LSG Baden-Württemberg***, 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?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 27.09.2012 - L 1 KR 383/11 -	13-04-92 NZB
Mindestmenge für die Behandlung sehr geringgewichtiger Früh- und Neugeborener	B 1 KR 15/15 R **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?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 16.01.2015 - L 1 KR 258/12 KL -	15-02-188
Sonstiges				
Pflicht zum Leistungsantrag: Entfallen der aufschiebende Wirkung von Rechtsbehelfen	B 1 KR 31/13 R B 1 KR 32/13 R **Termin:** 16.12.2014	Entfällt die aufschiebende Wirkung von Widerspruch, Klage, Berufung, Nichtzulassungsbeschwerde bei Aufforderungen zum Rehabilitationsantrag im Rahmen des § 51 SGB 5 ex tunc oder ex nunc ab Rechtskraft der letztinstanzlichen Entscheidung?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. 31.01.2013 - L 5 KR 4702/11 -; v. 27.05.2013 - L 5 KR 547/13 -	14-01-111 14-01-112
Leistungen des Bildungs- und Teilhabepaktes im Jahr 2012	B 1 AS 1/14 KL **Termin:** 10.03.2015	Hat der Bund einen aufrechenbaren Anspruch auf Erstattung der Mittel, die er Ländern für Leistungen des Bildungs- und Teilhabepaktes im Jahr 2012 gezahlt hat, soweit sie die Mittel nicht hierfür verwendet haben?	--	--
Landwirtschaftliche Krankenkasse: Erbringung von Betriebshilfe an KG	B 3 KR 15/15 R **Termin:** 18-02.2016	Ist die landwirtschaftliche Krankenkasse gegenüber einem Landwirt zur Betriebshilfe für einen Viehaltungsbetrieb verpflichtet, wenn dieser neben einem auf Bodenbewirtschaftung beruhenden Einzelunternehmen aus steuerlichen Gründen als Kommanditgesellschaft geführt wird?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 17.12.2014 - L 4 KR 296/11 -	15-02-190
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?	***LSG Bayern*** 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?	***LSG Niedersachsen-Bremen*** Urt. v. 25.06.2014 - L 1/4 KR 449/12 -	juris
Zahlungsanspruch gegen die Bundesrepublik wegen Fehlbuchungen	B 1 AS 1/16 KL	Hat das Land Bremen einen Zahlungsanspruch gegen die Bundesrepublik Deutschland aus der Bundesbeteiligung gemäß § 46 Abs 5 SGB 2, weil in der Zeit ab 1.1.2005 Fehlbuchungen bei der Arbeitsgemeinschaft und dem Jobcenter erfolgten?	--	--
Abgabepflicht für Mitarbeiter eines Ärzteblatts einer Ärztekammer	B 3 KS 3/15 R	Ist eine Ärztekammer als Herausgeberin eines Ärzteblattes abgabepflichtig nach dem KSVG, wenn die Redaktionsmitglieder ausschließlich ehrenamtlich gegen Aufwandsentschädigung tätig und die Beiträge idR kostenlos verfasst werden?	***LSG Mecklenburg-Vorpommern***, Urt. v. 16.06.2015 - L 4 R 183/10 -	16-01-251