

Rechtsprechungsinformationsdienst 16-02

REDAKTION	9
EDITORISCHE HINWEISE	9
ERRATUM	9
A. VERTRAGSARZTRECHT	10
I. Honorarverteilung	10
1. Vergütung ab 2009	10
a) Fallzahl nach Auflösung einer Gemeinschaftspraxis: HVV-Regelung erforderlich	10
b) Keine „Jungpraxis“ aufgrund der Anschaffung eines MRT	10
c) Einheitliche Arztgruppe zwischen Neurochirurgen und Chirurgen zulässig (I-IV/09)	11
d) Psychotherapeuten	11
aa) Quotierung nicht antragspfl. Leistungen/Beobachtungspflicht antragspfl. Leistungen (II/10)	11
bb) Vergütung 2011 nicht zu beanstanden	11
cc) Psychotherapeutische BAG: Verrechnung von zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen	12
2. Zustellungsfiktion bei Honorarbescheiden/Kardiologiepauschale II und Ermächtigung	12
3. Unterschiedliche Grundpauschale für ermächtigte Ärzte zulässig	12
4. Kürzung des Notfallhonorars im Krankenhaus um Investitionskostenabschlag von 10 %	13
5. Unverhältnismäßigkeit eines Abrechnungsausschlusses bei verspäteter Abrechnung	13
6. Pfändungs- und Überweisungsbeschlüsse ohne Beachtung des unpfändbaren Einkommens	14
7. Kein Anspruch auf Erteilung allgemeiner Auskünfte über Honorarverteilung	14
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	14
1. Antrag einer Krankenkasse/Chronikerpauschale Nr. 03212 EBM (Quartal I/12)	15
2. Beschäftigung eines Arztes ohne Genehmigung	15
3. Gebot der persönlichen Leistungserbringung für ermächtigte Krankenhausärzte	15
4. Leistungserbringung nur am Vertragsarztsitz	16
5. Fehlende Unterschrift des ärztlichen Leiters eines MVZ in der Abrechnungs-Sammelerklärung	16
6. Job-Sharing: Mitteilung des Anpassungsfaktors/Praxisindividueller u. Durchschnittspunktwert	17
7. Honorarkürzung wegen Nichterfüllung der Fortbildungspflicht verfassungsgemäß	17
8. Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Feste Dauer von zeitlich definierten Gesprächsleistungen	17
9. Hautärztliche Laserbehandlung des Naevus flammeus	18
10. Voraussetzungen einer totalen Meniskusresektion	18
11. Leistungsinhalte der Nr. 33076 sind vollständiger Bestandteil der Nr. 33072 EBM	18
12. Laborleistungen einer Hochschulambulanz an Klinik-MVZ	19
13. Teilweise Rückforderung eines Auffüllbetrags (Ziff. 7.5 HVV KV Hessen)	19
14. Zahnärztliche Versorgung: Keine Verwendung von Festzuschüssen für implantologische Vorleistungen	20
III. Genehmigung/Zweigpraxis/Disziplinarrecht	20
1. Widerruf der Genehmigung einer Vorbereitungsass. nach Anstellung eines zweiten Zahnarztes	20
2. Zweigpraxis: Keine Versorgungsverbesserung eines reproduktionsmed. MVZ durch Beratungsangebot	21
3. Disziplinarrecht: Pflicht zur Überwachung der vom Praxispartner/Ehemann erstellten Abrechnung	21
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	22
1. Arzneikostenregress	22
a) Verordnung eines Arzneimittels während stationären Aufenthalts: Vorverfahren notwendig	22
b) Marinol bei einer Tumorkachexie mit erheblichem Gewichtsverlust	22
c) Wirkstoffkombination aus Acetylsalicylsäure und Dipyridamol (Aggrenox)	23
d) Sonstiger Schaden: Verschulden setzt Kenntnis von stationärem Krankenhausaufenthalt voraus	23
e) Keine Zuständigkeit der Prüfungsgremien für Verordnung von Impfstoffen	23
f) Versichertenbezogene Verordnung entgegen Sprechstundenbedarfsvereinbarung (Impfstoffe)	23
2. Richtgrößenprüfung	24
a) Pflicht zur Verhandlung über individuelle Richtgrößenvereinbarung	24
b) Unzulässige Anfechtung der Zustimmung zu einer Regressumwandlung in Beratung	24
3. Parodontose-Behandlung: Dokumentation zur Prüfung der Vorbehandlung	24
V. Zulassungsrecht	25
1. Zulassung	26

a) Zulassung nach partieller Öffnung eines Planungsbereichs	26
aa) Erziehungszeiten und Dauer der ärztlichen Tätigkeit/Räumliche Verteilung der Arztgruppe	26
bb) Auswahlentscheidung: Räumliche Verteilung/Abbau von Ermächtigungen/Offenes MRT	27
b) Sonderbedarfszulassung	27
aa) Gastroenterologin: Konkreter Ermittlungsumfang	27
bb) Anonymisierte Fragebögen unzulässig	27
c) Keine Beschwer einer Poliklinik bei Genehmigung der Zulassung einer angestellten Ärztin	28
2. Nachbesetzungsverfahren	28
a) Kein Wahlrecht auf Entschädigung/Erforderlichkeit der Nachbesetzung	28
b) Ausschreibung eines halben Psychotherapeutenplatzes/Beeinträchtigung der Versorgung	29
3. Keine rückwirkende Rücknahme einer Anstellungsgenehmigung in MVZ	29
4. Zulassungsentziehung	29
a) Nichtmehrausüben der vertragsärztlichen Tätigkeit: Geringe Fallzahl	29
b) Frist zur Zahlung der Widerspruchsgebühr ist Ausschlussfrist	30
c) Keine Aussetzung eines Zulassungsentziehungsverfahrens wegen strafrechtlicher Ermittlungen	30
5. Ermächtigungen	30
a) Keine Ermächtigung der Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Niedersachsen	30
b) Institutermächtigung für Geburtshilfe: Qualifikationsgebundene Leistung/Persönliche Ermächtigung	30
c) Anfechtung einer nephrologischen Ermächtigung	31
VI. Gesamtvergütung/Bewertungsausschuss/Pädiatrische Spezialambulanz	31
1. Gesamtvergütung	31
a) Kein Zurückbehaltungsrecht gegen Abschlagszahlungen	31
b) Anpassung des Vergütungsniveaus ausschließlich nach jahresbezogenen Veränderungen	32
c) Festsetzung des regionalen Punktwerts/der Veränderungsrate für das Jahr 2013 in Bayern	32
2. Keine Anfechtung von Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses durch KV	32
3. Pädiatrische Spezialambulanz: Zusätzliche Pauschale nicht für Vergangenheit	33
VII. Verfahrensrecht/EHV der KV Hessen	33
1. Keine Fortsetzungsfeststellungklage bei Änderung der Verhältnisse/Erledigung vor Klageerhebung	33
2. Vollstreckungsgegenklage gegen Kostenfestsetzungsbeschluss	33
3. Einbehalt des EHV-Beitrags im Honorarbescheid ist Realakt (ab Quartal III/12)	34
VIII. Streitwert/Verfahrenskosten	34
1. Job-Sharing-Zulassung: Gegenstandswert/Geschäftsgebühr	34
2. Kein Rechtsschutzinteresse eines unterlegenen Klägers an höherem Streitwert	34
IX. Bundessozialgericht (BSG)	35
1. Individueller Anpassungsfaktor (KV Saarland, ab II/05)	35
2. Sachlich-rechnerische Richtigstellung	35
a) Patientenbezogene Plausibilitätsprüfung: Honorarkürzung/Schätzung/Kein Verschulden	35
b) Abrechnung der Chroniker-Pauschale: „Dauerbehandlung“ (Quartal I/10)	35
c) Pauschalierende Umlegung des Defizitanteils wegen Nachvergütung für Psychotherapeuten	36
d) Psychotherapeuten: Nr. 35140 (Biographische Anamnese) und Nr. 35141 EBM 2005 (Exploration)	36
e) Zahnärzte: Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten als Obliegenheiten	36
3. Notdienst: Bei Ungeeignetheit ist Fortbildung erforderlich (Psychotherapeutische Medizin)	37
4. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneimittelregress	37
a) Maßgebliches Recht in zeitlicher Hinsicht	37
b) Berechnung einer Honorarkürzung nach fiktivem Mischpunktwert	37
c) Richtgrößenprüfung	38
aa) Regress nach Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Versorgung	38
bb) Hausärztliche Behandlung durch Kardiologen keine Praxisbesonderheit	38
d) Arzneimittelregress: Wahl der preisgünstigsten Bezugsquelle	38
5. Zulassungsrecht	38
a) Keine Zulassung bei Vollzeitbeschäftigung (Chefarzt eines Universitätsklinikums)	38
b) Konkurrentenklage bei Vielzahl zu besetzender Stellen	39
c) Konkurrentenklage bei Vielzahl zu besetzender Stellen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	39
d) Job-Sharing/Punktzahlobergrenze: Darlegung substantieller Anhaltspunkte/Beweisantrag	39
e) Zulassungsentziehung: Kein Wohlverhalten bei fehlender Einsicht in Unrechtsgehalt	40
f) Keine Sonderbedarfszulassung als Psychotherapeut wegen türkischer Sprachkenntnisse	40
6. Gesamtvergütung	40
a) Aufrechnung der Gesamtvergütung mit Richtgrößenregress	40
b) Fremdkassenzahlungsausgleich: Verständigung über Wohnsitzausländer erforderlich	40
7. GBA: Streichung aus der Liste der ordnungsfähigen Medizinprodukte	41
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	42

I. (Zahn-)Ärztliche Behandlung	42
1. Approbation Voraussetzung für ärztliche/psychotherapeutische Behandlung	42
2. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	42
a) Chemo-Immuntherapie mit Hyperthermie, onkolog. Viren, dendrit. Zellen u. Thymuspräparaten	42
b) Laser-Epilation bei Hirsutismus	42
c) Kopforthese (Helmtherapie)	42
d) Mamma-Magnetresonanztomographie	43
e) Optische Kohärenztomografie (OCT) bei einem diabetischen Makulaödem	43
f) Wangenauffüll-Behandlung mit „New-Fill/Sculptra“	43
g) Holotherapie	44
h) Kein Eilverfahren mit dem Ziel einer Normergänzung durch den GBA	44
3. Zahnärztliche Behandlung: Erneuerung einer Suprakonstruktion	44
II. Stationäre Behandlung	45
1. Adipositaschirurgische Maßnahmen	45
a) Ausschöpfen konservativer Behandlungsmaßnahmen: Mutlimodales Therapiekonzept	45
b) Ausschöpfen der konservative Therapie	45
c) Voraussetzungen nach der Leitlinie „Chirurgie der Adipositas“/Kein Halten des Gewichtsverlusts	45
2. Liposuktion: Nur Maßstab der evidenzbasierten Medizin	46
3. Operative Ganzkörperstraffung der Haut nach Gewichtsreduzierung um 95 kg	46
III. Kostenerstattung	46
1. Genehmigungsfiktion	46
a) Voraussetzungen eines fiktionsfähigen Antrags	46
b) Frist: Tatsächlicher Zugang der Entscheidung beim Betroffenen	47
c) Überschreitung der Fünf-Wochen-Frist: Unzureichende Mitteilung/Sachleistungsanspruch	47
d) Verstreichen der Fünf-Wochen-Frist und Einwendungsausschluss	47
e) Mitteilung über Weiterleitung an MDK unterbricht nicht die Fristen/Sachleistungsanspruch	47
f) Mitteilung über Verzögerungsgründe/Einwendungsausschluss/Sachleistungsanspruch	48
g) Umfang der Genehmigungsfiktion	48
h) Sachleistungsanspruch/Keine Beschränkung auf erforderliche Leistungen	48
i) Keine Beschränkung auf Kostenerstattungsanspruch	49
j) Dreiwochenfrist (Magenbypass-Operation)	49
2. Einhaltung des Beschaffungswegs	49
a) Einhaltung des Beschaffungswegs gilt auch für psychotherapeutische Behandlung	49
b) Antrag auf Kostenerstattung nach Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung	49
c) Keine Unaufschiebbarkeit zur Behandlung einer Alkoholkrankheit in Privatklinik	50
d) Einhaltung des Beschaffungswegs bei Hörgeräteversorgung	50
e) Rückabwicklung des Kaufvertrags durch Hörgeräteakustiker im Kulanzwege unbeachtlich	50
f) Keine Einhaltung des vorgeschriebenen Beschaffungsweges: Kopforthesenbehandlung	50
IV. Arzneimittel	51
1. Off-Label-Use: Famprya® (4-Aminopyridin) bei episodischer Ataxie Typ II (Folgenabwägung)	51
2. CellCept bei okulärem Pemphigoid (Autoimmunerkrankung)	51
3. Sativex®/Cannabis Einstweiliger Rechtsschutz/Folgenabwägung/Verfassungskonforme Auslegung	52
V. Hilfsmittel	52
1. Zuständigkeit nach weitergeleitetem Antrag/Versorgung bei vorstationärer Unterbringung	52
2. Sportrollstuhl kann Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Vereinsport) sein	52
3. Hörgeräteversorgung	53
a) Kein Verweis auf Festbetrag bei Entziehung aus der Versorgungsverantwortung	53
b) Wesentliche Gebrauchsvorteile durch selbst beschaffte Hörgeräte	53
c) Erforderliches Hörgerät zur Fortsetzung der Erwerbstätigkeit	53
4. Navigationssystem für Blinde mit GPS	54
5. Versorgung mit Kathetern nebst Beuteln: Trink- und persönliches Sicherheitsbedürfnis	54
VI. Rehabilitation/Häusl. Krankenpflege/Fahrkosten/Zuzahlung/Kinderhospizaufenthalt	54
1. Funktionstraining: Verweis auf Eigenverantwortung nur für begrenzten Zeitraum	54
2. Häusliche Krankenpflege	55
a) 24 Stunden-Pflege bei Abwesenheit der Pflegeperson (Mutter)	55
b) Insulininjektionen in Werkstatt für behinderte Menschen	55
3. Fahrkosten: Ambulante Behandlungen wegen Folgen einer Nierentransplantation	55
4. Reduzierte Belastungsgrenze für Zuzahlungen	56
5. Zuschuss zu einem Kinderhospizaufenthalt bei einem schwerstbehinderten Kind	56
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	57
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	57

a) Versorgungsdefizit im ambulanten Bereich: Keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit	57
b) Versorgungsauftrag eines Krankenhauses: Operatives Einsetzen eines Cochleaimplantates	57
c) Empfangsvertretung durch von Krankenkasse eingesetzten Dienstleister für die EDV	58
d) Papierrechnung und elektron. Übermittlung an Dienstleister der Krankenkasse	58
e) Fälligkeit nach Pflegesatzvereinbarung: Keine Untersuchung der Einwände der Krankenkasse	58
f) Keine Aufrechnung ohne Aufrechnungserklärung	58
g) Verjährungsfrist für Abrechnungsstreitigkeiten von drei Jahren	59
2. Fallpauschalen	59
a) Kodierung als Nebendiagnose setzt eigenständiges Problem des Symptoms voraus	59
b) Keine Kodierung der Schädigung des Neugeborenen durch Nikotinabusus der Mutter	60
c) Intensivmedizin auf „Intermediate-Care-Station“	60
d) Beatmung mittels Nasen-CPAP	60
e) Pfannenbodenplastik	60
f) Spongiosaplastik ist nicht immer eine Pfannenbodenplastik	60
g) Rekonstruktion der Hirnhäute: Duraplastik an der Konvexität	61
h) Gerichtsverfahren: Festlegung der Kodierung ohne Sachverständigengutachten	61
3. Aufwandspauschale	61
a) Kein Prüfverfahren außerhalb des § 275 I c SGB V	61
b) Prüfungen der ordnungsgemäßen Abrechnung einschl. der richtigen Kodierung	61
c) Fehler in der Abrechnung unerheblich	62
d) Keine Minderung des Abrechnungsbetrages/Nebendiagnose J96.0	62
4. Konkurrentenklage: Vorläufige Untersagung des Abschlusses eines Versorgungsvertrages	62
5. Keine Abtrennung von Klage und Eventualwiderklage	62
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	62
1. Apotheken	63
a) Voraussetzungen der Ausgabe von Arzneimitteln auf T-Rezepten	63
b) Erstattung der Umsatzsteuer durch in Niederlanden ansässige Apotheke	63
2. Arzneimittelhersteller	64
a) Festbetragsgruppenbildung für Bisphosphonate	64
b) Kein einstweiliger Rechtsschutz gegen Beschluss über Nutzenbewertung	64
3. Festbetragsfestsetzung für Hörgeräte: Keine Rechtsverletzung der Hersteller von Hilfsmitteln	64
4. Physiotherapeut: Neue Genehmigung nach Verlegung der Praxisräume erforderlich	65
5. Vertragsärztliche Verordnung von Krankenfahrten zu ambulanten Operationen	65
6. Hebammen: Schiedsstellenentscheidung zu Ausgleichsmechanismus für Versicherungsprämien	65
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen/Sonstiges/Kosten	66
1. Feststellung der Arbeitsunfähigkeit in Rehaklinik	66
2. Erstattungsstreitigkeiten: Irrtümliche Annahme eines Wegeunfalls (Familienheimfahrt)	66
3. Risikostrukturausgleich: Festlegungen nach § 31 IV 1 RSAV nicht durch Bescheid abänderbar	67
4. Kostenfolgen bei unverwertbarem Gutachten	67
X. Bundessozialgericht (BSG)	67
1. (Zahn-)Ärztliche Behandlung	67
a) Kein Anspruch auf Behandlung durch „psychotherapeutische Heilpraktikerin“	67
b) Werkstatt für behinderte Menschen: Anspruch auf medizinische Leistungen	68
c) Festzuschuss bei Zahnersatz/Zuwendungen Angehöriger zu Heimunterbringungskosten	68
2. Versichertenteilnahme an einem Hausarztvertrag/Fortsetzungsfeststellungsklage	68
3. Hilfsmittel: Silikon-Fingerprothese ohne wesentliche Gebrauchsvorteile	68
4. Fahrkostenerstattung: Nächst erreichbarer Arzt/Gründe für Ausnahme	69
5. Beziehungen zu Krankenhäusern	69
a) Fallzusammenführung bedingt Abrechnung mit nur einer Fallpauschale/Verweildauer	69
b) Bereitstellen von Blutkonserven ohne Transfusion keine Behandlung einer Anämie	69
c) DRGs: Beschränkung des Sachverständigengutachtens auf medizinische Diagnose	69
6. Apotheken: BVerfG	70
a) Kein Herstellerrabatt auf durch ausländ. Versandhandelsapotheke eingeführte Importarzneimittel	70
b) Versandapotheke im EU-Ausland/Erstattung des sog. Herstellerrabatts durch Unternehmer	70
c) Keine Erstattung des Herstellerrabatts ohne Verpflichtung zu dessen Abführung	70
7. Generikaabschlagspflicht: Wirkstoffpatent allein maßgeblich für Patentschutz (Plavix)	70
8. Heilmittelerbringer: Recht auf Durchführung eines Schiedsverfahrens	70
9. GBA: Mindestmenge für die Behandlung sehr geringgewichtiger Früh- und Neugeborener	71
10. Eigeneinrichtung der Krankenkasse: Einsichtnahme in Patientenakte	71
11. Ruhen des Anspruchs auf Leistungen bei Beitragsrückstand und Wechsel der Krankenkasse	71
12. Vorschlagsliste zu Sozialwahlen: Begrenzter Anteil der Bediensteten	71
13. Landwirtschaftliche Krankenversicherung: Betriebshilfe	72
14. Nichtzulassungsbeschwerde: Entscheidung des BSG während Begründungsfrist	72

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	73
I. Ärztliches Berufsrecht	73
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis	73
a) Widerruf der Approbation	73
aa) BVerwG: Unwürdigkeit/Strafrechtliche Verurteilungen wegen Wirtschaftsvergehen	73
bb) Verurteilung wegen Steuerhinterziehung	73
b) Ruhen der Approbation	73
aa) Ermittlungsverfahren und Anklage wegen des Verdachts des sexuellen Missbrauchs	73
bb) Besonderes Vollzugsinteresse für sofortige Vollziehung einer Ruhensanordnung	74
cc) Ruhensanordnung für (angemessene) Dauer der Prüfung der gesundheitlichen Eignung	74
dd) Gesundheitliche Eignung: Chronischer Alkoholmissbrauch	75
ee) Gesundheitliche Eignung (Kostengrundsentscheidung nach Erledigung)	75
c) Vorläufige Berufserlaubnis nach § 10b BÄO: Ausreichende deutsche Sprachkenntnisse	75
2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen	75
a) Weiterbildungszeugnis setzt Begründung eines Weiterbildungsverhältnisses voraus	75
b) Keine Gleichwertigkeit der Ärzteausbildung in Libyen	76
c) Keine Gleichwertigkeit der zahnmedizinischen Ausbildung in Chisinau/Moldawien	76
3. Psycholog. Psychotherapeutin: Bachelor- und Masterstudiengang Psychologie als Voraussetzung	76
4. Einschätzung eines Suizidrisikos: Ex-post-Betrachtung	76
5. BGH: Psycholog. Psychotherap./Gesprächsaufzeichnung bei Telefonat mit überwachtem Anschluss	77
6. Betreibergesellschaft für Dialysepraxis zulässig	77
7. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht	77
a) Werbung in Deutschland für Eizellenspende in Tschechien zulässig	77
b) Empfehlung eines Hörgeräteakustikers	78
c) Irreführende Werbung	78
aa) Atlastherapie nach Arlen: Glaubhaftmachungslast im Eilverfahren/Ausschluss durch GBA	78
bb) Ohr-Implantat-Akupunktur und Restless Legs Syndrom/Körperfettreduktion	78
cc) Magnetfeldtherapie: Hinweis auf wissenschaftlich nicht bestätigte Wirkung	78
dd) Orthokin-Therapie: Fehlende therapeutische Wirksamkeit und Wirkung	79
d) Unterschreiten der Gebühren für professionelle Zahnreinigung unzulässig	79
8. Arbeits- und Sozialrecht	79
a) Befristung eines Arbeitsvertrags zur Weiterbildung eines Arztes/Sachgrundlose Befristung	79
b) Versicherungspflicht	79
aa) Selbständige Tätigkeit eines Honorararztes unzulässig	79
bb) Versicherungspflicht zur Arbeitslosenvers. im Bereitschafts- und Tagesdienst	80
cc) Starke Eingliederung des Arztes in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses	80
dd) Beachtung der Vorgaben des Krankenhauses und fester Stundenlohn	81
c) Keine selbständige Tätigkeit einer Verwaltungshelferin für die Abrechnung	81
9. BGH: Überprüfung eines Schiedsspruchs/Gemeinschaftspraxis Vertragsarzt mit Nichtvertragsarzt	81
10. Videoüberwachung des Eingangs- und Wartebereichs einer Zahnarztpraxis	81
11. Keine Unterlassungsverfügung eines Laborarztes gegen bayerische Landtagsfraktion	82
12. Arztbewertungsportal	82
a) BGH: Prüfpflichten des Betreibers eines Arztbewertungsportals	82
b) Unmittelbare/mittelbare Störerhaftung eines Portalbetreibers	82
13. Fremdenverkehrsbeitrag: Bemessung des Vorteilssatzes für selbständigen Zahnarzt	83
14. GBA: Pflicht zur Offenlegung der Mitglieder eines Unterausschusses	83
15. Keine Prozessvertretung des Beschwerdeausschusses durch anwaltlichen Vorsitzenden	83
16. Versorgungswerk	84
a) BVerwG: Psychotherapeutenversorgung nicht durch Anschluss an anderes Versorgungswerk	84
b) Dauerhaftigkeit der Berufsunfähigkeit und Wiederherstellung der Berufsfähigkeit	84
c) Berufsunfähigkeit eines Zahnarztes: Einbeziehung sog. Verweisungstätigkeiten	84
II. Arzthaftung	85
1. Bundesgerichtshof (BGH)	85
a) Befunderhebungsfehler bei unterlassener Untersuchung/Kein Diagnoseirrtum	85
b) Beweislast des Arztes für Gesundheitsbeschädigung bei Operation ohne Einwilligung	85
c) Schönheitsop. trotz Verdachts auf eine psychische Störung (Körperbildstörung/Dysmorphophobie)	85
d) Informations- und Substantiierungspflichten: Nur maßvolle Anforderungen	85
e) Beratung der Kindesmutter bei Wiederholungsrisiko einer Schulterdystokie/Schnittentbindung	86
2. Belegärzte: Erfüllungs- und Verrichtungsgehilfen eines Krankenhauses/Aufklärung/Schmerzensg.	86
3. Behandlungsfehler	86
a) Lymphknotenexstirpation: Aufklärung/Fehlerhaftigkeit/Neurologische Diagnostik/Schmerzensgeld	86
b) Verletzung der Schädelbasis im Bereich des Siebbeins/Schmerzensgeld	87
c) Geburtseinleitung mit Cytotec/Amnioninfektionssyndrom	87
d) Falsch negativer Befund einer Stanzbiopsie	87
e) Indikation zur Implantation eines künstlichen Hüftgelenks	88
f) Operative Versorgung einer adipösen Patientin mit Knieproblemen durch Orthopäden	88

g) Rekonstruktion der Mitralklappe ist erste Wahl der Operationsmethode	88
h) Zwerchfelllähmung durch chiroprakt. Manipulation: Ursachenzusammenhang u. Beweislastumkehr	89
i) Übersehen eines Glaukoms (Grüner Star)/Schmerzensgeld	89
j) Verkennen einer Akne inversa kein Behandlungsfehler, sondern Diagnoseirrtum	89
k) Verkleinerung und Verschmälerung der Nasenspitze	89
4. Aufklärung/Einwilligung	89
a) Aufklärung bei veränderter Sachlage unter der Geburt	89
b) Fehlende Dokumentation der Aufklärung	90
c) Mögliche Erweiterung der Operation ist aufklärungspflichtig/Schmerzensgeld	90
d) Pflichten des Arztes bei Aufklärung mithilfe eines übersetzenden Familienangehörigen	90
e) Zustimmung zu operationserweiternden Maßnahmen (Lymphadenektomie)	91
f) Implantation einer Hüftprothese: Risiko einer Nervenverletzung bei Polyneuropathie	91
g) Implantation einer Kniegelenksendoprothese: Peroneusläsion	91
h) Vordere Kniebandplastik: Risiko einer Querruptur der Quadrizepssehne/Alternative Behandlung	92
i) Indikation einer arthroskopischen Untersuchung/ Risiken „Thrombose“ und „Embolie“	92
j) Implantation eines Stents nach vorausgegangener Herzkatheteruntersuchung	92
k) Leistenbruch: Keine wesentl. Unterschiede der offenen gegenüber endoskop. Operation	93
l) Dislokation der Dialylenadel und tödlicher Blutverlust	93
m) Risiko des Haarverlusts bei Chemotherapie/Schmerzensgeld	93
n) Aufklärungspflicht über Risiken bei Brustimplantaten	94
o) Aufklärung vor Implantatversorgung unter Verwendung formularmäßiger Aufklärungsbögen	94
5. Kein Behandlungsvertrag mit Vertragsarzt bei Versorgung im ärztl. Notdienst durch angestellten Arzt	94
6. Hinweis auf die Berufshaftpflichtversicherung kein Zugeständnis eines Behandlungsfehlers	95
7. Sicherungspflicht des Krankenhauses beim Toilettengang/Schmerzensgeld für Augenverletzung	95
8. Keine Schutzwirkungen eines Behandlungsvertrags für Ehepartner	95
9. Haushaltsführungsschaden eines Alleinstehenden mit eigenem Haushalt	95
10. Sachverständige	96
a) Sachverständigenauswahl im Arzthaftungsprozess: Allgemeinmediziner	96
b) Einholung eines Sachverständigengutachtens erst nach Einzahlung eines Auslagenvorschusses	96
11. Verjährungsbeginn mit Kenntniserlangung	96
12. Verfahrensrecht: Weitergabe der Patientenunterlagen an Haftpflichtversicherer oder Rechtsanwalt	97
13. Zahnärztliche Behandlung	97
a) Entfernen von Provisorien durch Fachangestellte/Bruch eines benachbarten Zahnes	97
b) Unbedenklichkeit der Verwendung von Amalgam bei Zahnfüllungen	97
c) Unzureichende Wurzelkanalbehandlung/Schmerzensgeld	97
d) Implantationen: Nicht im Kieferknochen liegende Gewindegänge	98
e) Implantatversorgung: Führungsschablone nicht erforderlich	98
f) Schadensersatzpflicht des Zahnarztes für Verzögerung sachgemäßer Behandlung	98
g) Rechtzeitige Aufklärung über Extraktion/Einwilligung/Privatärztliche Alternative	98
h) Vernehmung einer nachbehandelnden Zahnärztin nur im Ausnahmefall	99
III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel	99
1. BGH: Wirksamkeit einer Vertragsstrafenklausel in Vertrag über die Lieferung von Arzneimitteln	99
2. Apotheken	99
a) BGH: Wertgutschein/Unzulässiges Bonusmodell/Keine Verfahrensaussetzung	99
b) Versagung der Einrichtung einer Rezeptsammelstelle	100
c) Gebot der persönlichen Leitung der Apotheke lässt Bestellung eines Prokuristen zu	100
d) Videoüberwachung in einer Apotheke	100
e) Preiswerbung für Arzneimittel mit einem einheitlichen Apothekenabgabepreis	100
f) Zwangsgeld bei Verstoß gegen Unterlassungsgebot (Gewährung von Apotheken-Taler)	101
g) Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht	101
aa) Tätigkeit als „Governmental Affairs Specialist im Market Access“	101
bb) Tätigkeit als Study Manager Clinical Operations	101
3. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht: „Fettreduktion“ mit Ultraschall Kavitationsgerät	102
4. Sicherheitserwartungen an Hüftprothese	102
5. Beihilfe	102
a) Zivilrechtsweg für Klage eines Kostenträgers der Beihilfe auf Zahlung der Rabatte	102
b) Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel zulässig	103
c) Keine Beihilfe für Stärkungsmittel und Geriatrika (Güter des täglichen Bedarfs)	103
d) Alternativmedizin Regeneresen-Therapie: Keine wissenschaftliche Anerkennung	103
e) Hyaluronsäurehaltige Medizinprodukte	103
f) Hilfsmittel	104
aa) Therapie-Dreirad	104
bb) Orthopädische Einlagen: Sensomotorische Einlagen	104
cc) Rauchmelder für stark Schwerhörige	105
g) Beihilfefähigkeit von Versandkosten bei einer Internet-Bestellung von Blutteststreifen	105
h) Physiotherapeutische Behandlung: Doppelbehandlung	105

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe	105
1. Privatbehandlung	105
a) Eigenständigkeit einer Leistung	105
b) Herausgabe von Abschriften der Patientenakte: Vollmacht/Kostenübernahme	106
c) Höhe des Zuschlags für nichtärztliche Wahlleistungen (Verband der privaten Krankenversicherung)	106
d) Zahnärztliche Behandlung	106
aa) Honoraranspruch eines Zahnarztes entfällt nur bei völliger Unbrauchbarkeit des Zahnersatzes	106
bb) Nr. 2197 und 2130 GOZ	106
2. Private Krankenversicherung	107
a) BGH: Brustimplantate vor Abschluss des Versicherungsvertrags/Krankheitsfolgen	107
b) Gefahrumstandsausschlussklausel wirksam	107
c) Anspruch auf LASIK-Operation	107
d) Abrechnung der DRG P06C und Atemunterstützung bei Neugeborenen	107
e) Adhäsive Klebetechniken/Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion	108
f) Ziff. 2197 neben Ziff. 6100 GOZ	108
g) Krankentagegeldversicherung: Nachweis der Arbeitsunfähigkeit	108
3. Beihilfe	108
a) Chromosomenuntersuchung	108
b) Vorbeugende Brustdrüsenentfernung aufgrund einer BRCA 2 Genmutation	109
c) Keine Familien- und Haushaltshilfe durch Ehepartner	109
d) Stationäre Behandlung	109
aa) Behandlung in Privatkrankenhaus: Vergleichsberechnung	109
bb) Stationäre Rehabilitationsmaßnahme: Formelle Voraussetzung einer Krankenhauszulassung	109
cc) Mehrwertsteuer einer Privatklinik/Einsetzen eines interspinösen Spreizers	110
dd) Keine Chefarztbehandlung in Sanatorium	110
e) Kein Schadensersatz wegen längerer Bearbeitung eines Beihilfeantrags	110
f) Krankenversorgung für Bundesbahnbeamte	110
g) Zahnärztliche Behandlung	111
aa) Keine höhere Gebühr unter Hinweis auf hochwertige Versorgung	111
bb) Erhöhter Gebührensatz	111
cc) Professionelle Zahnreinigung umfasst Entfernung subgingivaler Zahnbeläge	111
dd) Kieferorthopädische Behandlung über Regelbehandlungszeitraum von vier Jahren hinaus	112
ee) Adhäsive Befestigung von Klebebrackets/Linguale Platzierung und Zeitaufwand	112
ff) Anrechnung des Festzuschusses der gesetzlichen Krankenversicherung	112
V. Verschiedenes	112
1. EGMR: Verteilen von Flugblättern vor Abtreibungsklinik	112
2. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)	113
a) Eingriffsgrundlage für die Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug (Nordrhein-Westfalen)	113
b) Ermittlungsbefugnisse des BKA zur Terrorismusbekämpfung	113
3. Bundesgerichtshof (BGH)	114
a) Zweigliedrige BGB-Gesellschaft: Vereinfachte Auseinandersetzung bei Vermögenslosigkeit	114
b) Strafbarkeit des Inverkehrbringens von nikotinhaltigen Verbrauchsstoffen für elektronische Zigaretten	114
c) Anordnung der Unterbringung für länger als ein Jahr	115
4. Krankenhäuser	115
a) BVerfG: Zuschlag für besondere Leistungen eines Brustzentrums	115
b) Schiedsspruch: Tagessatz für Palliativstation/Zuschlag für das Kinderonkolog. Zentrum/NUB	115
c) Anfechtung der Aufnahme in Krankenhausplan durch Mitbewerber: Leistungsfähigkeit	116
d) Wiederholende Verfügung/Zweitbescheid (Zertifizierung Gefäßchirurgie)	116
e) Keine Klagebefugnis bei Erhöhung der Planbettenzahl ohne Auswahlentscheidung	116
f) Anspruch auf Feststellung der Fehlerhaftigkeit einer Diagnose gegenüber Krankenhausträger	117
g) Medizinische Schreibkraft mit Bürodiensten unterliegt der Sozialversicherungspflicht	117
5. Krankenkassen	117
a) Haftung des Vorstands für unwirtschaftliche Anmietung von Räumen	117
b) Schadensersatz: Ohne Einwilligung erfolgte Weitergabe eines sozialmed. Bewertungsgutachtens	118
6. Rettungsdienst	118
a) BVerfG: Keine Beschwer der Krankenkassen durch Entgeltentscheid für Leitstelle	118
b) Entgeltkalkulation	119
aa) Einbeziehung der Abschreibungen für Rettungswachen und Leitstellen	119
bb) Einbeziehung der Kosten der Bergwacht	119
cc) Bindungswirkung eines rechtskräftigen Urteils	119
c) Normenkontrollklage gegen Gebühren- bzw. Entgeltsatzung für Rettungsdienstleistungen	119
d) „Marktwert“ von Einsätzen mit RTW	120
e) Genehmigungserteilung an Taxiunternehmen für Krankenfahrten	120
7. Notfall- und Rettungsassistenten	121
a) Kein Entzug der Berufsbezeichnung Rettungssanitäter/Kein geschütztes Berufsbild	121
b) Berufsbezeichnung „Rettungsassistent“: Sofort vollziehbarer Widerruf der Erlaubnis	121
8. Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Krankenschwester“	121

9. Heilpraktiker	122
a) Keine Beschränkung der Heilpraktikererlaubnis auf Osteopathie	122
b) Bezeichnung als „Heilpraktiker für Psychotherapie“	122
10. Fahrdienst eines Rehabilitationszentrums bedarf Genehmigung nach PBefG	122
11. Impfscheidung getrennt lebender Kindeseltern	123
12. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche	123
a) Keine Einnahme eines thalidomidhaltigen Präparats im Sommer 1953	123
b) Unwahrscheinliche Einnahme von Contergan in Brasilien im November 1960	123
c) Keine charakteristischen thalidomidbedingten Fehlbildungen: Arteriosklerose und Kieferfehlbildung	124
13. Sozialrecht/Opferentschädigungsrecht/Impfschadensrecht/Blindengeld	124
a) SGB II: Kein Anspruch auf Darlehen wegen künstlicher Befruchtung	124
b) Opferentschädigungsrecht: Fehlende Glaubhaftmachung/Schilderung aufgrund Stimmen im Kopf	124
c) Impfschadensrecht	124
aa) Kein Kausalzusammenhang zwischen Impfung gegen Influenza und Chronic Fatigue Syndrom	124
bb) Zum Ursachenzusammenhang zwischen einer Impfung mit Hexavac und einem Dravet Syndrom	125
d) Blindengeld	125
aa) BSG: Blindheit entsprechende gleich schwere cerebrale Störung des Sehvermögens	125
bb) Rückforderung von Leistungen nach Verbesserung der Sehfähigkeit	125
cc) Kein Anrechnung des Blindengelds auf Beitragserhebung zur freiwilligen Krankenversicherung	125
14. Zwangsbehandlung	125
a) U-Haft: Unzureichende Ermächtigungsgrundlage (Zwangsmedikation mit Neuroleptika)	125
b) Zwangsmedikation in Untersuchungshaft in NRW ohne Rechtsgrundlage	126
c) Keine Prüfung der Verfassungswidrigkeit im Verfahren auf Anordnung der Unterbringung	126
15. Veterinärmedizinrecht kein Nachweis für „Fachanwältin für Medizinrecht“	126
16. Steuerrecht	126
a) BFH/Umsatzsteuerrecht: Keine Unternehmereigenschaft einer LÄK bei Qualitätssicherung	126
b) Einkommensteuerrecht	126
aa) BFH: Zur Mitunternehmerstellung im Rahmen einer ärztlichen Freiberuflerpraxis	126
bb) Liposuktionen keine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode	127
c) Steuerfreiheit vom Arbeitgeber bezuschusster Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge	127
ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT	128
ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	134

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@dgtkassenarztrecht.de; Tel: 030/4005-1750; PC-Fax:030/4005-27-1750; Fax:030/4005-1795) bezogen werden. Der Jahresbeitrag für natürliche Personen beträgt 60 €. Der RID erscheint viermal im Jahr.

Ältere Ausgaben sind z.T. über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar:

www.dg-kassenarztrecht.de.

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank www.sozialgerichtsbarkeit.de wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 08.05.2016 eingestellten Entscheidungen.

Erratum

BSG, Beschluss v. 12.08.2015 - B 6 KA 37/15 B - RID 16-01-86: die vollständige Fundstelle lautet BeckRS 2015, 712.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 23.03.2016 - **B 6 KA 33/15 R** - können **pathologische Leistungen quotiert vergütet** werden; wie bereits in den Urteilen vom 19.08.2015 zu den Laborleistungen entschieden, kann angesichts der begrenzten Gesamtvergütung für keinen Leistungsbereich ein Verbot von Steuerungsmaßnahmen gelten. 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 **Samstagsprechstunde** (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 Verteilungsregelungen 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) Fallzahl nach Auflösung einer Gemeinschaftspraxis: HVV-Regelung erforderlich

LSG Hessen, Urteil v. 27.01.2016 - L 4 KA 23/14

RID 16-02-1

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 87a, 87b; Beschl. des Erw. Bewertungsausschusses in 7. Sitzung am 27. u. 28.08.2008 Teil F

Die Auffassung der Vorinstanz ist zutreffend, wonach der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008 Teil F die Regelung bzgl. der **Fallzahlbestimmung** für das Regelleistungsvolumen **nach Umwandlung der Kooperationsform** an die HVV-Vertragsparteien delegiert. Fehlt eine Regelung in einem HVV, so kann sie nicht durch einen Vorstandsbeschluss ersetzt werden. Es war zwingend von den Gesamtvertragspartnern eine Übergangsregelung zu beschließen.

SG Marburg, Urt. v. 16.11.2011 - S 12 KA 919/10 - RID 12-01-4 verurteilte zur Neubescheidung. Das LSG wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Bekl. verurteilt wird, den Kl. über seinen Antrag, ihm für die Quartale I u. II/09 höheres Honorar unter Zugrundelegung eines höheren Regelleistungsvolumens unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden.

b) Keine „Jungpraxis“ aufgrund der Anschaffung eines MRT

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 16.10.2015 - L 24 KA 65/14

RID 16-02-2

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 75/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Die **Vereinbarung zur Gesamtvergütung** und zu arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina im Jahr **2010** im Bereich der **KV Brandenburg** ist nicht zu beanstanden.

Ist bereits der Eintritt eines Arztes in eine Berufsausübungsgemeinschaft keine Neuaufnahme vertragsärztlicher Tätigkeit, trifft dies erst recht nicht auf die **Aufnahme eines neuen Leistungsbereiches** zu (hier: MRT-Leistungen).

SG Potsdam, Urt. v. 04.06.2014 - S 1 KA 139/11 - wies die Klage der Gemeinschaftspraxis (Arztgruppe „Radiologen mit CT und MRT“), die zum Quartal III/09 einen MRT angeschafft hatte, gegen die Honorarbescheide für die Quartale I bis III/10 ab, das LSG die Berufung zurück.

c) Einheitliche Arztgruppe zwischen Neurochirurgen und Chirurgen zulässig (I-IV/09)

LSG Hessen, Urteil v. 27.01.2016 - L 4 KA 68/13

RID 16-02-3

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 12/16 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b; GG Art. 3 I, 12 I

Es bestehen keine rechtlichen Bedenken gegen die Zuordnung der **Fachärzte für Neurochirurgie** in die **Gruppe der Chirurgen** in dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008, Teil F. Mit dieser Zuordnung ist im Ergebnis auch eine Besserstellung der Fachärzte für Neurochirurgie im Vergleich zur Zuordnung zu der für das RLV-relevanten Arztgruppe der Fachärzte für Neurologie oder derjenigen der Fachärzte für Orthopädie erreicht worden, da deren Fallwerte jeweils geringer waren als die der Chirurgen. Ebf. nicht zu beanstanden ist, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss auf die Bildung einer einzelnen Arztgruppe für die Fachärzte für Neurochirurgie verzichtet hat.

Die Beteiligten streiten um die Änderung des Regelleistungsvolumens sowie um die Höhe des Honorars für die vier Quartale I bis IV/09. *SG Marburg*, Urte. v. 23.10.2013 - S 12 KA 803/11 - RID 13-04-4 verurteilte zur Neubescheidung, das *LSG* wies die Klage ab.

d) Psychotherapeuten

aa) Quotierung nicht antragspfl. Leistungen/Beobachtungspflicht antragspfl. Leistungen (II/10)

SG Berlin, Urteil v. 10.02.2016 - S 83 KA 113/13

RID 16-02-4

SGB V § 87b

Eine **Quotierung** der **nicht antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen** verstößt im Quartal II/10 gegen die Vorgaben aus Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22.09.2009.

Hinsichtlich der Vergütung für die **antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen** haben die Bewertungsgremien ihre **Beobachtungspflicht** zur Gewährleistung einer angemessenen Vergütung bei der Bewertung dieser Leistungen im Kapitel 35.2 EBM gemäß § 87 IIc 6 a.F. verletzt. Es fehlt eine Vergleichsberechnung gemäß Vollaustattungshypothese auf der Grundlage der Daten aus den Jahren 2009 und 2010, also auch bezüglich des hier streitgegenständlichen Quartals II/10. Diese Überprüfung müssen die Bewertungsgremien nachholen und ihre Berechnungen veröffentlichen. Bei Unterschreitung des Mindesteinkommens gemäß Vollaustattungshypothese sind dann entsprechende Korrekturen an den Bewertungen in Kapitel 35.2 EBM vorzunehmen.

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch des kl. psychologischen Psychotherapeuten auf höheres Honorar für das Quartal II/10 bzw. über die Rechtmäßigkeit einer Quotierung der Vergütung seiner vertragspsychotherapeutischen Leistungen gemäß Kapitel 35.1 EBM, also der nicht antragspflichtigen Leistungen, und die Angemessenheit der Vergütung seiner vertragspsychotherapeutischen Leistungen gemäß Kapitel 35.2 EBM, also der antragspflichtigen Leistungen. Das *SG* verurteilte die bekl. KV, die nicht antragspflichtigen Leistungen des Kl. im Quartal II/10 unquotiert zu vergüten und die Vergütung der antragspflichtigen Leistungen des Kl. für das Quartal II/10 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

bb) Vergütung 2011 nicht zu beanstanden

SG Kiel, Urteil v. 09.02.2016 - S 2 KA 341/12

RID 16-02-5

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 8/16 R

juris

SGB V § 87b

Die Vorgaben zur Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in den Quartalen I bis IV/11 sind nicht zu beanstanden.

Die kl. Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin streitet um eine höhere Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in den Quartalen I bis IV/11. Das *SG* wies die Klage ab.

cc) Psychotherapeutische BAG: Verrechnung von zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen

LSG Hessen, Urteil v. 27.01.2016 - L 4 KA 14/14

RID 16-02-6

Revision anhängig: B 6 KA 6/16 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87b; GG Art. 3 I

Eine **Verrechnung** der durch die Kapazitätsgrenzen zugewiesenen Minuten zwischen Ärzten oder Therapeuten, die **gemeinschaftlich eine Praxis** betreiben, ist von den Honorarbestimmungen nicht vorgesehen. Dies verstößt gegen Art. 3 I GG, da eine Verrechnung den dem RLV unterfallenden Vertragsärzten möglich ist.

Ist eine Bestimmung verfassungswidrig, ist es dem Normgeber wegen des ihm zustehenden Gestaltungsermessens überlassen, in welcher Weise er den Sachverhalt in verfassungskonformer Weise neu regelt. Dem Bewertungsausschuss steht es insofern frei, etwa im Rahmen einer Neufassung der Vorschriften ein vom derzeitigen abweichendes Regelungskonzept zu schaffen. Er kann aber z.B. auch bei dem bisherigen Regelungskonzept bleiben und nur eine Sonderregelung für psychotherapeutische Behandler, die in Berufungsausübungsgemeinschaft tätig sind, vorsehen. Zum anderen ist von der KV im Rahmen der Neubescheidung zu prüfen, ob die **Leistungen**, die **Weiterbildungsassistenten** erbracht haben, überhaupt **als eigene zugerechnet und damit vergütet** werden können (vgl. BSG, Urt. v. 17.03.2010 - B 6 KA 13/09 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 51, juris Rn. 25 f.). Eine solche Überprüfung ist auch im jetzigen Zeitpunkt, unter Beachtung des Grundsatzes der *reformatio in peius*, noch möglich (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 35).

Die kl. psychotherapeutische BAG besteht aus A und B, zwei Diplom-Psychologen, von denen A zwei von der bekl. KV genehmigte Assistenten in Teilzeit (halbtags) beschäftigt. Sie wendet sich gegen die Abstufung ihres Honorars in den Quartalen I bis IV/09, die sie wegen der Nichtverrechnung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen zwischen den beiden Mitgliedern der BAG für rechtswidrig hält. In diesen Quartalen betrug die Kapazitätsgrenzen annähernd 30.000 Minuten/Quartal, die BAG rechnete für A insgesamt 59.333, 43.424, 46.384 bzw. 36.196 Minuten und für B. 21.759, 18.262, 19.604 bzw. 23.848 Minuten ab. **SG Marburg**, Urt. v. 18.12.2013 - S 11 KA 98/12 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., den Antrag der Kl., ihr für ihre in den Quartalen I bis IV/09 erbrachten psychotherapeutischen Leistungen eine weitere Vergütung zu gewähren, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden.

2. Zustellungsfiktion bei Honorarbescheiden/Kardiologiepauschale II und Ermächtigung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.03.2016 - L 5 KA 169/14

RID 16-02-7

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB X § 37 II 1

Leitsatz: 1. Bei massenhaft unter dem jeweils gleichen Datum erstellten und am jeweils gleichen Tag zur Post gegebenen **Honorarbescheiden** kann die Kassenärztliche Vereinigung die **Aufgabe zur Post** einheitlich für alle Abrechnungsverfahren mittels **Computerausdruck** über die Fristenkontrolle führen und damit die **Zustellungsfiktion** des § 37 Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) X in Gang setzen. Ein Absendevermerk für jeden einzelnen Honorarbescheid ist nicht erforderlich.

2. Für die Abrechnung der GOP 13550 des EBM (**Kardiologiepauschale II**) durch einen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung **ermächtigten Krankenhausarzt** bedarf es einer Abrechnungsgenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Der Krankenhausarzt kann sich nicht auf Vertrauensschutz aufgrund der Vergütung dieser GOP in zwei vorangegangenen Quartalen bei fehlender Abrechnungsgenehmigung berufen, weil er in der Ermächtigungsverfügung ausdrücklich auf die Notwendigkeit der Abrechnungsgenehmigung hingewiesen wurde.

SG Stuttgart, Urt. v. 26.11.2013 - S 20 KA 5953/11 - verurteilte die Bekl., dem Kl. weiteres Honorar für die Nr. 13550 EBM für das Quartal III/10 in Höhe von 905,96 € und für das Quartal IV/10 für 21 Fälle zu bewilligen, im Übrigen wies es die Klage ab. Das **LSG** wies die Klage in vollem Umfang ab.

3. Unterschiedliche Grundpauschale für ermächtigte Ärzte zulässig

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.02.2016 - L 11 KA 7/13

RID 16-02-8

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 87, 87b

Ein **ermächtigter Facharzt** für Kinder- und Jugendmedizin, Schwerpunkt Neuropädiatrie, konnte im Quartal I/08, sofern sein Ermächtigungsumfang nicht dem eines zugelassenen Vertragsarztes

entsprach, nur die **Grundpauschale** nach Nr. 01310 bis 01312 EBM und nicht die nach Nr. 04110 und 04111 EBM abrechnen.

Es bestehen zwischen **zugelassenem und ermächtigtem Arzt** so erhebliche **Unterscheide**, dass für die ermächtigten Ärzte von den für die zugelassenen Ärzte getroffenen Vorgaben zur Grundpauschale nahezu zwingend abzuweichen ist.

SG Dortmund, Urt. v. 27.11.2012 - S 16 KA 67/08 - verpflichtete die Bekl., über die Bewertung der vom Kl. erbrachten pädiatrischen Leistungen (Quartal I/08) nach den Nr. 01310 und 01311 EBM 2008 nach Neuregelung durch den Bewertungsausschuss über die Bewertung der Grundpauschale für Ermächtigte erneut zu entscheiden, das *LSG* wies die Klage ab.

4. Kürzung des Notfallhonorars im Krankenhaus um Investitionskostenabschlag von 10 %

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 24.02.2016 - L 5 KA 226/13

RID 16-02-9

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 87b, 120; EBM 2008 Nr. 01210, 01214, 01216, 01218

Leitsatz: Der **Abzug des Investitionskostenabschlags von 10 %** für von Krankenhäusern erbrachte Leistungen der ambulanten Notfallversorgung an gesetzliche Versicherte war auch nach Einführung des EBM 2008 entsprechend § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V in der bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung zulässig. Der in dieser Vorschrift institutionell festgelegte Investitionskostenabschlag geht dem untergesetzlichen vertragsärztlichen Vergütungsrecht vor.

Die Kl. ist Trägerin verschiedener Plankrankenhäuser. Sie begehrt eine höhere Vergütung für im Quartal I/08 erbrachte ambulante Notfallbehandlungen. *SG Stuttgart*, Urt. v. 22.11.2012 - S 20 KA 1991/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Unverhältnismäßigkeit eines Abrechnungsausschlusses bei verspäteter Abrechnung

SG München, Urteil v. 22.01.2016 - S 28 KA 212/13

RID 16-02-10

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 12 KA 24/16 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b; KV Bayern Abrechnungsbestimmungen

Die **Abrechnungsbestimmungen** der KV Bayern finden u.a. auch auf die Abrechnung von **Notfall-Leistungen**, die von Nichtvertragsärzten oder Krankenhäusern erbracht werden, Anwendung (so im Ergebnis auch *LSG Bayern*, Urt. v. 23.07.2013 - L 12 KA 1/13 -).

Die Anwendung einer **Ausschlussregelung** darf keinen Eingriff bewirken, der so schwer wiegt, dass er außer Verhältnis zu dem der Regelung innewohnenden Zweck steht (*BSG*, Urt. v. 29.08.2007 - B 6 KA 29/06 R - *SozR* 4-2500 § 85 Nr. 37, Rn. 13) In Anlehnung hieran geht *LSG Bayern* von einer **Unverhältnismäßigkeit** des Abrechnungsausschlusses bei einer Kürzung des Gesamthonorars von 50% aus (*LSG Bayern*, Urt. v. 04.12.2013 - L 12 KA 139/12 - *RID* 14-02-20; *LSG Bayern*, Urt. v. 25.03.2015 - L 12 KA 37/13 - *RID* 15-02-19).

Auch wenn ein **Träger mehrere Krankenhäuser** betreibt, die im Rahmen von Notfallbehandlungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, ist bei der Frage der **Verhältnismäßigkeit** auf das einzelne Krankenhaus abzustellen. Im Übrigen kommt es nur auf das Verhältnis des Kürzungsvolumens zum vertragsärztlichen Gesamthonorar der Klinik an und nicht darauf, dass die Krankenhäuser ihre überwiegenden Einkünfte aus stationären Entgelten beziehen. Ein vollständiger Ausschluss ist unverhältnismäßig. Auf ein evtl. Organisationsverschulden des Trägers (hier: verspätete Abrechnung aufgrund von Fehlzeiten einer Mitarbeiterin) kommt es nicht an.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die von der Kl. für das Quartal abgerechneten Behandlungsfälle (Krankenhaus Bad C-Stadt) nach Prüfung auf rechnerische und sachliche Richtigkeit nachzuvergüten.

6. Pfändungs- und Überweisungsbeschlüsse ohne Beachtung des unpfändbaren Einkommens

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 25.11.2015 - L 11 KA 18/14

RID 16-02-11

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

ZPO §§ 850 ff.

Wird der KV als Drittschuldner mit wirksamen **Pfändungs- und Überweisungsbeschlüssen** verboten, an den Vertragsarzt als Schuldner zu zahlen (vgl. hierzu § 829 I 1 ZPO), und wird gleichzeitig der Drittschuldner verpflichtet, die gepfändete Forderung an den (Vollstreckungs-)gläubiger zu zahlen, ohne dass **unpfändbares Einkommen** nach §§ 850 ff ZPO ausgenommen wird, so sind die Pfändungs- und Überweisungsbeschlüssen gültig. Eine **Fehlerhaftigkeit** führt lediglich dazu, dass sie auf entsprechenden Rechtsbehelf hin oder von Amts wegen in den dafür vorgesehenen Verfahren abzuändern oder aufzuheben sind. Solange dies nicht geschieht, ist die betreffende Vollstreckungsmaßnahme gültig (BGH, Ur. v. 06.04.1979 - V ZR 216/77 -). Nichtig und ohne Wirkung sind Vollstreckungshandlungen nur ganz ausnahmsweise, nämlich bei besonders schweren, offenkundigen Fehlern. Ein Verstoß gegen ein Pfändungsverbot zählt nicht dazu.

SG Dortmund, Ur. v. 30.01.2014 - S 16 KA 293/10 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. Kein Anspruch auf Erteilung allgemeiner Auskünfte über Honorarverteilung

LSG Hessen, Urteil v. 18.11.2015 - L 4 KA 25/12

RID 16-02-12

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 85 IV, 87a, 87b

Ein MVZ hat ebenso wie ein Vertragsarzt keinen Anspruch auf **Erteilung allgemeiner**, es selbst nicht unmittelbar betreffende **Auskünfte über die Honorarverteilung**, um eine potentielle bzw. die bereits anhängige Klage weiter begründen zu können. Der Auskunftsanspruch ist durch Bestehen und Umfang des Hauptanspruchs - hier des Honoraranspruchs - begrenzt (s. BSG, Ur. v. 28.08.2013 - B 6 KA 41/12 R -). Auch aus dem Grundrecht auf freie Berufsausübung sowie aus dem aus Art. 12 I i.V.m. Art. 3 I GG folgenden Gebot der Verteilungsgerechtigkeit folgt kein weitergehender Auskunftsanspruch.

SG Marburg, Ur. v. 18.04.2012 - S 12 KA 488/10 - RID 12-02-67 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Ur. v. 04.05.2016 - **B 6 KA 16/15 R** - findet das sog. **Splittingverbot** auch in der Konstellation Anwendung, in der ein **MKG-Chirurg in einer BAG mit Zahnärzten** tätig wird, die nicht auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind. Für das Eingreifen des Splittingverbots spielt es keine Rolle, dass die vertragsärztlichen Leistungen von dem MKG-Chirurgen in seiner Einzelpraxis und die vertragszahnärztlichen Leistungen von den Mitgliedern der BAG erbracht und abgerechnet werden. Da die BAG nach außen als Rechtseinheit auftritt, sind die vertragszahnärztlichen Leistungen grundsätzlich allen Mitgliedern zuzurechnen. Ansonsten könnte durch die Wahl der Organisationsform das Splittingverbot umgangen werden. Das Verbot, Leistungen in einem einheitlichen Behandlungsfall teilweise gegenüber der KV und teilweise gegenüber der KZV abzurechnen, verstößt nicht gegen das Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit aus Art. 12 I GG. Es dient der Sicherstellung einer effizienten Wirtschaftlichkeitskontrolle der besonderen Arztgruppe der MKG-Chirurgen, die als einzige Arztgruppe bei einem einheitlichen Versorgungsauftrag sowohl über eine ärztliche als auch eine zahnärztliche Zulassung verfügen. Die Berufsausübung dieser Gruppe wird durch das Splittingverbot nicht in unverhältnismäßiger Weise beeinträchtigt. Nach BSG, Ur. 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, Ur. 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. Antrag einer Krankenkasse/Chronikerpauschale Nr. 03212 EBM (Quartal I/12)

LSG Sachsen, Urteil v. 26.05.2015 - L 8 KA 2/14

RID 16-02-13

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a; EBM Nr. 03212

Der Zulässigkeit der Klage steht nicht entgegen, dass nach § 78 I 2 Nr. 3 SGG **kein Vorverfahren** durchzuführen ist, weil die Kl. ein Versicherungsträger ist. In den Fällen des § 78 I 2 Nr. 3 SGG ist der Rechtsbehelf des Widerspruchs schlechthin nicht gegeben; es besteht „Vorverfahrensfreiheit“ in dem Sinn, dass ein Vorverfahren weder durchgeführt werden muss noch stattfinden darf, sondern ausgeschlossen ist (BSG, Urt. v. 23.06.1994 - 4 RK 3/93 - SozR 3-1500 § 87 Nr. 1, juris Rn. 25). Ein gleichwohl ergangene Widerspruchsbescheid ist daher schon aus diesem Grunde aufzuheben (vgl. LSG Sachsen, Urt. v. 10.12.2014 - L 8 KA 15/13 - juris Rn. 24 m.w.N.).

Das **Antragsrecht einer Krankenkasse** auf sachlich-rechnerische Richtigstellung ist nicht ausgeschlossen, wenn eine solche Erstattung grundsätzlich nicht möglich ist. Eine derartige Einschränkung des Antragsrechts ist zum einen den einschlägigen gesetzlichen und untergesetzlichen Bestimmungen nicht zu entnehmen. Zum anderen fordert auch das in § 106a IV 1 SGB V geregelte Recht der Krankenkassen, gezielte Prüfungen zu beantragen, nicht deren subjektive Betroffenheit, wie sich schon aus der Benennung der Verbände der Krankenkassen als Antragsberechtigte ergibt; dieses Antragsrecht ist nicht einmal auf Leistungen beschränkt, die gegenüber den Versicherten der antragstellenden Krankenkasse erbracht wurden.

Für die Abrechnung des **Zuschlags gemäß Nr. 03212 EBM** genügt es nicht, wenn eine Dauerbehandlung im Sinne des § 2 II Chroniker-Richtlinie irgendwann in der Vergangenheit erfolgt ist. Vielmehr setzt die Abrechnung voraus, dass die Krankheit zuvor für wenigstens ein Jahr – also für vier oder mehr Quartale – mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und diese Dauerbehandlung auch im Zeitpunkt der Abrechnung angedauert hat.

Die klagende Krankenkasse beantragte erfolglos bei der bekl. KV die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit für die von den Vertragsärzten abgerechnete Nr. 03212 EBM als Zuschlag zu den Versichertenpauschalen für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronischer Erkrankung im Quartal I/10. *SG Dresden*, Urt. v. 27.11.2013 - S 11 KA 88/11 - RID 14-02-24 gab der Klage statt und verurteilte zur Neubescheidung, das *LSG* wies die Berufung zurück, *BSG*, Beschl. v. 17.02.2016 - B 6 KA 63/15 B - RID 16-02-67 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

2. Beschäftigung eines Arztes ohne Genehmigung

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 01.04.2016 - S 12 KA 466/15

RID 16-02-14

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 27/16
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 95 IX 1 u. 2, 106a; Ärzte-ZV § 32

Leitsatz: 1. Liegt eine **Beschäftigung** eines anderen Arztes **ohne Genehmigung** vor, kann grundsätzlich eine sachlich-rechnerische Berichtigung und eine **Honorarrückforderung** hinsichtlich der vom ohne Genehmigung beschäftigten Arzt erbrachten Leistungen vorgenommen werden (vgl. BSG, Urt. v. 10.05.1995 - 6 RKA 30/94 - SozR 3-5525 § 32 Nr. 1, juris Rdnr. 15 f.).

2. Nicht zu beanstanden ist die Berechnung des Berichtigungsbetrages, wenn die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen ihres **Schätzungsermessens** den Leistungsanteil abschöpft, der im Quartal auf Leistungen **jenseits der zeitlichen Grenze von 780 Stunden** (Quartalsprofil) entfällt.

Die Beteiligten streiten um einen Honorarberichtigung für die fünf Quartale I/13 bis III/13 aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung in Höhe von 146.447,90 €. Das *SG* wies die Klage ab.

3. Gebot der persönlichen Leistungserbringung für ermächtigte Krankenhausärzte

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 16.10.2015 - L 24 KA 24/11

RID 16-02-15

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 73/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a; (Zahn-)Ärzte-ZV § 32a

Vertragsärzte und **ermächtigte Krankenhausärzte** müssen das **Gebot der persönlichen Leistungserbringung** gleichermaßen beachten. Eine Befugnis des im stationären Bereich zuständigen Vertreters, den Krankenhausarzt auch bei seiner vertragsärztlichen Tätigkeit zu vertreten, besteht nicht

(BSG, Urt. v. 20.03.2013 - B 6 KA 17/12 R - SozR 4-5540 § 48 Nr. 2, juris Rn. 43). Eine **Delegation** auf nachgeordnete Ärzte ist nicht zulässig. Lediglich delegationsfähige nichtärztliche Leistungen können an hinreichend qualifiziertes und überwachtes nichtärztliches Hilfspersonal delegiert werden. Ärztliche Leistungen, wie Szintigraphien- oder Sonographien, müssen persönlich erbracht werden.

Der Kl. ist Facharzt für Radiologie und Nuklearmedizin. Während des hier streitigen Zeitraums der Quartale I/95 bis I/96 war er Chefarzt einer Klinik für Nuklearmedizin und ermächtigt. Die Bekl. setzte das Honorar für die fünf Quartale auf 124.633,70 DM, 132.350,31 DM, 143.546,01 DM, 172.193,22 DM bzw. 170.544,72 DM fest. Im April 1996 teilte das Klinikum der bekl. KV mit, dass eine Überprüfung ergeben habe, dass der Kl. in der Zeit vom Januar 1995 bis zum Februar 1996 in 4.137 Fällen höchstpersönlich ambulant zu erbringende nuklearmedizinische Leistungen auf das nachgeordnete Personal des Klinikums übertragen habe. Ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren wurde 2002 nach § 170 II StPO eingestellt. Die Bekl. hob zunächst im November 1997 die Honorarbescheide auf. Auf Widerspruch des Kl. reduzierte sie im November 2006 das Honorar auf 15.071,65 DM, 16.068,93 DM, 14.257,13 DM, 15.850,95 DM bzw. 14.162,38 DM. *SG Potsdam*, Urt. v. 08.12.2010 - S 1 KA 227/06 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Leistungserbringung nur am Vertragsarztsitz

SG Düsseldorf, Beschluss v. 22.02.2016 - S 2 KA 390/15 ER

RID 16-02-16

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106a; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Im Verhältnis zwischen der K(Z)V und ihrem Mitglied kann die Frage, ob die **Kriterien einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft** (üBAG) wirklich erfüllt sind, erneut zur Überprüfung gestellt werden (BSG, Urt. v. 14.12.2011 - B 6 KA 13/11 R - BSGE 110, 43 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 9). Dazu gehört auch die Prüfung, ob die üBAG tatsächlich überhaupt realisiert wurde (BSG, Urt. v. 22.10.2014 - B 6 KA 44/13 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 16). Soweit die üBAG gegenüber der K(Z)V Leistungen abgerechnet hat, die an einem **Vertrags(zahn)arztsitz** erbracht worden sind, der faktisch über keinen dort zugelassenen Leistungserbringer verfügt, schützt der formalrechtliche Zulassungsstatus eines Zahnarztes nicht vor Honorarrückforderungen (vgl. BSG, Urt. v. 13.05.2015 - B 6 KA 25/14 R - BSGE = SozR 4-5520 § 19 Nr. 3 zum MVZ).

Regressfestsetzungen, Honorarrückforderungen und -kürzungen kommen sowohl gegen eine **BAG** als auch gegen deren **Mitglieder** in Betracht (BSG, Urt. v. 08.12.2010 - B 6 KA 38/09 R - USK 2010-148 = MedR 2011, 823). Der Einwand eines Vertragsarztes, er sei zum Abschluss des üBAG-Gründungsvertrages überrumpelt worden und faktisch weiterhin Angestellter gewesen, ist wegen der Zulassungsentscheidung unerheblich.

Das *SG* wies den Antrag auf Aussetzung der Vollziehung zurück.

5. Fehlende Unterschrift des ärztlichen Leiters eines MVZ in der Abrechnungs-Sammelerklärung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 24.02.2016 - L 11 KA 58/15 B ER

RID 16-02-17

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Wird die Honorarabrechnung nicht vom **ärztlichen Leiter des MVZ unterschrieben**, entfällt die Garantiefunktion der Abrechnungs-Sammelerklärung und damit eine Voraussetzung für die Festsetzung des Honoraranspruches. Die KV ist berechtigt, wenn nicht verpflichtet, die fehlerhaften Honorarbescheide aufzuheben und das Honorar neu festzusetzen (grundlegend BSG, Urt. v. 17.09.1997 - 6 RKA 86/95 - SozR 3-5550 § 35 Nr. 1; s. auch Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 41/03 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 6).

Nach summarischer Prüfung scheint es keine normative Vorgabe zu geben, die es der KV verbietet, die durch die Unterschrift dokumentierte Verantwortung für die Gesamtaufstellung dem **ärztlichen Leiter des MVZ im HVM zuzuweisen**. Es gibt nach summarischer Prüfung keinen zwingenden Rechtsgrund, dem Geschäftsführer die Unterzeichnungspflicht zuzuweisen.

Die KV (Ag.) forderte von der Ast., einem MVZ, für die Quartale II bis IV/13 Honorar in Höhe von insgesamt 153.611,64 € zurück. Die ärztliche Leiterin des MVZ habe erklärt, zu keiner Zeit ärztliche Leiterin gewesen zu sein und die Gesamtaufstellungen nicht unterschrieben gehabt zu haben. Infolge nicht ordnungsgemäßer Gesamtaufstellung sei der Honoraranspruch nicht entstanden. *SG Düsseldorf*, Beschl. v.

20.07.2015 - 33 KA 158/15 ER - lehnte den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage (S 33 KA 288/14) ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

6. Job-Sharing: Mitteilung des Anpassungsfaktors/Praxisindividueller u. Durchschnittspunktwert

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.03.2016 - L 5 KA 3957/12

RID 16-02-18

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

Leitsatz: Die in § 45 Satz 6 BedarfspIRL (zuvor § 23f Satz 6 BedarfspIRL a.F.) vorgesehene **Mitteilung** der für den im Jobsharing tätigen Vertragsarzt verbindlichen **Anpassungsfaktoren** zur Anpassung der als Obergrenze der Leistungsabrechnung festgesetzten Gesamtpunktzahlvolumina an die Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts stellt einen **Verwaltungsakt** i.S.d. § 31 SGB X **nicht** dar. Die Anwendung eines vom mitgeteilten (fehlerhaften) Anpassungsfaktor abweichenden (zutreffenden und ungünstigeren) Anpassungsfaktors bei der nachgehenden Richtigstellung von Honorarbescheiden ist grundsätzlich zulässig; **Vertrauensschutz** steht dem regelmäßig nicht entgegen.

Die Kl. wandte sich gegen eine im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung wegen Überschreitung der Gesamtpunktzahlvolumina bei Job-Sharing verfügte Honorarrückforderung für die Quartale I bis IV/04 in Höhe von 38.056,83 €. **SG Stuttgart**, Ur. v. 09.08.2012 - S 5 KA 4834/09 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das **LSG** wies die Klage ab. Es führte u.a. auch aus, dass unter Geltung der Budgetierung der Rückforderungsbetrag (auch) bei nachgehender Richtigstellung von Honorarbescheiden grundsätzlich unter Anwendung des der Honoraranforderung zugrunde gelegten **praxisindividuellen Punktwerts** und nicht unter Anwendung eines auf der Grundlage des korrigierten (verminderten) Punktzahlvolumens neu bestimmten Punktwerts zu berechnen ist, wobei es zulässig ist, nicht den jeweiligen Quartalspunktwert, sondern einen aus den Quartalspunktwerten eines Jahres errechneten **Durchschnittspunktwert** anzusetzen.

7. Honorarkürzung wegen Nichterfüllung der Fortbildungspflicht verfassungsgemäß

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 02.03.2016 - L 11 KA 49/15

RID 16-02-19

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 1/16 BH
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 95d

Die Pflicht zum **Nachweis der fachlichen Fortbildung** und die in § 95d III SGB V vorgesehenen **Honorarkürzungen** für den Fall der Verletzung dieser Pflicht sind **verfassungsgemäß** (BSG, Ur. v. 11.02.2015 - B 6 KA 19/14 R - SozR 4-2500 § 95d Nr. 1; Beschl. v. 28.10.2015 - B 6 KA 36/15 B - juris).

Streitig ist die Kürzung des vertragsärztlichen Honorars des Kl. wegen fehlenden Fortbildungsnachweises im Quartal III/10 um 25 % bzw. 3.768,73 €. **SG Düsseldorf**, Ur. v. 13.05.2015 - S 33 KA 74/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

8. Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Feste Dauer von zeitlich definierten Gesprächsleistungen

LSG Hessen, Urteil v. 27.01.2016 - L 4 KA 26/14

RID 16-02-20

SGB V § 106a

Es wird auf die Ausführungen der Vorinstanz verwiesen, wonach bei einer **Nebeneinanderabrechnung der Ziff. 08210 bis 08212** mit der **Ziff. 08220 EBM 2005** im Behandlungsfall 20 Minuten anzusetzen sind. Aufgrund der in der Leistungslegende vorgegebenen Dauer kommt es nicht darauf an, ob Beratungsgespräche schnell oder langsam ausgeführt werden oder ob auch parallel im gleichen Zeitraum Beratungsgespräche für mehrere Patienten durchgeführt werden.

Die Beteiligten streiten um einen Honorarberichtigung für die drei Quartale II bis IV/07 aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung in Höhe von 8.168,37 €. **SG Marburg**, Gerichtsbb. v. 31.01.2014 - S 12 KA 85/13 - RID 14-03-12 wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

9. Hautärztliche Laserbehandlung des Naevus flammeus

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.03.2016 - L 5 KA 5268/12

RID 16-02-21

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b; EBM Nr. 10320, 10322

Leitsatz: Vertragsärztliche Vergütungsbestimmungen des EBM sind streng wortlautbezogen auszulegen. Auf Fragen der Medizin kommt es grundsätzlich nicht an. Wegen der alleinigen Maßgeblichkeit juristischer Auslegungsmethoden tritt die medizinische Beurteilung in den Hintergrund; im Streit um sachlich-rechnerische Richtigstellungen ist daher kein Raum für die Erhebung von (**medizinischen**) **Gutachten** (BSG, Beschluss vom 12.12.2012, - B 6 KA 31/12 B -; auch Beschluss vom 10.03.2004, - B 6 KA 118/03 B -).

Für die **hautärztliche Laserbehandlung des Naevus flammeus** bzw. des **Hämangioms (Feuermal bzw. Blutschwamm)** darf in einem ersten Behandlungsfall (Quartal) die Leistung nach GOP 10320 bzw. 10322 EBM (Anwendung des gepulsten Farbstofflasergeräts) und in einem zweiten Behandlungsfall (Folgequartal) die Leistung nach GOP 10324 EBM (Anwendung eines anderen Lasergeräts) berechnet werden. Die den genannten GOPen beigefügte „Einmalklausel“ (Berechnungsfähigkeit des Laserns nur einmal je cm² behandelten Areal) verbietet das nicht.

Der kl. Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten wandte sich gegen eine im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung verfügte Honorarrückforderung für die Quartale II bis IV/08 in Höhe von 38.546,72 € im Hinblick auf die Laserbehandlung des Naevus flammeus (Feuermal). *SG Stuttgart*, Urt. v. 15.11.2012 - S 5 KA 5607/10 - gab der Klage weitgehend statt, das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

10. Voraussetzungen einer totalen Meniskusresektion

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 24.02.2016 - L 5 KA 5799/11

RID 16-02-22

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 17/16 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a

Leitsatz: Vertragsärztliche Vergütungsbestimmungen des EBM (einschließlich in Bezug genomener OPS-Nrn. des DIMDI) sind streng **wortlautbezogen auszulegen**. Auf Fragen der Medizin kommt es grundsätzlich nicht an. Wegen der alleinigen Maßgeblichkeit juristischer Auslegungsmethoden tritt die **medizinische Beurteilung** in den Hintergrund; im Streit um sachlich-rechnerische Richtigstellungen ist daher kein Raum für die Erhebung von (**medizinischen**) **Gutachten** (BSG, Beschluss vom 12.12.2012 - B 6 KA 31/12 B -; auch Beschluss vom 10.03.2004 - B 6 KA 118/03 B -).

Die **Begriffe (Meniskusresektion) „total“ bzw. „partiell“** in den OPS-Nrn. 5-812.6 bzw. 5-812.5 sind (organ-)substanzbezogen und nicht (organ-)funktionsbezogen zu verstehen. Eine totale Meniskusresektion (im gebührenrechtlichen Sinn) liegt nicht vor, wenn ohne vollständige Entfernung der Meniskussubstanz nur die Meniskusfunktion vollständig aufgehoben wird.

Im Jahr 2007 überprüfte der Plausibilitätsausschuss die vom Arzt im Quartal II/06 für endoskopisch-arthroskopische Eingriffe abgerechneten Leistungen wegen Auffälligkeiten in der Tagesarbeitszeit. Er war der Auffassung, dass der Arzt Meniskusresektionen als totale Meniskusresektion nach Nr. 31143 K EBM (endoskopischer Gelenkeingriff - Arthroskopie - der Kategorie E 3) abgerechnet habe, obwohl diese ausweislich der OP-Berichte lediglich als Teilmeniskusresektionen nach Nr. 31142 K EBM (endoskopischer Gelenkeingriff - Arthroskopie - der Kategorie E 2) abzurechnen gewesen wären. Die Auffassung des Arztes, wonach unter einer „totalen“ Meniskusresektion (nach Nr. 31143 K EBM) nicht die „anatomisch-totale“, sondern die „funktionell-totale“ Meniskusresektion zu verstehen sei, teile er nicht. Die KV nahm eine Honorarberichtigung über 46.316,87 € für die Quartale II/06 bis II/08 vor. *SG Stuttgart*, Urt. v. 14.12.2011 - S 5 KA 6136/09 - hob den Berichtigungsbescheid auf, das *LSG* wies die Klage ab.

11. Leistungsinhalte der Nr. 33076 sind vollständiger Bestandteil der Nr. 33072 EBM

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.03.2016 - L 5 KA 3799/13

RID 16-02-23

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106a

Leitsatz: Die Abrechnung der GOP 33076 für sonographische Leistungen nach dem sogenannten B-Mode-Verfahren ist neben der Abrechnung der GOP 33072 für eine Duplexsonographie ausgeschlossen. Da die Duplexsonographie die gleichzeitige Gewinnung von B-Bildern voraussetzt,

sind die Leistungsinhalte der **GOP 33076 vollständiger Bestandteil der GOP 33072**, so dass nach Ziffer I.2.1.3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM eine Nebeneinanderabrechnung beider GOP nicht möglich und daher im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung zu korrigieren ist.

Der Kl., ein Facharzt für Allgemeinmedizin mit dem Schwerpunkt Phlebologie und Lymphologie, wendet sich gegen sachlich-rechnerischen Berichtigungen für die Quartale IV/10 u. I/11 in Höhe von insgesamt 13.151,29 € durch Streichung der neben Nr. 33072 EBM (Sonographische Untersuchung der Extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels Duplexverfahren, je Sitzung, 25,76 €/735 Punkte) abgerechneten Nr. 33076 EBM (Sonographische Untersuchung der Venen einer Extremität mittels B-Mode-Verfahren von mindestens 8 Beschallungsstellen je Sitzung, 8,59 €/245 Punkte) (962mal in 513 Behandlungsfällen bzw. 569mal). *SG Stuttgart*, Urt. v. 24.07.2013 - S 20 KA 6420/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

12. Laborleistungen einer Hochschulambulanz an Klinik-MVZ

LSG Sachsen, Urteil v. 02.09.2015 - L 8 KA 16/14 ZVW

RID 16-02-24

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 4/16 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 106a, 117; BMV-Ä § 24 II 4; EKV-Ä § 27 II 4; GG Art. 5 III 1, 12 I

Sind **Laborleistungen**, die in den überweisenden **Hochschulambulanzen** nicht erbracht werden können, nicht mit der Fallpauschale abgegolten, die jeweils von der Krankenkasse für die ambulante ärztliche Behandlung in der Hochschulambulanz entrichtet werden, stellt sich die externe Überweisung dieser Laborleistungen an ein **MVZ der Klinik** nicht als rechtsmissbräuchlich dar.

Das MVZ der kl. GmbH nimmt seit dem Quartal II/05 an der vertragsärztlichen Versorgung teil, damals mit zwei hausärztlich tätigen Allgemeinmedizinern und einem Laborarzt. Alleiniger Anteilseigner der Kl. ist ein als Anstalt des öffentlichen Rechts geführtes Universitätsklinikum, dessen Hochschulambulanzen seit 2001 gemäß § 117 SGB V ermächtigt sind. Bestandteil der Ermächtigung war ein Universitätspoliklinikenvertrag v. 09.01.2002, der u.a. die in die Ermächtigung einbezogenen Hochschulambulanzen einzeln aufführte und Fallzahlobergrenzen für die im Rahmen der Ermächtigung pauschal zu vergütenden Behandlungsfälle festlegte. Der Vertrag galt bis zum 31.12.2002. Wesentliche Regelungen des Vertrages wurden in den Hochschulambulanzenvertrag vom 17.04.2003 überführt. Die Bekl. nahm eine sachlich-rechnerische Richtigstellung sämtlicher Laborleistungen mit Ausnahme der Laborleistungen, die auf Überweisung von aus Sicherstellungsgründen ermächtigten Ärzten und Einrichtungen des Universitätsklinikums erbracht worden waren, vor. *SG Dresden*, Urt. v. 28.07.2010 - S 18 KA 250/06 - wies die Klage ab, *LSG Sachsen*, Urt. v. 14.11.2012 - L 8 KA 26/10 - RID 13-02-23 die Berufung zurück, *BSG*, Urt. v. 02.04.2014 - B 6 KA 20/13 R - SozR 4-2500 § 117 Nr. 6 verwies den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurück. Das *LSG* verpflichtete jetzt die Bekl., die Laborleistungen des von der Kl. betriebenen MVZ aufgrund von Überweisungen durch die Hochschulambulanzen des Universitätsklinikums D zu vergüten und das Honorar für das Quartal II/05 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen.

13. Teilweise Rückforderung eines Auffüllbetrags (Ziff. 7.5 HVV KV Hessen)

LSG Hessen, Beschluss v. 15.02.2016 - L 4 KA 53/12

RID 16-02-25

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 16/16 B

SGB V § 106a

Beruhet die Fallwertminderung (hier: Quartal IV/05) auch darauf, dass **ehemals intrabudgetär honorierte Leistungen** des ambulanten Operierens bei Versicherten der BKK aufgrund einer Änderung der Bestimmungen ab diesem Zeitpunkt **extrabudgetär** über den Strukturvertrag zum ambulanten Operieren vergütet worden sind, so beruht die Fallwertminderung nicht vollständig auf der Einführung des EBM 2005. Der auf diese Verlagerung der Vergütung in den extrabudgetären Bereich entfallende Teil der Auffüllung kann anteilig zurückgefordert werden.

Bezogen auf die Vorjahresquartale ist eine deutliche Abweichung im Leistungsspektrum festzustellen, wenn im Bereich der intrabudgetären ambulanten Operationen gegenüber den Ausgangsquartern ein **nicht unerheblicher Leistungsrückgang** festzustellen ist (hier: Rückgang um 75 %) und zudem gegenüber dem Ausgangsquarter keine Leistungen der postoperativen Überwachung (Nr. 31502 bis 31504 EBM 2005) mehr abgerechnet wurden. Bei insoweit unverändert gebliebenen Leistungslegenden im EBM 2005 ist der Fallwertverlust daher zu einem wesentlichen Anteil durch die erhebliche Änderung des Leistungserbringungs- und Abrechnungsverhaltens hinsichtlich dieser Leistungen bedingt. Ein **geringerer Punktwert** im Rahmen des Regelleistungsvolumens für

Leistungen der Honorargruppe 2 im Quartal III/06 kam hinzu, auch insoweit hatte die Fallwertminderung oberhalb von 15 % ihre Ursache nicht vollständig in der Einführung des EBM 2005.

SG Marburg, Urt. v. 04.07.2012 - S 12 KA 897/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

14. Zahnärztliche Versorgung: Keine Verwendung von Festzuschüssen für implantologische Vorleistungen

LSG Sachsen, Urteil v. 09.12.2015 - L 8 KA 6/11

RID 16-02-26

Revision anhängig: B 6 KA 9/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 28, 55, 56, 106a

Leitsatz: 1. Die Regelung über die **Erstversorgung mit Suprakonstruktionen** in der Festzuschuss Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 03.11.2004 und in der Zahnersatz Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 08.12.2004 ist **mit höherrangigem Recht nicht vereinbar**.

2. Das Gesetz lässt es nicht zu, einen zahnmedizinischen Befund zwar der Regelversorgung zuzuordnen, für diese **Regelversorgung** aber keinen **eigenen Festzuschuss** vorzusehen, sondern den Festzuschuss für eine andere Regelversorgung heranzuziehen.

3. **Festzuschüsse** dürfen nur für zahnärztliche oder zahntechnische Leistungen verwendet werden, die im Rechtssinne **Zahnersatz** sind. Dazu gehört zwar die **Suprakonstruktion**. Nicht dazu gehören aber die für die Suprakonstruktion notwendigen **implantologischen Vorleistungen** wie Implantate, Implantataufbauten, implantatbedingte Verbindungselemente.

SG Dresden, Urt. v. 19.01.2011 - S 11 KA 5004/08 Z - wies die Klage der Krankenkasse gegen die KZV ab, das *LSG* verpflichtete die Bekl., der Kl. weitere 473,97 € zu erstatten.

III. Genehmigung/Zweigpraxis/Disziplinarrecht

Nach BSG, Urt. v. 04.05.2016 - **B 6 KA 13/15 R** - sind **strahlentherapeutische Leistungen** für einen **Facharzt für Diagnostische Radiologie fachfremd**, soweit er nicht das frühere Teilgebiet der Radiologie „Strahlenheilkunde“ absolviert hat. Auf die besonderen Voraussetzungen, unter denen die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie ungeachtet einer einschlägigen Facharztweiterbildung eine Leistungserbringung ermöglicht, kommt es nicht an. Nach BSG, Urt. v. 23.03.2016 - **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 **MKG-Chirurgen** mit Doppelzulassung auch das Honorar aus der vertragszahnärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen. Die Tätigkeit als **Belegarzt** hindert die Heranziehung nicht. Die Doppelzulassung darf allerdings auch nicht zu einer insgesamt unzumutbaren Belastung mit Notdiensten führen. 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. Widerruf der Genehmigung einer Vorbereitungsass. nach Anstellung eines zweiten Zahnarztes

SG München, Urteil v. 20.01.2016 - S 20 KA 5004/14

RID 16-02-27

Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB X §§ 32 I Nr. 2, II Nr. 3, 47 I Nr. 1, 48 I 1; Zahnärzte-ZV §§ 3 III, 32 II 1

Ein Vertragszahnarzt hat, nachdem er die **zweite Ärztin in Vollzeit** angestellt hat, keinen Anspruch mehr auf die **Genehmigung einer Vorbereitungsassistentin**.

Gemäß § 32b I 2 Zahnärzte-ZV i.V.m. § 4 I 7 BMV-Z kann ein Zahnarzt **maximal zwei vollzeitbeschäftigte Zahnärzte anstellen**. Aus der Regelung zur Genehmigung von **Vorbereitungsassistenten** in § 32 II 1 Zahnärzte-ZV und der zur Anstellung von Zahnärzten in § 32b I Zahnärzte-ZV ergibt sich nicht direkt, inwieweit die zahlenmäßige Beschränkung auf zwei

vollzeitbeschäftigte angestellte Zahnärzte in § 4 BMV-Z auch für die Genehmigung von Vorbereitungsassistenten gilt. Das muss nach dem Sinn und Zweck des Genehmigungserfordernisses unter Berücksichtigung der mit ihm im Gesamtzusammenhang stehenden Bestimmungen beurteilt werden. Im Lichte der Regelungen der §§ 32, 32b, 3 Zahnärzte-ZV ist davon auszugehen, dass die zahlenmäßige Beschränkung des § 4 I 7 BMV-Z auch für die Genehmigung eines **Vorbereitungsassistenten** gilt.

Die Beteiligten haben zunächst um den Widerruf einer Genehmigung zur Beschäftigung einer Vorbereitungsassistentin gestritten. Nachdem die Vorbereitungsassistentin nicht mehr beim Kl. tätig ist, geht es ihm nur noch um die Feststellung der Rechtswidrigkeit des Widerrufs. Das *SG* wies die Klage ab.

2. Zweigpraxis: Keine Versorgungsverbesserung eines reproduktionsmed. MVZ durch Beratungsangebot

SG Marburg, Urteil v. 09.03.2016 - S 16 KA 73/15

RID 16-02-28

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 (Anschluss an Urteil vom 06.01.2016, S 16 KA 479/14 - RID 16-01-31; a.A.: LSG Hessen, Beschluss v. 19.12.2008, L 4 KA 106/08 ER - RID 09-02-30).

Eine rein **akademisch herausragende Expertise** begründet keine qualitative **Versorgungsverbesserung** im Sinne des § 24 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV.

Die Zweigpraxis eines auf dem Gebiet der **Reproduktionsmedizin** tätigen MVZ in der Metropolregion Frankfurt Rhein Main begründet jedenfalls dann keine quantitative Versorgungsverbesserung, wenn in dieser Zweigpraxis pro Behandlungszyklus lediglich ca. 20% der Behandlungstermine stattfinden, 80% aber generell am Hauptsitz des MVZ, und wenn dieses MVZ überdies weniger als 40 km von der beabsichtigten Zweigpraxis entfernt liegt.

Das *SG* wies die Klage ab.

3. Disziplinarrecht: Pflicht zur Überwachung der vom Praxispartner/Ehemann erstellten Abrechnung

LSG Bayern, Urteil v. 25.11.2015 - L 12 KA 120/14

RID 16-02-29

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 14/16 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 81 V

Leitsatz: Zwischen den Partnern einer Gemeinschaftspraxis ist eine **Delegation einzelner Aufgaben** (hier: Erstellung der Abrechnung) rechtlich zulässig, wobei sich dann für den Delegierenden die Pflicht zur Erstellung der Abrechnung in eine **Überwachungspflicht** wandelt. Wenn die Praxispartner zugleich **Ehepartner** sind, folgt daraus keine Herabsetzung der Anforderungen an die Überwachungspflicht. Eine bloße Prüfung auf rechnerische Richtigkeit erfüllt die Anforderungen an die Überwachungspflicht nicht.

Die Kl., eine Praktische Ärztin, war bis zum 23.03.2011 mit ihrem Ehemann in Gemeinschaftspraxis und ist seit der bestandskräftigen Entziehung der Zulassung ihres Ehemannes in einer Einzelpraxis tätig. Das Amtsgericht verurteilte im April 2011 den Ehemann der Kl. wegen Betruges in 15 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren (zur Bewährung ausgesetzt), weil er für die Quartale II/05 bis IV/08 jeweils Abrechnungen eingereicht hatte, in welchen er 3.809 tatsächlich nicht erbrachte Behandlungen mit Kosten in Höhe von insgesamt 246.579 € abrechnete und deren Richtigkeit versicherte. Die Staatsanwaltschaft hatte von der Einleitung eines Ermittlungsverfahrens wegen Betruges gegen die Kl. gem. § 152 II StPO abgesehen, da ein Nachweis, dass die Kl. Kenntnis von den falschen Abrechnungen gehabt habe, nicht habe geführt werden können. Die Beklagte forderte mit Bescheid vom November 2010 von der Gemeinschaftspraxis Honorar in Höhe von 644.212,66 € zurück. Die Bekl. verhängte gegen die Kl. eine **Disziplinarbuße** von 3.000 €. *SG München*, Urt. v. 16.05.2014 - S 28 KA 1448/12 - wies die Klage ab, das *LSG* 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) Verordnung eines Arzneimittels während stationären Aufenthalts: Vorverfahren notwendig

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 26.03.2015 - L 3 KA 2/15 B

RID 16-02-30

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106; SGG §§ 78 I 1, 114 II

Für einen Regress wegen der **Verordnung eines Arzneimittels während eines stationären Aufenthalts** durch einen niedergelassenen Vertragsarzt ist die **Prüfungsstelle** nicht abschließend zuständig. Der sich aus § 39 I 3 SGB V ergebende (ambulante) Verordnungs Ausschluss während eines Krankenhausaufenthalts gilt nicht allgemein, sondern nur soweit er „im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten notwendig“ ist. Der Ausschluss ist daher abhängig von den **Umständen des Einzelfalls** und lässt sich damit - insb. hinsichtlich seines Umfangs - nicht eindeutig aus den gesetzlichen Vorgaben heraus bestimmen. In Streitigkeiten um die Rechtmäßigkeit einer Regressforderung wegen eines „**sonstigen Schadens**“ ist stets ein **Vorverfahren** durchzuführen.

SG Hannover, Beschl. v. 16.12.2014 - S 78 KA 247/14 - setzte das Verfahren aus, das **LSG** wies die Beschwerde der bekl. Prüfungsstelle zurück.

b) Marinol bei einer Tumorkachexie mit erheblichem Gewichtsverlust

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.09.2015 - L 24 KA 134/11

RID 16-02-31

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, 106

Der aus einer **grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungsrechts** herrührende Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln kann eine Versorgung mit dem Arzneimittel Marinol begründen.

Bei einer **Tumorkachexie** mit erheblichem Gewichtsverlust infolge eines Zungenrandkarzinoms handelt es sich um eine **lebensbedrohliche Krankheit**.

Eine vom Versicherten **abgelehnte alternative enterale bzw. parenterale Ernährung** kann vom Vertragsarzt respektiert werden, wenn diese nur stationär erfolgen und dem Versicherten mit einer verbleibenden Lebenszeit von wenigen Monaten nicht abverlangt werden kann, sich weiteren intensiven medizinischen Behandlungsmaßnahmen auszusetzen, insb. eine stationäre Aufnahme hinzunehmen.

SG Potsdam, Urt. v. 21.09.2011 - S 1 KA 65/06 - wies die Klage eines Anästhesiologen gegen die Festsetzung eines Arzneimittelregresses wegen der wiederholten Verordnung des Arzneimittels Marinol in den Jahren 2000 und 2001 (ca. 52.500 €) ab, das **LSG** verpflichtete die Bekl., den Widerspruch vollumfänglich zurückzuweisen.

c) Wirkstoffkombination aus Acetylsalicylsäure und Dipyridamol (Aggrenox)

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 13.04.2016 - S 12 KA 474/15

RID 16-02-32

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 31, 92 I 2 Nr. 6, 106; AM-RL § 16; AM-RL Nr. 53 Anlage III

Leitsatz: Bei dem Arzneimittel Aggrenox handelt es sich um eine Wirkstoffkombination aus Acetylsalicylsäure und Dipyridamol. Das Arzneimittel unterfällt damit den Regelungen zum Ausschluss fixer Wirkstoffkombinationen.

Die Beteiligten streiten um einen Arzneikostenregress für die Quartale II bis IV/14 wegen der Verordnung des Arzneimittels Aggrenox in mehreren Behandlungsfällen in Höhe von insgesamt 1.003,42 € netto. Das *SG* wies die Klage ab.

d) Sonstiger Schaden: Verschulden setzt Kenntnis von stationärem Krankenhausaufenthalt voraus

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 03.03.2016 - L 5 KA 41/14

RID 16-02-33

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 27/16 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = www2.mjv.rlp.de/Rechtsprechung

SGB V § 106a

Leitsatz: Für die Feststellung eines **sonstigen Schadens** im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung ist **Verschulden** des geprüften Arztes erforderlich. Ohne konkrete Anhaltspunkte ist der Arzt nicht verpflichtet, bei einer Arzneimittelverordnung den Patienten zu fragen, ob er sich gegenwärtig in **stationärer Behandlung** befindet.

Umstritten ist, ob der Bekl. zu Recht die Feststellung eines sonstigen Schadens der kl. Krankenkasse in Höhe von 324,66 € wegen vertragsärztlicher Arzneimittelverordnungen während einer stationären Behandlung abgelehnt hat. *SG Mainz*, Urt. v. 30.07.2014 - S 16 KA 9/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

e) Keine Zuständigkeit der Prüfungsgremien für Verordnung von Impfstoffen

LSG Bayern, Urteil v. 16.12.2015 - L 12 KA 160/14

RID 16-02-34

Revision anhängig: B 6 KA 7/16 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 20d, 31, 106, 132e

Leitsatz: 1. Die **Verordnung von Impfstoffen** erfolgt außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung und unterliegt damit nicht der gemeinsamen Prüfzuständigkeit von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen.

2. Eine diesbezügliche **Kompetenzzuweisung** ergibt sich weder aus bundesrechtlichen noch aus landesrechtlichen Regelungen

SG München, Gerichtsbes. v. 01.09.2014 - S 39 KA 1160/13 - hob den Widerspruchsbescheid des Bekl. auf, das *LSG* wies die Berufung des Bekl. zurück.

f) Versichertenbezogene Verordnung entgegen Sprechstundenbedarfsvereinbarung (Impfstoffe)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.09.2015 - L 24 KA 1/14

RID 16-02-35

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Anträge auf Feststellung eines sonstigen Schadens sind schon dann unbegründet, wenn sie sich der Sache nach nicht auf einen sonstigen Schaden beziehen.

Verordnet ein Vertragsarzt **entgegen der Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf** Impfstoffe versichertenbezogen, statt die Verordnung auf einem gesonderten Arzneiverordnungsblatt ohne Nennung des Namens des Versicherten zu Lasten der für den Praxissitz des Arztes zuständigen Umlagekasse vorzunehmen, erschöpft sich der Schaden danach in den Aufwendungen für die Arzneimittel. Demnach wird strukturell der Ersatz eines **Mangelschadens** und nicht der eines Mangelfolgeschadens begehrt. Das spricht nach den Vorgaben des BSG für eine Einordnung in die Kategorie des **Verordnungsregresses**.

SG Potsdam, Urt. v. 06.11.2013 - S 1 KA 26/12 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das *LSG* die Berufung zurück. Hinsichtlich eines evtl. Ordnungsregresses sah das LSG ferner die Ausschlussfrist als überschritten an.

2. Richtgrößenprüfung

a) Pflicht zur Verhandlung über individuelle Richtgrößenvereinbarung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 23.12.2015 - L 11 KA 94/12

RID 16-02-36

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

Anders als im Fall des § 106 Va 4 SGB V (vgl. dazu BSG, Urt. v. 15.07.2015 - B 6 KA 30/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 50) besteht keine Verpflichtung der Prüfungsgremien, auf den Abschluss einer **individuellen Richtgrößenvereinbarung** (IRV) hinzuwirken. Wenn der geprüfte Arzt jedoch von sich aus Interesse am Abschluss einer IRV bekundet oder - wie hier - den Abschluss einer IRV beantragt, sind die Prüfungsgremien verpflichtet, in **Verhandlungen** über den Abschluss einer IRV einzutreten und dürfen den Abschluss einer IRV nicht aus sachfremden Gründen vereiteln. Die Prüfungsgremien sind aber nicht unter allen Umständen verpflichtet, eine IRV abzuschließen; ein unbedingter „Anspruch“ des Arztes auf Abschluss einer IRV besteht nicht (BSG, Urt. v. 28.08.2013 - B 6 KA 46/12 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 42; SG Hannover, Urt. v. 16.12.2010 - S 61 KA 37/08 - juris).

Sofern der Beklagte vorträgt, ein Eingehen auf diesen Antrag sei nicht angezeigt gewesen, weil von vorneherein festgestanden hätte, dass die Positionen insb. zu den Praxisbesonderheiten so weit auseinander gelegen hätten, dass eine **Einigung ausgeschlossen** gewesen sei, entbindet diese Einschätzung nicht von seiner Pflicht, in **Verhandlungen einzutreten**.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit eines Regresses wegen Überschreitens des Arzneimittelrichtgrößenvolumens in den Quartalen I bis IV/06. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 30.05.2012 - S 33 KA 134/09 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., über den Widerspruch des Kl. gegen den Bescheid der Prüfungsstelle unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

b) Unzulässige Anfechtung der Zustimmung zu einer Regressumwandlung in Beratung

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 22.03.2016 - S 16 KA 292/14

RID 16-02-37

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106; BGB § 119 I

Leitsatz: Die Unkenntnis darüber, dass bei künftiger, erneuter Überschreitung einer Richtgröße keine (weitere) individuelle Beratung festgesetzt werden wird, sondern das Risiko eines finanziellen Regresses im Falle der Richtgrößenüberschreitung droht, stellt keinen **Inhaltsirrtum** im Sinne des § 119 Abs. 1, 1. Alt. BGB, sondern – weil lediglich mittelbare Rechtsfolge - einen unbeachtlichen **Motivirrtum** dar.

Der kl. Arzt für Allgemeinmedizin wandte sich gegen Regresse wegen Überschreitung der Heilmittel-Richtgröße 2008 und 2009 in Höhe von 10.192,74€ und 7.748,59 €. Der Bekl. wies den Kl. auf die Neufassung des § 106 Ve SGB V hin und bot eine einvernehmliche Regelung betreffend beider Prüfungsjahre an, wonach u.a. die festgesetzten Regresse in eine individuelle Beratung umgewandelt werden. Dem stimmte der Kl. am 02.04.2013 zu. Mit Schreiben vom 14.04.2013 zog er sein Einverständnis zurück. Der Bekl. stellte fest, dass die Verfahren um die Richtgrößenprüfungen durch die vom Kl. abgegebene Einverständniserklärung ihre Erledigung gefunden haben. Das *SG* wies die Klage ab.

3. Parodontose-Behandlung: Dokumentation zur Prüfung der Vorbehandlung

LSG Hessen, Urteil v. 13.04.2016 - L 4 KA 55/13

RID 16-02-38

SGB V § 106

Eine **Prüfung der Vorbehandlung** und deren Ergebnis vor Einleitung einer systematischen Parodontose-Behandlung ist nur möglich, wenn die Schritte vor Einleitung der Behandlung nachvollziehbar **dokumentiert** und damit belegt sind. Sofern hier Verstöße vorliegen, haben diese

Auswirkungen auf die Beurteilung der **Wirtschaftlichkeit** und sind nicht dem Bereich der sachlich-rechnerischen Berichtigung zuzuordnen.

Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung entfällt nicht bei einer **Genehmigung** der PAR-Behandlung durch die Krankenkasse.

Die Bet. streiten um eine Honorarkürzung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in sechs Parodontose-Fällen im Zeitraum Oktober 2008 bis August 2009 in Höhe von 2.352,43 €. *SG Marburg*, Gerichtsb. v. 30.08.2013 - S 12 KA 637/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Hessen, Urteil v. 13.04.2016 - L 4 KA 57/13

RID 16-02-39

LSG Hessen, Urteil v. 13.04.2016 - L 4 KA 56/13

RID 16-02-40

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 04.05.2016 - **B 6 KA 28/15 R** - können auch durch Reduzierung der Arbeitszeit eines angestellten Arztes entstandene ¼-Arztstellen in MVZ ohne zeitliche Einschränkung nachbesetzt werden. Nach der bisherigen Senats-Rspr. musste bei der Nachbesetzung von lediglich **Viertel-Arztstellen** die **Frist von sechs Monaten** nicht beachtet werden. Allerdings wird an dem Grundsatz, dass Viertel-Arztstellen in einem MVZ unbegrenzt offen gehalten werden dürfen, **für die Zukunft nicht festgehalten**. Die bisherige Annahme des Senats, es handele sich bei dem Offenhalten von Viertel-Stellen um ein seltenes und bedarfsplanungsrechtlich eher marginales Phänomen, das über eine Missbrauchsprüfung im Falle der gezielten Kumulation von solchen Beschäftigungsanteilen hinreichend bewältigt werden kann, ist nicht mehr gerechtfertigt. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch größere MVZ oder durch die Kumulation von Viertelstellen mehrerer MVZ **Beschäftigungskontingente doch in einem für die Entsperrung eines Planungsbereichs relevanten Umfang „gebunkert“ werden**. Aus diesem Grund verliert ein MVZ sein Nachbesetzungsrecht, wenn es über einen Zeitraum **von mehr als einem Jahr überhaupt keine ernsthaften und aussichtsreichen Bemühungen zur Nachbesetzung einer Viertel-Stelle unternimmt** und nicht belegen kann, dass und weshalb trotz des Ablaufs eines Jahres zeitnah noch mit einer Nachbesetzung mit diesem Beschäftigungsumfang gerechnet werden kann. Nach BSG, Urt. v. 04.05.2016 - **B 6 KA 21/15 R** - kann die **Nachbesetzung der Stelle in einem MVZ** nur dann und nur insoweit erfolgen, **wie der Vertragsarzt tatsächlich als angestellter Arzt im MVZ tätig geworden** ist. Damit wird auch verhindert, dass die Zulassungsgremien bei der Nachbesetzung im Falle der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit zu treffen haben, umgangen werden, indem ein Arzt zwar zunächst erklärt, auf seine Zulassung zu verzichten, „um in einem MVZ tätig zu werden“, die Tätigkeit dort tatsächlich aber nicht antritt, um dem MVZ sogleich die „Nachbesetzung“ durch einen selbst gewählten Angestellten zu ermöglichen. **Die zu fordernde Absicht des (ehemaligen) Vertragsarztes, im MVZ tätig zu werden**, wird sich - wie der Senat für die Zukunft klarstellt - grundsätzlich auf **eine Tätigkeitsdauer im MVZ von drei Jahren beziehen** müssen, wobei die schrittweise Reduzierung des Tätigkeitsumfangs um ¼ Stelle in Abständen von einem Jahr unschädlich ist. Bereits bestandskräftig erteilte Anstellungsgenehmigungen bleiben davon unberührt und können auch Grundlage einer späteren Stellennachbesetzung werden. Wenn ein Vertragsarzt, der auf seine Zulassung verzichtet, um in einem MVZ tätig zu werden, seine Tätigkeit im MVZ allerdings - wie vorliegend - von Anfang an nur im Umfang einer ¾ Stelle antritt, dann kann auch nur diese ¾ Stelle nachbesetzt werden. Nach BSG, Urt. v. 04.05.2016 - **B 6 KA 24/15 R** - ist eine **Anstellungsgenehmigung** nach § 32b Ärzte-ZV nicht dem einzelnen Arzt als Mitglied einer BAG zu erteilen, sondern **der BAG als Ganzes**. Dies stünde dem Erfolg der Klage hier aber bereits aus Gründen des Vertrauensschutzes nicht entgegen; zudem hat der Kläger ausdrücklich erklärt, dass er die Genehmigung der Anstellung auch im Namen der BAG geltend macht. Der **GBA** war unabhängig von den Änderungen durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz berechtigt, Arztgruppen mit bundesweit **weniger als 1.000 Vertragsärzten in die Bedarfsplanung einzubeziehen**. Auch das vom GBA beschlossene **Entscheidungsmoratorium** ist rechtlich nicht zu beanstanden. Nur auf diese Weise konnte verhindert werden, dass sich eine bereits bestehende Überversorgung in dem Zeitraum, der zur Entscheidung über die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen erforderlich ist, weiter erhöht. Soweit der GBA für alle neu in die Bedarfsplanung einbezogenen Arztgruppen einschließlich der Ärzte mit unmittelbarem Patientenkontakt gleichermaßen **den gesamten Bezirk** der KV als **Planungsbereich festgelegt** hat, kann der Senat dafür allerdings **keine ausreichenden sachlichen Gründe erkennen**. **Der GBA wird seine Entscheidung in diesem Punkt jeweils bezogen auf die einzelnen neu beplanten Arztgruppen bis zum Ende des Jahres 2017 zu überprüfen haben**. Auf der Grundlage der vorliegenden „Tragenden Gründe“ des GBA ist aus Sicht des Senats ferner nicht nachvollziehbar, weshalb der GBA für alle neu in die Bedarfsplanung einbezogenen Arztgruppen - trotz der bestehenden Unterschiede - einheitlich auf die **Anwendung des Demographiefaktors verzichtet** hat, während dieser Berechnungsfaktor für alle anderen nicht auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ausgerichteten Arztgruppen zur Anwendung kommen soll. Dass der GBA den Grad der bedarfsgerechten Versorgung auf der **Basis eines Stichtags bestimmt**, ist nicht zu beanstanden, auch weil bisher **kein allgemein anerkanntes Verfahren** für die Ermittlung der bedarfsgerechten Versorgung existiert. Der GBA konnte sich insoweit auf die **Verfahrensweise des Gesetzgebers** bei der Einführung der im Grundsatz bis heute geltenden Bedarfsplanung im Jahr 1993 und bei der Einbeziehung der Psychotherapeuten in die Bedarfsplanung im Jahr 1999 beziehen. Von dem durch den Gesetzgeber vorgezeichneten Stichtagsverfahren ist der GBA allerdings abgewichen, indem er den tatsächlich zum Stichtag bestehenden Versorgungsgrad nicht als bedarfsgerechten Versorgungsgrad (100 %), sondern - ohne dass dieser Prozentsatz mit entsprechenden Daten hinterlegt wäre - **auf 110 % und damit an der Grenze zur Überversorgung definiert hat**. Damit hat der GBA seinen **Gestaltungsspielraum überschritten**. Auf die Entscheidung im vorliegenden Verfahren wirkt sich dies angesichts eines Versorgungsgrades von etwa 160 % ebenso wenig aus, wie die Frage der Anwendung eines Demographiefaktors. Nach BSG, Urt. v. 23.03.2016 - **B 6 KA 9/15 R** - ist für die Beurteilung der **Fortführungsfähigkeit der Praxis** aus Gründen der Effektivität des Rechtsschutzes der **Zeitpunkt der Antragstellung auf Ausschreibung des Praxissitzes maßgeblich**, nicht

der Zeitpunkt des Beschlusses des Berufungsausschusses oder der letzten mündlichen Verhandlung vor dem Tatsachengericht. Eine Nachfolgezulassung scheidet nicht schon deshalb aus, weil nach der Bestandskraft der Zulassungsentziehung keine Zulassung mehr auf einen Nachfolger übertragen werden könnte. Die Wiederholung des Ausschreibungsantrags kann unter **Missbrauchsgesichtspunkten** ausgeschlossen sein, ebenso bei einer Manipulationsabsicht bzgl. des Bewerberfeldes. 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 - SozR 4-5520 § 20 Nr. 4**) 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. Zulassung

a) Zulassung nach partieller Öffnung eines Planungsbereichs

aa) Erziehungszeiten und Dauer der ärztlichen Tätigkeit/Räumliche Verteilung der Arztgruppe

LSG Hessen, Urteil v. 13.04.2016 - L 4 KA 48/14
SGB V §§ 95 II, 103 III; BedarfspIRL § 26

RID 16-02-41

Die Anrechnung von Erziehungs- und Pflegezeiten nach § 103 IV 7 SGB V führt u.U. dazu, dass ein Bewerber, der nach Facharztzulassung gar nicht mehr beruflich tätig war, mit Bewerbern gleichzusetzen ist, die über die volle fünfjährige Berufserfahrung nach Abschluss ihrer Facharztausbildung verfügen. Der Aspekt „**Dauer der ärztlichen Tätigkeit**“ kann durch eine so weitgehende Anrechnungsregelung, wie sie diese Norm enthält, seine Funktion vollständig verlieren. Ein solches Ergebnis ist aber weder sachgerecht noch verfassungsrechtlich geboten. Sichergestellt sein muss vielmehr, ungeachtet einzubeziehender Erziehungs- oder Pflegezeiten, wenigstens ein Mindestmaß an fachärztlicher Erfahrung, die ein Arzt nach Auffassung des Senats nur bei einer ärztlichen Tätigkeit (nach Facharztzulassung) von wenigstens einem Jahr besitzt.

Für die Beurteilung des **räumlichen Versorgungsbedarfs** kommt es nicht auf die Patientenschaft einer **Praxis**, sondern abstrakt auf die im Einzugsbereich der Praxis lebenden **Versicherten** an. Die Zulassungsgremien können die jeweilige Versorgungssituation an den Praxisstandorten im Hinblick auf Einwohnerzahl der Orte und Anzahl der vorhandenen Vertragsarztsitze miteinander vergleichen.

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer aktiven Konkurrentenklage um die Vergabe eines Vertragsarztsitzes für einen Gynäkologen/eine Gynäkologin nach partieller Öffnung. **SG Marburg**, Urt. v. 04.06.2014 - S 12 KA 12/14 - RID 14-03-38 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

bb) Auswahlentscheidung: Räumliche Verteilung/Abbau von Ermächtigungen/Offenes MRT

SG Marburg, Urteil v. 16.03.2016 - S 12 KA 170/15

RID 16-02-42

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95, 103; BedarfspRL § 26 IV Nr. 3

Leitsatz: 1. Eine **Auswahlentscheidung nach partieller Öffnung eines Planungsbereichs** hat auch die **räumliche Verteilung der Ärzte** der Fachgruppe innerhalb einer Raumordnungsregion zu berücksichtigen.

2. Die Ermessensausübung muss berücksichtigen, ob bestehende **Ermächtigungen** durch eine Zulassung ganz oder teilweise **abgebaut** werden können und ob deren Umfang nicht gerade auf einen Bedarf am geplanten Sitz eines Bewerbers hindeutet.

3. Wird für die Auswahlentscheidung wesentlich auf das **Vorhalten eines offenen MRT** abgestellt, reicht der Hinweis auf 46 Kostenerstattungsanträge im Quartal bzw. von 6,2 % der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe Radiologie in Bezug auf einen hälftigen Versorgungsauftrag nicht aus.

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer aktiven Konkurrentenklage um die Vergabe eines hälftigen Vertragsarztsitzes für einen Radiologen nach partieller Öffnung. Das **SG** verurteilte zur Neubescheidung.

b) Sonderbedarfszulassung

aa) Gastroenterologin: Konkreter Ermittlungsumfang

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 23.12.2015 - L 11 KA 104/14

RID 16-02-43

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 101 I 1 Nr. 1

Für eine **Sonderbedarfszulassung** als **Gastroenterologin** ist zu **ermitteln**, inwieweit die niedergelassenen Ärzte die von den ermächtigten Ärzten und den aufgrund einer Genehmigung nach § 73 Ia SGB V tätigen Vertragsärzten erbrachten gastroenterologischen Leistungen auffangen können. Es bieten sich u.a. insb. die Fragen an: Ist Dr. A hinsichtlich der gastroenterologischen Leistungen zu einer Anpassung seines Leistungsvolumens an den Durchschnitt oder darüber hinaus bereit bzw. in der Lage? Wie groß genau ist die von Dr. B und Dr. N für ihre Praxis für möglich erachtete Steigerung der gastroenterologischen Leistungen? Sind die Ärzte, insb. Dr. N, zu dieser Leistungssteigerung bereit?

Die Beigel. zu 7), eine Internistin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie, stellte im November 2005 ohne Erfolg einen Antrag auf Sonderbedarfszulassung. SG Düsseldorf, Ur. v. 28.01.2009 - S 14 KA 37/07 - verurteilte zur Neubescheidung. Der Bekl. wies im Mai 2011 den Widerspruch der Beigel. zu 7) erneut zurück. SG Düsseldorf, Ur. v. 23.11.2011 - S 14 KA 343/10 -) verurteilte nochmals zur Neubescheidung. Der Bekl. ließ die Beigel. zu 7) im Mai 2011 „mit einer halben Sonderbedarfszulassung als Fachärztin für Innere Medizin - Schwerpunkt Gastroenterologie“ zu. Hiergegen klagte die KV. **SG Düsseldorf**, Ur. v. 17.09.2014 - S 33 KA 335/12 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte den Bekl., über den Zulassungsantrag der Beigel. zu 7) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden und wies im Übrigen die Berufung der Kl. zurück.

bb) Anonymisierte Fragebögen unzulässig

SG Marburg, Urteil v. 16.03.2016 - S 12 KA 345/15

RID 16-02-44

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 25/16 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95, 101; BedarfspRL §§ 36 f.

Leitsatz: Liegen dem Berufungsausschuss die von der KV im Rahmen einer Sonderbedarfsprüfung eingeholten **Auskünfte** nicht vor, so kann er seinen **Beurteilungsspielraum** nicht richtig ausüben, da er jedenfalls in der Lage sein muss, die von der KV vorgenommene Auswertung und Zusammenfassung durch eigene Anschauung zu überprüfen. Auch die am Verfahren **Beteiligten** müssen die Möglichkeit haben, Einsicht in die Unterlagen zu erhalten. Nur so sind sie in der Lage, ggf. argumentativ Stellung zu nehmen. Von daher kann sich der Berufungsausschuss nicht darauf zurückziehen, die Unterlagen seien nicht Bestandteil seiner Verfahrensakte. Schließlich wird durch die Nichtoffenlegung der Unterlagen die **gerichtliche Kontrolle** eingeschränkt, wozu allenfalls der

Gesetzgeber berechtigt ist. Anonymisierte Fragebögen können in einem rechtsstaatlichen Zulassungsverfahren nicht verwandt werden.

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer sog. defensiven Konkurrentenklage um eine Sonderbedarfszulassung des Beigel. zu 8) als Facharzt für Frauenheilkunde mit der Zusatzweiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin mit einem hälftigen Versorgungsauftrag für die vertragsärztliche Tätigkeit. Das *SG* wies die Klage der Kl. zu 1) wegen fehlender Anfechtungsberechtigung ab und verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch des Kl. zu 2) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

c) Keine Beschwer einer Poliklinik bei Genehmigung der Zulassung einer angestellten Ärztin

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 26.02.2016 - L 24 KA 68/14

RID 16-02-45

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 103 IVa, 311; SGG § 96 IV; GG Art. 12

Leitsatz: Eine Poliklinik wird nicht in eigenen Rechten verletzt, wenn eine ehemalige Angestellte einen Vertragsarztsitz nach § 103 Abs. 4a S. 2 SGB V erhält.

Der Zulassungsausschuss genehmigte 1997 der Kl., einer Einrichtung nach § 311 SGB V, die Einstellung der Beigel. zu 2) als Fachärztin für Innere Medizin, die ihre Tätigkeit im November 2013 beendete, nachdem der Zulassungsausschuss sie im August 2013 nach § 103 IV SGB V i.V.m. § 311 II 2 SGB V und §§ 55 und 57 II BedarfspIRL zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen hatte. Die Kl. erhob Widerspruch, weil die Beigel. zu 2) nicht in den Personenkreis des § 103 IVa SGB V falle; sie habe nämlich seinerzeit nicht zugunsten der Klägerin auf eine Zulassung verzichtet. Deshalb gehöre sie nicht zu dem Personenkreis, der nach fünfjähriger Tätigkeit in einem MVZ berechtigt sei, eine Zulassung zu beantragen. Der Bekl. wies den Widerspruch als unzulässig zurück. Er ordnete die sofortige Vollziehung seiner Entscheidung an. *SG Potsdam*, Urt. v. 18.06.2014 - S 1 KA 136/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. Es führte u.a. aus, überdies sei die Zulassung im Einklang mit dem geltenden Recht erfolgt. Die Erteilung einer Zulassung nach § 103 IVa SGB V habe nicht (auch) die Voraussetzung, dass der jetzt nach mindestens fünfjähriger Tätigkeit in einem MVZ die Zulassung begehrende Arzt zuvor zu Gunsten des MVZ auf einen Vertragsarztsitz verzichtet hatte.

2. Nachbesetzungsverfahren

a) Kein Wahlrecht auf Entschädigung/Erforderlichkeit der Nachbesetzung

LSG Bayern, Beschluss v. 12.08.2014 - L 12 KA 67/14 B ER

RID 16-02-46

SGB V § 103 IIIa; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Gibt der Zulassungsausschuss dem Antrag eines Vertragsarztes auf **Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens** nach § 103 IIIa 1 i.V.m. IV 1 SGB V vollumfänglich statt, so fehlt es an einem **Rechtsschutzbedürfnis** für einen Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses. Die erstrebte gerichtliche Entscheidung kann dem Vertragsarzt keine rechtlichen oder tatsächlichen Vorteile verschaffen.

Die KV hat den Vertragsarzt nur dann in Geld zu entschädigen, wenn die Praxis wegen Antragsablehnung gerade nicht von einem Nachfolger weitergeführt wird. Der Vertragsarzt, dessen Zulassung aufgrund Tod, Verzicht oder Entziehung endet, hat **kein Wahlrecht** dahingehend, sich zwischen dem **Nachbesetzungsverfahren und der Entschädigungszahlung** zu entscheiden.

Die Entscheidung des Zulassungsausschusses, eine **Nachbesetzung aus Versorgungsgründen für erforderlich** zu halten, ist nicht zu beanstanden, wenn die Praxis (hier: eines Nervenarztes) eine fast durchschnittliche Fallzahl aufweist und somit maßgeblich zum Versorgungsgeschehen beiträgt. Es ist nicht Aufgabe des Zulassungsausschusses, im Rahmen der Entscheidung, ob ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt wird, eine betriebswirtschaftliche Auswertung der Praxisstruktur dahingehend durchzuführen, ob für den abgehenden Vertragsarzt ein freihändiger Verkauf der Praxis oder die Zahlung des Verkehrswertes durch die KV finanziell lukrativer ist.

SG München, Beschl. v. 15.04.2014 - S 43 KA 839/13 ER - wies den Antrag auf aufschiebende Wirkung der Klage (S 43 KA 705/13) ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

b) Ausschreibung eines halben Psychotherapeutenplatzes/Beeinträchtigung der Versorgung

SG Nürnberg, Urteil v. 25.09.2013 - S 1 KA 14/13

RID 16-02-47

Rechtskräftig
SGB V §§ 95, 103 IIIa

Ein **Psychotherapeut**, der über Praxisräume verfügt, Sprechzeiten durchführt und einen Patientenstamm hat, hat eine **fortführungsfähige Praxis**. Bei Beschränkung auf einen hälftigen Versorgungsauftrag muss die wirtschaftliche Tragfähigkeit nur in eingeschränktem Maß gegeben sein (BSG, Urt. v. 02.09.2009 - B 6 KA 34/08 R - BSGE 104, 116 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 7).

Die Zulassungsgremien haben einen **Beurteilungsspielraum** hinsichtlich der Frage, ob und inwieweit der Versorgungsbedarf bereits durch das Leistungsangebot der zugelassenen Psychotherapeuten gedeckt ist.

Bei einer **relativ geringen Fallzahl gegenüber dem Fachgruppendurchschnitt** (hier: 29,25 gegenüber 49,9 Fälle) und der Tatsache, dass lediglich ein **halber Vertragsarztsitz** ausgeschrieben werden soll, kann die Reduzierung um ca. 10 bis 15 Fälle pro Quartal bei einer Überversorgung von 130,2 % nicht zu einer **nachhaltigen Beeinträchtigung der Versorgung** führen. Der Zulassungsausschuss kann eine Ausschreibung ablehnen.

Der Kl. ist als Psychiater und Psychotherapeut zur ausschließlich psychotherapeutischen Tätigkeit zugelassen. Die Ausschreibung eines hälftigen Versorgungsauftrags lehnte der bekl. **Zulassungsausschuss** ab, weil eine fortführungsfähige Praxis fehle. Der Kl. habe in den Quartalen IV/11 bis III/12 im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt von 49,9 Fällen und einer Arbeitszeit von 14,46 Wochenstunden lediglich 29,25 Fälle pro Quartal abgerechnet. Darüber hinaus fehle es an einem für die Versorgung relevanten Umfang. Das SG wies die Klage ab.

3. Keine rückwirkende Rücknahme einer Anstellungsgenehmigung in MVZ

LSG Sachsen, Urteil v. 09.12.2015 - L 8 KA 2/13

RID 16-02-48

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 95 II, VI, 103 I 2, IVa; Ärzte-ZV § 27; BGB § 117; SGB X § 45

Leitsatz: Die **Genehmigung der Anstellung** eines Arztes kann nicht mit Wirkung für die **Vergangenheit zurückgenommen** werden.

SG Dresden, Urt. v. 14.11.2012 - S 11 KA 795/08 - hob auf Klage der KV den Bescheid des Bekl., mit dem die Anstellung in einem MVZ genehmigt worden war, auf und nahm die durch Beschluss des Zulassungsausschusses erteilte Anstellungsgenehmigung „mit Wirkung ab dem 01.04.2007 zurück“, das *LSG* wies die Klage ab.

4. Zulassungsentziehung

a) Nichtmehrausüben der vertragsärztlichen Tätigkeit: Geringe Fallzahl

SG Marburg, Urteil v. 16.03.2016 - S 12 KA 7/16

RID 16-02-49

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 29/16 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95 VI

Leitsatz: Ein **Nichtmehrausüben der vertragsärztlichen Tätigkeit** liegt vor, wenn ein Hausarzt laufend **weniger als 10% des Fachgruppendurchschnitts** an Patienten behandelt (hier: seit dem Quartal I/06) (Anschluss an LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.10.2010 - L 5 KA 2155/09 - juris, RID 11-01-55; SG München, Urt. v. 11.10.2011 - S 38 KA 1338/08 - juris, RID 11-04-60). Ein Ruhen der Zulassung kommt dann auch für einen hälftigen Versorgungsauftrag nicht in Betracht.

Das SG wies die Klage eines hausärztlich tätigen Internisten ab.

b) Frist zur Zahlung der Widerspruchsgebühr ist Ausschlussfrist

SG Karlsruhe, Urteil v. 24.02.2016 - S 4 KA 2628/14

RID 16-02-50

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Zahnärzte-ZV § 45 I

Im Verfahren vor dem Berufungsausschuss für Zahnärzte gilt nach § 45 I Zahnärzte-ZV der Widerspruch als zurückgenommen, wenn die Gebühr nach § 46 Zahnärzte-ZV nicht innerhalb der gesetzten Frist entrichtet ist. Die Frist des § 45 I 1 Zahnärzte-ZV ist eine **Ausschlussfrist** i.S.v. § 27 V SGB X und deswegen kann eine **Wiedereinsetzung** bereits dem Grunde nach nicht gewährt werden.

Zwischen den Beteiligten ist die Entziehung einer Zulassung zur kassenzahnärztlichen Versorgung im Streit. Das *SG* wies die Klage ab.

c) Keine Aussetzung eines Zulassungsentziehungsverfahrens wegen strafrechtlicher Ermittlungen

SG Marburg, Beschluss v. 04.04.2016 - S 12 KA 827/15

RID 16-02-51

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95 VI; SGG § 114 III; Ärzte-ZV § 27

Leitsatz: 1. Es besteht kein zwingender **Zusammenhang** zwischen einem strafrechtlichen **Ermittlungsverfahren** und einer **Zulassungsentziehung**, weder im Sinne einer Vorgeiflichkeit noch im Sinne einer rechtlichen Bedeutung, der eine Aussetzung des Verfahrens gebietet.

2. Der Gesichtspunkt der **Prozessökonomie** ermöglicht keine Aussetzung des Verfahrens, jedenfalls wenn sich die Verwaltungsentscheidung ausschließlich auf die Einlassung des Klägers bezieht, weitere Ermittlungsoptionen nicht ersichtlich sind und es an einem substantiierten Vortrag fehlt, welche noch von staatsanwaltschaftlicher Seite zu ermittelnden Tatsachen von Bedeutung sein sollen.

Der Kl. begehrt die Aussetzung des Verfahrens im Rahmen eines Rechtsstreits über die Entziehung seiner vertragszahnärztlichen Zulassung wegen gröblicher Pflichtverletzung aufgrund des ihm vorgeworfenen Abrechnungsbetrugs. Das *SG* lehnte den Antrag auf Aussetzung des Verfahrens ab.

5. Ermächtigungen

a) Keine Ermächtigung der Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Niedersachsen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 04.11.2015 - L 3 KA 88/11

RID 16-02-52

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 15/16 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Ärzte-ZV § 20 II 1; BMV-Ä § 31 II;

Leitsatz: Die Ärzte, die in den aufgrund des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) eingerichteten **Sozialpsychiatrischen Diensten** beschäftigt sind, können nicht beanspruchen, im Zusammenhang hiermit auch zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung **ermächtigt** zu werden.

SG Hannover, Urt. v. 04.05.2011 - S 72 KA 299/07 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Institutsermächtigung für Geburtshilfe: Qualifikationsgebundene Leistung/Persönliche Ermächtigung

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 03.03.2016 - L 5 KA 21/15

RID 16-02-53

Revision anhängig: B 6 KA 11/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = www2.mjv.rlp.de/Rechtsprechung = juris
SGB V § 98; Ärzte-ZV § 31 II; BMV-Ä § 5 II Nr. 2

Leitsatz: 1. Eine **Institutsermächtigung** nach § 5 Abs. 2 Nr 2 BMV-Ä bzw. § 9 Abs. 2 Nr. 2 EKV-Ä ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil es sich wegen des Erfordernisses einer Genehmigung nach der **Ultraschallvereinbarung** um qualifikationsgebundene Leistungen handelt.

2. Im Rahmen der **Ermessensentscheidung** über eine solche Institutsermächtigung kann die Zulassungsinstanz berücksichtigen, dass wegen vorhandener und noch möglicher **persönlicher Ermächtigungen** ein Schutzbedürfnis des Krankenhauses nicht besteht.

SG Mainz, Urt. v. 28.01.2015 - S 6 KA 116/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Anfechtung einer nephrologischen Ermächtigung

LSG Saarland, Urteil v. 24.04.2015 - L 3 KA 10/11

RID 16-02-54

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 3/16 R

juris

SGB V § 82 I; BMV-Ä Anl. 9.1 § 11 I, III; SGG § 54 I 2

Nachdem die Ermächtigung nicht nur eine Überweisung von Patienten zur ambulanten CAPD-Behandlung durch niedergelassene Nephrologen, sondern durch alle niedergelassenen Vertragsärzte ermöglicht, liegt insoweit keine Ermächtigung „zur Mitbehandlung“ gem. **§ 11 III Anlage 9.1 BMV-Ä** vor, sondern eine Ermächtigung gem. **§ 11 I** dieser Vorschrift, die das Vorliegen eines entsprechenden Versorgungsbedarfs voraussetzt. Werden zum Bestehen eines Versorgungsbedarfs keine Feststellungen getroffen, stellt sich die Ermächtigung zu Buchst. A) bereits aus diesem Grunde als rechtswidrig dar.

Eine **Drittanfechtungsbefugnis** eines niedergelassenen Nephrologen gegenüber einer einem Krankenhausarzt erteilten Ermächtigung ist zu verneinen, wenn diese Ermächtigung nach **§ 11 Abs. 3 der Anlage 9.1 BMV-Ä** erteilt worden ist.

Die Kl. wendet sich im Rahmen einer Drittanfechtungsklage, die sie als Fortsetzungsfeststellungsklage weiterführt, gegen eine - bis 30.06.2012 befristete - Ermächtigung zu Gunsten des Beigel. zu 8). *SG für das Saarland*, Urt. v. 20.04.2011 - S 2 KA 128/10 - wies die Klage ab, das *LSG* stellte fest, dass die dem Beigel. zu 8) erteilte Ermächtigung vom 05.05.2010 insoweit rechtswidrig war, als dieser für den Zeitraum vom 01.07.2010 bis zum 30.06.2012 zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von Patienten wie folgt ermächtigt wurde: „A) Auf Überweisung von niedergelassenen Vertragsärzten (keine ermächtigten Ärzte oder ärztliche geleitete Einrichtungen) 1. Ambulante Behandlung von CAPD-Patienten.“ Im Übrigen wies es die Berufung der Kl. zurück.

VI. Gesamtvergütung/Bewertungsausschuss/Pädiatrische Spezialambulanz

Nach BSG, Urt. v. 23.03.2016 - **B 6 KA 14/15 R** - berechtigt § 17 I 5 EKV-Z nicht zum endgültigen, sondern **nur vorläufigen Einbehalt** geltend gemachter Forderungen bei Versäumung der dort genannten **Fristen für eine sachlich-rechnerische Berichtigung auf Antrag einer Krankenkasse**. Nach BSG, Urt. v. 23.03.2016 - **B 6 KA 8/15 R** - erfassen die bundesmantelvertraglich vereinbarten **Bagatellgrenzen** nur den Ersatz eines „sonstigen Schadens“, **nicht aber sachlich-rechnerische Richtigstellungen** vertragsärztlicher Abrechnungen i.S.d. § 106a SGB V, zu denen die unzulässige **Mehrfachabrechnung** von Leistungen zweifelsfrei gehört, aber auch Fälle der **Angabe eines falschen Kostenträgers**, weil der Gesetzgeber diese Fallgruppe eines „sonstigen Schadens“ in § 106a III SGB V den sachlich-rechnerischen Richtigstellungen i.S.d. § 106a SGB V zugeordnet hat. Eine Berechtigung der Partner der Bundesmantelverträge, einzelne Regelungsgegenstände des § 106a III SGB V den Regeln über den Ausgleich „sonstiger Schäden“ zuzuweisen, besteht nicht.

1. Gesamtvergütung

a) Kein Zurückbehaltungsrecht gegen Abschlagszahlungen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 11.11.2015 - L 11 KA 47/13

RID 16-02-55

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 82, 83, 87c, 295 II 1; SGG § 12 III

§ 295 II 1 SGB V bezieht sich bereits ausweislich seines Wortlauts ausschließlich auf die „Abrechnung der Vergütung“ und nicht auf **Abschlagszahlungen** auf die Gesamtvergütung. Insofern besteht **kein Zurückbehaltungsrecht** gegen Abschlagszahlungen.

Die Regelung in einem Honorarvertrag, nach der eine „**Restzahlung**“ aufgrund einer **vorläufigen Rechnung** zu zahlen ist, ist keine Restzahlung auf die Gesamtvergütung, sondern eine weitere Abschlagszahlung.

Die Kl. begehrt von der Bekl. Verzugszinsen wegen verspäteter Zahlungen auf die Gesamtvergütung in den Jahren 2009 und 2010. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 27.02.2013 - S 14 KA 72/11 - verurteilte die Bekl., der Kl. einen Betrag in Höhe von 21.038,72 € nebst Prozesszinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

b) Anpassung des Vergütungsniveaus ausschließlich nach jahresbezogenen Veränderungen

LSG Sachsen, Urteil v. 09.12.2015 - L 8 KA 16/13 KL

RID 16-02-56

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 87a, 89 I

Leitsatz: 1. Auch für die Vereinbarung der **morbiditätsbedingten Gesamtvergütung** im Jahr 2013 gilt das Prinzip der **Vorjahresanknüpfung** (vgl. BSG vom 13.8.2014 - B 6 KA 6/14 R = BSGE 116, 280 = SozR 4-2500 § 87a Nr 2).

2. § 87a Abs. 4 SGB V bietet keine Grundlage für eine nicht auf Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr beruhende Anpassung des Behandlungsbedarfs.

3. Eine weitergehende Anpassung unter Berücksichtigung eines Nachholbedarfs im Vergleich zum Vergütungsniveau anderer Kassenärztlicher Vereinigungen - wie nunmehr in § 87a Abs. 4a SGB V (i.d.F. vom 23.7.2015) vorgesehen - konnte im Jahr 2013 nicht rechtmäßig vereinbart oder vom Schiedsamt festgesetzt werden.

Das **LSG** hob den Schiedsspruch insoweit auf, als in der Nr. 1.1 unter Berücksichtigung der Morbidität und Beachtung der Demografie in Sachsen die MGV für das Jahr 2013 um 2,81 % erhöht wird, und verpflichtete den Bekl., unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über die Anpassung des Behandlungsbedarfs neu zu entscheiden.

c) Festsetzung des regionalen Punktwerts/der Veränderungsrate für das Jahr 2013 in Bayern

LSG Bayern, Urteil v. 27.01.2016 - L 12 KA 29/13 KL

RID 16-02-57

Revision anhängig: B 6 KA 14/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 87 IIe u. IIg, 87a II 2, 89

Leitsatz: 1. Die Festsetzung des **Orientierungspunktwerts** nach § 87 Abs. 2e SGB V und die Empfehlungen des **Bewertungsausschusses** nach § 87a Abs. 5 SGB V sind für die Gesamtvertragsparteien und das Schiedsamt **verbindlich**.

2. Bei der Festsetzung des Orientierungspunktwerts und den Empfehlungen der diagnosebezogenen und demographischen Veränderungsarten (DÄ 2012, A 2322) für 2013 hat der Bewertungsausschuss seinen weiten **Gestaltungsspielraum** nicht überschritten.

Das **LSG** wies die Klage der KV gegen den Beschluss des Landesschiedsamtes ab.

2. Keine Anfechtung von Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses durch KV

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 07.10.2015 - L 7 KA 57/12

RID 16-02-58

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 85 IV, 89

Eine **KV** hat **keine Klagebefugnis** gegen **Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses**. Die Auffassung der Vorinstanz trifft zu, wonach einer Zulässigkeit der Klage die Nachrangigkeit der Normerlass- bzw. Normfeststellungsklage entgegensteht. Unmittelbarer Rechtsschutz gegen untergesetzliche Normen ist nur in denjenigen Ausnahmefällen eröffnet, in denen Betroffene ansonsten keinen effektiven Rechtsschutz erreichen könnten. Im konkreten Fall hätte die Kl. die Möglichkeit gehabt, im Hinblick auf die von ihr für rechtswidrig erachteten Regelungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses entsprechenden gesamtvertraglichen Regelungen nicht zuzustimmen, das Schiedsamt anzurufen und gegen die Entscheidung des Schiedsamtes Klage zu erheben. In deren Rahmen hätte sie inzident auch die Unwirksamkeit der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses geltend zu machen.

Die Klägerin verkennt ihre **Funktion innerhalb des vertragsärztlichen Systems**. Auch wenn die **KV** gesetzestechnisch als Selbstverwaltungskörperschaft organisiert ist, besteht ihre Aufgabe bei der Ausgestaltung des vertragsärztlichen Vergütungssystems doch primär darin, **als Behörde** i.S.v. § 1 SGB X die durch den Parlamentsgesetzgeber bzw. den (Erweiterten) Bewertungsausschuss als untergesetzlichem Normgeber erlassenen rechtlichen Vorgaben umzusetzen. Hierbei ist sie gemäß Art.

20 Abs. 3, 2. Halbsatz Grundgesetz wie jede andere Verwaltungsbehörde als Teil der vollziehenden Gewalt an übergeordnetes Recht gebunden.

SG Berlin, Urt. v. 02.05.2012 - S 83 KA 399/10 - wies die Klage der KV ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Pädiatrische Spezialambulanz: Zusätzliche Pauschale nicht für Vergangenheit

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 03.03.2016 - L 5 KA 25/15 KL

RID 16-02-59

Revision anhängig: B 6 KA 10/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 120 Ia

Leitsatz: Ein Krankenhausträger kann eine zusätzliche Pauschale für eine pädiatrische Spezialambulanz **nicht für zurückliegende Jahre** vor der Geltendmachung der Pauschale verlangen.

Mit der Klage wendet sich die kl. Krankenkasse gegen einen Beschluss der bekl. Schiedsstelle nach § 18a KHG, mit dem diese eine zusätzliche Pauschale für pädiatrische Spezialambulanzen nach § 120 Ia SGB V festgesetzt hat. Das *LSG* hob den Bescheid auf, soweit darin eine Pauschale nach § 120 Ia SGB V für die Jahre 2010 bis 2012 festgesetzt wird.

VII. Verfahrensrecht/EHV der KV Hessen

1. Keine Fortsetzungsfeststellungklage bei Änderung der Verhältnisse/Erledigung vor Klageerhebung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 24.02.2016 - L 5 KA 1783/13

RID 16-02-60

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG § 131 I 3

Leitsatz: Bei der **Fortsetzungsfeststellungklage** nach erledigtem Verpflichtungsbegehren tritt das konkrete Weiterverfolgungsinteresse an die Stelle der konkreten Wiederholungsgefahr bei erledigtem Anfechtungsbegehren. Es liegt nicht vor, wenn sich nach der behördlichen Versagungsentscheidung die **tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse geändert** haben und deswegen anzunehmen ist, dass gleichartige Anträge nicht mit gleichartigen Erwägungen abgelehnt werden.

Die Absicht, einen etwaigen **Schadensersatzanspruch** in einem nachfolgenden **Zivilprozess** geltend machen zu wollen, begründet ein berechtigtes Interesse i.S.d. § 131 Abs. 1 Satz 3 SGG nur, wenn die **Erledigung des Verpflichtungsbegehrens nach Klageerhebung** eingetreten ist.

Die Kl. ist eine BAG zweier Hautärzte, die ausschließlich dermatohistologische bzw. dermatopathologische Leistungen erbringt. Den im April 2010 gestellten Antrag, die Anstellung eines Pathologen zu genehmigen, lehnten die Zulassungsgremien ab. *SG Karlsruhe*, Urt. v. 18.12.2012 - S 4 KA 4240/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. Während des Berufungsverfahrens ist § 14a BMV-Ä mit Wirkung zum 01.10.2013 geändert worden. Bereits vor Klageerhebung stand die anzustellende Ärztin nicht mehr zur Verfügung.

2. Vollstreckungsgegenklage gegen Kostenfestsetzungsbeschluss

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 14.01.2016 - L 11 KA 77/14 B ER

RID 16-02-61

www.sozialgerichtsbarkeit.de
ZPO § 767; SGG §§ 86b, 202

§ 769 ZPO ist über § 202 Satz 1 SGG auch im sozialgerichtlichen Verfahren anwendbar und verdrängt § 86b II SGG infolge Spezialität.

Erweist sich schon das **Verhältnis von Gegenforderung und Hauptforderung** als ungewiss, kann der Vollstreckungsgegenklage ein gewisses Maß an Erfolgsaussicht nicht abgesprochen werden.

Der Ag. war seit 1989 zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. Mit BGH, Urt. v. 16.11.2006 - 3 StR 204/06 - RID 09-02-218 wurde er in 36 Fällen des gewerbs- und bandenmäßigen Betrugs für schuldig befunden. Die vertragszahnärztliche Zulassung wurde entzogen (BSG, Beschl. v. 05.11.2008 - B 6 KA 59/08 B - RID 09-01-107). Hierauf hat die Ast. vom Ag. Schadensersatz in Höhe von 53.533 € gefordert. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 25.02.2009 ä S 2 KA 29/08 - RID 09-02-81 hatte der Klage stattgegeben, *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 19.10.2011 - L 11 KA 30/09 - RID 12-03-90 wies die Berufung zurück, *BSG*, Urt. v. 20.03.2013 - B 6 KA 18/12 R - SozR 4-5545 § 23 Nr. 2 hob die vorinstanzlichen Urteile auf und auferlegte der Ast. die Kosten für alle Rechtszüge. Die Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle des SG setzte die zu erstattenden Kosten auf 14.634,55 € fest, zu verzinsen mit 5 % seit dem 11.12.2013. Hiergegen hat die Ast. am 30.06.2014 vor dem *SG Düsseldorf*

Klage gem. § 767 ZPO erhoben und gleichzeitig Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz gestellt, um (u.a.) die Zwangsvollstreckung aus dem Kostenfestsetzungsbeschluss für unzulässig zu erklären. Der Schadensersatzanspruch stehe ihr nach Grund und Höhe zu, wie auch das BSG festgestellt habe. Sie habe die Aufrechnung des Schadensersatzanspruchs mit der Forderung erklärt. Gleichwohl verlange der Prozessbevollmächtigte des Ag. die Zahlung des Betrags und drohe die Zwangsvollstreckung an. *SG Düsseldorf*, Beschl. v. 29.04.2014 - S 2 KA 277/14 ER - lehnte den Antrag ab. Das *LSG* ordnete an, dass die Zwangsvollstreckung aus dem Kostenfestsetzungsbeschluss des SG Düsseldorf bis zum Ausspruch des Urteils einstweilen einzustellen ist.

3. Einbehalt des EHV-Beitrags im Honorarbescheid ist Realakt (ab Quartal III/12)

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 01.04.2016 - S 12 KA 779/15

RID 16-02-62

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b; SGG §§ 54 I 1, 78 I 1

Leitsatz: Bei dem **Einbehalt des EHV-Beitrags im Honorarbescheid** ab dem Quartal III/12 (hier: Quartale III und IV/14) handelt es sich um einen **Realakt**, mit dem die Umsetzung des Beitragsklassenbescheides vorgenommen wird. Eine **Anfechtungsklage** hiergegen ist unzulässig. Eine Rechtsschutzlücke entsteht hierdurch nicht, da der Rechtsweg jedenfalls gegen den Beitragsklassenbescheid eröffnet ist (vgl. bereits SG Marburg, Gerichtsbes. v. 06.02.2015 - S 12 KA 330/13 - juris Rdnr. 28, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 83/14 -; SG Marburg, Gerichtsbes. v. 21.08.2015 - und S 12 KA 209/14 -, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 36/15 und L 4 KA 37/15).

VIII. Streitwert/Verfahrenskosten

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

1. Job-Sharing-Zulassung: Gegenstandswert/Geschäftsgebühr

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 16.12.2015 - L 11 KA 14/14

RID 16-02-63

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 101 I 1 Nr. 4; RVG §§ 2, 14

Für ein **Verfahren auf Zulassung im Wege eines sog. Job-Sharing** nach § 101 I 1 Nr. 1 SGB V ist der Ansatz des Auffangstreitwerts je Quartal für insgesamt drei Jahre zutreffend. Für ein solches Verfahren ist ein Ansatz der **Geschäftsgebühr** nach Nr. 2300 VV RVG mit 2,0 angemessen. Bei der Bewertung des Gebührenrahmens kommt es nicht auf die individuellen Fähigkeiten des eingeschalteten Rechtsanwalts an. Ebenso ist nicht entscheidend, welcher Rechtsmaterie der Streitgegenstand zuzuordnen ist. Nach den Erfahrungen des Senats erfordert die richterliche Bearbeitung von Angelegenheiten des Vertragsarztrechts gerade in Berufungsverfahren zumindest ein Vielfaches an Zeit und sonstigem Aufwand im Vergleich zu nahezu allen anderen dem LSG anfallenden Berufungsangelegenheiten. In der Regel ist der anwaltliche Aufwand spiegelbildlich.

SG Köln, Gerichtsbes. v. 18.02.2014 - S 26 KA 15/12 - wies die Klage der KV ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Kein Rechtsschutzinteresse eines unterlegenen Klägers an höherem Streitwert

LSG Hessen, Beschluss v. 11.03.2016 - L 4 KA 53/15 B

RID 16-02-64

GKG § 68; RVG § 32

Dem Kläger fehlt es an einem **Rechtsschutzinteresse**, da er nur dann rügeberechtigt ist, wenn der Streitwert zu seinen Lasten zu hoch festgesetzt wurde. Grundsätzlich kann zwar der bevollmächtigte Rechtsanwalt gemäß § 32 II RVG aus eigenem Recht eine Erhöhung des festgesetzten Streitwerts fordern. Dies ist jedoch nicht der Fall, wenn er „namens und in Vollmacht des Klägers“ Beschwerde einlegt und damit nicht in eigenem Namen.

SG Marburg, Beschl. v. 25.11.2015 - S 12 KA 636/15 ER - RID 16-01-43 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. Mit Beschl. v. 27.11.2015 berichtigte es den ursprünglich in Höhe von 9.795,22 € festgesetzten Streitwert auf 3.265,07 € (1/3). Das *LSG* verwarf die Beschwerde als unzulässig.

IX. Bundessozialgericht (BSG)

1. Individueller Anpassungsfaktor (KV Saarland, ab II/05)

BSG, Urteil v. 15.07.2015 - B 6 KA 28/14 R

RID 16-02-65

SozR 4-2500 § 85 Nr. 84

Leitsatz: Honorarverteilungsregelungen, nach denen sich der anzuerkennende Leistungsbedarf aus der Multiplikation des Punktzahlvolumens des Fachgruppendurchschnitts mit einem **individuellen Anpassungsfaktor** ergab, entsprachen der ab dem 1.4.2005 geltenden **Übergangsregelung** für die Einführung von Regelleistungsvolumen.

2. Sachlich-rechnerische Richtigstellung

a) Patientenbezogene Plausibilitätsprüfung: Honorarkürzung/Schätzung/Kein Verschulden

BSG, Beschluss v. 17.02.2016 - B 6 KA 50/15 B

RID 16-02-66

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 25.03.2015 - L 7 KA 5/12 - RID 15-03-7 wird zurückgewiesen.

Führen zwei Vertragsärzte nach außen eine Praxisgemeinschaft, behandeln aber die Patienten wie Mitglieder einer Gemeinschaftspraxis, steht ihnen nicht mehr **Honorar** zu, als wenn sie in einer **Gemeinschaftspraxis** tätig geworden wären (BSG, Urt. v. 22.03.2006 - B 6 KA 76/04 R - BSGE 96, 99 = SozR 4-5520 § 33 Nr. 6). Dies ist nicht im Sinne einer **Obergrenze** für die sachlich-rechnerische Richtigstellung zu verstehen.

Der **Schätzung** muss nicht zwingend ein Vergleich mit einer hypothetischen Gemeinschaftspraxis zugrunde liegen. Dem steht schon entgegen, dass bei einem Missbrauch der Gestaltungsform „Praxisgemeinschaft“ nicht allein die für Gemeinschaftspraxen bzw. Berufsausübungsgemeinschaften geltenden Regelungen umgangen werden, sondern mit ihm oftmals auch eine nicht medizinisch begründete **Fallzahlvermehrung** einhergeht; vorliegend wird dies etwa durch den Umstand belegt, dass die **Chipkarten** der Patienten regelhaft **in beiden Praxen eingelesen** werden. Die Verpflichtung zur vollständigen Erstattung des zu Unrecht Erlangten besteht selbst dann, wenn bei Wahl der rechtmäßigen Gestaltungsform der Honoraranspruch ebenso hoch gewesen wäre (BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 7/09 R - BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4, Rn. 67).

Der Senat hat bereits in BSG, Urt. v. 22.03.2006 - B 6 KA 76/04 R - a.a.O., Rn. 28 f. darauf hingewiesen, dass die Rechtmäßigkeit sachlich-rechnerischer Richtigstellungen grundsätzlich **kein Verschulden** voraussetzt. Etwas anderes gilt nur dann, wenn die KV den gesamten Honorarbescheid für ein Quartal allein wegen der **Unrichtigkeit der Abrechnungssammelerklärung** aufhebt (siehe hierzu BSG, Urt. v. 17.09.1997 - 6 RKa 86/95 - SozR 3-5550 § 35 Nr. 1). Dass in Fällen eines **Gestaltungsmisbrauchs** ein solches Vorgehen erforderlich ist, hat der Senat nicht angenommen.

b) Abrechnung der Chroniker-Pauschale: „Dauerbehandlung“ (Quartal I/10)

BSG, Beschluss v. 17.02.2016 - B 6 KA 63/15 B

RID 16-02-67

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Sachsen*, Urt. v. 26.05.2014 - L 8 KA 2/14 - RID 16-02-13 wird zurückgewiesen.

Eine **grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache** ergibt sich nicht aus der Auslegung der Leistungslegende der Bewertungsmaßstäbe im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich bezogen auf eine

einzelne Gebührenordnungsposition, auch wenn sich der Senat in seiner Rechtsprechung mit der konkreten Gebührenordnungsposition noch nicht befasst hat.

Die „**Dauerbehandlung**“ muss für die Abrechnung der **Chroniker-Pauschale** in den vier Quartalen unmittelbar vor der Abrechnung der Nr. 03212 EBM durchgeführt worden sein.

c) Pauschalierende Umlegung des Defizitanteils wegen Nachvergütung für Psychotherapeuten

BSG, Urteil v. 19.08.2015 - B 6 KA 36/14 R

RID 16-02-68

SozR 4-2500 § 106a Nr. 14

Leitsatz: Der mit der individuellen Berichtigung sämtlicher Honorarbescheide aller an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte für mehrere Quartale verbundene Aufwand kann dann die **pauschale Berechnung einer Honorarminderung** rechtfertigen, wenn er in keinem sinnvollen wirtschaftlichen Verhältnis zu dem möglichen Ertrag für den einzelnen Vertragsarzt steht.

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

BSG, Beschluss v. 30.03.2016 - B 6 KA 76/15 B

RID 16-02-69

BeckRS 2016, 68276

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hessen*, Urt. v. 28.10.2015 - L 4 KA 28/14 - RID 16-01-24 wird zurückgewiesen.

Das BSG geht für den Regelfall davon aus, dass sich aus der Anwendung der Grundsätze zur **Auslegung der Leistungslegende der Bewertungsmaßstäbe** im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich auf eine konkrete GOP eine grundsätzliche Bedeutung der Rechtsache auch dann nicht ergibt, wenn sich das BSG mit dieser konkreten Position noch nicht ausdrücklich befasst hat.

e) Zahnärzte: Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten als Obliegenheiten

BSG, Beschluss v. 17.03.2016 - B 6 KA 60/15 B

RID 16-02-70

BeckRS 2016, 68302

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hessen*, Urt. v. 27.05.2015 - L 4 KA 50/12 - RID 15-04-25 wird zurückgewiesen.

Nach der Rechtsprechung darf eine KV eine in Ansatz gebrachte Leistungsposition streichen, wenn deren **Voraussetzungen** erweislich **nicht vorliegen** oder wenn sich ihr Vorliegen im Einzelfall nicht **nachweisen** lässt (BSG, Beschl. v. 06.09.2000 - B 6 KA 17/00 B - juris Rn. 8 m.w.N.). Jedenfalls wenn sich begründete Zweifel daran ergeben, dass der Tatbestand einer Gebührenordnungsposition erfüllt ist, obliegt es danach auch dem Arzt, an der Beseitigung dieser Zweifel durch sachdienliche Angaben **mitzuwirken**, da ihn als Anspruchsteller grundsätzlich die Feststellungslast hinsichtlich der Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch trifft. Das gilt vor allem, wenn sich der Arzt auf für ihn günstige Tatsachen berufen will, die allein ihm bekannt sind oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können (BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 35 Rn. 40; zur Versagung des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses wegen Verletzung fehlender Mitwirkung des Krankenhauses an der Aufklärung des Sachverhalts vgl. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 18 Rn. 30 ff.). Welche Angaben dabei vom Arzt erwartet werden können, hängt von den **Umständen des Einzelfalles** und insbesondere der Art der erbrachten Leistung ab. Wenn eine Leistung in der Regel fachgerecht nur auf der Grundlage einer Röntgenuntersuchung erbracht werden kann, dann kann bei Zweifeln an der Erbringung einer konkreten Leistung die Vorlage des erstellten **Röntgenbildes** verlangt werden. Entsprechendes gilt für die Vorlage eines **OP-Berichtes** im Falle der Abrechnung von Operationsleistungen wie der Entfernung eines Zahnes durch Osteotomie.

3. Notdienst: Bei Ungeeignetheit ist Fortbildung erforderlich (Psychotherapeutische Medizin)

BSG, Urteil v. 19.08.2015 - B 6 KA 41/14 R

RID 16-02-71

BSGE = SozR 4-2500 § 75 Nr. 15 = ArztR 2016, 44 = ZMGR 2016, 43

Leitsatz: 1. Auch ein **ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt**, der mehr als zehn Jahre von der Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst befreit war, kann von der Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) nach einer angemessenen Übergangszeit zur Fortbildung wieder zur **Mitwirkung am Bereitschaftsdienst** herangezogen werden.

2. Die KÄV darf einen Arzt, von dem feststeht, dass er **nicht zur persönlichen Ausübung des Bereitschaftsdienstes geeignet ist**, nicht zur Dienstleistung einteilen, solange nicht sichergestellt ist, dass der Dienst jeweils von einem anderen, geeigneten Arzt übernommen wird (Klarstellung zu BSG vom 6.2.2008 - B 6 KA 13/06 R = SozR 4-2500 § 75 Nr 7).

3. Die KÄV kann gegen einen Arzt, der sich **weigert**, an **geeigneten Fortbildungsmaßnahmen** zur Wiedergewinnung der Eignung für die persönliche Ausübung des Bereitschaftsdienstes teilzunehmen, **Disziplinarmaßnahmen** ergreifen.

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka.. Beschl. v. 04.01.2016 - 1 BvR 3035/15 - nahm die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an.

4. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneimittelregress

a) Maßgebliches Recht in zeitlicher Hinsicht

BSG, Beschluss v. 17.02.2016 - B 6 KA 44/15 B

RID 16-02-72

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Hamburg**, Urt. v. 01.04.2015 - L 5 KA 66/13 - RID 15-03-37 wird zurückgewiesen.

Die Rechtmäßigkeit von Regressfestsetzungen und anderen Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung beurteilt sich nach st. Rspr. des Senats nach dem **im jeweiligen Prüfungszeitraum geltenden Recht**. Danach sind für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungs- oder Behandlungsweise in Prüfungszeiträumen, die vor Inkrafttreten einer Gesetzesänderung abgeschlossen waren, die zum früheren Zeitpunkt geltenden Rechtsvorschriften maßgeblich, soweit es die materiell-rechtlichen Vorgaben der Wirtschaftlichkeitsprüfung betrifft, es also um die Frage geht, nach welchen Grundsätzen diese Prüfung stattfindet und was ihr Gegenstand ist. Etwas anderes gilt lediglich dann, wenn es um die **Gestaltung des Prüfverfahrens** als solches geht, etwa bei Regelungen über die Zuständigkeit, die Besetzung von Verwaltungsstellen, das Verfahren bzw. die Form von Entscheidungen. Verfahrensvorschriften werden nach allgemeinen Grundsätzen mit ihrem Inkrafttreten unmittelbar wirksam.

Die in § 106 II 7 Halbs. 1 SGB V normierte **Begrenzung der Zahl der in die Prüfung einzubeziehenden Ärzte** stellt - ebenso wie die in § 106 Ve 1 SGB V bestimmte Suspendierung von Regressen ohne vorherige Beratung oder die Verkürzung der Ausschlussfrist für Richtgrößenprüfung auf zwei Jahre durch § 106 II 7 Halbs. 2 SGB V eine materiell-rechtliche Vorschrift dar.

b) Berechnung einer Honorarkürzung nach fiktivem Mischpunktwert

BSG, Beschluss v. 10.12.2015 - B 6 KA 58/15 B

RID 16-02-73

BeckRS 2016, 65265

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Sachsen-Anhalt**, Urt.. v. 10.12.2015 - L 9 KA 5/14 - wird zurückgewiesen.

Honorarkürzungen im Zuge der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind bei Leistungen, die Honorarbegrenzungsregelungen unterliegen, nach einem **fiktiven Mischpunktwert** zu berechnen (SozR 4-2500 § 106 Nr. 18 Rn. 26 f m.w.N.). Wird hierin ein unverhältnismäßiger Eingriff in die durch Art. 12 I GG geschützte Berufsausübungsfreiheit gesehen, bedarf es einer näheren Auseinandersetzung mit der Rspr. des BVerfG sowie des BSG zur Reichweite des Art. 12 GG insb. in Bezug auf die Honorarverteilung und die Wirtschaftlichkeitsprüfung (vgl. etwa BSGE 97, 170 = SozR 4-2500 § 87 Nr. 13 Rn. 23; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 71 Rn. 21 ff.).

c) Richtgrößenprüfung

aa) Regress nach Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Versorgung

BSG, Urteil v. 28.10.2015 - B 6 KA 45/14 R

RID 16-02-74

SozR 4-2500 § 106 Nr. 53

Leitsatz: Ein **Regress** wegen Überschreitung des **Richtgrößenvolumens** für die Verordnung von Arzneimitteln kann auch gegen einen Vertragsarzt festgesetzt werden, mit dem wegen seines zwischenzeitlichen **Ausscheidens aus der vertragsärztlichen Versorgung** keine individuelle Richtgröße für künftige Verordnungszeiträume mehr vereinbart werden kann.

bb) Hausärztliche Behandlung durch Kardiologen keine Praxisbesonderheit

BSG, Beschluss v. 19.01.2016 - B 6 KA 55/15 B

RID 16-02-75

BeckRS 2016, 66500

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Schleswig-Holstein*, Urt. v. 16.06.2015 - L 4 KA 13/13 - wird zurückgewiesen.

Es ist darzulegen, weshalb eine **hausärztlich-internistische Behandlung** der kardiologischen Patienten (eines Kardiologen), die der Abgrenzung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereiche gerade widerspricht, im Rahmen einer **Richtgrößenprüfung** berücksichtigt werden muss. Es liegt gerade nicht auf der Hand, dass der kardiologisch tätige Arzt die „Verordnungen für die anderen Beschwerdebilder mitübernehmen“ muss. Mit dem pauschalen Hinweis auf eine „immer **leitliniengerechte**“ **Therapie** kann eine Überschreitung von Richtgrößen nicht generell gerechtfertigt werden.

Weder die **Pflegebedürftigkeit** noch die spezielle **Wohnsituation** lassen ohne Weiteres auf erhöhte Verordnungskosten schließen (BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 41 Rn. 17).

d) Arzneimittelregress: Wahl der preisgünstigsten Bezugsquelle

BSG, Urteil v. 13.05.2015 - B 6 KA 18/14 R

RID 16-02-76

SozR 4-2500 § 106 Nr. 51

Leitsatz: 1. Die aus dem **Wirtschaftlichkeitsgebot** abzuleitende Verpflichtung der Leistungserbringer, bei gleich wirksamen Therapieansätzen den **kostengünstigeren** zu wählen, erfasst auch die Entscheidung für einen von mehreren rechtlich zulässigen **Bezugswegen für Arzneimittel**.

2. In besonderen Konstellationen kann ein **Arzneimittelregress** gegen einen Vertragsarzt unmittelbar auf die **Nichtbeachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots** gestützt werden.

3. Auf **Gerinnungsfaktoren** ist **kein Herstellerrabatt** zu gewähren.

5. Zulassungsrecht

a) Keine Zulassung bei Vollzeitbeschäftigung (Chefarzt eines Universitätsklinikums)

BSG, Urteil v. 16.12.2015 - B 6 KA 19/15 R

RID 16-02-77

BSGE = SozR 4-5520 § 20 Nr. 4

Leitsatz: Auch nach den zum 1.1.2012 in Kraft getretenen Änderungen durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz steht eine **vollzeitige Beschäftigung** oder sonstige nicht ehrenamtliche Tätigkeit der Erteilung einer **Zulassung** zur vertragsärztlichen Versorgung entgegen.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 16.12.2015 - B 6 KA 5/15 R

RID 16-02-78

juris

b) Konkurrentenklage bei Vielzahl zu besetzender Stellen

BSG, Urteil v. 15.07.2015 - B 6 KA 31/14 R

RID 16-02-79

SozR 4-1500 § 131 Nr. 9

Leitsatz: Beschränkt ein unterlegener Mitbewerber seine **Anfechtungsklage** auf einen von mehreren erfolgreichen Konkurrenten und erklärt dieser Konkurrent im Laufe des Verfahrens seinen Verzicht auf die erteilte Zulassung, hat sich damit das Zulassungsverfahren für den Mitbewerber erledigt.

c) Konkurrentenklage bei Vielzahl zu besetzender Stellen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

BSG, Urteil v. 15.07.2015 - B 6 KA 32/14 R

RID 16-02-80

BSGE = SozR 4-2500 § 101 Nr. 17 = GesR 2016, 104

Leitsatz: 1. Wird eine Entscheidung der Zulassungsgremien, welche die **Besetzung einer Mehrzahl von Vertragsarztsitzen** betrifft, in einem Bescheid zusammengefasst, sind nicht berücksichtigte Bewerber berechtigt, ihre **Klage** auf ausgewählte Konkurrenten zu beschränken.

2. Für die Besetzung von Therapeutesitzen zur ausschließlichen Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** und **psychologische Psychotherapeuten** mit zusätzlicher Fachkundausbildung gleichermaßen **qualifiziert**.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 15.07.2015 - B 6 KA 29/14 R

RID 16-02-81

juris

d) Job-Sharing/Punktzahlobergrenze: Darlegung substantieller Anhaltspunkte/Beweisantrag

BSG, Beschluss v. 17.02.2016 - B 6 KA 64/15 B

RID 16-02-82

BeckRS 2016, 67430

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Hessen**, Urt.. v. 29.07.2015 - L 4 KA 20/11 - RID 15-04-54 wird zurückgewiesen.

Nach BSG, Urt. v. 15.07.2015 - B 6 KA 26/14 R - SozR 4 (vorgesehen) = ZMGR 2016, 39 genügt allein der Hinweis auf die **Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung** den Anforderungen an einen Antrag auf Änderung der Abrechnungsobergrenzen nicht.

Ein Verfahrensmangel kann auf eine Verletzung von § 109 SGG und § 128 I SGG (Grundsatz der freien richterlichen Beweiswürdigung) und auf eine Verletzung des § 103 SGG (Amtsermittlungsgrundsatz) nur gestützt werden, wenn er sich auf einen **Beweisantrag** bezieht, dem das LSG ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist. Konkret bedeutet dies, dass die Beschwerdebegündung (1) einen ohne Weiteres auffindbaren Beweisantrag bezeichnen, (2) die Rechtsauffassung des LSG wiedergeben, auf deren Grundlage bestimmte Tatfragen als klärungsbedürftig hätten erscheinen müssen, (3) die von dem Beweisantrag betroffenen Tatumstände darlegen, die zu weiterer Sachaufklärung Anlass gegeben hätten, (4) das voraussichtliche Ergebnis der unterbliebenen Beweisaufnahme angeben und (5) schildern muss, weshalb die Entscheidung des LSG auf der angeblich fehlerhaft unterlassenen Beweisaufnahme beruhen kann, das LSG mithin bei Kenntnis des behaupteten Ergebnisses der unterbliebenen Beweisaufnahme von seinem Standpunkt aus zu einem anderen, dem Beschwerdeführer günstigeren Ergebnis hätte gelangen können (vgl. zum Ganzen BSG SozR 4-1500 § 160a Nr. 3 Rn. 5 m.w.N.).

e) Zulassungsentziehung: Kein Wohlverhalten bei fehlender Einsicht in Unrechtsgehalt

BSG, Beschluss v. 22.03.2016 - B 6 KA 69/15 B

RID 16-02-83

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hamburg*, Urteil v. 07.10.2015 - L 5 KA 20/13 - RID 15-04-55 wird zurückgewiesen.

Bereits geklärt ist, dass der Annahme eines „**Wohlverhaltens**“ entgegensteht, wenn einem Arzt erkennbar die **Einsicht in den Unrechtsgehalt** seines zur Zulassungsentziehung führenden Verhaltens fehlt und er weiterhin in Abrede stellt, sich fehlerhaft verhalten zu haben (vgl. BSGE 112, 90 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 26 Rn.42; BSG SozR 4-5520 § 21 Nr. 1 Rn. 15; BVerfG SozR 4-2500 § 95 Nr. 18 Rn.4; BSG, Beschl. v. 30.10.2013 - B 6 KA 6/13 B - MedR 2014, 609 Rn. 11). Die von der Kl. vertretene Auffassung, nach der „eine Rechtsverteidigung, zumindest bis zum Vorliegen einer rechtskräftigen Entscheidung eines Gerichts, schon aus Gründen der Rechtsstaatlichkeit nie eine mangelnde Einsicht beweisen“ könne, ist danach jedenfalls in dieser Allgemeinheit nicht zutreffend.

f) Keine Sonderbedarfszulassung als Psychotherapeut wegen türkischer Sprachkenntnisse

BSG, Beschluss v. 16.03.2016 - B 6 KA 56/15 B

RID 16-02-84

BeckRS 2016, 67954

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 24.06.2015 - L 3 KA 19/12 - wird zurückgewiesen.

Der Senat hat dargelegt, dass der für eine qualifikationsbezogene **Sonderbedarfszulassung** maßgebliche „**Versorgungsbedarf**“ maßgeblich von einer besonderen, nachgewiesenen **Befähigung** des Arztes oder Psychotherapeuten her definiert wird, die in Form einer speziellen Weiterbildung oder Subspezialisierung nach der Weiterbildungsordnung ihren Niederschlag gefunden hat (BSG SozR 4-2500 § 101 Nr. 16 Rn. 24). Diese Feststellung gilt für Ärzte und Psychotherapeuten gleichermaßen, wurde vom Senat aber explizit in einem Verfahren getroffen, das von einem Psychologischen Psychotherapeuten geführt wurde. Die Grundaussage, dass eine Sonderbedarfszulassung nicht auf besondere Kommunikationsmethoden oder Sprachkenntnisse gestützt werden kann, gilt daher auch für Psychologische Psychotherapeuten.

6. Gesamtvergütung

a) Aufrechnung der Gesamtvergütung mit Richtgrößenregress

BSG, Urteil v. 28.10.2015 - B 6 KA 15/15 R

RID 16-02-85

SozR 4-2500 § 106 Nr. 52 = GesR 2016, 110

Leitsatz: Bei einem **Richtgrößenregress** reduziert sich die **Gesamtvergütung** grundsätzlich unabhängig davon um den festgesetzten Regressbetrag, ob die Kassenärztliche Vereinigung die Regressforderung gegenüber dem Vertragsarzt durchsetzen kann.

b) Fremdkassenzahlungsausgleich: Verständigung über Wohnsitzausländer erforderlich

BSG, Beschluss v. 17.02.2016 - B 6 KA 38/15 B

RID 16-02-86

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hamburg*, Urt. v. 01.04.2015 - L 5 KA 58/13 - RID 15-03-67 wird zurückgewiesen.

Es steht nach der Rechtsprechung des Senats außer Zweifel, dass eine **Krankenkasse** an die von ihrem **Landesverband geschlossenen Vereinbarungen gebunden** ist, sofern diese nicht ausnahmsweise nichtig sind.

Wenn in einem Rechtsstreit zwischen einer Krankenkasse und einer KV über die Höhe der zu zahlenden Gesamtvergütung eine Auslegung des Inhalts der Gesamtvergütungsvereinbarung

erforderlich ist, müssen die Partner der Gesamtvergütungsvereinbarung auf Kassenseite nicht notwendig **beigeladen** werden.

7. GBA: Streichung aus der Liste der verordnungsfähigen Medizinprodukte

BSG, Urteil v. 13.05.2015 - B 6 KA 14/14 R

RID 16-02-87

BSGE = SozR 4-2500 § 34 Nr. 17

Leitsatz: 1. Die vergleichende Betrachtung der **Zweckmäßigkeit von Medizinprodukten** obliegt dem **Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA)** als ständige Aufgabe und berechtigt ihn für den Fall, dass nunmehr andere – zweckmäßigere - Medizinprodukte verfügbar werden, ein weniger zweckmäßiges Medizinprodukt aus der Übersicht zu entfernen.

2. Der GBA ist berechtigt, für den **Beleg des medizinischen Nutzens** und der Zweckmäßigkeit von Medizinprodukten grundsätzlich Studien höchster Evidenz zu fordern.

3. Auch bei der **Streichung eines Medizinprodukts** aus der Übersicht der ausnahmsweise verordnungsfähigen Medizinprodukte ist dem betroffenen Hersteller ein entsprechender **Verwaltungsakt** zu erteilen.

4. Die **Herausnahme eines Medizinprodukts** aus der Übersicht erfordert nicht die Aufhebung des Verwaltungsakts über dessen Aufnahme in die Übersicht, weil sich dieser **Verwaltungsakt erledigt** hat; die für die Aufhebung von Verwaltungsakten geltenden Vorschriften (§§ 44 ff. SGB X) finden keine Anwendung.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. (Zahn-)Ärztliche Behandlung

1. Approbation Voraussetzung für ärztliche/psychotherapeutische Behandlung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 26.01.2016 - L 4 KR 209/15

RID 16-02-88

Revision anhängig: B 1 KR 4/16 R

juris

SGB V §§ 2 Ia, 27 I 2 Nr. 1, 28 III; PsychThG § 5; GG Art. 2 II 1

Orientierungssatz (juris): Die **Approbation** als berufsrechtliche Zulassung zur Tätigkeit als Arzt ist zwingende Voraussetzung für die Tätigkeit als abrechnungsberechtigter Therapeut auch bei einer außervertraglichen Psychotherapie. Dies gilt auch für Fälle des Systemversagens, des medizinischen Notfalls oder beim Vorliegen einer notstandsähnlichen Situation i.S.v. § 2 Ia SGB V. Diese Mindestvoraussetzung ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden (vgl. u.a. BSG, Beschl. v. 10.02.2004 - B 1 KR 10/03 B - juris; LSG Baden-Württemberg, Urte. v. 06.07.2012 - L 11 KR 4261/11 - RID 12-03-117; LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 10.04.2014 - L 8 SO 16/14 B ER - RID 14-03-306; LSG Baden-Württemberg, Urte. v. 22.07.2014 - L 11 KR 258/14 - RID 14-04-87).

Vorausgehend: *SG Braunschweig*, Urte. v. 28.05.2015 - S 31 KR 43/14 -.

2. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Chemo-Immuntherapie mit Hyperthermie, onkolog. Viren, dendrit. Zellen u. Thymuspräparaten

SG Augsburg, Urteil v. 28.07.2015 - S 6 KR 147/14

RID 16-02-89

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 27, 135 I

Bei einer **Chemo-Immuntherapie** mit kombinierter Hyperthermie, onkologischen Viren, dendritischen Zellen und Thymuspräparaten handelt es sich nicht um eine zugelassene Behandlungsmethode gemäß § 135 I SGB V. Bei einem **Pankreasschwanz-Karzinom** besteht keine nicht entfernt liegende Aussicht auf positive Einwirkungen auf den Krankheitsverlauf. Zudem besteht eine **Behandlungsalternative** mit einer adjuvanten Chemotherapie mit Gemcitabine.

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Laser-Epilation bei Hirsutismus

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 08.02.2016 - L 5 KR 226/15

RID 16-02-90

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 19/16 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = <http://www3.mjv.rlp.de/rechtspr> = juris

SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 27 I, 135 I

Leitsatz: Kein Anspruch auf Behandlung eines Hirsutismus (männliche Körperbehaarung bei Frauen) mittels Laser-Epilation.

SG Mainz, Gerichtsbb. v. 09.10.2015 - S 14 KR 367/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Kopforthese (Helmtherapie)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 11.06.2015 - L 1 KR 141/14

RID 16-02-91

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 30/15 R

juris

SGB V §§ 13, 27, 135

Zwar besteht bei der Schädelasymmetrie eines Säuglings nur ein kurzes Zeitfenster von wenigen Monaten zur Regulierung der Schädelasymmetrie. Hieraus folgt aber keine **Eilbedürftigkeit**, weshalb vor Behandlungsbeginn eine Entscheidung der Krankenkasse nicht abgewartet werden könnte.

Versicherte der GKV haben keinen Anspruch auf eine **Behandlung mittels Kopforthese** (Behandlungsjahr 2013), da es sich um eine neue ärztliche Behandlungsmethode handelt, über die der GBA eine positive Empfehlung noch nicht abgegeben hat.

SG Oldenburg, Gerichtsbb. v. 03.03.2014 - S 62 KR 328/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

S. auch LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 24.02.2015 - L 11 KR 3297/14 - RID 15-02-111, Revision anhängig: B 3 KR 1/16 R.

Parallelverfahren:

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 25.08.2015 - L 4 KR 300/1

RID 16-02-92

juris

d) Mamma-Magnetresonanztomographie

LSG Thüringen, Urteil v. 24.11.2015 - L 6 KR 826/12

RID 16-02-93

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 135

Die **Mamma-Magnetresonanztomographie** ist als nicht anerkannte Untersuchungsmethode nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung; eine Abrechnung nach dem EBM ist nicht möglich (vgl. BSG, Urt. v. 26.09.2006 - B 1 KR 3/06 R - SozR 4-2500 § 27 Nr. 10 m.w.N.). Die Magnetresonanztomographie der weiblichen Brust ist seit Oktober 2001 in der Anlage I der NUB-Richtlinie (vorher BUB-Richtlinie) nur **bei bestimmten Indikationen** zugelassen.

SG Meiningen, Urt. v. 31.01.2012 - S 16 KR 1066/10 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

e) Optische Kohärenztomografie (OCT) bei einem diabetischen Makulaödem

SG Rostock, Urteil v. 24.09.2014 - S 15 KR 36/12

RID 16-02-94

juris

SGB V § 135 I

Leitsatz: Die Kosten der **optischen Kohärenztomografie (OCT)** sind bei einem diabetischen Makulaödem nach den Grundsätzen des **Systemversagens** von der gesetzlichen Krankenkasse zu übernehmen.

Das *SG* verpflichtete die Bekl., die Kl. von den Kosten der ambulant durchgeführten optischen Kohärenztomografie (OCT) in Höhe von 84,87 € freizustellen und auch in Zukunft die Kosten für eine Untersuchung mittels optischer Kohärenztomografie (OCT) als Verlaufskontrolle über das Ausmaß der exsudativen Veränderungen zu übernehmen.

f) Wangenauffüll-Behandlung mit „New-Fill/Sculptra“

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 23.09.2015 - L 9 KR 343/13

RID 16-02-95

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 27, 28 I, 135 I

Leitsatz: Injektionen mit dem **Medizinprodukt Sculptra** stellen eine einheitliche **ärztliche Behandlung** im Sinne des § 28 Abs. 1 SGB V dar und sind auch dann keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie der Behandlung einer Krankheit (hier: Lipoatrophie bei HIV-Infektion) dienen (wie schon Urteil vom 18. Februar 2010, L 9 KR 10/08 - RID 10-03-97).

Der an einer HIV-Infektion leidende Kl. begehrt die Versorgung mit Poly-Milchsäure in Form des Medizinprodukts Sculptra zur Behandlung einer Fettverteilungsstörung im Bindegewebe der Wangenknochen. *SG Berlin*, Urt. v. 18.10.2013 - S 81 KR 1385/09 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

g) Holotherapie

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.02.2016 - L 11 KR 2871/15

RID 16-02-96

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 25/16 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 27 I, 135 I; GG Art. 2

Leitsatz: Die **Holotherapie** nach Unkel ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (Behandlungsjahre 2013 bis 2015).

Die 1976 geb. Kl. litt an Adipositas permagna dritten Grades (BMI 51). Im August 2013 beantragte sie erfolglos die Übernahme der Kosten für eine Holotherapie in Höhe von voraussichtlich 10.560 € für 3 mal 40 Behandlungen. Nach der vorgelegten Bescheinigung der Behandlerin B.-U. wirke die Behandlung wie eine Verjüngungskur für Körper und Geist. Die angewandte Therapie, die als energetisch-manuelle Therapie bezeichnet werde, umfasse zwei Behandlungsmethoden: zum einen würden mittels Massage die Energiepunkte des Körpers angeregt, zum anderen würden mit Hilfe der Laser-Akupressur die Energiepunkte durch Druck aktiviert. Die Behandlungsmethode sei von Anthonie U. entwickelt worden und werde seit dessen Tod 1992 von Frau B.-U. weitergeführt. **SG Karlsruhe**, Gerichtsbb. v. 08.06.2015 - S 6 KR 2186/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

h) Kein Eilverfahren mit dem Ziel einer Normergänzung durch den GBA

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.02.2016 - L 9 KR 495/15 KL ER

RID 16-02-97

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 29 IV Nr. 3, 92 I 1, 135 I

Leitsatz: Zwar kann mit der fachgerichtlichen **Feststellungsklage** nicht nur die Unwirksamkeit einer untergesetzlichen Rechtsnorm (hier: einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses), sondern auch ein Anspruch auf deren Ergänzung geltend gemacht werden. Allerdings ist es ausgeschlossen, diese **Normergänzung** schon **im Wege vorläufigen Rechtsschutzes** zu verfolgen. Die im Falle einer Stattgabe stets gegebene Vorwegnahme der Hauptsache im Eilverfahren wäre dem Gegenstand der Normsetzung wesensfremd, denn Normsetzung hat von ihrer Natur her stets dauerhaften Charakter, so dass es ausgeschlossen ist, sie im Wege einstweiligen Rechtsschutzes vorläufig zu erwirken.

Der 1961 geb. Ast. leidet unter Diabetes mellitus und verfolgt das Ziel, von seiner Krankenkasse mit einem CGM Starterset MiniMed 640g („Continuous Glucosemonitoring System“) versorgt zu werden, das ihm vertragsärztlich verordnet wurde. Im August 2015 hat der Kl. eine Klage gegen den GBA erhoben, mit der er das Ziel verfolgt, diesen zu verpflichten, eine positive Empfehlung für das CGMS abzugeben (L 9 KR 443/15 KL). Daneben hat er einen Eilantrag gestellt. Das **LSG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück.

3. Zahnärztliche Behandlung: Erneuerung einer Suprakonstruktion

SG Düsseldorf, Urteil v. 28.08.2015 - S 8 KR 1160/13

RID 16-02-98

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 11, 27, 28

Der Anspruch auf die Versorgung mit einer **neuen Suprakonstruktion** als Sachleistungsanspruch ergibt sich bereits aufgrund des Wortlauts der Gesetzesvorschrift des § 28 II 9 SGB V. Denn dort ist geregelt, dass die implantologischen Leistungen „einschließlich der Suprakonstruktion“ zu erbringen sind. Dies bedeutet, dass die Suprakonstruktion als quasi begleitende Leistung und Zubehör der Implantate zur Verfügung zu stellen ist. Die Suprakonstruktion teilt das Schicksal der Implantate.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten für die Suprakonstruktion vollständig zu übernehmen.

II. Stationäre Behandlung

1. Adipositaschirurgische Maßnahmen

a) Ausschöpfen konservativer Behandlungsmaßnahmen: Multimodales Therapiekonzept

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 15.02.2016 - L 11 KR 94/15

RID 16-02-99

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 13 III, 27 I, 39 I

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach nach der Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ die konservativen Behandlungsmöglichkeiten dann erschöpft sind, wenn durch eine **multimodale konservative Therapie** von sechs bis zwölf Monaten das Therapieziel nicht erreicht und gehalten worden ist, ist zutreffend. Ein Versicherter, der ein solches multimodales Therapiekonzept nicht durchgeführt hat, hat keinen Anspruch auf eine Magenbandoperation.

In Eigenregie durchgeführtes **intensives Sporttreiben** reicht nicht aus, um die chirurgische Behandlung als notwendige und wirtschaftliche Maßnahme anzuerkennen.

SG Düsseldorf, Urt. v. 19.12.2014 - S 34 KR 1063/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Ausschöpfen der konservative Therapie

SG Aachen, Urteil v. 16.12.2015 - S 1 KR 126/15

RID 16-02-100

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 27 I 1

Die **konservative Therapie ist erschöpft**, wenn mittels einer energiereduzierten Mischkost bei Durchführung einer Ausdauer- und/oder Kraftausdauersportart mit mindestens zwei Stunden/Woche über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten das Therapieziel, eine dem Zeitraum angemessene Gewichtsreduktion, nicht erreicht wird.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. eine adipositas-chirurgische Behandlung (bariatrische Operation) zu gewähren.

c) Voraussetzungen nach der Leitlinie „Chirurgie der Adipositas“/Kein Halten des Gewichtsverlusts

SG Speyer, Urteil v. 10.03.2016 - S 13 KR 694/14

RID 16-02-101

juris

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 1

Nach der **Leitlinie „Chirurgie der Adipositas“** vom Juni 2010 (Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie - Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Adipositas therapie -, Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin) (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 09.01.2014 - L 5 KR 325/12 - juris) sind adipositaschirurgische Maßnahmen unter folgenden Voraussetzungen indiziert:

- BMI von mindestens 40 kg/m² oder von mindestens 35 kg/m² mit erheblichen Begleiterkrankungen;
- tolerables Operationsrisiko;
- ausreichende Motivation und Compliance;
- Gewährleistung einer langfristigen medizinischen Nachsorge;
- keine instabilen psychopathologischen Zustände, aktive Substanzabhängigkeit oder unbehandelte Bulimia nervosa; allerdings stellen psychische Erkrankungen keine generelle Kontraindikation mehr dar;
- grundsätzlich Erschöpfung der konservativen Therapie (multimodale Therapie - Ernährung, Bewegung, ggf. Psychotherapie - über 6 bis 12 Monate ohne anhaltenden Gewichtsverlust von 10-30 % des Ausgangsgewichts); ausnahmsweise primäre Indikation bei geringen

Erfolgsaussichten der konservativen Therapie nach Art und/oder Schwere der Krankheit oder psychosozialen Gegebenheiten.

Es ist unschädlich, wenn ein **Abnehmprogramm** zuletzt 2007 absolviert wurde. Maßgeblich ist, dass in der Folge der **Gewichtsverlust nicht gehalten werden** konnte, weshalb eine Versicherte nicht erneut auf dieses Programm oder ein entsprechendes Programm verwiesen werden kann.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. eine minimalinvasive adipositaschirurgische Operation einschl. der postoperativen Nachsorge als Sachleistung zu gewähren.

2. Liposuktion: Nur Maßstab der evidenzbasierten Medizin

LSG Sachsen, Urteil v. 23.07.2015 - L 1 KR 104/15

RID 16-02-102

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 13/16 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 39

Eine Behandlung im Wege der stationären Durchführung einer **Liposuktion** gehört nicht zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung, weil die Liposuktion nicht dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht (vgl. bereits LSG Sachsen, Urt. v. 16.01.2014 - L 1 KR 229/10 - RID 14-01-87).

SG Dresden, Gerichtsbb. v. 13.04-2015 - S 25 KR 144/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Operative Ganzkörperstraffung der Haut nach Gewichtsreduzierung um 95 kg

SG Aachen, Urteil v. 01.03.2016 - S 13 KR 379/15

RID 16-02-103

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 263/16 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 27 I, 39 I

Infolge der Reduzierung des Körpergewichts um 95 kg entstandene **Hautlappenüberschüsse** in mehreren Bereichen des Körpers, teilweise im Sinne sog. Fettschürzen, können nicht als **behandlungsbedürftige Krankheit** bewertet werden, wenn damit keine körperliche Fehlfunktion verbunden ist. Hautveränderungen (Ekzem/Rötung/Pilzbildung) sind dermatologisch behandelbar. Einer psychischen Belastung ist mit Mitteln der Psychiatrie und Psychotherapie zu begegnen.

Das **SG** wies die Klage ab.

III. Kostenerstattung

Nach BSG, Urt. v. 08.03.2016 - **B 1 KR 25/15 R** - hat ein Versicherter kraft **Genehmigungsfiktion** Anspruch auf Erstattung der Kosten für von ihm selbst beschaffte 24 Sitzungen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, wenn sein Antrag auf die Sachleistung eine Leistung betrifft, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt und die er aufgrund der Einschätzung seiner Therapeutin für erforderlich halten durfte. Da die Krankenkasse über den Antrag **nicht binnen drei Wochen entschied**, ohne hierfür Gründe mitzuteilen, galt die Leistung als genehmigt. Sie war auch noch im Zeitpunkt der Beschaffung erforderlich. Denn der Kl. beachtete Art und Umfang der fingierten Genehmigung. Sie hatte sich bei der Beschaffung nicht erledigt, wie es etwa bei ärztlicher Feststellung der Gesundheit möglich gewesen wäre. Die Beklagten nahm die Genehmigung nicht zurück, was beim Fehlen von Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion denkbar wäre, indem sie den Antrag verspätet ablehnte. Nach BSG, Urt. v. 08.03.2016 - **B 1 KR 35/15 R** - hat eine Versicherte keinen Anspruch auf eine **Operation zur Brustvergrößerung** beidseits, wenn die Operation nicht dem Ausgleich fehlender Stillfähigkeit als Funktionsdefizit der fehlenden Brustanlage dient, sondern lediglich dazu, das Erscheinungsbild zu ändern. Anspruch besteht hierauf nur bei Entstellung, an der die Klägerin nicht leidet. Ihr Fall ist mit einer Brustrekonstruktion nach Brustentfernung wegen Krebs nicht vergleichbar.

1. Genehmigungsfiktion

a) Voraussetzungen eines fiktionsfähigen Antrags

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 24.02.2016 - L 9 KR 412/15 B ER

RID 16-02-104

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 1 I, 2 Ia, 12 III, 13 IIIa, 135 I

Leitsatz: 1. Die **Genehmigungsfiktion** nach § 13 Abs. 3 a SGB V setzt einen inhaltlich konkreten, **bewilligungsfähigen Antrag** voraus.

2. Zu den **Voraussetzungen eines Antrags** nach § 13 Abs. 3 a SGB V im Einzelnen.

SG Berlin, Beschl. v. 16.09.2015 - S 111 KR 2003/15 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung (Erstattung der Kosten für bereits durchgeführte Doppelmembranfiltrationsapheresen in der I-Tagesklinik) ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

b) Frist: Tatsächlicher Zugang der Entscheidung beim Betroffenen

SG Augsburg, Urteil v. 12.04.2016 - S 10 KR 50/15

RID 16-02-105

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 IIIa

13 IIIa 1 SGB V knüpft den Eintritt der Genehmigungsfiktion an eine „**Entscheidung**“ der Krankenkasse. Für die Frist kommt es auf den tatsächlichen **Zugang beim Betroffenen** an, nicht auf den Tag der Erstellung des Bescheides.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für die Durchführung einer bariatrischen Operation in Höhe von 8.237,09 Euro zu erstatten sowie sie von den Folgebehandlungskosten freizustellen.

c) Überschreitung der Fünf-Wochen-Frist: Unzureichende Mitteilung/Sachleistungsanspruch

SG Köln, Urteil v. 21.12.2015 - S 12 KR 460/15

RID 16-02-106

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Die Überschreitung der **Fünf-Wochen-Frist** wird nicht durch **Hinweise** auf die Notwendigkeit des Einreichens weiterer Unterlagen zum Zweck der Prüfung durch den MDK bzw. die Mitteilung der Einleitung der Prüfung gerechtfertigt.

§ 13 IIIa SGB V beschränkt den Anspruch nicht auf eine Kostenerstattung, sondern umfasst auch entsprechend beantragte **Sachleistungen**.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. eine mehrzeitige stationäre Liposuktion der Ober- und Unterschenkel sowie der Oberarme als Sachleistung zu gewähren.

d) Verstreichen der Fünf-Wochen-Frist und Einwendungsausschluss

SG Aachen, Urteil v. 01.03.2016 - S 13 KR 6/16

RID 16-02-107

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KR 279/16 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Fünf Wochen nach Eingang des Leistungsantrags gilt eine Leistung gem. § 13 IIIa 6 SGB V als genehmigt. Durch die Fiktion der Genehmigung ist die Leistungsberechtigung der Klägerin wirksam verfügt und die Beklagte mit allen **Einwendungen ausgeschlossen**.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. eine Brustaufbauoperation (Mammaaugmentation) und eine Bauchdeckenstraffung (Abdominoplastik) zu gewähren.

e) Mitteilung über Weiterleitung an MDK unterbricht nicht die Fristen/Sachleistungsanspruch

SG Magdeburg, Urteil v. 07.10.2015 - S 13 KR 805/13

RID 16-02-108

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Eine Versicherte kann die **Klinik** wirksam zur **Antragstellung** auf Kostenübernahme für die stationäre Durchführung einer Liposuktion bevollmächtigen. Werden die Fristen des § 13 IIIa SGB V nicht eingehalten, gilt der Antrag als genehmigt. Die **bloße Mitteilung**, dass die medizinischen Voraussetzungen für eine Kostenbeteiligung nur in Zusammenarbeit mit dem MDK beurteilt werden können, der Antrag an den MDK weitergeleitet wurde und die Klägerin Geduld haben solle, erfüllt die Voraussetzungen des § 13 IIIa 5 SGB V nicht.

§ 13 IIIa SGB V beschränkt den Anspruch nicht auf eine Kostenerstattung, sondern umfasst auch entsprechend beantragte **Sachleistungen** (vgl. hierzu LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.05.2014 - L 5 KR 222/14 B ER - RID 14-03-78).

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kosten für die stationäre Durchführung der Liposuktion der Oberschenkel zu übernehmen.

f) Mitteilung über Verzögerungsgründe/Einwendungsausschluss/Sachleistungsanspruch

SG Detmold, Urteil v. 18.02.2016 - S 3 KR 98/15

RID 16-02-109

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Die **Entscheidungsfristen** für die Krankenkassen nach § 13 IIIa 1 SGB V sind nach §§ 26 I und III 1, 187, 188 und 193 BGB zu bestimmen.

Die hinreichende **Mitteilung über Gründe der Verzögerung** i.S.d. § 13 IIIa 5 SGB V setzt zwingend eine ausdrückliche schriftliche Klarstellung voraus, welche gesetzliche Entscheidungsfrist einschlägig ist und warum diese ggf. nicht eingehalten werden kann.

Durch die **Genehmigungsfiktion** des § 13 IIIa 6 SGB V gilt die Genehmigung der beantragten Leistung durch einen fingierten Verwaltungsakt als erlassen. Die Leistungsberechtigung ist wirksam verfügt und die Krankenkasse ist mit allen **Einwendungen**, insb. im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V ausgeschlossen.

Die Genehmigungsfiktion gilt für einen **Sachleistungs-** oder einen **Kostenerstattungsanspruch** (vgl. SG Marburg, Urf. v. 15.01.2015 - S 6 KR 160/13 - RID 15-02-116; a.A. LSG Hessen, Urf. v. 10.12.2015 - L 1 KR 413/14 - RID 16-01-118, Revision anhängig: B 3 KR 4/16 R).

Das *SG* stellte fest, dass der Antrag des Klägers auf Kostenübernahme für eine bariatrische Operation vom 28.10.2013 als genehmigt gilt.

g) Umfang der Genehmigungsfiktion

SG Dortmund, Urteil v. 05.02.2016 - S 8 KR 1502/14

RID 16-02-110

juris

SGB V § 13 IIIa

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

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. die beantragte Abdominoplastik und Dermolipektomie als Sachleistung zu gewähren.

h) Sachleistungsanspruch/Keine Beschränkung auf erforderliche Leistungen

SG Osnabrück, Urteil v. 01.10.2015 - S 13 KR 736/14

RID 16-02-111

Sprungrevision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Leitsatz: 1. Es ist aufgrund des **Gleichbehandlungsgebots** nach Art. 3 Abs. 1 GG geboten, dass aus der **Genehmigungsfiktion** nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V ein **Sachleistungsanspruch** resultiert.

2. Der Sachleistungsanspruch ist aufgrund des Wortlauts des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V und der generalpräventiven Funktion der Regelung **nicht auf erforderliche Leistungen beschränkt**.

Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kl. mit der Kommunikationshilfe Neos 13Pro Grundversion HumanKommunikator zu versorgen.

i) Keine Beschränkung auf Kostenerstattungsanspruch

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 20.01.2016 - S 17 KR 206/15

RID 16-02-112

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa

§ 13 IIIa SGB V ist nicht lediglich auf einen **Kostenerstattungsanspruch** beschränkt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. eine bariatrische Operation (Schlauchmagen) zu gewähren.

j) Dreiwochenfrist (Magenbypass-Operation)

SG Mainz, Urteil v. 15.03.2016 - S 14 KR 329/14

RID 16-02-113

juris
SGB V § 13 IIa

Maßgeblich für die Bewilligung ist die **Dreiwochen-** und nicht die **Fünfwochenfrist**, wenn die Krankenkasse entgegen ihrer Verpflichtung kein Gutachten beim MDK einholt und sie lediglich mitteilt, dass der MDK einzuschalten ist, eine Mitteilung, weswegen die Frist nicht eingehalten wird, aber unterlässt.

Das **SG** stellte fest, dass der Antrag der Kl. auf Gewährung einer Sachleistung in Form einer Magenbypass-Operation als genehmigt gilt.

2. Einhaltung des Beschaffungswegs

a) Einhaltung des Beschaffungswegs gilt auch für psychotherapeutische Behandlung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 01.09.2015 - L 9 KR 343/14

RID 16-02-114

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 III; BGB § 630c

Es besteht kein Anspruch auf Psychotherapie bei einer **nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Behandlerin**. Eine Behandlung auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung ist nur bei vertragsärztlich zugelassenen Therapeuten vorgesehen (§ 76 I 1 SGB V).

Die **Einhaltung des Beschaffungswegs** gilt auch für die psychotherapeutische Behandlung. Wird die Behandlung vor einer Entscheidung der Krankenkasse aufgenommen, so tritt das ein, was von Gesetzes wegen zu vermeiden ist, dass nämlich eine als unersetzbar empfundene **Vertrauensbeziehung zu einem Nichtvertragsbehandler aufgebaut wird**, bevor die Krankenkasse Gelegenheit hat, sich mit dem Wunsch nach Kostenübernahme zu befassen.

Das Vorbringen, anderen selbst gesuchten bzw. benannten Therapeuten seinerzeit nicht das **notwendige Vertrauen** entgegen gebracht haben zu können, ist rechtlich unerheblich.

Die Kl. begehrt Kostenerstattung in Höhe von 7.567,19 € für 93 Therapiestunden bei einer nicht zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Behandlerin. **SG Berlin**, Urt. v. 08.08.2014 - S 166 KR 193/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Antrag auf Kostenerstattung nach Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung

LSG Thüringen, Urteil v. 24.11.2015 - L 6 KR 748/12

RID 16-02-115

Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 II, 13 III

Beschafft sich eine Versicherte die **Leistungen selbst**, ohne sich mit der Krankenkasse in Verbindung zu setzen, so besteht kein Kostenerstattungsanspruch.

SG Gotha, Gerichtsbb. v. 28.02.2012 - S 41 KR 7559/09 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. Es verurteilte zudem die Kl. nach § 192 I Nr. 1 und Nr. 2 SGG zur Zahlung von Gerichtskosten in Höhe von 450 € an die Staatskasse.

c) Keine Unaufschiebbarkeit zur Behandlung einer Alkoholkrankheit in Privatklinik

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 15.12.2015 - L 9 KR 132/13

RID 16-02-116

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13; KVLG § 34; SGB X § 88

Leitsatz: 1. Der frühere Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung war im Jahre 2011 nicht befugt, anstelle einer landwirtschaftlichen Krankenkasse über einen Antrag eines deren Mitglieder auf Kostenübernahme für eine Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus zu entscheiden.

2. Zu einem Fall der (hier fehlenden) **Unaufschiebbarkeit** i.S.v. § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V.

SG Potsdam, UrT. v. 14.03.2013 - S 3 KR 57/12 - wies die Klage ab, das *LSG* hob den angefochtenen Bescheid auf und wies im Übrigen die Berufung zurück.

d) Einhaltung des Beschaffungswegs bei Hörgeräteversorgung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 11.11.2015 - L 16 R 15/14

RID 16-02-117

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III 1, 33 I; SGB IX §§ 14 I, 15 I 4

Es liegt ein **endgültiges Verpflichtungsgeschäft** vor, wenn sich eine Versicherte unter erklärter Inkaufnahme eines Eigenanteils für den angepassten Hörgerätetyp entscheidet. Trifft die Krankenkasse erst danach eine Entscheidung, ist der Beschaffungsweg nicht eingehalten.

SG Potsdam. UrT. v. 21.11.2013 - S 4 R 1034/07 - verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für Hörhilfen in Höhe von 3.160,86 € zu erstatten. Das *LSG* wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 11.11.2015 - L 16 R 656/14

RID 16-02-118

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

e) Rückabwicklung des Kaufvertrags durch Hörgeräteakustiker im Kulanzwege unbeachtlich

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 11.11.2015 - L 16 R 408/14

RID 16-02-119

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III 1, 33 I; SGB IX § 15 I

Es liegt ein **endgültiges Verpflichtungsgeschäft** vor, wenn sich eine Versicherte unter erklärter Inkaufnahme eines Eigenanteils für den angepassten Hörgerätetyp entscheidet. Trifft die Krankenkasse erst danach eine Entscheidung, ist der Beschaffungsweg nicht eingehalten. Darauf, ob der Hörgeräteakustiker im Kulanzwege das Geschäft rückabgewickelt hätte oder der Kaufpreis in Höhe des Eigenanteils seitens des Hörgeräteakustikers zunächst gestundet worden war, kommt es nicht an. Hiermit wurde der bereits geschlossene Kaufvertrag allein in finanzieller Hinsicht entsprechend der Abreden der Vertragsparteien erfüllt.

SG Berlin. UrT. v. 28.04.2014 - S 69 R 1317/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

f) Keine Einhaltung des vorgeschriebenen Beschaffungsweges: Koporthesenbehandlung

LSG Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 25.08.2015 - L 4 KR 300/12

RID 16-02-120

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 6/16 R

juris

SGB V §§ 13 III 1, 33 I

Wird mit der Leistung (hier: Helmtherapie) **vor einer Entscheidung der Krankenkasse begonnen**, fehlt es am kausalen Zusammenhang und scheidet damit eine Kostenerstattung aus (vgl. BSG, UrT. v. 28.02.2008 - B 1 KR 15/07 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 16).

Ob es sich bei der **Koporthese** um ein Hilfsmittel i.S.v. § 33 SGB V handelt, kann vorliegend letztendlich offen bleiben. Eine **Hilfsmittel-Leistung** ist etwa nach der Rspr des BSG nicht schon mit

deren Auswahl „selbst verschafft“. Anspruchshindernd ist vielmehr, wie das BSG bereits entschieden hat, erst ein unbedingtes Verpflichtungsgeschäft im Verhältnis zwischen Versichertem und Leistungserbringer (vgl. BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 10 Rdnr 22). Das gilt etwa dann, wenn der Versicherte bereits vor der Entscheidung der Krankenkasse eine endgültige rechtliche Verpflichtung eingeht und der Leistungserbringer demgemäß auch im Falle der Ablehnung des Leistungsbegehrens durch die KK die Abnahme und Bezahlung des Hilfsmittels verlangen kann.

SG Osnabrück, Urt. v. 25.04.2012 - S 3 KR 323/09 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

IV. Arzneimittel

Nach BSG, Urt. v. 15.12.2015 - B 1 KR 30/15 R - SozR 4-2500 § 34 Nr. 18 - 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: Fampyra® (4-Aminopyridin) bei episodischer Ataxie Typ II (Folgenabwägung)

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 24.11.2015 - L 1 KR 476/15 ER

RID 16-02-121

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 12 I, 31; SGG § 86b II; GG Art, 19 IV

Können die Voraussetzungen für einen **Off-Label-Use** - hier: Arzneimittel Fampyra® (Wirkstoff 4-Aminopyridin [=Fampridin] in Retardform) bei einer molekulargenetisch gesicherten episodischen Ataxie Typ II - nur im Hauptsacheverfahren geklärt werden, ist eine **Folgenabwägung** vorzunehmen, bei der die Erwägung, wie die Entscheidung in der Hauptsache ausfallen wird, regelmäßig außer Betracht zu bleiben hat.

Einem Versicherten ist ein befristeter Anspruch auf die begehrte Leistung zuzusprechen, wenn ohne die Medikamentengabe eine **potentiell lebensgefährliche Situation** durch unberechenbare Stürze und eine potentiell lebensbedrohliche Situation aufgrund Exsikkose droht.

SG Berlin, Urt. v. 15.07.2015 - S 28 KR 1374/15 - wies die Klage ab. Hiergegen legte der Ast. Berufung ein (L 1 KR 350/15). Das *LSG* verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, ab sofort bis zum Ergehen einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache, längstens jedoch bis zum 30.11.2016, die Kosten für eine Versorgung des Ast. mit dem Arzneimittel Fampyra nach ärztlicher Verordnung zu übernehmen, und wies im Übrigen den Antrag zurück.

2. CellCept bei okulärem Pemphigoid (Autoimmunerkrankung)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.03.2015 - L 5 KR 3861/12

RID 16-02-122

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 31 I, 135

Bei der Verabreichung des **Arzneimittels CellCept** zur begleitenden systemischen Behandlung eines **okulären Pemphigoids**, einer Autoimmunerkrankung, handelt es sich nicht um eine (neue) ärztliche Behandlungsmethode, weshalb es einer (positiven) Empfehlung des GBA nicht bedarf.

Eine Krankenkasse ist zur Gewährung des Arzneimittels CellCept zur systemischen Behandlung des okulären Pemphigoids weder gem. §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 3, 31 I 1 SGB wegen der **fehlenden Zulassung** für diese Indikation noch nach Maßgabe der Grundsätze des **Off-Label-Use** von Arzneimitteln wegen fehlender Aussicht auf einen (kurativen) Behandlungserfolg verpflichtet. Es besteht aber ein **Anspruch nach § 2 Ia SGB V**, wenn wegen der Erkrankung an einem okulären Pemphigoid die **Erblindung** droht und eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, da eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Einer Versicherten ist im Hinblick auf den grundrechtlichen Hintergrund des in § 2 Ia SGB V geregelten (besonderen) Leistungstatbestands nicht abzuverlangen, die offenkundig erfolgreiche

Behandlung vorübergehend zu beenden und die Erkrankung einstweilen fortschreiten zu lassen, damit die **Krankheitsentwicklung** (durch den MDK) in unbehandeltem Zustand beurteilt werden kann.

Die 1941 geb. Kl. leidet an einem okulären Pemphigoid beider Augen. Dabei handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung aus dem Formenkreis der blasenbildenden Dermatosen. Deswegen wird sie seit (der Erstdiagnose) 2005 (u.a., neben lokaler Behandlung) systemisch (bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt) mit dem verschreibungspflichtigen Arzneimittel CellCept behandelt (Kosten 250 € monatlich). CellCept enthält den Wirkstoff Mycophenolat-Mofetil (MMF). Es ist arzneimittelrechtlich (nur) zur Prophylaxe von Transplantatabstoßungsreaktionen zugelassen. *SG Konstanz*, Urt. v. 12.07.2012 - S 8 KR 2977/11 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. (weiterhin) die Behandlung mit dem Arzneimittel CellCept zu gewähren bzw. die Kosten hierfür zu übernehmen.

3. Sativex®/Cannabis Einstweiliger Rechtsschutz/Folgebewertung/Verfassungskonforme Auslegung

SG Rostock, Beschluss v. 05.11.2015 - S 15 KR 753/15 ER

RID 16-02-123

juris

SGB V §§ 2 Ia, 27 I 2 Nr. 3, 31 I; GG Art. 2, 19 IV, 20 I; SGG § 86b II

Leitsatz: Zur Frage der Kostenübernahme des **Cannabis Präparates Sativex®** zur Behandlung einer chronischen Schmerzerkrankung bei Postpoliosyndrom und Arthrose im einstweiligen Rechtsschutzverfahren.

Das *SG* verpflichtete die Ag. bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung im Hauptsacheverfahren S 15 KR 161/14, die Kosten für das Arzneimittel Sativex® ab dem 23.10.2015 vorläufig und unter dem Vorbehalt der Rückforderung zu übernehmen.

V. Hilfsmittel

1. Zuständigkeit nach weitergeleitetem Antrag/Versorgung bei vorstationärer Unterbringung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 24.02.2016 - L 5 KR 18/14

RID 16-02-124

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I; SGB IX §§ 14 II 1, 55 I 2 Nr. 1; SGB X § 44; SGB XII § 54 I; SGG § 75 V

Leitsatz: 1. Ein Leistungsträger, der bestandskräftig über einen an ihn gem. § 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX **weitergeleiteten Antrag** entschieden hat, bleibt auch anschließend im Verfahren nach § 44 SGB X zuständig. Jeder **andere Leistungsträger** ist für einen erneuten bei ihm gestellten Antrag, der als Antrag nach § 44 SGB X auszulegen ist, sachlich unzuständig und seine Entscheidung ist deshalb aufzuheben.

2. Der zuständige Leistungsträger ist in diesem Verfahren **beizuladen** und kann verurteilt werden, obwohl er über den Antrag nach § 44 SGB X nicht entschieden hat.

3. Zur Abgrenzung der **Zuständigkeit** von Krankenkasse, Sozialhilfe und Heim für Versorgung mit Hilfsmitteln bei **vorstationärer Unterbringung**.

SG Itzehoe, Urt. v. 26.11.2013 - S 25 KR 195/10 - wies die Klage ab, das *LSG* wies die Berufung des Kl. mit der Maßgabe zurück, dass der Bescheid der Bekl. in der Fassung des Widerspruchsbescheides v. 18.01.2011 aufgehoben wird.

2. Sportrollstuhl kann Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Vereinsport) sein

SG Trier, Urteil v. 23.02.2016 - S 3 KR 103/14

RID 16-02-125

juris

SGB V § 33 I; SGB XII §§ 52, 54; SGB IX § 55

Leitsatz: Ein im Sinn des SGB XII hilfebedürftiger Behinderter hat im Rahmen der **Eingliederungshilfe** einen Anspruch auf Versorgung mit einem zur **Teilnahme am Vereinsport** erforderlichen Hilfsmittel.

Der **Vereinsport** gehört zu den verbreiteten und wichtigen Formen der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, unabhängig vom Vorliegen einer Behinderung. Unter Gleichbehandlungsaspekten muss dem Behinderten die Teilnahme an einer im Verein und einer Mannschaft ausgeübten Sportart ermöglicht werden.

Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kläger mit einem seinen Bedürfnissen entsprechenden Sportrollstuhl gemäß der Verordnung zu versorgen.

3. Hörgeräteversorgung

a) Kein Verweis auf Festbetrag bei Entziehung aus der Versorgungsverantwortung

SG Berlin, Urteil v. 07.03.2016 - S 81 KR 76/14

RID 16-02-126

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 33

Leitsatz: 1. Lehnt die **Krankenkasse** ohne jegliche Ermittlungen einen Antrag des Versicherten auf eine höherwertige Hörgeräteversorgung unter **pauschalem Verweis** auf die mit den Leistungserbringern bestehenden Versorgungsverträge ab, muss sie sich in einem späteren Erstattungsstreit mit dem Versicherten das Verhalten des Hörgeräteakustikers in vollem Umfang als eigenes zurechnen lassen. Gibt dieser dem Versicherten die (möglicherweise unzutreffende) Auskunft, er sei mit eigenanteilsfreien Geräten nicht ausreichend versorgbar, und entscheidet sich der Versicherte daraufhin für eine höherwertige Versorgung, kann sich die Krankenkasse im Erstattungsstreit nicht darauf berufen, es stünden bei diesem oder anderen Hörgeräteakustiker/n eigenanteilsfreie Geräte zur Verfügung, die der Versicherte noch nicht getestet habe.

2. Zur Begrenzung der **Mitwirkungspflichten des Versicherten** bei Auslagerung der Versorgungsverantwortung der Krankenkasse an die Leistungserbringer.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. die von ihr zu tragenden Kosten für die Anschaffung des Hörgeräts O.C. 9 von insgesamt 1.244,56 € in Höhe von 350 € zu erstatten und sie von den übrigen Kosten in Höhe von 894,56 € gegenüber der Firma freizustellen.

b) Wesentliche Gebrauchsvorteile durch selbst beschaffte Hörgeräte

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 11.11.2015 - L 16 R 1039/14

RID 16-02-127

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 33 I; SGB IX § 15 I

Ist ein möglichst **vollständiger funktionaler Ausgleich der Hörbehinderung** (nur) durch selbst beschaffte Hörgeräte möglich, so sind diese schon im Rahmen des unmittelbaren Behinderungsausgleichs von der Krankenkasse zur Verfügung zu stellen. Eingeschlossen in den Versorgungsauftrag der GKV ist eine **kostenaufwändige Versorgung** dann, wenn durch sie eine Verbesserung bedingt ist, die einen wesentlichen Gebrauchsvorteil gegenüber einer kostengünstigeren Alternative bietet.

SG Cottbus. Urt. v. 23.10.2014 - S 11 R 404/11 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für die selbst beschafften Hörgeräte KINDSaphir Plus C HS in Höhe von 2.900 € zu erstatten.

c) Erforderliches Hörgerät zur Fortsetzung der Erwerbstätigkeit

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 11.11.2015 - L 16 R 708/14

RID 16-02-128

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III 1, 33 I; SGB IX §§ 14 I, 15 I

Es besteht ein Anspruch auf ein Hörgerät, das zur **Fortsetzung der Erwerbstätigkeit** zwingend erforderlich ist. Maßgeblich sind die **spezifischen Arbeitsplatzanforderungen** (hier: eines Kfz-Mechanikers in der Pannenhilfe).

SG Potsdam, Urt. v. 02.07.2014 - S 36 R 683/12 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die beigel. Krankenkasse, dem Kl. für die Versorgung mit dem Hörgerät Phonak Audeo S Smart IX weitere Kosten in Höhe von 2.246,98 € zu erstatten.

4. Navigationssystem für Blinde mit GPS

SG Berlin, Urteil v. 22.01.2016 - S 89 KR 1536/14

RID 16-02-129

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I 1

Leitsatz: Die Kosten zur Anschaffung eines **Navigationssystem für Blinde mit GPS** und Sprachausgabe als Hilfsmittel zum Ausgleich direkter oder indirekter Folgen einer Behinderung sind bereits dann von der gesetzlichen Krankenkasse zu übernehmen, wenn dieses Hilfsmittel im **Nahbereich** um die eigene Wohnung nicht unerhebliche Gebrauchsvorteile bietet (Anschluss und Abgrenzung zu BSG, Urteil vom 25. Juni 2009, B 3 KR 4/08 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 26).

Zu den nicht unerheblichen Gebrauchsvorteilen können eine höhere Sicherheit im öffentlichen Straßenverkehr und ein völlig selbständiges Bewegen gehören, weil damit die selbständige Lebensführung durch die Unabhängigkeit von fremder Hilfe im Nahbereich spürbar erweitert wird. (Anschluss an SG Marburg, Urteil vom 29.05.2013, S 6 KR 38/12 - RID 13-04-82).

Das **SG** verurteilte die Bekl., das GPS-Navigationsgerät Trekker-Breeze als Sachleistung der Kl. zur Verfügung zu stellen.

5. Versorgung mit Kathetern nebst Beuteln: Trink- und persönliches Sicherheitsbedürfnis

SG Dresden, Urteil v. 09.10.2015 - S 47 KR 105/13

RID 16-02-130

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 II 1, 12 I, 13 III, 33

Maßgebend für den Umfang der Versorgung mit **Kathetern nebst Beuteln** sind das individuelle **Trinkbedürfnis** und das **persönliche Sicherheitsbedürfnis**. Es steht einer Krankenkasse nicht zu, das Trinkbedürfnis – als ein Grundbedürfnis – und das persönliche Sicherheitsbedürfnis zu **reglementieren**. Die individuelle Menschenwürde gebietet es, hierzu nicht von irgendwelchen Durchschnittswerten auszugehen.

Das **SG** verurteilt die Bekl., den Kläger ab dem 01.01.2012 – nach Maßgabe des tatsächlichen Verbrauchs – quartalsweise mit 720 Kathetern, 490 Bettbeuteln mit Auslaufschutz und 230 Bettbeuteln ohne Auslaufschutz zu versorgen; soweit sich der Kl. seit dem 01.01.2012 die entsprechende Sachleistung selbst beschafft hat, wird die Bekl. zur Erstattung der Kosten verpflichtet.

VI. Rehabilitation/Häusl. Krankenpflege/Fahrkosten/Zuzahlung/Kinderhospizaufenthalt

Nach BSG, Urt. v. 08.03.2016 - **B 1 KR 19/15 R** - sind **Erben einer Versicherten** nicht **klagebefugt** für die Klage, ihnen das **Persönliche Budget** der Versicherten für einen zurückliegenden Zeitraum zu gewähren und hilfsweise hierüber erneut zu entscheiden, weil die Klage auf einen nicht vererbaren Anspruch gerichtet ist, nämlich auf eine Geldleistung, die nicht fällig ist. Für die hilfsweise erhobenen Fortsetzungsfeststellungsklagen fehlt ein berechtigtes Feststellungsinteresse.

1. Funktionstraining: Verweis auf Eigenverantwortung nur für begrenzten Zeitraum

SG Mainz, Urteil v. 03.11.2015 - S 14 KR 458/12

RID 16-02-131

juris
SGB V §§ 11, 43 I Nr. 1; SGB IX §§ 44 I Nr. 6, 53, 54

Leitsatz: Beim „**Funktionstraining** in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung“ kann es ausreichend sein, dass der Betroffene nach Erlernen von Übungen in der Gruppe auf seine **Eigenverantwortung** verwiesen wird, wenn er kognitiv dazu in der Lage ist.

Da ein **Rechtsanspruch** auf Funktionstraining besteht, muss die Krankenkasse auch für die Zeit der eigenverantwortlichen Übung sicherstellen, dass sich bei den Übungen auf Dauer keine Ausführungsfehler einschleichen und neue medizinische Erkenntnisse zu förderlichen Bewegungsabläufen beim Versicherten tatsächlich ankommen. Daher hat die Krankenkasse einem **Chroniker**, der auf Eigenverantwortung verwiesen wurde, nach einigen Jahren wieder ein Funktionstraining zu leisten, sofern es zu diesem Zeitpunkt (weiterhin oder erst recht) medizinisch notwendig ist. Dies stärkt den Selbsthilfecharakter, der mit dem Funktionstraining verbunden ist.

Das **SG** verurteilte die Bekl., dem Kl. für ein Jahr einmal wöchentlich das beantragte Funktionstraining zu bewilligen, und wies im Übrigen die Klage ab.

2. Häusliche Krankenpflege

a) 24 Stunden-Pflege bei Abwesenheit der Pflegeperson (Mutter)

SG Rostock, Beschluss v. 02.12.2015 - S 15 KR 253/15 ER

RID 16-02-132

juris
SGB V § 37 II

Leitsatz: 1. Häusliche Krankenpflege in Form einer **24 Stunden-Pflege** ist für den Zeitraum der Abwesenheit bzw. Krankheit einer Pflegeperson zu gewähren, wenn aus medizinischen Gründen die 24-stündige Betreuung durch eine Fachkraft notwendig ist, auch wenn die Voraussetzungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege für eine spezielle Krankenbeobachtung nicht vorliegen.

2. Beim Zusammentreffen von häuslicher Krankenpflege nach dem SGB V, Grundpflege nach dem SGB XI und Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII muss eine zeit- und kostenmäßige **Abgrenzung** zwischen den **Zuständigkeitsbereichen** der Krankenkasse, der Pflegekasse und des SGB XII-Trägers erfolgen.

Das **SG** verpflichtete die Beigel. zu 1) (Träger der SGB XII-Leistungen) im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig bis zur endgültigen Entscheidung im Hauptsacheverfahren, die Ast. von den Kosten für die Unterbringung in der Einrichtung der L. GmbH ab dem 21.07.2015 freizustellen bzw. die Kosten für die häusliche Versorgung ab dem 05.11.2015 zu übernehmen, solange die Mutter der Ast. nicht in dem erforderlichen Umfang die Pflege und Versorgung gewährleisten kann.

b) Insulininjektionen in Werkstatt für behinderte Menschen

LSG Thüringen, Urteil v. 15.12.2015 - L 6 KR 1290/11

RID 16-02-133

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 II, 37 II

Es besteht kein Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn der Träger einer **Werkstatt für behinderte Menschen** zur Erbringung der **Insulininjektionen** verpflichtet ist. Den **üblichen Pflegebedarf** muss die Werkstatt mit dem Personal ihrer begleitenden Dienste durch Maßnahmen der „kleinen Behandlungspflege“ (selbst) decken; dazu gehört regelmäßig etwa die Gabe von Insulinspritzen.

SG Altenburg, Urt. v. 23.05.2011 - S 30 KR 3933/08 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Fahrkosten: Ambulante Behandlungen wegen Folgen einer Nierentransplantation

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 17.12.2015 - L 6 KR 31/13

RID 16-02-134

Revision anhängig: B 1 KR 2/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 60 II Nr. 4

Leitsatz: 1. Bei **Nachuntersuchungen in Transplantationskrankenhäusern** handelt es sich um ambulante Untersuchungen. Fahrtkosten für die An- und Abfahrt können insoweit gem. § 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB V von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden.

2. Die Übernahme der Fahrtkosten kommt auch dann gem. § 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB V nicht in Betracht, wenn die vollständige Nachuntersuchung von vornherein **auf einen Tag angelegt** ist und auch so durchgeführt wird.

3. Eine **hohe Behandlungsfrequenz** i.S. von § 8 Abs. 2 der Krankentransport-Richtlinien - KT-RL ist auch bei unbefristeter Dauer jedenfalls dann nicht gegeben, wenn die Zahl der durchschnittlich **18 jährlichen Arztkontakte** eines gesetzlich Versicherten unterschritten wird (vgl. LSG Halle vom 23.1.2013 - L 4 KR 17/10 = Rdnr. 49).

4. Unter ein **Therapieschema**, das durch eine Grunderkrankung i.S. von § 8 Abs. 2 der KrTRL 2004 vorgegeben ist, fällt nicht die Behandlung anderer Krankheiten, die wegen der Grunderkrankung verändert erfolgen muss. Auch Vorsorgeuntersuchungen wegen höherer Gefährdung gegenüber anderen Erkrankungen durch die Grunderkrankung fallen nicht darunter.

5. Die **Tatbestände des § 8 Abs. 3 der KrTRL 2004**, die dort durch Verweisung auf andere Normenwerke einbezogen werden, sind nicht in jedem Fall gesondert zu prüfen. Ist jemand

Versicherter in der Pflegepflichtversicherung bzw. liegen keine Hindernisse vor, Feststellungen nach dem Schwerbehindertenrecht zu erwirken, kann er sowohl wegen der Voraussetzungen der Pflegestufe als auch wegen der Erfüllung der Voraussetzungen für bestimmte Merkmale auf die (ggf. noch zu treffenden) Feststellungen der insoweit zuständigen Stellen verwiesen werden.

SG Magdeburg, Urt. v. 22.03.2013 - S 13 KR 620/11 WA - verpflichtete die Bekl., dem Kl. die Fahrkosten für die Untersuchungen im Transplantationszentrum zu erstatten, das *LSG* wies die Klage ab.

4. Reduzierte Belastungsgrenze für Zuzahlungen

SG Würzburg, Urteil v. 10.03.2016 - S 11 KR 427/15

RID 16-02-135

Berufung zugelassen
juris
SGB V § 62 I

Leitsatz: Die reduzierte **Belastungsgrenze** von 1 vom Hundert nach § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist bereits in dem Kalenderjahr, in dem ein Versicherter als chronisch Kranker wegen derselben schwerwiegenden Krankheit erstmalig ärztlichen behandelt wurde - also mit dem Beginn der Dauerbehandlung - anzuwenden. Dies ergibt sich aus dem Wortlaut der Regelung des § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V unter Berücksichtigung seiner Historie.

Eine **Dauerbehandlung** im Sinne von § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V beginnt mit der ersten ärztlichen Behandlung der schwerwiegenden chronischen Erkrankung.

§ 2 Abs. 2 der **Chroniker Richtlinie** regelt nicht, dass die reduzierte Belastungsgrenze erst nach einem Jahr der ärztlichen Behandlung anzuwenden ist.

§ 62 Abs. 1 Satz 8 SGB V ermächtigt den **GBA** nicht, den Begriff und den Beginn der „Dauerbehandlung“ abweichend von § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu definieren.

Soweit in Ziffer 5.1 (3) der „Verfahrensgrundsätze zur Vorschrift über die Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB V vom 17./18.09.2014 - Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V -“ des Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV Spitzenverband) bestimmt wird, dass die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 vom Hundert erst ab dem 1.1. des Kalenderjahres vorzunehmen ist, in dem die Behandlung der chronischen Erkrankung ein Jahr andauert, handelt es sich um eine **Verwaltungsvorschrift** ohne unmittelbare Außenwirkung, die für den Versicherten und das Gericht nicht verbindlich ist und zudem höherrangigem Recht widerspricht.

Das *SG* stellte fest, dass die Belastungsgrenze des Kl. für das Jahr 2014 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt beträgt.

5. Zuschuss zu einem Kinderhospizaufenthalt bei einem schwerstbehinderten Kind

SG Koblenz, Urteil v. 29.09.2015 - S 8 KR 462/14

RID 16-02-136

juris
SGB V § 39a

Leitsatz: Es widerspricht dem **Hospizgedanken** und der **Gesetzesintention** in § 39a SGB V, wenn die „Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V“ so ausgelegt wird, dass hierdurch auch solchen Kindern mit ihrer Familie ein Zuschuss zu einem (im konkreten Fall sogar regelmäßig jährlich in Anspruch genommenen) stationären Kinderhospizaufenthalt gewährt wird, deren Zustand durch eine Schwerstbehinderung zwar eine begrenzte Lebenserwartung aufweist, die sich jedoch **nicht in einer Lebensendphase** befinden. Eine solche erweiterte Auslegung durch einen Rückgriff auf die Rahmenvereinbarung, für die es im Gesetz keine Anknüpfungspunkte gibt, birgt die Gefahr, dass sämtlichen stärkeren behinderten Kindern, deren Lebenserwartung durch eine Behinderung begrenzt ist, sowie ihren Familien eine entsprechende stationäre Kinderhospizleistung zu gewähren wäre, so dass die Kinderhospizeinrichtungen nicht mehr ihrem Auftrag einer **Sterbebegleitung von Kindern** mit ihren Familien gerecht werden könnten.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. den Zuschuss zu der bei ihr durchgeführten stationären Hospizpflege, bei der Kosten in Höhe von 3.804,90 Euro entstanden sind, zu erstatten.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 19.04.2016 - **B I KR 33/15 R** - kann eine Krankenkasse dem Krankenhaus nicht eine mit dem überpositiven Rechtsgedanken der „Waffengleichheit“ vermeintlich spiegelbildlich zu § 275 I c SGB V entwickelte Eingrenzung von Nachforderungen für Krankenhausvergütung entgegenhalten. Der Senat hält an den hierzu früher vom 3. Senat des BSG aufgestellten Voraussetzungen nicht fest. Eine zulässige Nachforderung muss nicht etwa mehr als 5 v.H. der Rechnungssumme betragen. Nach BSG, Urt. v. 19.04.2016 - **B I KR 21/15 R** - ist ein **teilstationärer Behandlungstag** nicht zu vergüten, wenn eine geplante Chemotherapie mit MRT-Kontrolle wegen Durchfall und Hand-Fuß-Syndrom **unterbleibt**. Nach BSG, Urt. v. 19.04.2016 - **B I KR 28/15 R** - ist die Leistung nur nach Maßgabe der in der **Qualitätssicherungs-Richtlinie** zum Bauchaortenaneurysma wirksam festgelegten Qualitätssicherungsanforderungen zu erbringen. hierzu gehört, dass die Stationsleitung der Intensivstation den erforderlichen **Leistungslehrgang** absolviert hat. Die an den Leistungslehrgang zu stellenden Anforderungen sind an den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Weiterbildung von Krankenpflegepersonen für die pflegerische Leitung eines Bereiches im Krankenhaus und anderen pflegerischen Versorgungsbereichen zu messen. Der vom Stationsleiter absolvierte „modulare Führungskurs“ genügt diesen Anforderungen nicht. Nach BSG, Urt. v. 19.04.2016 - **B I KR 34/15 R** - dürfen Krankenhäuser nur Leistungen kodieren, die sie auch nach höherrangigem Gesetzesrecht abrechnen dürfen; eine **Dialyse**, die das Krankenhaus **ohne eigene Dialyseeinrichtung** während der stationären Behandlung fortführt, ist nur dann als allgemeine Krankenhausleistung abrechnungsfähig, wenn ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung besteht (§ 2 II 3 KHEntgG). Dies setzt voraus, dass die Dialysebehandlung selbst aus allein medizinischen Gründen der besonderen Mittel des Krankenhauses bedarf. Es genügt nicht, dass der Patient sich aus anderen medizinischen Gründen stationär im Krankenhaus befindet. Nach BSG, Urt. v. 19.04.2016 - **B I KR 23/15 R** - kann ein Krankenhaus eine **Portimplantation** wirtschaftlicher als nachstationäre Behandlung erbringen. Eine gesonderte Vergütung einer solchen nachstationären Behandlung wäre nicht zulässig gewesen, da sie schon durch die Fallpauschale für die vorangegangene stationäre Behandlung bezahlt war. Die Portimplantation diene zur folgenden **Chemotherapie** der Sicherung des Behandlungserfolgs der operativen Entfernung des Zökumkarzinoms.

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Versorgungsdefizit im ambulanten Bereich: Keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.11.2015 - L 1 KR 97/14

RID 16-02-137

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b; KHEntgG §§ 7, 9 I 1 Nr. 1

Eine **Immunglobulin-Therapie** ist ohne Einschränkung **ambulant durchführbar**. Der behandelnde Arzt muss jedoch mit dem Wirkungs- und Nebenwirkungsspektrum der Behandlung vertraut sein, eine Überwachung des Patienten garantieren und ggf. geeignete Notfallmaßnahmen durchführen können. Dass der behandelnde Arzt die von ihm angewandte Therapie beherrscht und auch in der Lage ist, bei auftretenden Problemen geeignete Maßnahmen einzuleiten, ist eine Selbstverständlichkeit. Es kommt nicht darauf an, ob ein solcher Arzt in der ambulanten Versorgung zu finden ist oder vom Versicherten gesucht wird. Ein mögliches **Versorgungsdefizit im ambulanten Bereich** begründet keine medizinische **Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit**. Es ist auch unerheblich, ob einem Vertragsarzt bei ambulanter Durchführung der Therapie evtl. ein **Regress droht**.

SG Potsdam, Urt. v. 16.01.2014 - S 15 KR 212/10 - wies die auf Zahlung von 86.180,97 € gerichtete Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 15.02.2016 - B 1 KR 132/15 B - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde.

b) Versorgungsauftrag eines Krankenhauses: Operatives Einsetzen eines Cochleaimplantates

SG Düsseldorf, Urteil v. 31.08.2015 - S 11 KR 142/11

RID 16-02-138

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 109 IV 3

Der **Versorgungsauftrag eines Krankenhauses** bei einem Plankrankenhaus gemäß § 108 Nr. 2 SGB V ergibt sich aus den Festlegungen des Krankenhausplanes in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Abs. 1 i.V.m. § 8 Abs. 1 S. 3 KHG sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 1 KHEntgG. Eine Vereinbarung über das Erlösbudget stellt keine verbindliche Konkretisierung des Versorgungsauftrages dar. Die Vertragsparteien können vom Versorgungsauftrag an sich abgedeckte Behandlungen nicht einschränken.

Das **operative Einsetzen eines Cochleaimplantates** gehört zu dem Fachgebiet der HNO, denn es handelt sich um einen operativen Eingriff an Ohr, Ohrschädel, Gehörgang, Ohrmuschel einschließlich Felsenbeinpräparationen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. für die stationäre Behandlung der Patientin O B in der Zeit vom 23.03.2009 bis zum 30.03.2009 einen Beitrag in Höhe von 27.865,04 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Empfangsvertretung durch von Krankenkasse eingesetzten Dienstleister für die EDV

SG Mainz, Urteil v. 01.12.2015 - S 14 KR 669/13

RID 16-02-139

juris

SGB V §§ 69 I, 112 II 1 Nr. 1; BGB § 164

Leitsatz: Setzt die Krankenkasse einen Dienstleister für die Datenverarbeitung ein und benennt diesen den Krankenhäusern als **Datenannahmestelle**, ist dieser Empfangsvertreter im Sinne § 69 Abs. 1 S. 3 und 4 SGB V i.V.m. § 164 Abs. 3, 1 S. 1 BGB.

Das *SG* verurteilte die Bekl. zur Zahlung von Zinsen und wies im Übrigen die Klage ab.

d) Papierrechnung und elektron. Übermittlung an Dienstleister der Krankenkasse

SG Mainz, Urteil v. 01.12.2015 - S 14 KR 556/12

RID 16-02-140

juris

SGB V §§ 69 I, 301, 303; BGB § 164

Leitsatz: Die **Übermittlung einer Papierrechnung** zur Krankenhausvergütung steht der Fälligkeit wegen § 303 Abs. 3 SGB V nicht entgegen, auch wenn Regelfall der Übermittlung der elektronische Datenverkehr ist.

Den einem Krankenhaus softwareseitig **bestätigten Zugang** einer dem Dienstleister der Krankenkasse elektronisch übermittelten Rechnung muss die Krankenkasse für und gegen sich gelten lassen (§ 69 Abs. 1 Satz 3 u. 4 SGB V i.V.m. § 164 Abs. 3 u. 1 Satz 1 BGB).

Das **Risiko einer Nichtübermittlung von Rechnungsdaten** vom Dienstleister an die Krankenkasse fällt nicht in die Sphäre des Krankenhauses.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 816,77 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Fälligkeit nach Pflegesatzvereinbarung: Keine Untersuchung der Einwände der Krankenkasse

LSG Bayern, Urteil v. 12.05.2015 - L 5 KR 493/12

RID 16-02-141

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 6/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I 3, 107 I Nr. 2, 108 Nr. 2

Wird der **Vergütungsanspruch** nach der **Pflegesatzvereinbarung** drei Wochen nach Rechnungseingang fällig, ist dem streitigen prozessualen Anspruch vollumfänglich stattzugeben, ohne dass die Einwände der Krankenkasse zur Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit näher zu untersuchen wären. Nur falls sich im Nachhinein herausstellen sollte, dass die gestellten Rechnungen unberechtigt waren, wäre ein zu viel erhaltener Betrag zurückzuzahlen. Dies bedeutet, dass so lange ein Abrechnungsstreit ungeklärt ist, das Krankenhaus die Zahlung seiner Abrechnungen verlangen kann.

SG Würzburg, Urt. v. 17.10.2012 - S 3 KR 378/07 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. einen Betrag in Höhe von 8.052,95 € nebst Zinsen zu zahlen.

f) Keine Aufrechnung ohne Aufrechnungserklärung

LSG Bayern, Urteil v. 14.07.2015 - L 5 KR 284/13

RID 16-02-142

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 7/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 69 I 3, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b; KHEntgG §§ 7, 9 I 1 Nr. 1; BGB § 387

Die **Aufrechnung** einer Krankenkasse ist unwirksam, wenn es an einer wirksamen (bestimmten) **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). Eine **Verrechnung**, bei der gegenseitige offene Forderungen ausgeglichen werden, reicht nicht aus.

SG München, Gerichtsbb. v. 01.07.2013 - S 50 KR 509/11 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.322,33 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

g) Verjährungsfrist für Abrechnungsstreitigkeiten von drei Jahren

SG Mainz, Urteil v. 11.01.2016 - S 3 KR 349/15

RID 16-02-143

juris

SGB V §§ 69, 70 I, 109, 112

Leitsatz: 1. Für Vergütungsforderungen von Krankenhäusern gegen Krankenkassen gilt auf Grund der Verweisung in § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V die regelmäßige **Verjährungsfrist von drei Jahren** nach § 195 BGB. Gleiches gilt für Erstattungsansprüche von Krankenkassen gegen Krankenhausträger (Fortführung von SG Mainz vom 4.6.2014 - S 3 KR 645/13 - Rdnr. 41 ff = KrV 2014, 171; entgegen u.a. BSG vom 12.5.2005 - B 3 KR 32/04 R = SozR 4-2500 § 69 Nr 1; BSG vom 21.4.2015 - B 1 KR 11/15 R - Rdnr. 13 = SozR 4-2500 § 69 Nr 10; BSG vom 23.6.2015 - B 1 KR 26/14 R - Rdnr. 44 = SozR 4-5560 § 17c Nr 3).

2. Eine **Verjährungsfrist von vier Jahren** ist auch nicht aus Gründen des Vertrauensschutzes in die ständige Rechtsprechung des BSG einzuräumen. Gerichte dürfen wegen ihrer Funktion im Rechtsstaat über auf konkrete Verfahren bezogene Maßnahmen hinaus keinen Vertrauensschutz auf ihre Rechtsprechung oder auf die Rechtsprechung der ihnen übergeordneten Gerichte gewähren (entgegen u.a. BSG vom 23.6.2015 - B 1 KR 26/14 R - Rdnr. 24 aaO). Gerichte haben das Recht vielmehr stets so anzuwenden, wie es der jeweils zuständige Spruchkörper im konkreten Streitfall als richtig erkennt (Anschluss an BVerwG vom 28.2.1995 - 4 B 214/94 - Rdnr. 3).

3. 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 (Fortführung von SG Mainz vom 21.09.2015 - S 3 KR 558/14 - Rdnr. 29 ff).

4. 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 (Fortführung von SG Mainz vom 31.8.2015 - S 3 KR 405/13 - Rdnr. 140 ff).

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. 774,32 € nebst Zinsen zu zahlen.

2. Fallpauschalen

a) Kodierung als Nebendiagnose setzt eigenständiges Problem des Symptoms voraus

LSG Thüringen, Urteil v. 15.12.2015 - L 6 KR 364/12

RID 16-02-144

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Ein **Symptom** wird nicht als Nebendiagnose kodiert, wenn es im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zu Grunde liegenden Krankheit vergesellschaftet ist. Stellt ein Symptom jedoch ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dar, so wird es als Nebendiagnose kodiert.

Eine **Vaskuläre Myelopathie** ist eine Schädigung des Rückenmarks, die durch Kompression, Durchblutungsstörungen oder ionisierende Strahlung hervorgerufen wird.

Bei der **Claudicatio spinalis** handelt es sich nicht um eine sonstige (eigenständige) Erkrankung des Rückenmarks. Sie ist ein Symptom der Spinalkanalstenose.

SG Gotha, Gerichtsbb. v. 12.01.2012 - S 38 KR 3088/11 verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.428,02 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

b) Keine Kodierung der Schädigung des Neugeborenen durch Nikotinabusus der Mutter

SG Lüneburg, Urteil v. 16.12.2015 - S 9 KR 147/14

RID 16-02-145

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 137c; KHEntgG § 9 S. 1 Nr. 1; KHG § 17b II 1

Nikotin kann nicht unter den Begriff „Drogen“ im Sinne des ICD-10-GM P 96.1 subsumiert werden.

Das *SG* wies die Klage ab.

c) Intensivmedizin auf „Intermediate-Care-Station“

SG Halle, Urteil v. 26.02.2016 - S 16 KR 103/11

RID 16-02-146

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Für die Abrechnung der DRG A13G (Beatmung) reicht eine „intensivmedizinische Versorgung“ aus, eine ständige „intensivmedizinische Behandlung“ ist nicht erforderlich. Ist auf einer „Intermediate-Care-Station“ außerhalb der Regelarbeitszeit des jeweiligen Facharztes kein Arzt direkt tätig, kann aber aufgrund der räumlichen Nähe zur Intensivstation, durch die Übergabe an den weiterbehandelnden Arzt direkt am Patientenbett des beatmeten Patienten und die Garantie, dass im Notfall ein Arzt innerhalb weniger als 3 Minuten vor Ort sein kann, gewährleistet werden, dass auch außerhalb der Regelarbeitszeiten der anwesenden Fachärzte eine Versorgung der Patienten gewährleistet wird, so handelt es sich um Intensivmedizin i.S. der DRG A13G. Vor diesem Hintergrund ist „intensivmedizinische Versorgung“ nicht in jedem Fall gleichzusetzen mit einer Behandlung auf einer Intensivstation.

Das *SG* verurteilte die Bekl., für die stationäre Behandlung der Patientin im Zeitraum vom 25.05.2009 bis 11.06.2009 weitere 2.588,37 € nebst Zinsen zu zahlen.

d) Beatmung mittels Nasen-CPAP

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.11.2015 - L 1 KR 36/13

RID 16-02-147

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: Nach den Kodierrichtlinien 2010 ist eine **Beatmung mittels Nasen-CPAP** auf die Dauer der künstlichen Beatmung anzurechnen.

SG Potsdam, Ur. v. 29.11.2013 - S 3 KR 421/11 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

e) Pfannenbodenplastik

SG Osnabrück, Urteil v. 10.02.2016 - S 34 KR 1755/13

RID 16-02-148

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 108, 109

Leitsatz: Eine **Pfannenbodenplastik** (OPS Kode 5 829.h 2010) setzt nur die **Verfüllung von Spongiosa** im Pfannenboden voraus. Weitere Anforderungen an die Menge des Materials oder die Genese, Art und/oder Schwere des Defekts gibt es nicht.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 847,57 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

f) Spongiosaplastik ist nicht immer eine Pfannenbodenplastik

SG Osnabrück, Urteil v. 27.05.2015 - S 46 KR 405/13

RID 16-02-149

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: Es ist ausgeschlossen, dass eine **Spongiosaplastik** auch immer eine **Pfannenbodenplastik** im Sinne des OPS Kodes 5 829.h ist.

Das *SG* wies die Klage ab.

g) Rekonstruktion der Hirnhäute: Duraplastik an der Konvexität

LSG Saarland, Urteil v. 13.04.2016 - L 2 KR 73/13

RID 16-02-150

juris

SGB V §§ 109 IV, 112 II, KHEntgG § 7 I

Leitsatz: Unabhängig von der Frage, ob unter Verwendung von TachoSil eine Duraplastik i.S. des OPS-Kodes (2011) 5-021.O (Rekonstruktion der Hirnhäute: Duraplastik an der Konvexität) durchgeführt werden kann (vgl. hierzu Urteil des Senats ebenfalls vom 13.04.2016 - L 2 KR 85/14), ist eine Verschlüsselung dieses Kodes ausgeschlossen, wenn der Einsatz von TachoSil lediglich dem Verschluss des operativen Zugangs diene.

SG für das Saarland, Gerichtsbb. v. 31.07.2013 - S 15 KR 735/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

h) Gerichtsverfahren: Festlegung der Kodierung ohne Sachverständigengutachten

LSG Sachsen, Urteil v. 08.09.2015 - L 1 KR 45/12

RID 16-02-151

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: Bei einem unstreitigen (medizinischen) Sachverhalt ist es **Aufgabe des Gerichts**, diesen **unter die Diagnosen aus dem ICD 10 GM Katalog** (unter Berücksichtigung dessen Systematik und der allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft, d. h. am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen) **zu subsumieren**.

Das angerufene Gericht darf sich dieser **genuin eigenen Aufgabe** nicht dadurch entziehen, dass es zwecks Beantwortung der zu entscheidenden Rechtsfrage medizinische **Sachverständigengutachten** einholt.

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Vergütungsanspruchs für eine stationäre Krankenhausbehandlung und dabei über die Anwendung zweier unterschiedlich zu vergütender DRGs nach dem Fallpauschalenkatalog 2008. *SG Leipzig*, Urt. v. 13.12.2011 - S 8 KR 372/09 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß zur Zahlung des Differenzbetrages zzgl. Zinsen. Das *LSG* wies die Klage ab. *BSG*, Beschl. v. 10.03.2016 - B 1 KR 97/15 B - RID 16-02-178 verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

3. Aufwandspauschale

a) Kein Prüfverfahren außerhalb des § 275 I c SGB V

SG Detmold, Urteil v. 04.02.2016 - S 24 KR 380/15

RID 16-02-152

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 275

Die Kammer **folgt nicht dem 1. Senat des BSG**, wonach Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausrechnung nicht unter den Anwendungsbereich des § 275 I c SGB V fallen, sondern einem eigenen Prüfregime unterstehen.

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

b) Prüfungen der ordnungsgemäßen Abrechnung einschl. der richtigen Kodierung

SG Osnabrück, Urteil v. 10.12.2015 - S 34 KR 238/15

RID 16-02-153

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 275, 276, 301

Leitsatz: 1. Prüfungen der ordnungsgemäßen Abrechnung einschließlich der richtigen **Kodierung** fallen unter § 275 Abs. 1 Nr. 1 Variante 2 SGB V.

2. Für einen Anspruch auf Zahlung einer **Aufwandspauschale** ist es unerheblich, ob das Krankenhaus die Prüfung durch **Fehler in der Abrechnung** verursacht hat.

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

c) Fehler in der Abrechnung unerheblich

SG Osnabrück, Urteil v. 27.01.2016 - S 34 KR 98/15

RID 16-02-154

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 275 I Nr. 1, Ic, 276 II, 301

Leitsatz: 1. Prüfungen der ordnungsgemäßen **Abrechnung** einschließlich der richtigen Kodierung fallen unter § 275 Abs. 1 Nr. 1 Variante 2 SGB V.

2. Für einen Anspruch auf Zahlung einer **Aufwandspauschale** ist es unerheblich, ob das Krankenhaus die Prüfung durch Fehler in der Abrechnung verursacht hat.

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

d) Keine Minderung des Abrechnungsbetrages/Nebendiagnose J96.0

SG Rostock, Urteil v. 02.03.2016 - S 15 KR 406/13

RID 16-02-155

juris
SGB V §§ 39, 275 Ic 3

Leitsatz: 1. Zur Kodierbarkeit der **Nebendiagnose J96.0** (Akute respiratorische Insuffizienz).

2. Führt die Prüfung der sachlich rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausabrechnung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages, hat die Klägerin einen Anspruch auf Zahlung der **Aufwandspauschale**.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.176,30 € nebst Zinsen zu zahlen.

4. Konkurrentenklage: Vorläufige Untersagung des Abschlusses eines Versorgungsvertrages

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 24.02.2016 - L 4 KR 4446/15 ER-B

RID 16-02-156

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 109; SGG § 86b II

Leitsatz: Zur vorläufigen Untersagung des Abschlusses eines Versorgungsvertrages durch die Landesverbände der Krankenkassen.

Die antragstellende GmbH & Co. KG ist Trägerin u.a. der B. Klinik in K., mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V als Rehabilitationseinrichtung für psychosomatische Erkrankungen besteht. Die Beigel. gGmbH ist Trägerin u.a. des P. Hospitals in R. (Landkreis R.). Die Ast. begehrt im einstweiligen Rechtsschutz, den Ag. den Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 109 SGB V mit der Beigel. zu untersagen. **SG Freiburg**, Beschl. v. 09.10.2015 - S 14 KR 4313/15 ER - lehnte den Antrag ab. Das **LSG** untersagte den Ag., bis zwei Monate nach Bekanntgabe des Widerspruchsbescheides über den Widerspruch der Ast. gegen den Bescheid an die Ast., längstens bis zur Bestandskraft des Widerspruchsbescheides, einen Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V über Akutbetten der Fachrichtung Psychosomatik mit der Beigel. zu schließen, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

5. Keine Abtrennung von Klage und Eventualwiderklage

LSG Bayern, Urteil v. 15.03.2016 - L 5 KR 82/16

RID 16-02-157

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG § 100

Leitsatz: Krankenhausabrechnungsstreit: Keine Abtrennung von Klage und Eventualwiderklage.

SG München, Gerichtsbb. v. 04.01.2016 - S 3 KR 639/13 - wies die Klage ab, das **LSG** verwies die Streitsache an das SG zurück.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 20.04.2016 - **B 3 KR 23/15 R** - bedarf es, wenn der nach § 125 I SGB V anerkannte Verbandsvertrag die Durchführung von Behandlungen nur in zugelassenen Praxen eines **Physiotherapeuten** erlaubt, für **jede Betriebsstätte einer Genehmigung**. Dies ist eine zulässige Berufsausübungsregelung (Art. 12 I 2 GG), die aus Gründen der Qualitätssicherung und einer wirtschaftlichen Leistungserbringung gerechtfertigt und nicht unverhältnismäßig ist. Nach BSG,

Urt. v. 20.04.2016 - **B 3 KR 17/15 R** - ist die in einer Entfernung von 20 km von der Wohnung der Familie der Versicherten **angemietete Wohnung** in dem Haus, in dem die Teamleiterin der Kl. ihre Wohnung hatte, weder Teil des Haushaltes noch Teil der Familienwohnung der Versicherten geworden. Für die Zeit bis zu ihrer Entscheidung über den Umfang des HKP-Anspruchs kann sich die Krankenkasse jedoch nicht darauf berufen, § 37 SGB V sei nicht erfüllt gewesen, wenn es bei bekannten Verhältnissen an einer **unverzüglichen Entscheidung fehlt**. Der Sinn der **Vertrauensschutzregelung** der HKP-RL besteht darin, dass der Pflegedienst bis zur Entscheidung der Krankenkasse bei Vorliegen einer korrekten vertragsärztlichen Verordnung dagegen geschützt ist, dass die Krankenkasse nachträglich den Leistungsanspruch verneint und damit dem Vergütungsanspruch die Grundlage entzieht. **Die Frist von drei Tagen** i.S. der Nr. 24 HKP-RL (jetzt: § 6 Abs 6 HKP-RL) gilt nur für die erste, den Vergütungsanspruch des Pflegedienstes auslösende vertragsärztliche Verordnung. Bis zu dem Tag, an dem die Krankenkasse entscheidet, reicht es aus, wenn eine lückenlose Verordnungskette vorliegt, die den gesamten Zeitraum abdeckt. Auch rückwirkende vertragsärztliche Verordnungen sind nicht vollständig wirkungslos. Nach BSG, Urt. v. 20.04.2016 - **B 3 KR 18/15 R** - setzt der **Vergütungsanspruch eines Pflegeunternehmens** zwingend einen **Vertrag** zwischen diesem und der beklagten Krankenkasse nach § 132a II SGB V voraus; dies gilt auch für die 24-Stunden-Pflege. Liegt eine **ärztliche Verordnung** nicht vor, spricht dies dagegen, dass hier eine keinen Aufschub duldende Notfallversorgung erforderlich war. Schließlich musste der Kl. klar sein, dass die Krankenkasse auch zu prüfen hatte, inwieweit die Unterstützung der Mutter bei der Versorgung des Kindes aus Gründen geboten war, die nichts mit der gesundheitlichen Situation des Kindes selbst zu tun hatten, und für deren Ausgleich die Krankenkasse nicht einzustehen hat. In dieser Situation war es Sache der K., zeitnah eine Einzelabsprache zu erwirken; sie durfte ihre Leistungen der Krankenkasse nicht aufdrängen und auf eine Vergütung vertrauen. Nach BSG, Urt. v. 08.03.2016 - **B 1 KR 26/15 R** - hat ein nicht versicherter **Sozialhilfeempfänger keinen Anspruch darauf, eine neue Krankenkasse zu wählen**, damit sie seine Krankenbehandlung übernimmt. Das Gesetz sieht für nicht versicherte Sozialhilfeempfänger kein Recht vor, die einmal gewählte funktionsfähige Krankenkasse zu wechseln, solange diese weder geschlossen noch von einem Insolvenzeröffnungsantrag betroffen ist. Der Gesetzgeber hat das Recht der Sozialhilfeempfänger, einmal eine Krankenkasse zur Übernahme der Krankenbehandlung zu wählen, planvoll abschließend geregelt, ohne gegen den allgemeinen Gleichheitssatz zu verstoßen. Eine analoge Anwendung der Regelungen über Wechselrechte für Versicherte ist mangels Regelungslücke ausgeschlossen. Nach BSG, Urt. v. 25.11.2015 - **B 3 KR 16/15 R** - SozR 4-2500 § 129 Nr. 11 - 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 Exklusivlieferungsvertrages 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) Voraussetzungen der Ausgabe von Arzneimitteln auf T-Rezepten

SG Hannover, Urteil v. 29.01.2016 - S 86 KR 383/11

RID 16-02-158

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

AMVV § 3a; ApoBetrO § 17 V; SGB V § 129

Leitsatz: 1. Nach § 3a Abs. 2 AMVV ist die (isolierte) Bestätigung der **Aushändigung von Informationsmaterialien** für die Verordnung von Revlimid (Lenalidomid) nicht erforderlich.

2. Das Fehlen des zweiten Kreuzes auf einem sog. **T-Rezept** begründet kein Recht der Krankenkasse auf Retaxierung.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an den Kl. 37.563,05 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Erstattung der Umsatzsteuer durch in Niederlanden ansässige Apotheke

SG Speyer, Urteil v. 21.03.2016 - S 7 KR 482/13

RID 16-02-159

juris

SGB V § 129; AMG § 78

Leitsatz: Der **Beitritt** einer **im EU-Ausland (hier: Niederlande) ansässigen Apotheke** zu dem zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Apothekerverband e.V. gemäß § 129 Abs. 2 SGB V geschlossenen **Rahmenvertrag** nach § 2b Abs. 2 des Rahmenvertrages hat die Geltung der Preisvorschriften nach § 78 AMG i.V.m. der AMPreisV zur Folge.

Ein solcher Beitritt stellt **keine Bruttopreisvereinbarung** über den Abgabepreis für Arzneimittel zwischen Krankenkasse und Apotheke dar. Vielmehr handelt es sich um einen gesetzlichen, durch Vertrag lediglich näher ausgestalteten **Vergütungsanspruch** der Apotheke gegen die Krankenkasse,

wenn die Abgabe eines Arzneimittels aufgrund vertragsärztlicher Verordnung als Sachleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt.

Schuldet eine im EU-Ausland ansässige Apotheke für die durch eine innergemeinschaftliche Lieferung an eine gesetzliche Krankenkasse bewirkte Abgabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels in Deutschland keine **Umsatzsteuer**, ist die Apotheke verpflichtet, der gesetzlichen Krankenkasse den Apothekenabgabepreis unter Abzug der Umsatzsteuer in Rechnung zu stellen.

Die kl. Krankenkasse nimmt die bekl., in den Niederlanden ansässige Apotheke auf Rückzahlung der Umsatzsteuer sowie auf Erteilung ordnungsgemäßer Rechnungen für Arzneimittellieferungen an Versicherte der Kl. in Anspruch. Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 162.488,70 € nebst Zinsen zu zahlen und der Kl. ordnungsgemäße Rechnungen über die Arzneimittellieferungen im Zeitraum vom 01.03.2010 bis einschließlich 31.12.2012 zu erteilen, welche die von Art. 226 MwStSystRL geforderten Angaben enthalten.

2. Arzneimittelhersteller

a) Festbetragsgruppenbildung für Bisphosphonate

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 11.09.2015 - L 1 KR 218/12

RID 16-02-160

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 35; GG Art. 3, 12

Leitsatz: Zu den **Anforderungen** an eine **Festbetragsgruppenbildung** nach § 35 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 SGB V

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Festsetzung von Festbeträgen für die Festbetragsgruppe „Bisphosphonate und Kombinationen von Bisphosphonaten mit Additiva 1“. *SG Berlin*, Urt. v. 21.03.2012 - S 28 KR 1811/07 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Kein einstweiliger Rechtsschutz gegen Beschluss über Nutzenbewertung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 23.12.2015 - L 1 KR 550/15 KL ER

RID 16-02-161

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 35a; GG Art. 12, 19 IV; SGG § 86b II

Eine **Zwischenverfügung** setzt immer voraus, dass der Eilantrag selbst nicht bereits offenbar erfolglos bleiben wird.

Ein gerichtliches Eilverfahren (einschließlich etwaiger Zwischenverfügung) dient nicht dazu, für den Ast. **gutachterlich Rechtsfragen** zu klären, auf deren Grundlage dieser Entscheidungen treffen will.

§ 35a VIII SGB V **schließt eine gesonderte Klage** gegen den **Beschluss nach § 35a III SGB V** aus und damit auch vorläufigen Rechtsschutz in diesem Zusammenhang. Dies ist mit dem Gebot effektiven Rechtsschutzes nach Art. 19 IV GG vereinbar, auch wenn das Gesetz nach der Konzeption des in mehrere Phasen gegliederte Nutzenbewertungsverfahrens Rechtsschutz erst auf der letzten Stufe gewährt.

Im Streit ist der Beschl. des GBA (Ag.) v. 27.11.2015 über eine Änderung der AMR durch Ergänzung der Anlage XIII - Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V - um den Wirkstoff Ivermectin. Das *LSG* lehnte den Erlass einer Zwischenverfügung ab.

3. Festbetragsfestsetzung für Hörgeräte: Keine Rechtsverletzung der Hersteller von Hilfsmitteln

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.07.2015 - L 9 KR 67/12 KL

RID 16-02-162

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 33, 126, 127

Leitsatz: Hersteller von Hilfsmitteln bzw. ihre Verbände werden durch die **Festsetzung eines Festbetrags** für bestimmte Hilfsmittel (hier: Hörhilfen) **nicht in eigenen Rechten verletzt**.

Das *LSG* gab der Klage gegen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilweise statt und hob dessen Beschluss v. 12.12.2011 insoweit teilweise auf, als für die Zeit vom 01.03.2012 bis zum 30.06.2014 ein Festbetrag von weniger als 846,86 € festgesetzt wurde, und wies im Übrigen die Klage ab.

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

4. Physiotherapeut: Neue Genehmigung nach Verlegung der Praxisräume erforderlich

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 16.11.2015 - L 1 KR 450/15 B ER

RID 16-02-163

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 124

Ein Physiotherapeut benötigt für seine Praxis eine **neue Zulassung**, da die Zulassungen nach § 124 I, II SGB V praxisbezogen sind (BSG, Urt. v. 29.11.1995 - 3 RK 25/94 - BSGE 77, 108 = SozR 3-2500 § 126 Nr. 1, juris Rn. 18; BSG, Urt. v. 27.03.1996 - 3 RK 25/95 - BSGE 78, 125 = SozR 3-2500 § 124 Nr. 5).

SG Berlin, Beschl. v. 19.10.2015 - S 28 KR 101/15 ER - verpflichtete die Ag. im Wege einstweiliger Anordnung, vorläufig bis zum Abschluss der Hauptsache, dem Ast. die Befugnis einzuräumen, Leistungen der physikalischen Therapie in der Räumlichkeiten F Allee zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen mit Ausnahme der besonderen Leistungen der Physikalischen Therapie im Sinne des § 17 II HM-RL, für die der Ast. bereits in der zuvor betriebenen Praxis keine persönliche Abrechnungsbefugnis gehabt habe, insb. solche der manuellen Therapie. Im Übrigen lehnte es den Antrag ab. Das *LSG* wies die Beschwerde des Ast. zurück.

5. Vertragsärztliche Verordnung von Krankenfahrten zu ambulanten Operationen

SG Nürnberg, Urteil v. 15.10.2015 - S 11 KR 159/12

RID 16-02-164

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 60 II 1 Nr. 4, 73 II Nr. 7; SGG § 55

Ein **MVZ** bzw. die in ihm tätigen Augenärzte können **Krankenfahrten** i.S.v. § 7 II Buchst. c Krankentransport-Richtlinien im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung für Patienten zu ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1 (Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können) **verordnen**; dies wird nicht durch Einstufung der ambulanten Kataraktoperationen in die Kategorie 1 des Abschnitts 1 des AOP-Vertrags ausgeschlossen.

Das *SG* stellte fest, dass das Recht der Kl. respektive der von ihr im Freistaat Bayern betriebenen MVZ bzw. der in diesen tätigen Augenärzten auf Verordnung von Krankenfahrten im Sinne von § 7 II Buchst. c Krankentransport-Richtlinien für die bei der Bekl. versicherten Patienten zu ambulanten Kataraktoperationen der Kategorie 1 (OPS 5 - 144.20 ff.) nicht durch Einstufung der ambulanten Kataraktoperationen in die Kategorie 1 des Abschnitts 1 des AOP-Vertrags ausgeschlossen ist, und wies im Übrigen die Klage ab.

6. Hebammen: Schiedsstellenentscheidung zu Ausgleichsmechanismus für Versicherungsprämien

SG Berlin, Beschluss v. 22.02.2016 - S 211 KR 4186/15 ER

RID 16-02-165

Beschwerde anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 1 KR 117/16 B ER -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 134a

Leitsatz: Es ist nicht offensichtlich rechtswidrig, das **Modell eines eigenständigen Ausgleichsmechanismus für Versicherungsprämien** in § 134a Abs. 1b SGB V („Sicherstellungszuschlag“) auf sämtliche in der Geburtshilfe tätige Hebammen zu übertragen. Die rechtlichen Bedenken gegen die Festsetzung von Qualitätsanforderungen, mit denen Hebammenleistungen im Rahmen einer Hausgeburt ausgeschlossen werden, müssen im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzverfahrens zurückstehen, weil durch die vorläufige Aussetzung der diese Qualitätsanforderungen regelnden Vertragsbestandteile der für Hebammen mit wenigen Geburten existenzsichernde Zuschlag nach § 134a Abs. 1b SGB V entfielen.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit von Beschlüssen vom 25.09.2015, mit denen die Schiedsstelle beim GKV-Spitzenverband nach § 134a IV SGB V (Ag.) bestimmte streitige Teile des Vertrages zwischen dem Ast. und den Beigel. nach § 134a I SGB V über die Versorgung mit Hebammenhilfe festgesetzt hat. Das *SG* lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage ab.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen/Sonstiges/Kosten

Nach BSG, Urt. v. 08.03.2016 - **B I KR 31/15 R** - steht der **Anordnung des Ruhens der Leistungsansprüche** und ihrer Fortdauer entgegen, dass **Hilfebedürftigkeit** des betroffenen Versicherten eintritt. Nach BSG, Urt. v. 08.03.2016 - **B I KR 27/15 R** - beschränkt sich der **Erstattungsanspruch** als gesetzeswidrig **drittangegangener Reha-Träger** auf den Anspruch als unzuständiger Träger. Dessen Umfang richtet sich nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften (§ 105 II SGB X). Die beklagte Krankenkasse war hiernach nicht verpflichtet, dem Versicherten während der Reha-Maßnahme Krankengeld zu zahlen und für ihn Sozialversicherungsbeiträge zu entrichten. Nach BSG, Urt. v. 15.12.2015 - **B I 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. Feststellung der Arbeitsunfähigkeit in Rehaklinik

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 02.03.2016 - L 6 KR 192/15 B

RID 16-02-166

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 44, 46, 49

Leitsatz: In der ärztlichen Mitteilung, der Versicherte werde arbeitsunfähig aus der (Rehabilitations-)Klinik entlassen, kann die **Feststellung der Arbeitsunfähigkeit** i.S.v. § 46 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zu sehen sein. Dies kann nach § 192 SGB V für die Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft eines versicherungspflichtigen Beziehers von Krankengeld genügen.

SG Halle, Beschl. v. 03.09.2015 - S 35 KR 191/15 - lehnte den Antrag ab, das **LSG** bewilligte dem Kl. Prozesskostenhilfe.

2. Erstattungsstreitigkeiten: Irrtümliche Annahme eines Wegeunfalls (Familienheimfahrt)

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 16.02.2016 - L 6 KR 46/12

RID 16-02-167

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB X §§ 102, 105; SGB VII § 8 II Nr. 1 u. 4; SGG § 77

Leitsatz: Der **Ausnahmecharakter** der Vorschrift des § 8 Abs. 2 Nr. 4 SGB VII (**Familienheimfahrt**) gebietet eine enge Auslegung, weshalb insbesondere die von der Rechtsprechung unter dem Gesichtspunkt des sog. Dritten Ortes entwickelten Grundsätze insoweit keine Anwendung finden.

Die kl. Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung hat dem bei der Bekl. Krankenversicherten Leistungen wegen eines angenommenen Arbeitsunfalles vom April 2002 erbracht. Streitig ist, ob die Bekl. der Kl. die hierfür aufgewendeten Kosten, welche sie auf 31.575,35 € beziffert, zu erstatten hat, weil es sich tatsächlich nicht um einen versicherten Arbeitsunfall gehandelt hat. Die Bekl. wiederum hat dem Versicherten nach Leistungseinstellung seitens der Kl. ihrerseits Leistungen wegen der Unfallfolgen erbracht, welche sie auf insgesamt 5.119,17 € beziffert und widerklagend gegenüber der Kl. geltend macht. Der 1979 geb. Versicherte absolvierte seit August 1999 eine Berufsausbildung zum Kommunikationselektroniker bei der Bundeswehr. Er erlitt im April 2002 auf dem Weg von der Wohnung seiner damaligen Freundin zur Berufsschule einen Verkehrsunfall, wobei er sich schwere Verletzungen zuzog. Die Kl. nahm zunächst wegen eines Wegeunfalls die Behandlungskosten. Nach Akteneinsicht in die Ermittlungsakte der Staatsanwaltschaft gelangte sie zu der Auffassung, dass sich der Versicherte durch grob verkehrswidriges und rücksichtsloses Verhalten von der versicherten Tätigkeit gelöst habe. Daraufhin lehnte sie gegenüber dem Versicherten die Anerkennung eines Arbeitsunfalls ab (zwischenzeitlich bestandskräftig) und machte den Erstattungsbetrag geltend. **SG Schwerin**, Urt.v.02.12.2011 - S 5 U 14/09 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück und die Widerklage der Bekl. ab.

3. Risikostrukturausgleich: Festlegungen nach § 31 IV 1 RSAV nicht durch Bescheid abänderbar

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 29.10.2015 - L 5 KR 745/14 KL

RID 16-02-168

Revision anhängig: B 1 KR 11/16 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

RSAV §§ 31, 41 I 2; SGB V §§ 266, 269 II

Eine **Änderung** der gemäß § 31 IV 1 RSAV bis zum 30.09. des Vorjahres (hier 2012) zu treffenden **Festlegungen** ist nur durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes im Rahmen der verfassungsrechtlichen Vorgaben zulässig. Eine unmittelbare Änderung der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2013 durch den Gesetzgeber selbst hat nicht stattgefunden, so dass offenbleiben kann, ob eine solche verfassungsrechtlich zulässig wäre. Eine wirksame Ermächtigung für das Bundesversicherungsamt, die Änderung selbst vorzunehmen, findet sich weder in den Vorschriften des SGB V noch der RSAV. Sie verstößt somit gegen § 31 IV 1 RSAV und ist deshalb unwirksam.

Für ihre **Finanzplanung** müssen sich die **Krankenkassen** darauf verlassen können, dass nach erfolgter Festlegung die Faktoren nicht nachträglich geändert werden und es dadurch zu einer wesentlichen Umverteilung der schon geflossenen bzw. einkalkulierten Mittel kommt. Somit können nicht aufgrund nachträglich gewonnener Erkenntnisse wesentliche Faktoren des Versichertenklassifikationsmodells für ein Ausgleichsjahr geändert werden.

Das **LSG** hob den Bescheid vom 14.11.2014 (Jahresausgleichsbescheid 2013) hinsichtlich der Zuweisungen für Auslandsversicherte auf und verpflichtete die bekl. Bundesrepublik, die kl. AOK Rheinland/Hamburg unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts insoweit neu zu bescheiden.

4. Kostenfolgen bei unverwertbarem Gutachten

LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss v. 22.02.2016 - L 5 KR 269/15 B

RID 16-02-169

www.sozialgerichtsbarkeit.de = www3.mjv.rlp.de/rechtspr = juris

JVEG § 8a

Leitsatz: 1. In Verfahren nach § 197a SGG hat ein kostenpflichtiger Beteiligter **Kosten** eines vom Gericht eingeholten **Sachverständigengutachtens** nur zu erstatten, wenn der Sachverständige eine verwertbare Leistung i.S.d. § 8a JVEG erbracht hat.

2. Das Gericht hat vor der Vergütung eines Sachverständigen von Amts wegen die **Verwertbarkeit des Gutachtens** zu prüfen.

X. Bundessozialgericht (BSG)

1. (Zahn-)Ärztliche Behandlung

a) Kein Anspruch auf Behandlung durch „psychotherapeutische Heilpraktikerin“

BSG, Beschluss v. 01.02.2016 - B 1 KR 104/15 B

RID 16-02-170

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Sachsen**, Urt. v. 10.09.2015 - L 1 KR 289/14 - wird zurückgewiesen.

Der im Recht der GKV geregelte **Arztvorbehalt** beinhaltet einen **generellen Ausschluss nichtärztlicher Heilbehandler** von der selbstständigen und eigenverantwortlichen Behandlung der Versicherten; dies ist verfassungsgemäß (BSGE 48, 47 = SozR 2200 § 368 Nr. 4; BSGE 72, 227 = SozR 3-2500 § 15 Nr. 2; BSG, Urt. v. 11.10.1994 - 1 RK 26/92 - USK 94128; BVerfGE 78, 155 = SozR 2200 § 368 Nr. 11). Das BVerfG hat bezogen auf eine Heilpraktikerbehandlung zudem entschieden, dass sich aus Art. 2 II 1 GG kein verfassungsrechtlicher Anspruch Versicherter darauf ergibt, dass ein bestimmter, im SGB V nicht vorgesehener Leistungserbringer im Rahmen der GKV tätig werden darf (BVerfG <Kammer>, Beschl. v. 15.12.1997 - 1 BvR 1953/97 - NJW 1998, 1775).

b) Werkstatt für behinderte Menschen: Anspruch auf medizinische Leistungen

BSG, Urteil v. 16.06.2015 - B 13 R 12/14 R

RID 16-02-171

BSGE = SozR 4-2600 § 10 Nr. 3 = NZS 2015, 823 = Breith 2016, 146

Leitsatz: Auch voll erwerbsgeminderte Menschen, die in einer **Werkstatt für behinderte Menschen** (WfbM) tätig sind, haben Anspruch auf **medizinische Leistungen**, um das für eine Tätigkeit in einer WfbM und damit die Versicherungspflicht in der Renten- und Krankenversicherung erforderliche Restleistungsvermögen zu erhalten oder nach einer Krankheit wiederherzustellen. Der Anspruch hierauf richtet sich jedoch nicht gegen den Träger der Rentenversicherung, sondern gegen die **Krankenkassen** als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

c) Festzuschuss bei Zahnersatz/Zuwendungen Angehöriger zu Heimunterbringungskosten

BSG, Urteil v. 08.09.2015 - B 1 KR 22/14 R

RID 16-02-172

SozR 4-2500 § 55 Nr. 3 = NZS 2015, 902

Leitsatz: **Zuwendungen der Kinder** des Versicherten zum Ausgleich ungedeckter Heimkosten sind als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt bei der **Berechnung der Belastungsgrenze** für die Höhe des Festzuschusses bei **Zahnersatz** zu berücksichtigen.

2. Versichertenteilnahme an einem Hausarztvertrag/Fortsetzungsfeststellungsklage

BSG, Beschluss v. 08.09.2015 - B 1 KR 19/15 B

RID 16-02-173

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Bayern**, Urt. v. 13.01.2015 - L 5 KR 41/12 - RID 15-02-186 wird zurückgewiesen.

Für die Zulassung der Revision oder eine Zurückverweisung ist auch bei einem **Verfahrensfehler** kein Raum, wenn feststeht, dass das angefochtene LSG-Urteil unabhängig vom Vorliegen der geltend gemachten Zulassungsgründe aus anderen als den vom Berufungsgericht angestellten Erwägungen Bestand haben wird.

Einem an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten können keine **Ansprüche** auf Leistungen aus einem HzV-Vertrag für Zeiträume **nach Beendigung des HzV-Vertrages** zustehen. Nichts anderes ergibt sich für Prämienzahlungen und Zuzahlungsermäßigungen nach § 53 II 2 SGB V.

§ 73b SGB V ergänzt das Regelungssystem der GKV zur Begründung von Leistungsansprüchen Versicherter, indem er mit dem **HzV-Vertrag** eine zusätzliche Rechtsgrundlage für mehr oder weniger vom GKV-Leistungskatalog abweichende Ansprüche der Versicherten schafft. Danach kann der HzV-Vertrag die **Leistungsansprüche** der teilnehmenden Versicherten sowohl umfassend und abschließend als auch nur ergänzend regeln. § 73b SGB V regelt hingegen nicht selbst die Leistungsansprüche der Versicherten. Fällt der Vertrag weg, fehlt es auch an einer Rechtsgrundlage für vom GKV-Leistungskatalog abweichende Ansprüche der bislang an der HzV teilnehmenden Versicherten. Die Ansprüche der Versicherten bestimmen sich dann wieder allein nach dem GKV-Leistungskatalog.

3. Hilfsmittel: Silikon-Fingerprothese ohne wesentliche Gebrauchsvorteile

BSG, Urteil v. 30.09.2015 - B 3 KR 14/14 R

RID 16-02-174

SozR 4-2500 § 33 Nr. 48

Leitsatz: Eine **Fingerendgliedprothese**, die **keine (wesentlichen) Gebrauchsvorteile** bietet, keine Teilhabebeeinträchtigung ausgleicht und deren Vorteile sich letztlich auf einen besseren Komfort und eine bessere Optik beschränken, fällt auch dann nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn damit unmittelbar ein fehlendes Körperteil ersetzt wird.

4. Fahrkostenerstattung: Nächst erreichbarer Arzt/Gründe für Ausnahme

BSG, Urteil v. 08.09.2015 - B 1 KR 27/14 R

RID 16-02-175

SozR 4-2500 § 76 Nr. 3 = GesR 2015, 746 = NZS 2016, 100 = SuP 2016, 166

Leitsatz: 1. Der Anspruch Versicherter auf **Fahrkostenerstattung** erfasst grundsätzlich nur die räumlich kürzeste Wegstreckendistanz zum **nächsterreichbaren Leistungserbringer** (Aufgabe von BSG vom 20.1.1982 - 3 RK 72/80 = SozR 2200 § 368d Nr 4).

2. Will ein Versicherter aus zwingenden **medizinischen** oder wertungsmäßig hiermit **vergleichbaren Gründen** nicht zum räumlich nächsterreichbaren Leistungserbringer, hat die Krankenkasse auch zusätzliche Fahrkosten zu dem nächsterreichbaren nicht ablehnungsfähigen Behandler zu übernehmen.

5. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Fallzusammenführung bedingt Abrechnung mit nur einer Fallpauschale/Verweildauer

BSG, Urteil v. 17.11.2015 - B 1 KR 13/15 R

RID 16-02-176

SozR 4-2500 § 109 Nr. 52

Leitsatz: 1. Die **sachlich-rechnerische Richtigkeit** einer Krankenhausabrechnung ist unabhängig von hypothetischen Geschehensabläufen ausschließlich am **tatsächlichen Behandlungsverlauf** zu messen.

2. Eine sachlich-rechnerisch richtige **Fallpauschale** einer Krankenhausabrechnung ist bei **unwirtschaftlicher Verweildauer** grundsätzlich um die betroffenen Tage zu kürzen.

b) Bereitstellen von Blutkonserven ohne Transfusion keine Behandlung einer Anämie

BSG, Urteil v. 17.11.2015 - B 1 KR 41/14 R

RID 16-02-177

SozR 4-2500 § 109 Nr. 51 = KHE 2015/84

Leitsatz: Das bloß vorsorgliche **Bereitstellen** gekreuzter **Blutkonserven ohne Transfusion** genügt nicht, um Krankenhausvergütung für die Behandlung einer Anämie zu rechtfertigen.

c) DRGs: Beschränkung des Sachverständigengutachtens auf medizinische Diagnose

BSG, Beschluss v. 10.03.2016 - B 1 KR 97/15 B

RID 16-02-178

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Sachsen**, Urt. v. 08.09.2015 - L 1 KR 45/12 - RID 16-02-151 wird als unzulässig verworfen.

Die Klägerin behauptet lediglich, dass die „Subsumtion eines medizinischen Sachverhalts unter Diagnosen aus dem ICD-10-Katalog“ nur soweit von den Gerichten vorgenommen werden könne, als sich aus der Systematik des ICD-10-Katalogs unter Berücksichtigung der juristischen Auslegungsregeln ergebe, dass eine Diagnose anzuwenden oder ausgeschlossen sei, während die medizinische Frage, ob eine Diagnose per definitionem vorliege, medizinisches Fachwissen voraussetze, über das ein Gericht in der Regel nicht verfüge. Der Zusammenhang dieser Behauptung mit der gestellten Frage ist aber schon deshalb nicht nachvollziehbar, weil die Rechtsfrage von einem unstreitigen (medizinischen) Sachverhalt ausgeht. Dass eine **medizinische Diagnose** im Streit ist, behauptet die Klägerin nicht. Nur ergänzend weist der erkennende Senat darauf hin, dass die teilweise - hier beim SG - anzutreffende instanzgerichtliche Praxis Bedenken begegnet, zu den vom Gericht zu entscheidenden Rechtsfragen Sachverständigengutachten einzuholen. Das zulässig angerufene **Gericht** darf sich nicht auf diese Weise seiner **genuin eigenen Aufgabe** entziehen, effektiven **Rechtsschutz** zu gewähren (vgl. dazu z.B. BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr. 2 Rn. 19 ff.).

6. Apotheken: BVerfG

a) Kein Herstellerrabatt auf durch ausländ. Versandhandelsapotheke eingeführte Importarzneimittel

BVerfG, 2. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 24.03.2016 - 2 BvR 2081/08

RID 16-02-179

juris

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BSG**, Urt. v. 28.07.2008 - B 1 KR 4/08 R - BSGE 101, 161 = SozR 4-2500 § 130a Nr. 3 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Das BSG hat der Bf. nicht entgegen Art. 101 I 2 GG den gesetzlichen Richter entzogen, indem es von einer **Vorlage an den EuGH** abgesehen hat.

b) Versandapotheke im EU-Ausland/Erstattung des sog. Herstellerrabatts durch Unternehmer

BVerfG, 2. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 24.03.2016 - 2 BvR 1546/13

RID 16-02-180

juris

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BSG**, Urt. v. 24.01.2013 - B 3 KR 11/11 R - BSGE 113, 24 = SozR 4-2500 § 130a Nr. 8 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Das BSG hat seine **Vorlagepflicht** weder verkannt noch ist es bewusst von der **Rechtsprechung des EuGH** zu entscheidungserheblichen Fragen abgewichen. Es ging vielmehr von einer klaren, wenn auch nicht durch den Gerichtshof geklärten Rechtslage aus. Dabei hat es den ihm zukommenden Beurteilungsspielraum nicht in unvertretbarer Weise überschritten.

c) Keine Erstattung des Herstellerrabatts ohne Verpflichtung zu dessen Abführung

BVerfG, 2. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 24.03.2016 - 2 BvR 1305/10

RID 16-02-181

juris

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BSG**, Urt. v. 17.12.2009 - B 3 KR 14/08 R - SozR 4-2500 § 130a Nr. 5 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Das BSG hat die Bf. nicht entgegen Art. 101 I 2 GG dem gesetzlichen Richter entzogen, indem es von einer **Vorlage an den EuGH** abgesehen hat.

Einen Eingriff in die **Berufsfreiheit** des Art. 12 GG darin zu sehen, dass die Bf. im Rahmen ihrer Privatautonomie frei ausgehandelte Rabatte nicht an Dritte weitergeben kann, ist fernliegend, zumal das von der Bf. gewählte Geschäftsmodell auch bei Nichtweitergabe der Rabatte noch mit einem Wettbewerbsvorteil verbunden war. Dies schließt auch einen Verstoß gegen Art. 3 I GG aus.

7. Generikaabschlagspflicht: Wirkstoffpatent allein maßgeblich für Patentschutz (Plavix)

BSG, Urteil v. 30.09.2015 - B 3 KR 1/15 R

RID 16-02-182

BSGE = SozR 4-2500 § 130a Nr. 10 = A&R 2016, 42

Leitsatz: Ein Arzneimittel unterliegt als „patentfrei“ der **Generikaabschlagspflicht**, wenn sein Wirkstoff nicht (mehr) durch ein Patent oder ein ergänzendes Schutzzertifikat geschützt ist. Sonstige begleitende Patente sind insoweit unbeachtlich.

8. Heilmittelerbringer: Recht auf Durchführung eines Schiedsverfahrens

BSG, Urteil v. 30.09.2015 - B 3 KR 2/15 R

RID 16-02-183

SozR 4-2500 § 125 Nr. 8. = NZS 2016, 183

Leitsatz: 1. In der **Heilmittelversorgung** steht weder einzelnen Leistungserbringern noch sonstigen Zusammenschlüssen, sondern **nur Verbänden der Leistungserbringer** das Recht zu, im Fall der Nichteinigung auf Vertragspreise das **Schiedsverfahren** durchzuführen.

2. **Einzelverträge** über Vertragspreise dürfen mit Leistungserbringern oder ihren sonstigen Zusammenschlüssen auch neben oder anstelle von bestehenden Verbandsverträgen zur Heilmittelversorgung vereinbart werden.

9. GBA: Mindestmenge für die Behandlung sehr geringgewichtiger Früh- und Neugeborener

BSG, Urteil v. 17.11.2015 - B 1 KR 15/15 R

RID 16-02-184

SozR 4-2500 § 137 Nr. 6 = ArztR 2016, 99

Leitsatz: 1. Die Festsetzung der **Mindestmenge** von jährlich 14 in **Perinatalzentren** der obersten Kategorie zu behandelnden äußerst geringgewichtigen Früh- und Neugeborenen ist rechtmäßig (Bestätigung von BSG vom 18.12.2012 - B 1 KR 34/12 R = BSGE 112, 257 = SozR 4-2500 § 137 Nr. 2).

2. Der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses kann nach ordnungsgemäß eingeleitetem und durchgeführtem Beschlussverfahren im Plenum einen sich auf den Beratungsgegenstand beziehenden Ad-hoc-Vorschlag zur **Beschlussfassung** unterbreiten, wenn die eingebrachten Beschlussvorschläge keine Mehrheit gefunden haben.

10. Eigeneinrichtung der Krankenkasse: Einsichtnahme in Patientenakte

BSG, Urteil v. 08.09.2015 - B 1 KR 36/14 R

RID 16-02-185

SozR 4-2500 § 140 Nr. 1 = NZS 2016, 63-65 = GesR 2016, 24

Leitsatz: 1. Die **Behandlung Versicherter** in einer **rechtlich unselbstständigen Eigeneinrichtung** begründet zwischen Versicherten und Krankenkasse ein öffentlich-rechtliches Behandlungsverhältnis.

2. Der Anspruch Versicherter auf **Einsichtnahme** in ihre **Patientenakten** bei der rechtlich unselbstständigen Eigeneinrichtung ist gegen die Krankenkasse im Wege der echten Leistungsklage geltend zu machen.

3. Der Anspruch Versicherter auf Unterstützung bei der **Verfolgung von Behandlungsfehlern** ist gegen die Krankenkasse im Wege der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage geltend zu machen.

11. Ruhen des Anspruchs auf Leistungen bei Beitragsrückstand und Wechsel der Krankenkasse

BSG, Urteil v. 08.09.2015 - B 1 KR 16/15 R

RID 16-02-186

BSGE = SozR 4-2500 § 16 Nr. 1 = Die Beiträge Beilage 2016, 54

Leitsatz: 1. **Beitragsrückstände** eines Mitglieds mindestens in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate bei einer Vorgänger-Krankenkasse berechtigen bei Krankenkassenwechsel die nachfolgende Krankenkasse, das **Ruhen** des Leistungsanspruchs des Mitglieds festzustellen.

2. Der bestandskräftige Ruhensbescheid der Vorgänger-Krankenkasse entfaltet im Versicherungsverhältnis des Mitglieds zur **nachfolgenden Krankenkasse** weder Tatbestands- noch Feststellungswirkung.

3. Das Berufungsgericht kann **Beteiligte** nur dann als **verspätet** zurückweisen, wenn der Vorsitzende oder der hierzu befugte Berichterstatter dem betroffenen Beteiligten mit unterschriebener Verfügung eine Ausschlussfrist mit Belehrung gesetzt hat und diese hat zustellen lassen.

12. Vorschlagsliste zu Sozialwahlen: Begrenzter Anteil der Bediensteten

BSG, Urteil v. 08.09.2015 - B 1 KR 28/14 R

RID 16-02-187

BSGE = SozR 4-2400 § 48 Nr. 2 = WzS 2016, 79-8

Leitsatz: Die **Vorschlagsliste einer Arbeitnehmervereinigung** für die **Wahl zum Verwaltungsrat einer Krankenkasse** genügt schon dann den gesetzlichen Anforderungen an die „Gesamtzahl“ behördenfremder Unterzeichner, wenn mindestens 75 v.H. der Unterschriften, die jeweils zur Erreichung des Quorums notwendig sind, von diesem Personenkreis stammen.

13. Landwirtschaftliche Krankenversicherung: Betriebshilfe

BSG, Urteil v. 25.11.2015 - B 3 KR 12/15 R

RID 16-02-188

SozR 4-5420 § 9 Nr. 2 = AUR 2016, 116

Leitsatz: Der Umfang der erforderlichen **Betriebshilfe** bemisst sich nach dem **krankheitsbedingten Ausfall der Arbeitskraft** des landwirtschaftlichen Unternehmers und dient der Erledigung der im Betrieb unaufschiebbar anfallenden Arbeiten durch die Ersatzkraft.

14. Nichtzulassungsbeschwerde: Entscheidung des BSG während Begründungsfrist

BSG, Beschluss v. 08.09.2015 - B 1 KR 34/15 B

RID 16-02-189

juris

Auf die Nichtzulassungsbeschwerde der bekl. Krankenkasse gegen *LSG Baden-Württemberg*, Beschl. v. 24.03.2015 - L 11 KR 1165/12 - wird die Revision zugelassen.

Die einem Bf. zunächst gegen die Entscheidung des LSG eröffnete **Rechtsschutzmöglichkeit** darf ihm nicht dadurch aus der Hand geschlagen werden, dass das BSG in einem anderen Rechtsstreit **nachträglich die Rechtsfrage** in seinem Sinne entgegen der ergangenen, ihn belastenden LSG-Entscheidung **klärt** und ihm die Darlegung der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache nunmehr verschließt. Der Bf. kann sich in einem solchen Fall darauf beschränken, nur die nachträgliche Divergenz entsprechend den sich aus § 160a II 3 SGG abzuleitenden Anforderungen zu rügen, wenn ihm dies während der Begründungsfrist für die Beschwerde möglich ist. Anders als in den Fällen, in denen es erst nach Einreichung der Beschwerdebegründung zu höchstichterlicher Klärung der Rechtsfrage kommt, muss der Beschwerdeführer die - ja nun nicht mehr gegebene - grundsätzliche Bedeutung nicht darlegen.

Die Beschwerde ist begründet. BSG, Urt- v. 21.04.2015 - B 1 KR 8/15 R - KHE 2015/36 hat entschieden, dass die **24-stündige Anwesenheit eines „Facharztes oder eines Assistenzarztes in der Weiterbildung zum Facharzt“** i.S. des OPS (2007) 8-981 (insoweit regelungsgleich mit OPS <2011> 8-981) durch einen Facharzt für Neurologie oder einen Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie gewährleistet sein muss.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Widerruf der Approbation

aa) BVerwG: Unwürdigkeit/Strafrechtliche Verurteilungen wegen Wirtschaftsvergehen

BVerwG, Beschluss v. 16.02.2016 - 3 B 68/14

RID 16-02-190

^{juris}
ZHG §§ 2 I 1 Nr. 2, 4 II 1

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *VGH Bayern*, Urt. v. 22.07.2014 - 21 B 14.463 - RID 14-04-163 wird zurückgewiesen.

Der für die Annahme der **Unwürdigkeit** erforderliche Ansehens- und Vertrauensverlust kann auch durch **Straftaten** bewirkt werden, die **nicht im Arzt-Patienten-Verhältnis angesiedelt** sind oder die ein **außerberufliches Fehlverhalten** betreffen, wenn es sich dabei um gravierende Verfehlungen handelt.

Liegt im maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt des Abschlusses des Verfahrens **Berufsunwürdigkeit** vor, **ist die Approbation zwingend zu widerrufen**. Die Feststellung der Unwürdigkeit verlangt ein schwerwiegendes Fehlverhalten, bei dessen Würdigung alle Umstände der Verfehlung(en) zu berücksichtigen sind. Sind die Voraussetzungen der Berufsunwürdigkeit erfüllt, ist der mit dem Widerruf der Approbation verbundene Eingriff in die Berufsfreiheit gerechtfertigt, ohne dass es einer zusätzlichen Abwägung mit den persönlichen Lebensumständen des Betroffenen bedarf. Davon zu trennen ist die Frage der **Wiedererteilung der Approbation** oder der Erteilung einer Erlaubnis zur Ausübung des Berufs nach § 8 BÄO, § 7a ZHG. In diesen Verfahren gilt, dass neben der Art und Schwere des Fehlverhaltens sowie dem zeitlichen Abstand zu den die Unwürdigkeit begründenden Verfehlungen auch alle sonstigen individuellen Umstände zu berücksichtigen sind, die nach Abschluss des behördlichen Widerrufsverfahrens eingetreten sind.

bb) Verurteilung wegen Steuerhinterziehung

VG München, Urteil v. 03.12.2015 - M 16 K 14.3422

RID 16-02-191

^{juris}
ZHG §§ 2 I 1 Nr. 2, 4 II 1

Eine **Verurteilung wegen Steuerhinterziehung** in zwei tatmehrheitlichen Fällen (Veranlagungszeiträume 2003 und 2004) zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und sechs Monaten kann den Widerruf der Approbation als Zahnarzt begründen.

b) Ruhen der Approbation

aa) Ermittlungsverfahren und Anklage wegen des Verdachts des sexuellen Missbrauchs

VG Köln, Beschluss v. 15.02.2016 - 7 L 100/16

RID 16-02-192

^{juris}
BÄO § 6 I Nr. 1; StGB § 174c I; VwGO § 80 V

Bei der Anordnung des **Ruhens der ärztlichen Approbation** handelt es sich um eine vorübergehende Maßnahme, die dazu bestimmt ist, in unklaren Fällen oder in Eilfällen einem Arzt die Ausübung ärztlicher Tätigkeit für die Dauer eines schwebenden Strafverfahrens zu untersagen, wenn dies im Interesse der Allgemeinheit an einer ordnungsgemäßen Gesundheitsversorgung und zum Schutz von Patienten vor einem Tätigwerden von Personen, deren Zuverlässigkeit und Würdigkeit zweifelhaft geworden ist, geboten ist. Sie erfasst deshalb Fälle, in denen eine Unzuverlässigkeit oder Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs (noch) nicht endgültig feststeht.

Das Ruhen der ärztlichen Approbation kann angeordnet werden, wenn die Staatsanwaltschaft gegen den Arzt ein **Ermittlungsverfahren wegen des Verdachts des sexuellen Missbrauchs** unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses in zwei Fällen eingeleitet und **Anklage vor dem Amtsgericht** - Jugendschöffengericht - erhoben hat und nach den vorliegenden Ermittlungsergebnissen von der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit einer strafgerichtlichen Verurteilung auszugehen ist.

Das Verwaltungsgericht ist nicht gehalten, selbst in die Erhebung der im Ermittlungs- und Strafverfahren aufgetretenen Beweise oder gar in eine **Amtsermittlung** einzutreten und gewissermaßen einen zum Verfahren vor dem Strafgericht parallelen Strafprozess durchzuführen.

An den strafrechtlichen Vorwurf sind insb. in einem frühen Ermittlungsstadium **strenge Anforderungen** zu stellen. Der Verdacht einer Straftat muss sich bereits so konkretisiert haben, dass die Gründe, die ein weiteres Zuwarten ausschließen, in einem angemessenen Verhältnis zur Schwere des Eingriffs stehen. Die Straftat muss vom Deliktscharakter, von der Begehungsweise oder von den Tatfolgen her gravierend und die Anordnung des Ruhens der Approbation zum Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter unter strenger Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes geboten sein (vgl. OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.07.2013 - 13 A 1300/12 - RID 13-03-217).

Das VG lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **OVG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 03.05.2016 - 13 B 275/16 - RID 16-02-193 (s. nachstehend) stellte die aufschiebende Wirkung der Klage 7 K 257/16 wieder her.

bb) Besonderes Vollzugsinteresse für sofortige Vollziehung einer Ruhensanordnung

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 03.05.2016 - 13 B 275/16

RID 16-02-193

juris

BÄO § 6 I Nr. 1; StGB § 174c I; VwGO § 80 V

Auch wenn sich die auf § 6 I Nr. 1 BÄO gestützte Ruhensanordnung im Hauptsacheverfahren voraussichtlich als rechtmäßig erweisen wird, fällt die gemäß § 80 V VwGO vorzunehmende **Interessenabwägung** gleichwohl zu Gunsten des Ast. aus, weil es gegenwärtig an einem die sofortige Vollziehung der Ruhensanordnung rechtfertigenden **besonderen Vollzugsinteresse** fehlt. Der vorläufige Eingriff ist nur unter strengen Voraussetzungen zum Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter und unter strenger Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes statthaft. Ob überwiegende öffentliche Belange es rechtfertigen, den Rechtsschutzanspruch des Betroffenen einstweilen zurückzustellen, hängt danach insbesondere davon ab, ob eine **weitere Berufstätigkeit bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens konkrete Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter** befürchten lässt. Für diese Feststellung ist hinreichend belastbares Tatsachenmaterial erforderlich.

Sogar ein einmaliger **sexueller Übergriff** kann geeignet sein, eine Wiederholungsfahrer zu begründen. Allerdings führt dies nicht stets und zwangsläufig zur Annahme, die Gefahr eines erneuten sexuellen Missbrauchs könne sich bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens realisieren. Gegen eine solche Annahme spricht jedenfalls, dass die Straftaten nahezu zwei Jahre zurückliegen.

Lediglich ergänzend wird darauf hingewiesen, dass es der Bezirksregierung unbenommen bleibt, zu prüfen, ob dem Ast. die Approbation entzogen wird. Die **Entziehung der Approbation wegen Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit** zur Ausübung des ärztlichen Berufs setzt nicht voraus, dass ein schwerwiegendes berufswidriges Verhalten die Grenze der Strafbarkeit überschreitet. Dass ein solches schwerwiegendes Verhalten vorliegt, wenn ein Arzt - nachweislich - über Jahre die körperliche Integrität seiner Patienten und der ihm anvertrauten Auszubildenden in gravierender Weise missachtet, hält der Senat nicht für zweifelhaft.

VG Köln, Beschl. v. 15.02.2016 - 7 L 100/16 - RID 16-02-192 (s. vorstehend) lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **OVG** stellte die aufschiebende Wirkung der Klage 7 K 257/16 wieder her.

cc) Ruhensanordnung für (angemessene) Dauer der Prüfung der gesundheitlichen Eignung

VGH Bayern, Beschluss v. 20.01.2016 - 21 ZB 15.2074

RID 16-02-194

juris

PsychThG §§ 2 I Nr. 4, 3

Allein der Umstand, dass der Approbationsinhaber während des gerichtlichen Verfahrens seine Weigerung aufgibt und sich untersuchen lässt, begründet regelmäßig noch nicht die Pflicht zur

Aufhebung der Ruhensanordnung. Lehnt es ein Approbationsinhaber ab, sich der angeordneten **Untersuchung zu unterziehen**, rechtfertigt das nach der gesetzlichen Wertung die Annahme, dass er in gesundheitlicher Hinsicht bis zum Beweis des Gegenteils zur Ausübung seines Berufs nicht geeignet ist.

Die als vorläufige Maßnahme erlassene Ruhensanordnung ist auch nicht schon deshalb aufzuheben, weil nach dem Ergebnis des psychiatrischen Gutachtens der **Widerruf der Approbation** wegen einer **dauerhaft fehlenden gesundheitlichen Eignung** in Betracht kommt und der Gutachter um eine ergänzende Stellungnahme gebeten wird, wenn weder vorgetragen noch offenkundig ist, dass diese Prüfung bereits unangemessen lange andauert.

dd) Gesundheitliche Eignung: Chronischer Alkoholmissbrauch

VG Freiburg, Beschluss v. 29.02.2016 - 7 K 2770/15

RID 16-02-195

juris
ZHG § 2

Leitsatz: Die gesundheitliche Eignung eines Zahnarztes fehlt nicht nur bei **Alkoholabhängigkeit**, sondern auch bei (**chronischem**) **Alkoholmissbrauch**, der mit dem fehlenden Vermögen einhergeht, diesen und die berufliche Tätigkeit sicher zu trennen (Anlehnung an Rspr. zur FeV).

ee) Gesundheitliche Eignung (Kostengrundscheidend nach Erledigung)

VGH Bayern, Beschluss v. 24.02.2016 - 21 ZB 15.2612

RID 16-02-196

juris
BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 6 I Nr. 3, II; VwGO § 161 II 1

Zweifel an der **gesundheitlichen Eignung** i.S.d. § 3 I 1 Nr. 3 BÄO sind dann gerechtfertigt, wenn glaubhafte und schlüssige Hinweise vorliegen, die Anlass zu der Annahme geben, dass der Arzt zur Ausübung des ärztlichen Berufs aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr geeignet ist. Maßgeblicher Zeitpunkt für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit einer solchen Anordnung des Ruhens der Approbation ist der **Zeitpunkt** der gerichtlichen Entscheidung, denn sie ist gem. § 6 II BÄO aufzuheben, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

c) Vorläufige Berufserlaubnis nach § 10b BÄO: Ausreichende deutsche Sprachkenntnisse

VG Frankfurt a. M., Urteil v. 18.06.2015 - 4 K 1423/14.F

RID 16-02-197

juris
BÄO § 10b

Ohne den **Nachweis von deutschen Sprachkenntnissen** ist ein Arzt (hier: Facharzt für Urologie) nicht berechtigt, vorübergehend und gelegentlich den **ärztlichen Beruf** in Deutschland auszuüben. Bei **Operationen** an Patienten handelt es sich um ganz erhebliche Eingriffe in die körperliche Integrität, wofür zum einen insb. eine unmittelbare sprachliche Kontaktmöglichkeit vor und nach der Behandlung gewährleistet sein muss.

Die Voraussetzung des § 10b II 5 BÄO steht mit den Regelungen des **Rechts der Europäischen Union** in Einklang.

2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen

a) Weiterbildungszeugnis setzt Begründung eines Weiterbildungsverhältnisses voraus

VG Regensburg, Urteil v. 22.01.2016 - RN 5 K 13.1897

RID 16-02-198

juris
HeilKG Bayern Art. 31 III 2

Die Vermittlung der Weiterbildung ist dem weiterbildenden Arzt als eigene Angelegenheit übertragen. Er hat diese Aufgabe persönlich wahrzunehmen. Die **Ermächtigung zur Weiterbildung** durch die zuständige Landesärztekammer stellt sich als **Akt der Beleihung** dar. Dementsprechend ist auch ein

Streit über die Pflichten des weiterbildenden Arztes **öffentlich-rechtlicher Natur**. Zu diesen Pflichten gehört auch die Ausstellung eines Zeugnisses.

Bei einem **Weiterbildungszeugnis** handelt es sich mangels Regelungswirkung nicht um einen Verwaltungsakt, sondern um ein „Gutachten“ ohne Verwaltungsaktqualität.

Ein Anspruch auf Erteilung eines Weiterbildungszeugnisses besteht nur, wenn zwischen dem zur Weiterbildung befugten Arzt und dem weiterzubildenden Arzt ein **Weiterbildungsverhältnis** bestanden hat. Es handelt sich um eine vertragliche Beziehung auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts. Es kommt zustande, wenn sich der zur Weiterbildung ermächtigte und der sich in Weiterbildung befindliche Arzt mit Rechtsbindungswillen über Art, Inhalt und Dauer der durchzuführenden Weiterbildung(-sabschnitte) einigen. Eine besondere Form wird nicht verlangt, weshalb eine Weiterbildung auch mündlich oder konkludent vereinbart werden kann.

b) Keine Gleichwertigkeit der Ärzteausbildung in Libyen

VG Düsseldorf, Urteil v. 25.11.2015 - 7 K 7254/14

RID 16-02-199

^{juris}
VwVfG § 48; BÄO § 12 III

Die **Ausbildung in Libyen** ist der Ärzteausbildung in Deutschland nicht gleichwertig. Werden die bestehenden Defizite in wesentlichen Bereichen nicht durch ärztliche Tätigkeiten ausgeglichen, ist eine dennoch erteilte Gleichwertigkeitsbescheinigung rechtswidrig.

c) Keine Gleichwertigkeit der zahnmedizinischen Ausbildung in Chisinau/Moldawien

VG Köln, Urteil v. 22.03.2016 - 7 K 2519/14

RID 16-02-200

^{juris}
ZHG § 2

Eine inhaltliche Gegenüberstellung der **zahnmedizinischen Ausbildung in Chisinau/Moldawien** und Deutschland lässt nicht die Feststellung der **Gleichwertigkeit** zu. Die Ausbildung der Kl. weist einen wesentlichen Unterschied hinsichtlich des **Fachs Kieferorthopädie** auf.

3. Psycholog. Psychotherapeutin: Bachelor- und Masterstudiengang Psychologie als Voraussetzung

VGH Hessen, Urteil v. 04.02.2016 - 7 A 983/15

RID 16-02-201

^{juris}
GG Art. 3 I, 12 I, 74 I Nr. 19

Leitsatz: Voraussetzung für den **Zugang zu einer Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten** nach § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 a) PsychThG ist nach der Neuordnung der Studiengänge durch den Bologna-Prozess eine bestandene Abschlussprüfung in einem konsekutiven **Bachelor- und Masterstudiengang Psychologie**. Dabei müssen sowohl der Bachelor- als auch der Masterstudiengang in Psychologie an einer Universität oder gleichstehenden Hochschule absolviert worden sein.

4. Einschätzung eines Suizidrisikos: Ex-post-Betrachtung

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 20.04.2016 - 6t E 927/14.T

RID 16-02-202

^{juris}
HeilBerG NRW §§ 29 I, 58, 104 I Buchst. a

Eine sanktionswürdige Pflichtverletzung kann nicht allein deshalb angenommen werden, weil sich nach einem Suizid **ex post** herausstellt, dass die Einschätzung der **Suizidalität** falsch war. Maßgebend ist vielmehr, wie sich die Suizidgefahr für den behandelnden Arzt **ex ante** dargestellt hat.

5. BGH: Psycholog. Psychotherap./Gesprächsaufzeichnung bei Telefonat mit überwachtem Anschluss

BGH, Beschluss v. 04.02.2016 - StB 24/14

RID 16-02-203

juris
StPO §§ 101 VII, 160a

Eine Psychologische Psychotherapeutin gehört nicht zum Kreis der Berufsgruppen, die von dem ein **absolutes Beweiserhebungs- und -verwertungsverbot** anordnenden § 160a I StPO umfasst werden. Da sie nach § 53 I 1 Nr. 3 StPO zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt ist, ist vielmehr § 160a II StPO anwendbar. Dieses enthält ein von einer Verhältnismäßigkeitsprüfung im Einzelfall abhängiges und damit relatives Beweiserhebungs- und -verwertungsverbot (BVerfG, Beschl. v. 12.10.2011 - 2 BvR 236/08 u.a. - NJW 2012, 833, 841). Abzuwägen ist dabei das Interesse der Allgemeinheit, gegebenenfalls auch des Opfers, an einer wirksamen Strafrechtspflege gegen das öffentliche Interesse an den von dem Berufsgeheimnisträger wahrgenommenen Aufgaben und das individuelle Interesse an der Geheimhaltung der ihm anvertrauten oder bekannt gewordenen Tatsachen. Eine § 160a I 3 StPO entsprechende Regelung über ein Lösungsgebot ist in dem Regelungsgefüge des § 160a II StPO nicht vorgesehen.

Es kann dahinstehen, ob eine solche Lösungsverpflichtung über den Wortlaut der Norm hinaus anzunehmen ist, wenn die bei der Verhältnismäßigkeitsprüfung vorzunehmende Abwägung zu dem Ergebnis führt, dass erhobene Beweise im weiteren Verfahren nicht verwertet werden dürfen. Denn ein Beweisverwertungsverbot bestand im vorliegenden Fall nicht. Der Beschuldigte war der Begehung eines Völkermordes und damit einer der schwersten Straftaten, die die nationale und internationale Rechtsordnung kennen, verdächtig. An der **Aufklärung eines derart schwerwiegenden Delikts** bestand ein **überragend hohes Interesse** sowohl der Allgemeinheit als auch der zahlreichen unmittelbaren Opfer bzw. der diesen nahestehenden und damit mittelbar betroffenen Personen. Dies gilt auch, wenn man bedenkt, dass das dem Beschuldigten zur Last gelegte Geschehen schon einige Zeit zurück lag und sich nicht in Deutschland sondern in Ruanda ereignete. Demgegenüber ist mit Blick auf die ganz überwiegend belanglosen Inhalte der Telefonate und die sonstigen Umstände, unter denen diese stattfanden, das berechnete Interesse der Bf. und ihrer Gesprächspartnerinnen an der Geheimhaltung der Kommunikation als eher gering einzuschätzen.

6. Betreibergesellschaft für Dialysepraxis zulässig

OLG Hamm, Urteil v. 04.02.2016 - 17 U 64/14

RID 16-02-204

GesR 2016, 227
BGB §§ 134, 138, 242, 723; GG Art. 12 I; BMV-Ä Anl. 9.1 § 4 Ib

Leitsatz (GesR): 1. Ein sog. **Kooperationsvertrag** zwecks Betriebes von Dialysezentren zwischen einer GmbH, die die Sachleistungen einschließlich des Stellens von Räumlichkeiten und Personal erbringt, und Ärzten, die die ärztlichen Leistungen erbringen, ist nicht generell - auch unter Einbeziehung vertragsarztrechtlicher und berufsrechtlicher Gesichtspunkte - unzulässig.

2. Zur zulässigen Laufzeit eines solchen Vertrages.

7. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Werbung in Deutschland für Eizellenspende in Tschechien zulässig

BGH, Urteil v. 08.10.2015 - I ZR 225/13

RID 16-02-205

juris
UWG §§ 3, 4 Nr. 11; ESchG § 1

Leitsatz: Eizellenspende

1. Die in § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 **ESchG** geregelten **Straftatbestände** fallen als Bestimmungen hinsichtlich der guten Sitten im Sinne von Erwägungsgrund 7 Satz 3 der **Richtlinie 2005/29/EG** nicht in deren Anwendungsbereich.

2. Die in § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 **ESchG** geregelten Straftatbestände stellen keine **Marktverhaltensregelungen** im Sinne von § 4 Nr. 11 **UWG** dar.

3. Bei dem in den ärztlichen Berufsordnungen verankerten **Verbot der Mitwirkung an einer Eizellspende** handelt es sich nicht um eine Marktverhaltensregelung im Sinne von § 4 Nr. 11 UWG.

4. Verstöße gegen **außerwettbewerbsrechtliche Normen**, die keine Marktverhaltensregelungen im Sinne von § 4 Nr. 11 UWG sind, sind nicht allein wegen ihrer Gesetzeswidrigkeit als unlauter im Sinne von § 3 UWG anzusehen (Fortführung von BGH, Urteil vom 2. Dezember 2009, I ZR 152/07, GRUR 2010, 654 Rn. 25 = WRP 2010, 876 - Zweckbetrieb; Urteil vom 9. September 2010, I ZR 157/08, GRUR 2011, 431 Rn. 11 = WRP 2011, 444 - FSA-Kodex).

b) Empfehlung eines Hörgeräteakustikers

LG Verden, Urteil v. 21.09.2015 - 9 O 18/14

RID 16-02-206

juris

UWG §§ 4 Nr. 11, 8 II

Ein Wettbewerbsverein kann von einer **HNO-Ärztin** Unterlassung wegen **Empfehlung eines Hörgerätetechnikers** mittels ausgelegten Werbematerials verlangen.

c) Irreführende Werbung

aa) Atlasterapie nach Arlen: Glaubhaftmachungslast im Eilverfahren/Ausschluss durch GBA

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 21.03.2016 - 6 W 21/16

RID 16-02-207

juris

HeilMWerbG § 3

Leitsatz: 1. Hängt die Qualifizierung einer gesundheitsbezogenen Werbung als irreführend davon ab, ob eine **Wirkungsaussage** fachlich umstritten und hinreichend wissenschaftlich abgesichert ist, ist das **Eilverfahren** zur Geltendmachung eines entsprechenden Unterlassungsanspruchs nicht von vornherein ungeeignet, weil dem Werbenden die Darlegungs- und Glaubhaftmachungslast für die wissenschaftliche Absicherung obliegt. Den sich daraus ergebenden Schwierigkeiten im Eilverfahren kann und muss gegebenenfalls durch sachgerechte Anforderungen an den Grad der Glaubhaftmachung Rechnung getragen werden.

2. Wenn sich in dem unter Nr. 1 genannten Fall der Verfügungsanspruch gegen Wirksamkeitsaussagen für seit langem angewandte **Behandlungsmethoden** richtet, hat der Antragsteller zunächst substantiiert darzutun, dass diese Aussagen fachlich umstritten sind.

bb) Ohr-Implantat-Akupunktur und Restless Legs Syndrom/Körperfettreduktion

LG Köln, Urteil v. 26.02.2013 - 33 O 181/12

RID 16-02-208

juris

HeilMWerbG § 3 S. 2 Nr. 1; UWG §§ 2, 3, 4 Nr. 11

Die Werbung mit der Behauptung, das sog. **Restless Legs Syndrom** könne durch die **Ohr-Implantat-Akupunktur** wirksam behandelt, zumindest könnten dessen Symptome gelindert werden, ist irreführend.

Die Werbung mit der Behauptung, die Ohr-Implantat-Akupunktur führe zur **Reduktion von Körperfett**, ist irreführend.

cc) Magnetfeldtherapie: Hinweis auf wissenschaftlich nicht bestätigte Wirkung

OLG Koblenz, Urteil v. 20.01.2016 - 9 U 1181/15

RID 16-02-209

juris

HeilMWerbG § 3; UWG § 8

Angaben auf einer Internetseite betreffend die vom Betreiber angebotene **Magnetfeldtherapie** suggerieren eine **therapeutische Wirksamkeit** dieser Therapie auch dann, wenn ein **Hinweis** „Auch wenn die Wirkung bisher noch nicht wissenschaftlich bestätigt ist“ hinzugefügt wird, zumal in der Fortsetzung dieses Satzes „beobachte ich in meiner Praxis täglich erfreuliche Therapieerfolge“ die behauptete Wirksamkeit noch einmal zum Ausdruck gebracht wird.

dd) Orthokin-Therapie: Fehlende therapeutische Wirksamkeit und Wirkung

LG Düsseldorf, Urteil v. 26.11.2015 - 37 O 78/15

RID 16-02-210

juris = Magazindienst 2016, 239

UWG §§ 4 Nr. 11, 5 I 2 Nr. 1; HeilMWerbG § 3

Die Werbung für die „Orthokin-Therapie“ ist **irreführend**, wenn Verfahren und Behandlungen eine **therapeutische Wirksamkeit oder Wirkungen** beigelegt werden, die sie nicht haben (hier bejaht).

Parallelverfahren:

LG Düsseldorf, Urteil v. 20.11.2015 - 12 O 274/15

RID 16-02-211

Magazindienst 2016, 250

d) Unterschreiten der Gebühren für professionelle Zahnreinigung unzulässig

LG Frankfurt a. M., Urteil v. 01.07.2015 - 2/6 O 45/15

RID 16-02-212

juris

GOZ §§ 2 I, 5 I

Ein MVZ verstößt gegen § 5 I GOZ, wenn es die **Gebühren für professionelle Zahnreinigung** unterschreitet. Nach Nr. 1040 GOZ beläuft sich die Gebührenspanse zwischen 1,57 € bis 5,51 € je Zahn, was für ein vollständiges Gebiss schon bei Zugrundelegung nur einer 1,0 Gebühr zu einem Mindestbetrag von 50,24 € führt. Diesen Mindestsatz wird mit einem Angebot für 29,90 € deutlich unterschritten.

8. Arbeits- und Sozialrecht

a) Befristung eines Arbeitsvertrags zur Weiterbildung eines Arztes/Sachgrundlose Befristung

LAG Nürnberg, Urteil v. 22.12.2015 - 7 Sa 298/15

RID 16-02-213

Revision anhängig: BAG - 7 AZR 146/16 -

juris

ÄArbVtrG § 1

Leitsatz: Die Wirksamkeit der **Befristung eines Arbeitsvertrags** nach § 1 ÄArbVtrG setzt nicht voraus, dass der Arbeitgeber bei Abschluss des Arbeitsvertrags einen Weiterbildungsplan gefertigt hat. Liegen die Voraussetzungen des § 1 ÄArbVtrG nicht vor und ist die Befristung deshalb unwirksam, kommt eine sachgrundlose Befristung nach § 14 Absatz 2 TzBfG in Betracht.

b) Versicherungspflicht

aa) Selbständige Tätigkeit eines Honorararztes unzulässig

SG München, Urteil v. 10.03.2016 - S 15 R 1782/15

RID 16-02-214

juris

KHEntgG § 18 III; SGB V § 121 V

Leitsatz: 1. Mit dem Landessozialgericht Stuttgart (Urteil vom 17.04.2013, AZ L 5 R 3755/11 - RID 13-02-178, RN 87 141, juris) ist die **selbständige Tätigkeit eines Honorararztes**, der kein Belegarzt ist, im Krankenhaus nicht von der Rechtsordnung gedeckt und damit **unzulässig** (a. A. SG Berlin, Urteil vom 26.02.2014, AZ S 208 KR 2118/12 - RID 14-02-264; SG Braunschweig, Urteil vom 25.07.2014, AZ S 64 KR 206/12 - RID 14-04-189). Dies ergibt sich bereits aus den Regelungen von §§ 18 Abs. 3 KHEntgG, 121 Abs. 5 SGB V, sonach der Gesetzgeber eine Honorarvereinbarung mit Belegärzten zugelassen hat.

2. Die **Aufspaltung eines Beschäftigungsverhältnisses** in die Betreuung von Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung und in die Betreuung von Privatpatienten, um die Abrechnung von Wahlleistungen zu ermöglichen, ist nicht möglich.

bb) Versicherungspflicht zur Arbeitslosenvers. im Bereitschafts- und Tagesdienst

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 30.09.2015 - L 8 R 584/11

RID 16-02-215

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV § 7 IV

Ein Arzt wird für ein Krankenhaus im Rahmen von **Einzelaufträgen** tätig, wenn die jeweils im Vorfeld eines Dienstes getroffenen Absprachen nicht die Annahme zulassen, dass eine im Sinne eines **Dauerschuldverhältnisses** zu würdige Vertragsbeziehung begründet wird, so wenn die monatsweise gefertigten Dienstpläne ab Mitte des Vormonats für den Folgemonat erstellt werden, an den Chefarzt der Anästhesiologie und Notarztbeauftragten weitergeleitet werden, der diese um die Dienste seiner Abteilung anreichert und im Anschluss den internen Notarzt einteilt und der Arzt zu diesem Zeitpunkt mit einem Monat Vorlauf in den Sekretariaten der jeweiligen für ihn in Betracht kommenden Abteilungen des Hospitals bereits seine Vakanzen mitteilt und bei Bedarf auf dieser Grundlage im Dienstplan Berücksichtigung finden kann.

Bei den an die **Bereitschaftsdienste** gekoppelten (**internen**) **Notarzdienste** eines Arztes handelt es sich nicht um eine separiert zu betrachtende Tätigkeit, sondern um ein **einheitliches Beschäftigungsverhältnis**. Ein solches ist dann anzunehmen, wenn eine Tätigkeit mit einer abhängigen Beschäftigung derart verbunden ist, dass sie nur aufgrund der abhängigen Beschäftigung ausgeübt werden kann.

Ein Arzt unterliegt während der von ihm angenommenen Aufträge einem - zumindest im Sinne einer funktionsgerecht dienenden Teilhabe am Arbeitsprozess verfeinerten - Weisungsrecht des Krankenhauses nach Ort, Zeit, Dauer und Art der Arbeitsleistung, wenn **Ortsgebundenheit** der Tätigkeit besteht, der Arzt seine **Anwesenheit** und Tätigkeit grundsätzlich während der gesamten Schicht, für die er eingeteilt ist, schuldet und er im Sinne einer funktionsgerecht dienenden Teilhabe an den Klinikprozessen einem **verfeinerten Weisungsrecht** ausgesetzt ist.

Mit einer **zeitbezogenen Vergütung** in Gestalt eines erfolgsunabhängigen Stundenlohns i.H.v. 35 € im Tagdienst und 28 € im Bereitschaftsdienst sowie der Möglichkeit, die Haftpflichtversicherung in Anspruch zu nehmen, werden Regelungen getroffen, die sich ohne weiteres mit der Annahme eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses vereinbaren lassen.

cc) Starke Eingliederung des Arztes in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses

SG Marburg, Urteil v. 17.03.2016 - S 15 R 49/14

RID 16-02-216

SGB III § 25 I; AAG §§ 3 I, 7 I u. II; SGB IV § 7 IV

Es ist grundsätzlich rechtlich möglich, als **Honorararzt** in einem Auftragsverhältnis selbständig tätig zu sein.

Für eine abhängige Beschäftigung spricht eine starke **Eingliederung** des Arztes in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses, welche vorliegt, wenn der Arzt regelmäßig fünf Tage pro Woche, nämlich montags bis freitags, von morgens bis nachmittags/abends in der Klinikambulanz tätig ist und ihm dort Patienten von den – im Krankenhaus abhängig beschäftigten – Arzthelferinnen, die den Großteil der Termine unabhängig vom Arzt zuvor vereinbaren bzw. festlegen, zuweisen, der Arzt die Patienten behandelt, dann Verschreibungen für die Patienten unter Nutzung der EDV des Krankenhauses ausstellt und diese sodann unter Nutzung des entsprechenden elektronischen Zubehörs des Krankenhauses ausdruckt, er schließlich erforderliche Dokumentationen diktiert und diese Diktate von den Arzthelferinnen in Reinschrift gebracht und sodann von diesen z.B. zur Patientenakte genommen werden. Schließlich spricht auch die Vertretung von abhängig Beschäftigten des Krankenhauses für das Vorliegen abhängiger Beschäftigung. Wird ein Beschäftigter ersetzt, stellt dies ein Indiz für das Vorliegen abhängiger Beschäftigung dar.

dd) Beachtung der Vorgaben des Krankenhauses und fester Stundenlohn

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 16.12.2015 - L 2 R 516/14

RID 16-02-217

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § I Nr. 1; SGB III §§ 24 I, 25 I; SGB IV § 7 I 1

Leitsatz: Honorarärzte, die entsprechend ihrer ärztlichen Ausbildung in den klinischen Alltag eingegliedert sind und einen festen Stundenlohn erhalten, werden regelmäßig abhängig und damit sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

c) Keine selbständige Tätigkeit einer Verwaltungshelferin für die Abrechnung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.01.2016 - L 1 KR 118/14

RID 16-02-218

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 5 I Nr. 1

Eine zertifizierte zahnmedizinische **Verwaltungshelferin** sowie zertifizierte **Praxismanagerin** ist in den **Praxisbetrieb integriert** und abhängig beschäftigt, wenn sie in der Praxis und unter Verwendung der dortigen Hard- und Software arbeitet, die Rechnungen, Mahnungen und Abrechnungen nicht wie eine privatärztliche Abrechnungsstelle in eigenem Namen erstellt, sondern vielmehr im Außenverhältnis nicht in Erscheinung tritt, und ihre Arbeitsergebnisse sich für die Praxisinhaberinnen als Entwürfe darstellen.

9. BGH: Überprüfung eines Schiedsspruchs/Gemeinschaftspraxis Vertragsarzt mit Nichtvertragsarzt

BGH, Beschluss v. 14.01.2016 - I ZB 8/15

RID 16-02-219

juris

Ärzte-ZV § 33; ZPO §§ 1059, 1060

Die Rechtsbeschwerde gegen *OLG Köln*, Beschl. v. 15.01.2015 - 19 Sch 13/14 - RID 16-01-236 wird auf Kosten des Ag. als unzulässig verworfen

Die Rechtsfrage, ob § 33 Ärzte-ZV und § 73 VII SGB V eine **Gewinnverteilungsregelung** in einem Gesellschaftsvertrag zum Betrieb einer **Gemeinschaftspraxis** verbieten, die nicht zwischen privat- und vertragsärztlichen Umsätzen unterscheidet, ist für die Vollstreckung eines Schiedsspruchs ohne Bedeutung, da ein solches Verbot nicht Teil des inländischen *ordre public* wäre.

Parallelverfahren:

BGH, Beschluss v. 14.01.2016 - I ZB 9/15

RID 16-02-220

juris

10. Videoüberwachung des Eingangs- und Wartebereichs einer Zahnarztpraxis

VG Potsdam, Urteil v. 20.11.2015 - 9 K 725/13

RID 16-02-221

juris

BDSG §§ 6b, 28, 38; GG Art. 1 I, 2 I

Bei der **Videobeobachtung des Eingangs- und Wartebereichs einer Zahnarztpraxis** kann es sich um die Beobachtung eines öffentlich zugänglichen Raums mit optisch-elektronischen Einrichtungen und damit um eine **Videoüberwachung** im Sinne von § 6b I BDSG handeln. Soweit die Videoüberwachung überhaupt als erforderlich erachtet werden kann, stehen ihr jedenfalls überwiegende **schutzwürdige Interessen** der betroffenen in der Arztpraxis anwesenden Besucher entgegen. Die Videobeobachtung greift erheblich in das durch Art. 2 I i.V.m. Art. 1 I GG geschützte allgemeine Persönlichkeitsrecht ein, indem ein Überwachungsdruck ausgelöst wird.

Rechtswidrig sind jedoch Anordnungen, mit denen der Einsatz der Videokameras in den **Behandlungszimmern** verboten wird.

11. Keine Unterlassungsverfügung eines Laborarztes gegen bayerische Landtagsfraktion

LG Köln, Urteil v. 17.02.2016 - 28 O 323/15

RID 16-02-222

juris

ZPO §§ 130 Nr. 1, 253 II Nr. 1, IV

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Verfügung eines Facharztes für Laboratoriumsmedizin, der seit Ende der 1970er Jahre eines der **größten Labore für humanmedizinische Untersuchungen** aufgebaut hat, der aber in diesem Labor keine Position mehr inne und seit 2007 kein Anteilsinhaber mehr ist, ist unzulässig, wenn er entgegen §§ 253 II Nr. 1, IV, 130 Nr. 1 ZPO **keine ladungsfähige Adresse** nennt.

12. Arztbewertungsportal

a) BGH: Prüfpflichten des Betreibers eines Arztbewertungsportals

BGH, Urteil v. 01.03.2016 - VI ZR 34/15

RID 16-02-223

juris

BGB §§ 823, 1004; TMG §§ 7, 10; ZPO § 138

Leitsatz: 1. Ein **Hostprovider** ist zur Vermeidung einer Haftung als mittelbarer Störer grundsätzlich nicht verpflichtet, die von den Nutzern ins Netz gestellten Beiträge vor der Veröffentlichung auf eventuelle **Rechtsverletzungen zu überprüfen**. Er ist aber verantwortlich, sobald er Kenntnis von den Rechtsverletzungen erlangt.

2. Ist der Hostprovider mit der Behauptung eines Betroffenen konfrontiert, ein von einem Nutzer eingestellter Beitrag verletze ihn in seinem Persönlichkeitsrecht, und ist die Beanstandung so konkret gefasst, dass der Rechtsverstoß auf der Grundlage der Behauptung des Betroffenen unschwer bejaht werden kann, so ist eine **Ermittlung und Bewertung** des gesamten Sachverhalts unter Berücksichtigung einer etwaigen Stellungnahme des für den beanstandeten Beitrag Verantwortlichen erforderlich.

3. Zur Bestimmung, welcher **Überprüfungsaufwand** vom Hostprovider im Einzelfall zu verlangen ist, bedarf es einer umfassenden Interessenabwägung, bei der die betroffenen Grundrechte der Beteiligten zu berücksichtigen sind. Maßgebliche Bedeutung kommt dabei dem Gewicht der angezeigten Rechtsverletzung sowie den Erkenntnismöglichkeiten des Providers zu. Zu berücksichtigen sind aber auch Funktion und Aufgabenstellung des vom Provider betriebenen Dienstes sowie die Eigenverantwortung des für die persönlichkeitsbeeinträchtigende Aussage unmittelbar verantwortlichen - ggf. zulässigerweise anonym auftretenden - Nutzers.

4. Der vom Betreiber eines **Arztbewertungsportals** verlangte Prüfungsaufwand darf den Betrieb des Portals weder wirtschaftlich gefährden noch unverhältnismäßig erschweren, hat aber zu berücksichtigen, dass eine gewissenhafte Prüfung der Beanstandungen von betroffenen Ärzten durch den Portalbetreiber eine entscheidende Voraussetzung dafür ist, dass die **Persönlichkeitsrechte** der (anonym oder pseudonym) bewerteten Ärzte beim Portalbetrieb hinreichend geschützt sind.

LG Köln, Ur. v. 09.07.2014 - 28 O 516/13 - RID 15-03-192 verbot es der Bekl., die Bewertung über den kl. Zahnarzt zu verbreiten und/oder verbreiten zu lassen, soweit diese die Bewertung „6,0“ in den Kategorien „Behandlung“, „Aufklärung“ und „Vertrauensverhältnis“ beinhaltet. *OLG Köln*, Ur. v. 16.12.2014 - 15 U 141/14 - RID 15-03-190 wies die Klage ab. Der *BGH* verwies die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurück.

b) Unmittelbare/mittelbare Störerhaftung eines Portalbetreibers

OLG Düsseldorf, Urteil v. 18.12.2015 - 16 U 2/15

RID 16-02-224

juris

BGB §§ 823 I, 1004 I 2; GG Art. 1 I, 2 I

Leitsatz: 1. Nimmt ein negativ bewerteter Arzt den Betreiber eines Internetportals zur Bewertung von Ärzten und Angehörigen sonstiger Heilberufe (www.sanego.de) auf Unterlassung der Veröffentlichung und Verbreitung von persönlichkeitsrechtsverletzenden Äußerungen eines Dritten in Anspruch, die dieser seiner (negativen) Bewertung über ein von dem Portalbetreiber vorgehaltenes

Freitextfeld hinzugefügt hat, setzt eine **unmittelbare Störerhaftung des Portalbetreibers** voraus, dass dieser sich den Textbeitrag des Dritten zu eigen gemacht hat, was bei einer unveränderten, wörtlichen Übernahme und Veröffentlichung des Textbeitrags zu verneinen ist. Eine vor der Veröffentlichung entweder manuell oder automatisiert durchgeführte Überprüfung des Texts auf in diesem enthaltene „Schimpfwörter“ bewirkt nicht, dass für andere Nutzer des Portals der Eindruck entsteht, dass sich der Portalbetreiber den Inhalt der Veröffentlichung zu eigen gemacht hat.

2. Eine **mittelbare Störerhaftung des Portalbetreibers** kommt grundsätzlich erst dann in Betracht, wenn dieser von dem von einer negativen Äußerung oder Bewertung Betroffenen **unterrichtet wird**; erst dann trifft ihn eine **Rechts- und Prüfpflicht**, um zukünftig derartige Verletzungen zu verhindern. Als Hostprovider ist der Portalbetreiber grundsätzlich nicht verpflichtet, (Text-) Beiträge vor der Veröffentlichung auf eventuelle Rechtsverletzungen hin zu überprüfen. Auch die berufliche Stellung des Betroffenen als Arzt führt zu keiner anderen Bewertung, zumal dieser durch die beanstandeten negativen Äußerungen lediglich in der weniger schutzwürdigen Sozialsphäre betroffen wird.

13. Fremdenverkehrsbeitrag: Bemessung des Vorteilssatzes für selbständigen Zahnarzt

VG Hannover, Urteil v. 02.02.2016 - 1 A 9171/14

RID 16-02-225

juris

KAG Niedersachsen § 9

Leitsatz: Zur Bemessung des **Vorteilssatzes** für **selbständige Zahnärzte** in einer Fremdenverkehrsbeitragssatzung.

14. GBA: Pflicht zur Offenlegung der Mitglieder eines Unterausschusses

VG Berlin, Urteil v. 17.03.2016 - 2 K 185.14

RID 16-02-226

juris

SGB V § 91 VII 7; IFG §§ 1 I, 3, 5

Der **GBA** muss die Namen der **Mitglieder eines Unterausschusses** (hier: Offenlegung von Name, Titel, akademischer Grad, Berufs- und Funktionsbezeichnung der Mitglieder des Unterausschusses Arzneimittel) preisgeben.

Parallelverfahren:

VG Berlin, Urteil v. 17.03.2016 - 2 K 1.15

RID 16-02-227

juris

15. Keine Prozessvertretung des Beschwerdeausschusses durch anwaltlichen Vorsitzenden

Anwaltsgerichtshof Hamm, Urteil v. 11.09.2015 - 1 AGH 2 /15

RID 16-02-228

juris

BRAO § 45 I Nr. 1, III

Hat ein Rechtsanwalt Zweifel, ob er ein **Mandat des Beschwerdeausschusses**, dessen Vorsitzender er zugleich ist, übernehmen kann, muss er eine Behördenauskunft einholen.

Nach der zur Hauptverhandlung zugelassenen Anschuldigungsschrift wird den angeschuldigten Rechtsanwälten als Berufspflichtverletzung vorgeworfen, sie seien seit 2008 als Rechtsanwälte tätig geworden, obwohl sie in derselben Rechtssache als Angehörige des öffentlichen Dienstes bereits tätig geworden waren (Pflichtverletzung nach § 45 I Nr. 1, § 113 I BRAO i.V.m. § 3 I BORA). Rechtsanwalt Dr. B. sei **Vorsitzender des Beschwerdeausschusses** nach § 106 IV 2 SGB V, Rechtsanwalt Dr. W. sei **stellvertretender Vorsitzender**. Die **Anwaltssozietät** Dr. B. und Partner **vertrete den Beschwerdeausschuss in sozialgerichtlichen Verfahren**, u.a. in dem seit 2007 anhängigen Klageverfahren der Gemeinschaftspraxis Dr. M. & Partner auf Aufhebung eines Widerrufsbescheides des Beschwerdeausschusses vom Juni 2007. Das **Anwaltsgericht** hat die Rechtsanwälte freigesprochen, weil der unparteiische Vorsitzende des Beschwerdeausschusses kein Angehöriger des öffentlichen Dienstes sei. Der **Anwaltsgerichtshof** hat die Berufung der Generalstaatsanwaltschaft verworfen. Er hat offen gelassen, ob die Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses nach § 106 IV 2 SGB V Angehörige des öffentlichen Dienstes seien. § 45 I Nr. 1 BRAO sei verfassungskonform einschränkend dahin auszulegen, dass ein Tätigkeitsverbot nur bestehe, wenn die konkrete Gefahr einer Interessenkollision gegeben

sei. Dies hat der Anwaltsgerichtshof verneint und die Revision zur Klärung der für grundsätzlich erachteten Frage zugelassen, ob § 45 BRAO ausnahmslos die spätere anwaltliche Tätigkeit verbieten könne oder ob hierfür nicht zumindest ein konkretisierbarer möglicher Interessenwiderspruch vorhanden sein müsse. *BGH*, Urt. v. 03.11.2014 - AnwSt (R) 4/14 - RID 15-01-179 verwies auf Revision der Generalstaatsanwaltschaft die Sache zu neuer Verhandlung und Entscheidung an einen anderen Senat des Anwaltsgerichtshofs zurück. Der *Anwaltsgerichtshof* befand nunmehr den Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses der vorsätzlichen Verletzung der Berufspflicht nach § 45 I Nr. 1 BRAO für schuldig und legte ihm deswegen die Zahlung einer Geldbuße von 2.000 € an die RAK Düsseldorf auf. Im Übrigen verwarf er die Berufung.

16. Versorgungswerk

a) BVerwG: Psychotherapeutenversorgung nicht durch Anschluss an anderes Versorgungswerk

BVerwG, Urteil v. 02.12.2015 - 10 C 18.14

RID 16-02-229

juris

KammerG Berlin §§ 4b IV, 35; VwGO § 42 II

Leitsatz: Eine gesetzliche Regelung, welche die **Einrichtung einer berufsständischen Versorgung** für neu gegründete Kammern **ausschließt**, ist unter dem Gesichtspunkt der Stärkung der Leistungs- und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung mit dem rechtsstaatlichen objektiv-rechtlichen Willkürverbot vereinbar.

b) Dauerhaftigkeit der Berufsunfähigkeit und Wiederherstellung der Berufsfähigkeit

VG Köln, Urteil v. 01.03.2016 - 7 K 454/12

RID 16-02-230

juris

Satzung Ärzteversorgung Nordrhein

Von einer **Dauerhaftigkeit der Berufsunfähigkeit** kann keine Rede sein, wenn eine begründete Aussicht auf Wiedererlangung der Berufsfähigkeit innerhalb eines überschaubaren Zeitraums besteht. Eine positive Feststellung der Dauerhaftigkeit lässt sich nicht treffen, solange nicht alle zumutbaren Maßnahmen, die nach ärztlichem Urteil zur **Wiederherstellung der Berufsfähigkeit** innerhalb des genannten Zeitraums nicht von vornherein ungeeignet erscheinen, ohne Erfolg ergriffen worden sind. Das Mitglied ist gehalten, eine objektiv vorhandene Therapiemöglichkeit - in den Grenzen der Zumutbarkeit - wahrzunehmen. Dabei müssen bereits unterdurchschnittliche, nicht völlig unbedeutende Erfolgsaussichten der zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeit den Verweis des Mitglieds darauf zulassen.

c) Berufsunfähigkeit eines Zahnarztes: Einbeziehung sog. Verweisungstätigkeiten

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.01.2016 - OVG 12 B 23.14

RID 16-02-231

juris

Satzung des Zahnärztereversorgungswerks Berlin

Leitsatz: Berufsunfähigkeit im Sinne des § 15 Abs. 1 der Satzung des Versorgungswerks der Zahnärztekammer Berlin liegt erst dann vor, wenn die Fähigkeit des Mitglieds „zur Ausübung der zahnärztlichen Tätigkeit“ aus gesundheitlichen Gründen umfassend entfallen ist. Der satzungsrechtliche Begriff der **zahnärztlichen Tätigkeit** beschränkt sich weder konkret auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des einzelnen Mitglieds noch allgemein auf die Behandlungstätigkeit am Stuhl. Er umfasst vielmehr auch sog. **Verweisungstätigkeiten** gutachterlicher, wissenschaftlich-forschender oder verwaltender Art, die zum Berufsbild des Zahnarztes gehören.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Befunderhebungsfehler bei unterlassener Untersuchung/Kein Diagnoseirrtum

BGH, Urteil v. 26.01.2016 - VI ZR 146/14

RID 16-02-232

juris
BGB § 823 I

Leitsatz: 1. Dem Arzt ist kein **Diagnoseirrtum**, sondern ein **Befunderhebungsfehler** vorzuwerfen, wenn die unrichtige diagnostische Einstufung einer Erkrankung ihren Grund bereits darin hat, dass der Arzt die nach dem medizinischen Standard gebotenen Untersuchungen erst gar nicht veranlasst hat.

2. Eine **Beweislastumkehr** nimmt einer Partei, der sie zum Nachteil gereicht, nicht die Möglichkeit, den Beweis des Gegenteils zu führen.

b) Beweislast des Arztes für Gesundheitsbeschädigung bei Operation ohne Einwilligung

BGH, Urteil v. 22.03.2016 - VI ZR 467/14

RID 16-02-233

juris
BGB §§ 249, 823

Leitsatz: Hat eine - mangels wirksamer **Einwilligung** - rechtswidrig ausgeführte Operation zu einer Gesundheitsbeschädigung des Patienten geführt, so ist es **Sache der Behandlungsseite zu beweisen**, dass der Patient ohne den rechtswidrig ausgeführten Eingriff dieselben Beschwerden haben würde, weil sich das Grundleiden in mindestens ähnlicher Weise ausgewirkt haben würde (im Anschluss an Senatsurteil vom 5. April 2005, VI ZR 216/03, VersR 2005, 942).

c) Schönheitsop. trotz Verdachts auf eine psychische Störung (Körperbildstörung/Dysmorphophobie)

BGH, Urteil v. 15.12.2015 - VI ZR 557/15

RID 16-02-234

juris = NJW 2016, 639 = VersR 2016, 403 = GesR 2016, 157 = MDR 2016, 327
BGB §§ 280, 823; ZPO § 286; GG Art. 103 I

Leitsatz: Zur Vornahme einer Schönheitsoperation bei Verdacht auf eine psychische Störung (hier: Dysmorphophobie).

d) Informations- und Substantiierungspflichten: Nur maßvolle Anforderungen

BGH, Urteil v. 01.03.2016 - VI ZR 49/15

RID 16-02-235

juris
ZPO § 531 II

Leitsatz: An die **Informations- und Substantiierungspflichten** der Partei im **Arzthaftungsprozess** dürfen nur maßvolle Anforderungen gestellt werden. Der Patient und sein Prozessbevollmächtigter sind insbesondere nicht verpflichtet, sich zur ordnungsgemäßen Prozessführung **medizinisches Fachwissen** anzueignen.

e) Beratung der Kindesmutter bei Wiederholungsrisiko einer Schulterdystokie/Schnittentbindung

BGH, Beschluss v. 08.03.2016 - VI ZR 243/14

RID 16-02-236

juris

BGB §§ 31, 280, 823, 831

Auf die Nichtzulassungsbeschwerde der Bekl. wird OLG Hamm, Urt. v. 11.04.2014 - 26 U 6/13 - RID 14-03-205 im Kostenpunkt - mit Ausnahme der Entscheidung hinsichtlich der außergerichtlichen Kosten der Bekl. zu 4 - und insoweit aufgehoben, als zum Nachteil der Bekl. zu 1 bis 3 erkannt worden ist.

Das Berufungsgericht hat den Anspruch der Bekl. auf **rechtliches Gehör** aus Art. 103 I GG in entscheidungserheblicher Weise verletzt, indem es den Vortrag der Bekl., die Mutter der Kl. habe in einem Aufklärungsgespräch mit der Bekl. zu 3 vehement bekundet, dass für sie **nur eine Spontangeburt in Betracht käme**, egal unter welchen Kautelen, übergangen und trotz ihres Bestreitens bleibende Schäden der Kl. angenommen habe, ohne dazu ein Sachverständigengutachten zu erheben oder die eigene Sachkunde darzulegen.

2. Belegärzte: Erfüllungs- und Verrichtungsgehilfen eines Krankenhauses/Aufklärung/Schmerzensg.

OLG Köln, Urteil v. 23.03.2016 - 5 U 8/14

RID 16-02-237

juris

BGB §§ 31, 253 II, 280 I, 823 I, 831 I

Belegärzte sind **Erfüllungsgehilfen** eines **Krankenhauses** und dessen Verrichtungsgehilfe oder, soweit Geschäftsführer, dessen für sie handelndes Organ, wenn ein **einheitlicher Krankenhausvertrag mit Arztzusatzvertrag** zustande kommt, bei dem auch die Klinik die ärztlichen Leistungen schuldet. Die vom Regelfall einer Krankenhausbehandlung abweichende Trennung zwischen den allgemeinen Leistungen des Krankenhauses und den ärztlichen Leistungen ist nicht erkennbar, wenn nach den äußeren Umständen keine Situation vorliegt, in der der Patient von einer Behandlung in einem Belegkrankenhaus durch einen Belegarzt ausgehen muss. Dies ist der Fall, wenn die Gemeinschaftspraxis an der Klinik, deren Gesellschafter die Belegärzte sind, mit derselben Anschrift liegt.

Ein Patient ist über das bei einer **Nukleotomie** bestehende, wenn auch geringe Risiko einer Querschnittslähmung **aufzuklären**.

Ein **Schmerzensgeld** von 75.000 € ist angemessen für einen Dauerschaden, der gewisse motorische Einschränkungen, Sensibilitätsstörungen, zusätzliche chronische Schmerzen in Gestalt von Brennschmerzen der Hände und Füße und eine Störung der Blasenfunktion umfasst.

3. Behandlungsfehler

a) Lymphknotenexstirpation: Aufklärung/Fehlerhaftigkeit/Neurologische Diagnostik/Schmerzensgeld

LG Dortmund, Urteil v. 14.04.2016 - 4 O 230/13

RID 16-02-238

juris

BGB §§ 249 ff., 280, 611, 823, 831

Bei einer **Lymphknotenexstirpation im Bereich des Halses** ist über Behandlungsalternative in Form der Entnahme und Histologiegewinnung eines Lymphknotens im Achselbereich **aufzuklären**.

Die Gesamtdurchführung der Operation ist **fehlerhaft** erfolgt, wenn es an einer Dokumentation der operativen Vorgehensweise fehlt und insb. nicht erkennbar ist, dass die Tragweite der Operation im Zusammenhang mit der Nähe des Nervus accessorius erkannt wurde. An diesen Nervenverlauf muss bei einer Lymphknotenexstirpation im Halsbereich zwingend gedacht werden.

Erfolgt eine **Untersuchung nach der Operation**, um eine Schädigung des nervus accessorius zu prüfen, muss sie ordnungsgemäß durchgeführt werden.

Postoperativ sind von den **Chirurgen Nachuntersuchungen** vorzunehmen. Bei konsiliarischen Operation ist es sehr wichtig, dass der Chirurg den Patienten auf der Station bei vollem Bewusstsein noch einmal untersucht. Es muss auch der Zustand bei Entlassung des Patienten dokumentiert werden. Die Behandlung durch eine **niedergelassene Neurologin** ist grob fehlerhaft, wenn sie zwar am ersten Vorstellungstermin richtig erkennt, dass der Nervus accessorius geschädigt ist, sie gleichwohl nicht die Möglichkeit einbezieht, dass ein **gravierender Schaden** in Form einer Nervendurchtrennung vorliegt und entsprechende Maßnahmen unterlässt.

Die Kammer hält angesichts der von der Kl. erlittenen Beeinträchtigungen ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 80.000 € für angemessen. Die Kammer berücksichtigt, dass die Kl. dauerhaft erheblich in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt und bis zum ihrem Lebensende auf Hilfe Dritter angewiesen sein wird, dass der Zustand ihres Armes einer Armamputation gleichsteht. Hinzu kommen dauerhaft erhebliche Schmerzen.

b) Verletzung der Schädelbasis im Bereich des Siebbeins/Schmerzensgeld

OLG Köln, Urteil v. 13.04.2016 - 5 U 107/15

RID 16-02-239

juris
BGB § 823

Aus einer **Verletzung der Schädelbasis im Bereich des Siebbeins** kann auf die Verletzung der Pflicht zum sorgfältigen Vorgehen in dieser Region und der Verletzung der Regel, nicht medial der Landmarke vorzugehen, geschlossen werden. Dieser Behandlungsfehler ist als **grob** zu bewerten.

Ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 200.000 € ist angemessen, wenn der Patient durch das Frontalhirnsyndrom als Folge der Schädelbasisverletzung in ganz erheblichem Maße in seiner Lebensführung beeinträchtigt ist.

c) Geburtseinleitung mit Cytotec/Amnioninfektionssyndrom

OLG Köln, Urteil v. 13.01.2016 - 5 U 10/15

RID 16-02-240

juris
BGB § 823

Die **Geburtseinleitung mit Cytotec** kann im Hinblick auf den Umstand, dass die Mutter abnehmende Kindsbewegungen empfindet, sowie im Hinblick auf die übermäßige Gewichtszunahme der Mutter während der Schwangerschaft und ihrer Beschwerden wegen zunehmender Ödeme medizinisch indiziert sein.

Selbst bei manifestem **Amnioninfektionssyndrom** wird eine Indikation für einen Kaiserschnitt dann nicht angenommen, wenn eine vitale Gefahr für die Mutter nicht besteht und wenn von einem Geburtsfortschritt ausgegangen werden kann.

d) Falsch negativer Befund einer Stanzbiopsie

OLG Köln, Urteil v. 01.07.2015 - 5 U 125/14

RID 16-02-241

juris
BGB § 823

Ein **falsch negativer Befund einer Stanzbiopsie** stellt **kein Indiz** dafür dar, dass es im Rahmen der Stanzbiopsie zu haftungsbegründenden **Fehlern** gekommen ist, weil es in 3 % bis 4 % der Fälle zu einem falsch negativen Befund kommt, da zum einen nicht der gesamte Befund von bösartigen Zellen durchsetzt sein muss mit der Folge, dass auch mit einer richtig positionierten Nadel unter Umständen die bösartigen Zellen nicht erreicht werden, und zum anderen auch bei sorgfältigem Vorgehen nicht verhindert werden kann, dass die Nadel in der Weise fehlerhaft positioniert wird, dass mit der Nadel der Tumor durchstoßen oder an dem fraglichen Gewebe vorbeigestochen wird.

e) Indikation zur Implantation eines künstlichen Hüftgelenks

OLG Köln, Beschluss v. 21.01.2016 - 4 U 167/15

RID 16-02-242

juris
BGB §§ 280, 823

Eine alleinige radiologische Feststellung einer **Koxarthrose** begründet keine **Indikation zur Implantation eines künstlichen Hüftgelenks**. Diese ergibt sich hauptsächlich durch die Patientenanamnese mit eingeschränkter Lebensqualität, erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen sowie durch entsprechend eindrückliche klinische Untersuchungsergebnisse mit einer Bewegungseinschränkung, Bewegungsschmerzhaftigkeit und Gangbehinderung.

f) Operative Versorgung einer adipösen Patientin mit Knieproblemen durch Orthopäden

OLG Koblenz, Urteil v. 18.06.2014 - 5 U 1257/13

RID 16-02-243

juris
BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823 I; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Sind die Chancen einer **konservativen Behandlung** der Knieprobleme einer adipösen Patientin ausgeschöpft, ist der ärztliche Rat zur **sofortigen Operation** auch dann nicht zu beanstanden, wenn ein besseres Operationsergebnis nach deutlicher Gewichtsreduktion wahrscheinlich ist, eine dahin führende Lebensweise der Patientin aber nicht erwartet werden kann.
2. Bestehen **verschiedene Operationsmöglichkeiten** ist die gewählte nicht zu beanstanden, sofern die Alternativmethoden nicht signifikant bessere Chancen bieten oder weniger risikobehaftet sind.
3. Bei der **computergestützten Implantation einer Kniegelenksprothese** kann aus deren suboptimalem Sitz kein schuldhafter Fehler des Arztes hergeleitet werden, sofern er keinen Einfluss auf den vom Computerprogramm vorgegebenen Operationsweg genommen hat und auch kein Anhalt dafür bestand, dass das Programm fehlerbehaftet sein könnte.
4. Ist die wegen **postoperativer Komplikationen** erforderliche Verlegung des Patienten in eine Klinik der Maximalversorgung verzögert worden, muss er in der Regel auch darlegen und beweisen, dass die zeitigere Verlegung den weiteren Kausalverlauf zu seinen Gunsten beeinflusst hätte.

BGH, Beschl. v. 16.02.2016 - VI ZR 317/14 - wie die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

g) Rekonstruktion der Mitralklappe ist erste Wahl der Operationsmethode

LG Dortmund, Urteil v. 28.01.2016 - 4 O 284/13

RID 16-02-244

juris
BGB §§ 630e, 823

Die **Rekonstruktion der Mitralklappe** war bereits im Jahr 2006 ein anerkanntes Verfahren zur **Behandlung höhergradiger Mitralklappeninsuffizienzen**. Erst wenn eine solche Vorgehensweise in Form der Rekonstruktion nicht möglich erscheint, wird als letztes Mittel der Wahl ein Klappenersatz gewählt. Dies gilt insb. vor dem Hintergrund, dass im Rahmen einer Rekonstruktion die eigene Klappe erhalten bleibt und gute Langzeitergebnisse erzielt werden. Nach der Operation bedarf es zum Schutz vor Blutgerinnungen nur für einen kurzen Zeitraum von ca. drei Monaten der Einnahme von Marcumar, während bei dem Einsatz einer künstlichen Herzklappe lebenslang Marcumar eingenommen werden muss. Bei dem Einsatz einer biologischen Herzklappe muss zwar auch nur für wenige Monate Marcumar eingenommen werden, dafür aber ist die Einsatzfähigkeit der biologischen Herzklappe auf mehrere Jahre beschränkt, sodass nach einigen Jahren eine Nachoperation erforderlich werden kann. Die Rekonstruktion der Mitralklappe hat klare Vorteile gegenüber dem Klappenersatz und gilt als **erste Wahl der Operationsmethode**.

h) Zwerchfelllähmung durch chiroprakt. Manipulation: Ursachenzusammenhang u. Beweislastumkehr

OLG Hamm, Urteil v. 15.03.2016 - 26 U 137/15

RID 16-02-245

juris
BGB §§ 280, 823

Leitsatz: Ein **Ursachenzusammenhang** zwischen einer chiropraktischen Manipulation der Halswirbelkörper C3-C5 und einer Phrenicus-Parese (Zwerchfelllähmung) ist gänzlich unwahrscheinlich. Bei der Annahme einer **Beweislastumkehr** zu Gunsten der Patientin kann der Arzt den Nachweis führen, dass ein Ursachenzusammenhang gänzlich unwahrscheinlich ist. Gänzlich unwahrscheinlich kann anzunehmen sein, wenn der Ursachenzusammenhang mit deutlich unter 1 % zu bewerten ist.

i) Übersehen eines Glaukoms (Grüner Star)/Schmerzensgeld

OLG Hamm, Urteil v. 15.01.2016 - 26 U 48/14

RID 16-02-246

juris
BGB §§ 253, 280, 823

Leitsatz: Wird bei einem Patienten ein **Glaukom (Grüner Star)** festgestellt, hat der Augenarzt eine Operation als Behandlungsmöglichkeit zu erörtern. Unterbleibt die **Indikationsstellung zur Operation**, kann das als **grober Behandlungsfehler** zu bewerten sein. Für den Verlust der Lesefähigkeit eines Auges verbunden mit einem fortgeschrittenen Gesichtsfeldausfall kann ein **Schmerzensgeld** von 15.000,- EUR angemessen sein.

j) Verkennen einer Akne inversa kein Behandlungsfehler, sondern Diagnoseirrtum

OLG Hamm, Urteil v. 26.01.2016 - 26 U 35/15

RID 16-02-247

juris
BGB §§ 280, 823

Leitsatz: Das **Verkennen einer Akne inversa** begründet nicht zwingend einen Behandlungsfehler. Wegen der **Seltenheit** der Erkrankung kann - bei regelrechter Behandlung - von einem bloßen **Diagnoseirrtum** ausgegangen werden.

k) Verkleinerung und Verschmälerung der Nasenspitze

OLG Köln, Urteil v. 16.12.2015 - 5 U 182/14

RID 16-02-248

juris
BGB §§ 253, 280, 823 I, 831

Es wird keine fehlerhafte **Operationstechnik** angewandt, wenn die der Verschmälerung der Nase dienende **Rhinoplastik** durchgeführt wird, indem die Nasenflügelknorpel frei gelegt und zur Verschmälerung der Nase im Nasenspitzenbereich aneinander genäht werden, an ihren unteren Enden etwas Knorpel weggeschnitten und die Flügelknorpelbiegung durch Ritzungen geändert sowie anschließend den Nasenrücken dargestellt, den knorpelig-knöchernen Höcker abgetragen und das Nasendach wieder geschlossen wird.

4. Aufklärung/Einwilligung

a) Aufklärung bei veränderter Sachlage unter der Geburt

LG Berlin, Urteil v. 13.01.2016 - 35 O 47/12

RID 16-02-

GesR 2016, 261
BGB §§ 253, 278, 280 I, 281, 823, 831; StGB § 229

Leitsatz (GesR): Ergeben sich im Geburtsverlauf Umstände, die zu einer entscheidenden **Veränderung der Einschätzung** der mit den verschiedenen Entbindungsmethoden verbundenen

Risiken und Vorteile führen und die unterschiedlichen Entbindungsmethoden in neuem Licht erscheinen lassen, ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts der **Schwangeren** diese zu **informieren** und ihr eine erneute Abwägung der für und gegen die jeweilige Methode sprechenden Gründe zu ermöglichen.

b) Fehlende Dokumentation der Aufklärung

OLG Köln, Beschluss v. 28.09.2015 - 5 U 81/15

RID 16-02-249

juris
BGB § 823

Dem Arzt ist der Nachweis ordnungsgemäßer **Aufklärung** nicht verwehrt, wenn er sie **nicht dokumentiert** hat.

Die für den Arzt im Falle unterbliebener oder unzureichender Dokumentation des Gespräches mit dem Patienten schwierige Beweissituation im Prozess unterscheidet sich nicht in Bezug auf die **unterschiedlichen Aufklärungsinhalte**. Der Arzt muss im Falle einer erhobenen Aufklärungsrüge die erfolgte Aufklärung über den Eingriff als solchen, über seine Risiken und über eventuell vorhandene Behandlungsalternativen in gleicher Weise beweisen und er befindet sich regelmäßig in Beweisnot, wenn er das Aufklärungsgespräch und seinen Inhalt nicht dokumentiert hat. Schriftliche Aufzeichnungen über den Inhalt eines Aufklärungsgesprächs sind nützlich und zu empfehlen, werden jedoch nicht selten in der Praxis unterlassen. Erfahrungswerte dergestalt, dass bestimmte Aufklärungsinhalte besonders häufig dokumentiert oder nicht dokumentiert werden, existieren nicht. Es gibt auch keinen Grund zu der Annahme, dass die Aufklärung über den Umstand, dass die von einem Patienten favorisierte Operationsmethode nicht erste Wahl ist, für den Behandler von so großer Bedeutung sein müsste, dass es schlechterdings nicht verständlich wäre, eine solche Aufklärung nicht zu dokumentieren. Der seit Jahren mit Arzthaftungssachen befasste Senat kann aus seiner Erfahrung sagen, dass gerade die Aufklärung über Behandlungsalternativen seltener dokumentiert wird als die Aufklärung über Operationsrisiken.

c) Mögliche Erweiterung der Operation ist aufklärungspflichtig/Schmerzensgeld

OLG Köln, Urteil v. 09.03.2016 - 5 U 36/15

RID 16-02-250

juris
BGB §§ 280, 823

Die mögliche **Erweiterung der Operation** ist aufklärungspflichtig, wenn **erhebliche Unterschied** in der Dauer der Heilung und Nachbehandlung bestehen.

Eine **hypothetische Einwilligung** kann nicht unterstellt werden, wenn sich der Entscheidungskonflikt nicht isoliert auf die Operationserweiterung bezieht, sondern auf die Durchführung der Operation insgesamt und dargelegt wird, man hätte sich für die Einholung einer zweiten Meinung und wegen einer selbständigen beruflichen Tätigkeit und der Notwendigkeit einer entsprechenden Umorganisation gegen einen Eingriff zu dem in Aussicht genommenen Zeitpunkt entschieden.

Das Landgericht ist zu Recht davon ausgegangen, dass der Kl. durch die Erweiterung der Operation um eine Naht der Supraspinatussehne und durch den Umstieg auf ein offenes Verfahren ein gesundheitlicher Schaden entstanden ist, der ein **Schmerzensgeld** rechtfertigt, welches mit 2.000 € angemessen bemessen ist.

d) Pflichten des Arztes bei Aufklärung mithilfe eines übersetzenden Familienangehörigen

OLG Köln, Urteil v. 09.12.2015 - 5 U 184/14

RID 16-02-251

juris
BGB § 823

Es bestehen Zweifel an einer ordnungsgemäßen **Aufklärung**, wenn nicht mit der notwendigen Sicherheit angenommen werden kann, dass der Patient die Ausführungen des Arztes auch versteht, da er aus der Türkei stammt und der deutschen Sprache kaum mächtig ist, weswegen er ohne **Übersetzungshilfe** nicht in der Lage ist, dem Aufklärungsgespräch zu folgen. Der Arzt muss durch

eine Übersetzung von der deutschen in die türkische Sprache der Inhalt des Aufklärungsgesprächs vermitteln.

Wird ein der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtiger Patient in deutscher Sprache aufgeklärt, und werden die Erläuterungen des aufklärenden Arztes **durch einen Familienangehörigen übersetzt**, muss der **Arzt** in geeigneter Weise **überprüfen**, ob der als Dolmetscher agierende Familienangehörige seine Erläuterungen verstanden hat. Hierzu muss der Arzt sich zumindest einen ungefähren Eindruck von den sprachlichen Fähigkeiten des Übersetzers verschaffen. Anschließend muss er durch eigene Beobachtung feststellen, dass dem Patienten übersetzt wird und er muss aus der Länge des Übersetzungsvorgangs den Schluss ziehen können, dass eine vollständige Übersetzung vorliegt. Zum Schluss muss der Arzt sich durch Rückfrage an den Patienten einen Eindruck davon verschaffen, ob dieser die Aufklärung auch verstanden hat. Hat der aufklärende Arzt Zweifel, ob der Patient seine Ausführungen verstanden hat oder muss er solche Zweifel haben, ist er gehalten, sich der Hilfe eines Dolmetschers zu bedienen, von dessen ausreichenden Sprachfähigkeiten er hinreichend sicher ausgehen kann.

Vor dem Hintergrund, dass der Kl. aufgrund starker Schmerzen im Bereich der linken Hüfte und im Bein und aufgrund der Bewegungseinschränkungen großen Leidensdruck und dass er großes Vertrauen in das Krankenhaus hatte, ist es nicht plausibel, dass er, wenn er über das operationsimmanente Risiko einer Nervenschädigung, welches nach den Ausführungen des Sachverständigen bei lediglich 2 % liegt, aufgeklärt worden wäre, **ernsthaft vor der Frage gestanden hätte**, die Operation nicht durchzuführen.

e) Zustimmung zu operationserweiternden Maßnahmen (Lymphadenektomie)

OLG Köln, Beschluss v. 02.12.2015 - 5 U 64/15

RID 16-02-252

juris
BGB § 823

Mit der schriftlichen **Einverständniserklärung** zur Operation, dass für den Fall, dass sich bei der Ausführung des Eingriffs die Notwendigkeit operationserweiternder Maßnahmen ergeben würden, diese durchgeführt werden, wird eine Zustimmung erteilt.

f) Implantation einer Hüftprothese: Risiko einer Nervenverletzung bei Polyneuropathie

OLG Köln, Beschluss v. 01.12.2015 - 5 U 82/15

RID 16-02-253

juris
BGB § 823

Es ist nicht aufklärungspflichtig, dass eine **Polyneuropathie** im Fall der **Implantation einer Hüftprothese** das **Risiko einer Nervenverletzung** von etwa einem auf etwa drei Prozent erhöht. Der Arzt schuldet eine **Aufklärung** im Großen und Ganzen. Eine Erhöhung eines Risikos im Einzelfall, etwa wegen einer Begleiterkrankung, kann daher für sich genommen nur dann eine aufklärungspflichtige Tatsache sein, wenn sie dem Eingriff bei wertender Betrachtung eine andere Prägung verleiht, wenn also der Patient, der zwar allgemein über die Risiken eines Eingriffs, nicht aber über das Vorliegen eines erhöhten Risikos, aufgeklärt worden ist, nicht mehr „im Großen und Ganzen“ weiß, worin er einwilligt.

Eine **Nervenschädigung** kann bei einer Hüftoperation auch bei standardgerechtem und sorgfältigem Vorgehen nicht sicher vermieden werden.

g) Implantation einer Kniegelenksendoprothese: Peroneusläsion

OLG Koblenz, Urteil v. 18.06.2014 - 5 U 1393/13

RID 16-02-254

juris
BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823, 831; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Bei der **Implantation einer Kniegelenksendoprothese** ist die Schädigung des nervus peroneus trotz Beachtung der erforderlichen Sorgfalt eine seltene, aber typische Komplikation, über die der Patient angesichts der gravierenden Folgen auch dann **aufgeklärt** werden muss, wenn das Risiko aufgrund des Geschicks und der Erfahrung des operierenden Arztes bei ihm lediglich im

Promillebereich liegt. Einer konkreten Risikobezifferung bedarf es nicht; die Erklärung des Arztes, das Risiko verwirkliche sich „sehr selten“, ist nicht bagatellisierend.

2. Ob eine ordnungsgemäße **Aufklärung** erfolgte, kann in der Regel nur durch eine gegenüberstellende **persönliche Befragung von Arzt und Patient** festgestellt werden. An den der Behandlungsseite obliegenden Nachweis umfassender und sachgemäßer Aufklärung dürfen dabei keine überzogenen Anforderungen gestellt werden. Schildert der aufklärende Arzt glaubhaft seine übliche Handhabung und entspricht das Dargestellte den Sorgfaltserfordernissen, ist von einer ordnungsgemäßen Aufklärung auch dann auszugehen, wenn der Arzt sich weder an den konkreten Patient noch das konkrete Aufklärungsgespräch erinnern kann.

BGH, Beschl. v. 02.02.2016 - VI ZR 286/14 - wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

h) Vordere Kniebandplastik: Risiko einer Querruptur der Quadrizepssehne/Alternative Behandlung

OLG Karlsruhe, Urteil v. 17.02.2016 - 7 U 32/13

RID 16-02-255

juris

BGB §§ 611, 823 I

Die **Auswahl des Sachverständigen** steht im Ermessen des Gerichts.

Bei dem **Risiko einer Querruptur der Quadrizepssehne**, bei denen der Kraftschluss unterbrochen wird, bei einer vorderen Kniebandplastik handelt es sich um ein allenfalls theoretisches Risiko. Über eine konservative Behandlung ist nicht aufzuklären, wenn sie mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zu anhaltenden Schmerzen, einer persistierenden Instabilität des linken Kniegelenkes und zu einer rasant fortschreitenden Arthrose des Gelenkes führen würde.

Über die Möglichkeit der VBK-Plastik mit einer Kniekehlesehne (Semitendinosussehne) muss nicht aufgeklärt werden, auch wenn die Methode gleichwertig ist zu derjenigen des Arztes, dieser aber die andere **Methode besser beherrscht**.

i) Indikation einer arthroskopischen Untersuchung/ Risiken „Thrombose“ und „Embolie“

OLG Köln, Urteil v. 24.02.2016 - 5 U 77/15

RID 16-02-256

juris

BGB §§ 280, 823

Wird nach Erhebung von MRT- und Röntgenbefunde eine degenerative Innenmeniskus-Läsion bei medial beginnender Arthrose und Retropatellararthrose diagnostiziert, ist eine **arthroskopische Untersuchung** aus diagnostischen Gründen indiziert. Darüber hinaus bestehe bei einer Arthroskopie die Möglichkeit, durch eine im Rahmen des Eingriffs durchgeführte Glättung von Knorpel und Meniskus sowie durch eine Spülung des Gelenks eine - wenn auch nur zeitlich begrenzte - Besserung der Beschwerdesymptomatik zu erreichen.

Ein medizinischer Standard, der in jedem Fall eine gewichtsabhängige Dosierung des **Medikaments Fraxiparin** vorschreiben würde, kann nicht festgestellt werden.

Dem Patienten müssen nicht alle denkbaren medizinischen Risiken exakt oder in allen möglichen Erscheinungsformen dargestellt werden. Die Nennung der **Risiken „Thrombose“ und „Embolie“** sind auch bei einem medizinisch nicht vorgebildeten Patienten in der Regel ausreichend, um ihm einen allgemeinen Eindruck von der Schwere des Eingriffs und der Art der Belastung zu vermitteln.

j) Implantation eines Stents nach vorausgegangener Herzkatheteruntersuchung

OLG Bamberg, Beschluss v. 27.11.2015 - 4 U 82/15

RID 16-02-257

juris

BGB §§ 630e I 3. III, 630f II

Leitsatz: 1. Eine **Behandlungsalternative** ist nicht **aufklärungsbedürftig**, wenn die Therapiewahl vom Ergebnis einer intraoperativen Voruntersuchung abhängt und deshalb erst anhand der im Rahmen des diagnostischen Eingriffs zu Tage getretenen Befundlage getroffen werden kann (hier: Implantation eines Stents nach vorausgegangener Herzkatheteruntersuchung).

2. Auch dann, wenn die **Therapiewahl** eine sorgfältige Abwägung zwischen zwei verschiedenen Behandlungsmethoden erfordert, sind weder die hierbei von der Arztseite angestellten Überlegungen noch die für ihre konkrete Entscheidung maßgebenden Gründe **dokumentationspflichtig**. Es genügt, dass die getroffene Therapiewahl aus der objektiven Sicht eines Nachbehandlers anhand der dokumentierten Befundlage nachvollzogen werden kann.

k) Leistenbruch: Keine wesentl. Unterschiede der offenen gegenüber endoskop. Operation

OLG Hamm, Urteil v. 04.06.2014 - 3 U 63/13

RID 16-02-258

juris

BGB §§ 280 I, 611, 823 ff.

Das in der sog. **Lichtenstein-Technik** angewendete Verfahren der offenen Operation mit Netzümplantation gilt bereits in 2007 und auch noch aktuell als etablierte Methode für die Versorgung eines Leistenbruchs.

Nicht allein das Vorhandensein jedweden und ggf. nur marginalen Unterschieds bei Chancen, Risiken und Belastungen einzelner Operationsmethoden führt zu einer **Aufklärungspflicht** über sämtliche in Betracht kommende Methoden. Dieses würde den Grundsatz, dass die Methodenwahl grundsätzlich Sache des Arztes ist, faktisch aushöhlen. Maßgeblich für das Vorhandensein aufklärungspflichtiger Behandlungsalternativen ist vielmehr - wie es auch in § 630e I BGB formuliert ist - das Bestehen „wesentlicher“ Unterschiede. Solche **wesentlichen Unterschiede** betreffend Chancen und Risiken der **offenen Operationsmethode** bestehen nicht gegenüber dem **endoskopischen Vorgehen**.

l) Dislokation der Dialylenadel und tödlicher Blutverlust

OLG Hamm, Urteil v. 16.02.2016 - 26 U 18/15

RID 16-02-259

juris

BGB §§ 249, 253 II, 280, 611, 823 I, 844 I, 1922 I

Leitsatz: Bei der **Dialyse** von Patienten mit Einschränkungen können besondere Maßnahmen - wie beispielsweise die **Fixierung** des mit der Dialylenadel versehenen Arms - geboten sein, um eine lebensgefährdende Dislokation der Dialylenadel während der Behandlung zu verhindern. In diesem Fall ist der Patient auch darüber **aufzuklären**, dass es im seltenen Fall einer **Dislokation der Dialylenadel** zu einem tödlichen **Blutverlust** kommen kann und dieses Risiko durch eine Fixierung des Arms nahezu ausgeschlossen wird, damit der Patient im Rahmen seines Selbstbestimmungsrechts über eine Einwilligung in die Fixierung entscheiden kann.

m) Risiko des Haarverlusts bei Chemotherapie/Schmerzengeld

OLG Köln, Urteil v. 21.03.2016 - 5 U 76/14

RID 16-02-260

juris

BGB §§ 253, 280, 611, 823

Ein Krankenhaus haftet für die **Folgen einer Chemotherapie**, d.h. den hierdurch eingetretenen dauerhaften partiellen **Haarverlust**, wenn die handelnden Ärzte die Chemotherapie nach dem TAC-Schema mangels ausreichender Eingriffs- und Risikoaufklärung ohne wirksame Einwilligung vorgenommen haben.

Es ist über das Risiko, dass bei Verwendung des Medikaments Taxotere mit dem Wirkstoff Docetaxel eine permanente Alopezie, d.h. ein dauerhafter Haarverlust, eintreten kann, **aufzuklären**.

Zum Ausgleich der immateriellen Beeinträchtigungen, die durch den dauerhaften partiellen Haarverlust verursacht worden sind und in vorhersehbarer Weise noch in der Zukunft hervorgerufen werden, ist ein **Schmerzengeld** von 20.000 € angemessen.

n) Aufklärungspflicht über Risiken bei Brustimplantaten

OLG Karlsruhe, Urteil v. 20.04.2016 - 7 U 241/14

RID 16-02-261

juris
BGB § 823

Leitsatz: 1. Zur **Aufklärungspflicht** über Risiken bei **Brustimplantaten**.

2. Die **Beschränkung des Versicherungsschutzes nach französischem Recht** auf in Frankreich eingetretene Versicherungsfälle ist europarechtlich nicht zu beanstanden.

o) Aufklärung vor Implantatversorgung unter Verwendung formularmäßiger Aufklärungsbögen

OLG Koblenz, Beschluss v. 13.11.2014 - 5 U 825/14

RID 16-02-262

juris = MedR 2016, 374
BGB §§ 249, 276, 280, 611, 823; ZPO §§ 286, 295, 411

Leitsatz: 1. Grundsätzlich muss auch ein **Zahnarzt** den Patient mündlich über die wesentlichen Risiken eines Eingriffs **aufklären** (vgl. Senatsurteil 5 U 732/14 vom 29. Oktober 2014 - RID 16-02-262, MDR 2015, 213). Bei einer geplanten **Implantatversorgung** kann es aber ausnahmsweise ausreichen, dass der Zahnarzt dem Patient Tage vor dem Ersteingriff eine sehr umfangreiche und detaillierte schriftliche Risikoauflklärung mit der Aufforderung aushändigt, diese sorgfältig zu lesen und bei Einverständnis eigenhändig unterschrieben zurückzugeben.

2. Die Patientenbehauptung, den Inhalt der **Aufklärungsformulare** weder gelesen noch anderweitig zur Kenntnis genommen zu haben, ist unerheblich, falls nicht plausibel erklärt wird, warum die Schriftstücke gleichwohl unterschrieben zurückgereicht wurden.

3. Tragen die ansonsten vorgedruckten schriftlichen Aufklärungsbögen ein handschriftlich hinzugefügtes **Datum**, das greifbar nicht zutrifft (hier: ein Sonntag), ist das unschädlich, wenn offen zutage liegt, dass damit nur der Tag dokumentiert werden sollte, an dem der Patient die Aufklärung gelesen und seine Unterschrift hinzugefügt hat.

4. Ein im **selbständigen Beweisverfahren** gestellter Antrag auf mündliche Anhörung des Sachverständigen wird gegenstandslos, wenn das Gericht hiernach ein umfassendes schriftliches **Ergänzungsgutachten** veranlasst, dass zu sämtlichen Einwänden des Patienten gegen das erste Gutachten Stellung nimmt und der Anspruchsteller gegen die ergänzenden Feststellungen und Schlussfolgerungen des Sachverständigen nichts mehr erinnert, insbesondere den Antrag auf mündliche Anhörung nicht wiederholt. Der nur im selbständigen Beweisverfahren formulierte Anhörungsantrag wirkt auch nicht im Klageverfahren fort.

5. Kein Behandlungsvertrag mit Vertragsarzt bei Versorgung im ärztl. Notdienst durch angestellten Arzt

OLG Köln, Beschluss v. 19.08.2015 - 5 U 32/15

RID 16-02-263

juris
BGB §§ 253 II, 280 I, 823 I, 831 I

Die Behandlung (hier: Dezember 2007) eines **bei einem Vertragsarzt angestellten Arztes** im Rahmen eines kassenärztlichen Notdienstes führt weder zum Zustandekommen eines Vertragsverhältnisses zwischen der Patientin und dem Vertragsarzt noch dazu, dass der angestellte Arzt als Verrichtungsgehilfe des Vertragsarztes zu qualifizieren wäre, wenn die ärztliche Tätigkeit keinen äußeren Bezug zur Vertragsarztpraxis aufweist, da nach § 1 der gemeinsamen Notfalldienstordnung der Ärztekammer Nordrhein und der KV Nordrhein der niedergelassene Arzt oder der in einer Praxis angestellte Arzt **selbst zum ärztlichen Notfalldienst verpflichtet** sind, nicht aber der Inhaber der Praxis oder die die Praxis betreibenden Gesellschafter.

6. Hinweis auf die Berufshaftpflichtversicherung kein Zugeständnis eines Behandlungsfehlers

OLG Köln, Beschluss v. 10.02.2016 - 5 U 148/15

RID 16-02-264

juris
BGB § 823

Ein **Hinweis auf die Berufshaftpflichtversicherung** kann im Fall eines durch einen Arzt verursachten Schadens bereits dann erfolgen und aus Sicht des Arztes angemessen sein, wenn nach dem zugrunde liegenden Sachverhalt Ersatzansprüche in Betracht kommen. Hierin liegt nicht notwendig ein **Zugeständnis eines Behandlungsfehlers**.

7. Sicherungspflicht des Krankenhauses beim Toilettengang/Schmerzensgeld für Augenverletzung

OLG Koblenz, Beschluss v. 28.09.2015 - 5 U 810/15

RID 16-02-265

juris
BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823; ZPO § 256

Leitsatz: 1. Ob und inwieweit das **Pflegepersonal eines Krankenhauses Patienten beim Toilettengang sichern und überwachen** muss, hängt vom Alter, dem körperlichen und geistigen Zustand des Patienten sowie etwaigen Beeinträchtigungen aufgrund operativer Eingriffe oder der Medikation ab. Lässt das Pflegepersonal einen **erheblich sturzgefährdeten Patienten** auf dem Toilettensitz unbeaufsichtigt, ohne in sonstiger Weise sicherzustellen, dass er nicht ohne geschulte Hilfe aufsteht, kann darin eine Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages zu sehen sein (hier bejaht).
2. Zur **Schmerzensgeldbemessung**, wenn der Geschädigte drei Augenoperationen erdulden musste und unfallbedingt unter Blendempfindlichkeit sowie einem chronischen Reizzustand mit dauerhaftem Brennen und leichten Schmerzen bei der erforderlichen Dauerapplikation von Augentropfen leidet (7.500 €).
3. Im Arzthaftungsprozess ist ein **Feststellungsinteresse** hinsichtlich **künftiger Schäden** schon dann geben, wenn angesichts einer persistierenden unfallbedingten Beeinträchtigung nicht auszuschließen ist, dass es zu weiteren Schadensfolgen kommen kann.

8. Keine Schutzwirkungen eines Behandlungsvertrags für Ehepartner

OLG Köln, Beschluss v. 22.12.2015 - 5 U 135/15

RID 16-02-266

juris
BGB §§ 253, 280, 611, 823

Ist **Zweck des ärztlichen Behandlungsvertrags** mit dem **Ehemann** dessen ärztliche Behandlung wegen abdomineller Beschwerden, so wird die Ehefrau nicht in die **Schutzwirkungen des Vertrags** einbezogen. Allein die Tatsache, dass eine Operation am Unterleib und eine nachfolgende medikamentöse Behandlung auch zu Beeinträchtigungen der Geschlechtsfunktionen und damit faktisch auch zu Auswirkungen auf das eheliche Zusammenleben führen können, rechtfertigt keine Einbeziehung der Kl. in den Schutzbereich des Vertrags.

Allein die **faktische Beschränkung des ehelichen Geschlechtsverkehrs** infolge der Erkrankung des Ehemanns stellt keine Verletzung des Körpers der Ehefrau dar. Ebenso wenig kann sich die Ehefrau auf Einschränkungen ihrer sexuellen Selbstbestimmung berufen.

9. Haushaltsführungsschaden eines Alleinstehenden mit eigenem Haushalt

OLG Köln, Urteil v. 25.11.2015 - 5 U 73/14

RID 16-02-267

juris
BGB § 823

In dem Verlust der Fähigkeit, weiterhin **Haushaltsarbeiten** zu verrichten, liegt ein **ersatzfähiger Schaden**, wobei einem **Alleinstehenden mit eigenem Haushalt** insoweit ein Ersatzanspruch im Rahmen vermehrter Bedürfnisse zusteht. Der Schaden bemisst sich nach der Entlohnung, die für die schädigungsbedingt in eigener Person nicht mehr ausführbaren Hausarbeiten an eine Hilfskraft gezahlt

wird oder gezahlt werden müsste. Im Hinblick darauf ist festzustellen, welche Hausarbeiten der Geschädigte vor dem Schadensfall zu verrichten pflegte, wie weit ihm diese Arbeiten nun nicht mehr möglich oder zumutbar sind und für wieviel Stunden folglich eine Hilfskraft benötigt wird

10. Sachverständige

a) Sachverständigenauswahl im Arzthaftungsprozess: Allgemeinmediziner

OLG Koblenz, Beschluss v. 29.09.2015 - 5 U 617/15

RID 16-02-268

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611; ZPO §§ 286, 404, 404a

Leitsatz: 1. Wird einer Fachärztin für Allgemeinmedizin angelastet, an einem Feiertag im **Notfallbereitschaftsdienst eines Krankenhauses** Leitsymptome für eine schwerwiegende neurologische Erkrankung vorwerfbar nicht erkannt bzw. fehlinterpretiert zu haben, ist die gerichtliche Sachaufklärung durch Befragung eines **Sachverständigen aus dem Fachgebiet „Allgemeinmedizin“** nicht zu beanstanden, weil er zur Einschätzung der dort erforderlichen ärztlichen Sorgfalt ebenso berufen ist wie zur Antwort auf die Frage, wann ein Allgemeinmediziner einen Neurologen hinzuziehen muss.

2. Zum Diagnoseirrtum und Befunderhebungsversäumnis bei vertretbar gedeuteten **Kopfschmerzen** und später festgestellter **Aneurysmablutung in den Subarachnoidalraum**.

b) Einholung eines Sachverständigengutachtens erst nach Einzahlung eines Auslagenvorschusses

OLG Köln, Urteil v. 26.08.2015 - 5 U 27/15

RID 16-02-269

juris

BGB § 823ZPO §§ 379, 402

Die Einholung eines **Sachverständigengutachtens** kann von der Einzahlung eines **Auslagenvorschusses** abhängig gemacht werden.

11. Verjährungsbeginn mit Kenntniserlangung

OLG Köln, Beschluss v. 04.12.2015 - 5 U 75/15

RID 16-02-270

juris

BGB §§ 195, 199, 214

Arzthaftungsrechtliche Schadensersatzansprüche **verjähren** grundsätzlich gem. § 195 BGB in der Regelverjährungsfrist von drei Jahren, wobei die Verjährungsfrist gem. § 199 I Ziff. 2 BGB mit dem Schluss des Jahres zu laufen beginnt, in dem der Gläubiger von den anspruchsbegründenden Umständen und der Person des Schuldners **Kenntnis erlangt** hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte Kenntnis erlangen müssen. Kenntnis setzt voraus, dass der betroffene Patient Kenntnis von solchen Tatsachen erlangt hat, aus denen sich für einen medizinischen Laien ergibt, dass der behandelnde Arzt von dem üblichen medizinischen Vorgehen abgewichen ist oder Maßnahmen nicht getroffen hat, die nach dem ärztlichen Standard zur Vermeidung oder Beherrschung von Komplikationen erforderlich waren. Es reicht einerseits nicht aus, wenn dem Geschädigten lediglich der negative Ausgang der fraglichen ärztlichen Behandlung und/oder ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen der fraglichen Behandlung und dem Auftreten eines erheblichen Schadens bekannt sind. Andererseits ist es nicht erforderlich, dass der betroffene Patient sichere Kenntnis von einem schadensursächlichen Fehler des Behandlers gewonnen und bereits hinreichend sichere Beweismittel in der Hand hat, die es ihm ermöglichen, einen Rechtsstreit im Wesentlichen risikolos führen zu können. Vielmehr kommt es entscheidend darauf an, ob dem Geschädigten bei seinem Kenntnisstand das Erheben einer Schadensersatzklage gegen eine bestimmte Person trotz eines verbleibenden Risikos insbesondere hinsichtlich der Nachweisbarkeit eines schadensursächlichen ärztlichen Fehlverhaltens zumutbar ist.

12. Verfahrensrecht: Weitergabe der Patientenunterlagen an Haftpflichtversicherer oder Rechtsanwalt

AG Ellwangen, Beschluss v. 03.02.2016 - 2 C 374/15

RID 16-02-271

juris
ZPO § 91a

Ein Arzt, der von einem Patienten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird, der vorträgt, der Arzt habe schuldhaft einen Behandlungsfehler begangen, muss die Möglichkeit haben, sich gegen diese Vorwürfe zu verteidigen. In diesem Fall darf der **Arzt** zum Zwecke der Rechtsverteidigung seine **Unterlagen** auch an seinen **Haftpflichtversicherer** oder seinen **Rechtsanwalt** aushändigen und die zur Rechtsverteidigung notwendigen Informationen. Dasselbe muss natürlich gelten, wenn der Behandlungsvertrag nicht zwischen dem Patienten und dem Arzt direkt zustande kommt, sondern zwischen dem Patienten und der **Körperschaft** oder sonstigen juristischen Person, **die den Arzt beschäftigt**.

13. Zahnärztliche Behandlung

a) Entfernen von Provisorien durch Fachangestellte/Bruch eines benachbarten Zahnes

LG Köln, Urteil v. 27.01.2015 - 3 O 308/12

RID 16-02-272

juris
BGB §§ 280, 823

Das **Entfernen von Provisorien** durch eine zahnmedizinische Fachangestellte unter ärztlicher Supervision stellt ein **statthaftes Delegieren von Aufgaben** dar. Dabei beschränke sich die Supervision darauf, dass ein Zahnarzt in der Praxis anwesend ist.

Der **Bruch eines benachbarten Zahnes** bei Entfernung von Provisorien ist kein gesondert aufklärungspflichtiges Risiko.

b) Unbedenklichkeit der Verwendung von Amalgam bei Zahnfüllungen

OLG Hamm, Urteil v. 04.03.2016 - 26 U 16/15

RID 16-02-273

juris
BGB §§ 280, 611, 823

Leitsatz: Die Verwendung von **Amalgam** bei Zahnfüllungen ist grundsätzlich unbedenklich.

c) Unzureichende Wurzelkanalbehandlung/Schmerzensgeld

LG Düsseldorf, Urteil v. 20.03.2014 - 3 O 285/11

RID 16-02-274

juris
BGB § 823

Bei **Wurzelkanalbehandlungen** müssen die Wurzelfüllungen der Kanallumen das **apikale Drittel ausfüllen**.

Im Hinblick darauf, dass die Kl. die Schmerzen einer parodontitis apikalis chronica über mehrere Jahre hinweg ertragen musste und auf die Einnahme von Schmerzmittel verwiesen wurde, obwohl sie sich diesbezüglich auch mehrfach bei dem Bekl. vorgestellt hatte, ohne dass dieser, jedenfalls zeitgerecht, die Möglichkeit einer unzureichenden Wurzelkanalbehandlung überhaupt in Erwägung zog, sowie der Tatsache, dass die Kl. sich nunmehr erneut einer umfangreichen zahnmedizinischen und auch zahnprothetischen Behandlung aussetzen muss, ist der von ihr geltend gemachte **Schmerzensgeldbetrag** von 5.000 € voller Höhe gerechtfertigt.

d) Implantationen: Nicht im Kieferknochen liegende Gewindegänge

OLG Köln, Urteil v. 01.02.2016 - 5 U 48/15

RID 16-02-275

juris
BGB § 823

Zeigen die recht zeitnah nach den **Implantationen** gefertigten Zahnfilme **nicht im Kieferknochen liegende Gewindegänge** und hat sich das Knochenniveau nicht verändert, mag der gezogene Schluss auf eine ursprünglich fehlerhafte Insertion bei gleichzeitigem Ausschluss der Möglichkeit eines späteren Knochenabbaus richtig sein.

e) Implantatversorgung: Führungsschablone nicht erforderlich

OLG Nürnberg, Urteil v. 12.02.2016 - 5 U 1412/14

RID 16-02-276

GesR 2016, 260
BGB §§ 280 I, 823

Leitsatz (GesR): Zum Setzen von **Implantaten** zwecks späterer Überkronung ist eine sog. **Führungsschablone** nicht obligatorisch.

f) Schadensersatzpflicht des Zahnarztes für Verzögerung sachgemäßer Behandlung

OLG Koblenz, Urteil v. 27.01.2016 - 5 U 811/15

RID 16-02-277

juris
BGB §§ 249, 253, 254, 255, 276, 280, 611, 628 II, 823

Leitsatz: 1. **Versäumt ein Zahnarzt** die gebotene und von der Krankenkasse konsenterte Behandlung des Patienten (hier: Kieferkorrektur durch Multibandapparatur) **um ca. 2 Jahre**, in denen der Betroffene überflüssig einen **Bionator** tragen musste, kann ein **Schmerzensgeld** von 2.000 € angemessen sein.

2. Hat infolge der Verzögerung statt der Krankenkasse nunmehr der Patient selbst die Kosten sachgemäßer Behandlung zu tragen, handelt es sich um einen **Kündigungsschaden**, den der erstbehandelnde Zahnarzt nach § 628 Abs. 2 BGB ersetzen muss.

3. Ein **Mitverschulden des Patienten** ist nicht darin zu sehen, dass der Nachbehandler nach einem eigenen Plan arbeitete, statt den Plan des Erstbehandlers zu übernehmen. Sieht man darin einen unnötige Kosten verursachenden Fehler des Zweitbehandlers, zählt dies, von Evidenzfällen abgesehen, haftungsrechtlich nicht zum Risiko des Patienten. Der Erstbehandler kann daher allenfalls eine Abtretung der insoweit begründeten Ersatzansprüche des Patienten gegen den Zweitbehandler beanspruchen.

g) Rechtzeitige Aufklärung über Extraktion/Einwilligung/Privatärztliche Alternative

LG Memmingen, Urteil v. 24.02.2015 - 21 O 1336/13

RID 16-02-278

juris = NJW-RR 2016, 224
BGB §§ 280 I, 630

Leitsatz: 1. Zur **Rechtzeitigkeit** einer bei einer Unterbrechung einer ambulanten zahnärztlichen Behandlung eingeholten **Einwilligung**.

2. Die **Wirksamkeit der Einwilligung** eines **gesetzlich versicherten Patienten** in eine Behandlung, zu der es eine medizinisch mindestens gleichwertige, jedoch durch Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht abgedeckte Behandlungsalternative gibt, setzt voraus, dass er über diese Alternativmöglichkeit **rechtzeitig informiert** war.

3. Nimmt ein Arzt oder Zahnarzt statt einer dem fachärztlichen Standard entsprechenden, aber nur privat liquidierbaren Behandlung eine Behandlung „nur“ auf dem Niveau kassenärztlicher Versorgung vor, so liegt hierin jedenfalls dann, wenn die Kosten einer **privatärztlichen Behandlung voraussichtlich nicht bezahlt** werden, keine schuldhaft fehlerhafte Behandlung vor.

h) Vernehmung einer nachbehandelnden Zahnärztin nur im Ausnahmefall

OLG Köln, Beschluss v. 12.10.2015 - 5 U 15/15

RID 16-02-279

juris
BGB § 823

Eine **nachbehandelnde Zahnärztin** muss nicht als **Zeugin** vernommen werden. Die sachverständige Bewertung eines umstrittenen zahnärztlichen Vorgehens ist im Prozess allein dem vom Gericht bestellten **Sachverständigen** vorbehalten. Dies gilt nicht zuletzt auch deshalb, weil dem Nachbehandler im Regelfalle die erforderliche Neutralität fehlt. Denn zum einen steht der Nachbehandler aufgrund des Arzt-Patienten-Verhältnisses dem betroffenen Patienten im Regelfalle näher als dem von diesem Patienten im Wege der Arzthaftung in Anspruch genommenen vorbehandelnden Arzt und zum anderen wird der Nachbehandler bemüht sein, sein eigenes Handeln zu rechtfertigen und insb. in Abgrenzung zu der umstrittenen Vorbehandlung als erforderlich und ordnungsgemäß darzustellen. Die Vernehmung eines Nachbehandlers als Zeuge käme allenfalls dann in Betracht, wenn es um die Klärung eines umstrittenen tatsächlichen, objektiv wahrnehmbaren Zustandes ginge, der in den Behandlungsunterlagen des Nachbehandlers nicht dokumentiert ist und der wegen zwischenzeitlicher Veränderungen im Nachhinein durch den Sachverständigen im Rahmen einer zahnärztlichen Untersuchung nicht mehr festgestellt werden kann.

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel

1. BGH: Wirksamkeit einer Vertragsstrafenklausel in Vertrag über die Lieferung von Arzneimitteln

BGH, Urteil v. 20.01.2016 - VIII ZR 26/15

RID 16-02-280

juris = BB 2016, 523 = ZIP 2016, 474
BGB §§ 305 I 1, 307 I 1

Leitsatz: 1. Ein Stellen von Vertragsbedingungen liegt nicht vor, wenn die **Einbeziehung vorformulierter Vertragsbedingungen** in einen Vertrag auf einer freien Entscheidung desjenigen beruht, der vom anderen Vertragsteil mit dem Verwendungsvorschlag konfrontiert wird. Dazu ist es erforderlich, dass er in der Auswahl der in Betracht kommenden Vertragstexte frei ist und insbesondere Gelegenheit erhält, alternativ eigene Textvorschläge mit der effektiven Möglichkeit ihrer Durchsetzung in die Verhandlungen einzubringen (Bestätigung von BGH, Urteil vom 17. Februar 2010, VIII ZR 67/09, BGHZ 184, 259). Danach entfällt ein Stellen von Vertragsbedingungen nicht bereits dann, wenn die vorformulierten Vertragsbedingungen dem anderen Vertragsteil mit der Bitte übersandt werden, Anmerkungen oder Änderungswünsche mitzuteilen.

2. Eine **Vertragsstrafenvereinbarung** in einem Formularvertrag über die **Lieferung von Arzneimitteln**, die für Vertragsverletzungen von erheblich unterschiedlichem Gewicht ein und denselben Betrag vorsieht, ist nur wirksam, wenn dieser auch angesichts des typischerweise geringsten Vertragsverstoßes noch **angemessen** ist (Fortführung von BGH, Urteil vom 7. Mai 1997, VIII ZR 349/96, NJW 1997, 3233).

2. Apotheken

a) BGH: Wertgutschein/Unzulässiges Bonusmodell/Keine Verfahrensaussetzung

BGH, Beschluss v. 27.01.2016 - I ZR 67/14

RID 16-02-281

juris
UWG §§ 3, 4 Nr. 11; AMG § 72 II; AMPPreisV §§ 1, 3; HeilMWerbG § 7 I Nr. 2

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen OLG Köln, Urt. v. 19.02.2014 - 6 U 113/13 - RID 14-02-328 wird zurückgewiesen.

Das Beschwerdeverfahren ist nicht in entsprechender Anwendung des § 148 ZPO bis zur Entscheidung des EuGH in dem anhängigen, die Frage der Vereinbarkeit des deutschen Arzneimittelpreisrechts mit dem primären Unionsrecht betreffenden Vorabentscheidungsverfahren (Az.: C-148/15) **auszusetzen**.

Parallelverfahren:

BGH, Beschluss v. 27.01.2016 - I ZR 68/14
juris

RID 16-02-282

b) Versagung der Einrichtung einer Rezeptsammelstelle

VG Köln, Urteil v. 16.02.2016 - 7 K 947/14
juris
ApBetrO §§ 17 Ia, 24 I 2,

RID 16-02-283

Rezeptsammelstellen sind nur in Ausnahmefällen, als **Notbehelf** zugelassen. Größere **Entfernungen** können für sich schon die Annahme rechtfertigen, dass ein Ort abgelegen ist, geringe Entfernungen können für die gegenteilige Feststellung ausreichen. Im Allgemeinen darf die Wegstrecke von der Apotheke zu dem zu versorgenden Ort oder Ortsteil nicht unter etwa 6 km liegen. Diese Entfernung kann indessen nur ein grobes Richtmaß sein. Es kommt auf die örtlichen Verhältnisse an. Zu berücksichtigen ist auch die Erreichbarkeit einer Apotheke für Bürger, die auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind.

Der Gesetz- und Verordnungsgeber hält daran fest, dass mit der **Präsenzapotheke** und dem **Versandhandel** zwei voneinander abzugrenzende Versorgungssysteme existieren,

c) Gebot der persönlichen Leitung der Apotheke lässt Bestellung eines Prokuristen zu

OLG Karlsruhe, Beschluss v. 01.03.2016 - 11 W 5/16 (Wx)
Rechtsbeschwerde zugelassen
juris
ApoG § 7; FamG § 395

RID 16-02-284

Leitsatz: Das berufsrechtliche **Gebot der persönlichen Leitung der Apotheke** (§ 7 ApoG) steht der **Bestellung eines Prokuristen** nicht entgegen (Abweichung von OLG Celle NJW-RR 1989, 483).

d) Videoüberwachung in einer Apotheke

VG Saarland, Urteil v. 29.01.2016 - 1 K 1122/14
juris
BDSG §§ 4a I, 6b I, 32 I

RID 16-02-285

Leitsatz: Die **Erforderlichkeit einer Videoüberwachung** setzt voraus, dass Tatsachen dargelegt werden, die es nachvollziehbar machen, dass das festgelegte Ziel mit der Überwachung tatsächlich erreicht werden kann.

Beschäftigte können in eine offene Videoüberwachung einwilligen.

Bestehen **Zweifel an der Freiwilligkeit der Einwilligung** bzw. des Genügens der Hinweispflicht können diese durch die Einvernahme der Betroffenen geklärt werden.

Das **VG** hob die (datenschutzrechtliche) Anordnung insoweit auf, als sie die Videoüberwachung an dem Betäubungsmittelschrank betrifft, und wies im Übrigen die Klage ab.

e) Preiswerbung für Arzneimittel mit einem einheitlichen Apothekenabgabepreis

OLG Braunschweig, Urteil v. 22.01.2015 - 2 U 110/13
UWG § 5 I; AMG § 78; SGB V §§ 129 Va, 130 I

RID 16-02-286

Leitsatz: Eine **Preiswerbung für Arzneimittel**, die dem beworbenen Preis einen höheren Preis gegenüber stellt, indem auf einen „einheitlichen Apothekenabgabepreis zur Verrechnung mit der Krankenkasse“ verwiesen wird, ist nur zulässig, wenn jeweils deutlich gemacht wird, dass der Krankenkasse auf den Apothekenabgabepreis ein Rabatt von 5 % zu gewähren ist.

BGH, Urt. v. 31.03.2016 - I ZR 31/15 - wies die Revision der kl. Apothekerin zurück.

f) Zwangsgeld bei Verstoß gegen Unterlassungsgebot (Gewährung von Apotheken-Taler)

VG Gelsenkirchen, Urteil v. 27.01.2016 - 7 K 3535/15

RID 16-02-287

juris
VwVG NRW §§ 55, 60

Gegen einen Apotheker kann ein **Zwangsgeld** festgesetzt werden, wenn er gegen ein **Unterlassungsgebot** verstoßen hat, indem er gekoppelt mit dem Erwerb des verschreibungspflichtigen Medikaments der Kundin einen **Vorteil in Gestalt zweier Apotheken-Taler** gewährt bzw. durch seine Mitarbeiterin gewähren lässt.

g) Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht

aa) Tätigkeit als „Governmental Affairs Specialist im Market Access“

SG Berlin, Urteil v. 25.03.2016 - S 10 R 3345/14

RID 16-02-288

Berufung anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 8 R 372/16 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
AAppO § 2 II, 4 II; SGB VI § 6 I 1 Nr. 1

Leitsatz: 1. Die von der Beklagten für § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI aufgestellte **Befreiungsvoraussetzung**, dass die Approbation als Apotheker zwingende Voraussetzung für die Ausübung einer apothekerlichen Tätigkeit sein muss, hat keinen normativen Anknüpfungspunkt im Gesetz und ist deshalb untauglich als (vermeintliches) Tatbestandsmerkmal (Anschluss an SG München, Urteil vom 05.02.2015 - S 15 R 928/14).

2. Die Voraussetzungen für eine Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung ist unter Berücksichtigung der konkreten Beschäftigung anhand der einschlägigen **kammer- und versorgungsrechtlichen Vorschriften** zu prüfen (Anschluss u.a. an BSG, Urteil vom 31.10.2012 - B 12 R 3/11 R - BSGE 112, 108 = SozR 4-2600 § 6 Nr. 9; Urteil vom 03.04.2014 - B 5 RE 13/14 R - BSGE 115, 267 = SozR 4-2600 § 6 Nr. 12; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 26.08.2011 - L 3 R 142/09).

3. Hinsichtlich des späteren **Befreiungsbeginns** ab Antragseingang (§ 6 Abs. 4 Satz 1 letzter Halbsatz SGB 6) ist eine **Wiedereinsetzung in den vorigen Stand** unzulässig (Anschluss an BSG, Urteil vom 24.11.2005 - B 12 RA 9/03 R - SozR 4-2600 § 6 Nr. 5).

4. Auf eine gemäß § 7 Abs. 2 AVG anlässlich einer früheren Beschäftigung erteilte, nicht ausdrücklich aufgehobene oder widerrufenen **Befreiung** können sich Versicherte bei späterem Beschäftigungswechsel wegen der Übergangsregelung in § 231 Abs. 1 Satz 1 SGB VI nicht berufen (Anschluss an BSG, Urteil vom 31.10.2012 - B 12 R 5/10 R - SozR 4-2600 § 231 Nr. 5; Urteil vom 22.10.1998 - B 5/4 RA 80/97 R - BSGE 83, 74 = SozR 3-2600 § 56 Nr. 12).

5. Aus der von der Beklagten als Folge der BSG-Entscheidungen vom 03.04.2014 (B 5 RE 3/14 R, B 5 RE 9/14 R und B 5 RE 13/14 R - BSGE 115, 267 = SozR 4-2600 § 6 Nr. 12) gegenüber **Syndikusanwälten**, die Ende 2014 bereits 58 Jahre oder älter waren, ausgeübten Verwaltungspraxis, unter bestimmten Voraussetzungen generell auf deren Wechsel in die gesetzliche Rentenversicherung zu verzichten, kann sich ein/e Apotheker/in gleichen Alters nicht aus **Gleichbehandlungsgründen** berufen, weil diese Praxis mangels jeglicher Stütze im Gesetz rechtswidrig ist und auch aus Vertrauensschutzgesichtspunkten nicht zu rechtfertigen ist.

bb) Tätigkeit als Study Manager Clinical Operations

SG München, Urteil v. 10.03.2016 - S 15 R 10/16

RID 16-02-289

juris
SGB VI § 6 I Nr. 1

Leitsatz: 1. Die von der Beklagten aufgestellte **Befreiungsvoraussetzung**, dass die **Approbation** als Apotheker zwingende Voraussetzung für die Ausübung einer apothekerlichen Tätigkeit sein muss, lässt sich weder aus dem Gesetz noch aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung ableiten. Sie führte

dazu, dass alleine Tätigkeiten in einer öffentlichen oder einer Krankenhaus Apotheke befreiungsfähig wären.

2. Eine Befreiung ist vielmehr für alle Tätigkeiten zu erteilen, die zum wesentlichen **Kernbereich der pharmazeutischen Tätigkeit** gehören.

3. Die Voraussetzungen dafür sind anhand der einschlägigen **versorgungs- und kammerrechtlichen Normen** zu prüfen.

4. Die Betreuung von **Pharmazie-Famulanten oder Praktikanten** spricht für eine zum Kernbereich einer apothekerlichen Tätigkeit gehörenden Berufsausübung.

5. Anschluss an SG München, Urteil vom 5. Februar 2015 - S 15 R 928/14 - RID 15-04-246, juris.

3. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht: „Fettreduktion“ mit Ultraschall Kavitationsgerät

LG Düsseldorf, Urteil v. 29.01.2016 - 34 O 36/15

RID 16-02-290

juris = Magazindienst 2016, 492

HeilMWerbG §§ 1, 3

Die Bewerbung eines „Ultraschall Kavitationsgerätes“ gegenüber Anbietern von kosmetischen Behandlungen mit **Behauptungen zur fettreduzierenden Wirkung** ist zur Irreführung geeignet, sofern einer Behandlung mit dem beworbenen Gerät die ihm beigelegte fettreduzierende Wirkung nicht zukommt.

4. Sicherheitserwartungen an Hüftprothese

KG Berlin, Urteil v. 28.08.2015 - 4 U 189/11

RID 16-02-291

GesR 2016, 96

ProdHaftG §§ 1, 3 I

Leitsatz (GesR): Der **Fehlerbegriff des EuGH** (Urt. v. 5.3.2015 - Rs. C-503/13 u. C-504/13, MDR 2015, 586) gilt auch für **Hüftprothesen**. Eine **Bruchrate** von 4-5 % aus einer Gruppe oder Produktionsserie ist fehlerbegründend; sie genügt nicht den Sicherheitserwartungen, die an eine Hüftprothese zu stellen sind.

5. Beihilfe

a) Zivilrechtsweg für Klage eines Kostenträgers der Beihilfe auf Zahlung der Rabatte

VGH Bayern, Beschluss v. 08.03.2016 - 20 C 16.178

RID 16-02-292

juris

§ 1 AMRabG; VwGO § 40; GVG § 17a IV; BAPostG § 26 II

Für die **Klage eines Kostenträgers der Beihilfe** auf Zahlung der **Rabatte für aufgewendete Kosten für Arzneimittel** (§ 1 AMRabG) ist der **Zivilrechtsweg** eröffnet. Bei § 1 AMRabG stehen sich die pharmazeutischen Unternehmen als Anspruchsverpflichtete einerseits und die privaten Krankenkassen sowie die Beihilfeträger als Anspruchsberechtigte andererseits im Gleichordnungsverhältnis gegenüber. Hieran ändert auch nichts die Tatsache, dass der streitgegenständliche Anspruch dem § 130a SGB V nachgebildet ist und Streitigkeiten danach dem Sozialgerichten zugewiesen sind. Denn die Sozialgerichte entscheiden nach § 51 II 1 SGG auch über privatrechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung, auch soweit durch diese Angelegenheiten Dritte betroffen werden.

b) Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel zulässig

VGH Bayern, Urteil v. 12.02.2016 - 14 BV 14.1943

RID 16-02-293

juris

BBhV §§ 6 VII, 22 II Nr. 3, 50 I 1 Nr. 2

Leitsatz: Der in § 22 Abs. 2 Nr. 3 BBhV enthaltene weitgehende **Ausschluss** der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für **nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel** ist nicht wegen Verstoßes gegen die verfassungsrechtliche **Fürsorgepflicht** unwirksam. Die in § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BBhV (i.d.F. vom 8.9.2012, die der heutigen Fassung entspricht) enthaltene **Härtefallregelung** genügt den Anforderungen der verfassungsrechtlichen Fürsorgepflicht.

c) Keine Beihilfe für Stärkungsmittel und Geriatrika (Güter des täglichen Bedarfs)

VG Neustadt (Weinstraße), Urteil v. 07.03.2016 - 1 K 498/15.NW

RID 16-02-294

juris

BhV Rheinland-Pfalz §§ 1, 8

Bei den Produkten „Pro EM San Pur“, „Pro Basan Complete“, „Zink + C MensSana LUT“ und „Immuno MensSana KAP“ handelt es sich nicht um beihilfefähige Arzneimittel im Sinne des § 21 I BVO. Es handelt es sich um Produkte, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, und die damit nicht beihilfefähig sind (§ 21 II 1 Nr. 2d BVO). Im Sinne der Beihilfavorschriften sind **Güter des täglichen Bedarfs** diejenigen, die zur allgemeinen Lebenshaltung zählen und deshalb unabhängig von einer Erkrankung grundsätzlich von jedermann benutzt werden (können). Die bezeichneten Produkte dienen zugleich als Stärkungsmittel und Geriatrika im Sinne des § 21 II 1 Nr. 2 BVO, also substituierend, roborierend (allgemeintherapeutische Maßnahmen, die der Kräftigung des Patienten dienen) sowie stimulierend im Sinne einer Steigerung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit von alten Menschen und unterfallen keiner Beihilfegewährung.

d) Alternativmedizin Regeneresen-Therapie: Keine wissenschaftliche Anerkennung

VG Augsburg, Urteil v. 25.02.2016 - Au 2 K 15.1838

RID 16-02-295

juris

BhV Bayern § 7 V

Die Präparate „Nebennierenrinde – Rezeptur nach Dyckerhoff“ und „Hypophyse total – Rezeptur nach Dyckerhoff“ sind nicht beihilfefähig. Es fehlt mangels einer allgemeinen **wissenschaftlichen Anerkennung der Regeneresen-Therapie** zumindest an der medizinischen Notwendigkeit.

e) Hyaluronsäurehaltige Medizinprodukte

VG Sigmaringen, Urteil v. 08.03.2016 - 3 K 4243/14

RID 16-02-296

juris

BhV BW § 6 I Nr. 2

Leitsatz: Der Ordnungsgeber hat die Beihilfefähigkeit von **hyaluronsäurehaltigen Medizinprodukten**, von intraartikulärer Anwendung mit § 6 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 Buchst. d) i.V.m. Satz 3 Buchst. d) ausgeschlossen, ohne das hiergegen Bedenken im Hinblick auf den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG oder die Fürsorgepflicht des Dienstherrn bestehen.

f) Hilfsmittel

aa) Therapie-Dreirad

VG Karlsruhe, Urteil v. 29.01.2016 - 9 K 2480/14

RID 16-02-297

juris
BG BW § 79

Leitsatz: 1. § 12 Abs. 1 HVO zielt auf die medizinische Rehabilitation des **Heilfürsorgeberechtigten** ab.

2. In besonders gelagerten Fällen können **therapeutische Sportgeräte** (vorliegend: Therapie-Dreirad eines Multiple Sklerose-Patienten) als Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung im Sinne des § 12 Abs. 1 Satz 1 Var. 1 HVO angesehen werden. Dies hat zur Voraussetzung, dass der Gebrauch des therapeutischen Sportgeräts **Bestandteil eines ärztlichen Therapieplans** ist, der Heilfürsorgeberechtigte aufgrund der Schwere der Erkrankung dauerhaft Anspruch auf Maßnahmen der Physiotherapie hat und der Gebrauch des therapeutischen Sportgeräts diese Therapie wesentlich fördert oder deren Behandlungsfrequenz verringert und sich deshalb die Versorgung mit dem Hilfsmittel als wirtschaftlich darstellt.

3. Ein Behinderungsausgleich im Sinne des § 12 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 HVO ist nur gegeben, wenn der Zweck des Hilfsmiteleinsatzes der Befriedigung körperlicher Grundfunktionen und in diesem Sinne einem **Grundbedürfnis** dient. Ein solches Grundbedürfnis stellt nicht nur die Mobilität innerhalb der eigenen Wohnung, sondern auch die Möglichkeit dar, diese zu verlassen und „an die frische Luft zu kommen“, auch um die üblicherweise im Nahbereich der Wohnung möglichen Alltagsgeschäfte zu erledigen.

4. Der „**räumliche Nahbereich**“ bemisst sich nicht nach feststehenden Distanzen, sondern ist in Abhängigkeit von den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten zu bestimmen. Dies kann je nach Bebauungsdichte und Versorgungslage ergeben, dass in kleineren Gemeinden der räumliche Nahbereich großzügiger zu bestimmen ist und auch eine 800 m entfernte Praxis umfasst.

5. Der Heilfürsorgeberechtigte hat keinen Anspruch darauf, den räumlichen Nahbereich gerade in der von ihm bevorzugten Art und Weise zu erschließen. Er kann daher nicht verlangen, zusätzlich zu einem ihm bereits zur Verfügung stehenden (und die Erschließung des Nahbereichs ermöglichenden) **Rollstuhl** mit einem **Therapie-Dreirad** ausgestattet zu werden. Hingegen muss sich der Heilfürsorgeberechtigte zur Erschließung des Nahbereichs nicht auf ein ihm zur Verfügung stehendes Auto verweisen lassen.

6. Ein Gegenstand ist nicht als allgemeiner **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens** anzusehen, wenn er bereits seiner Konzeption nach den Zwecken des § 12 Abs. 1 Satz 1 HVO dienen soll, oder wenn er jedenfalls den Bedürfnissen erkrankter oder behinderter Menschen besonders entgegenkommt und daher von körperlich nicht beeinträchtigten Menschen praktisch nicht genutzt wird.

7. Bei Hilfsmitteln, die neben ihrer Zweckbestimmung im Sinne von § 12 Abs. 1 Satz 1 HVO einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens ersetzen, haben die Heilfürsorgeberechtigten einen **Eigenanteil** für ersparte Aufwendungen in Höhe des wirtschaftlichen Wertes des ersetzten Gebrauchsgegenstandes selbst zu tragen.

bb) Orthopädische Einlagen: Sensomotorische Einlagen

VG Karlsruhe, Urteil v. 17.03.2016 - 9 K 2244/14

RID 16-02-298

juris
BhV BW § 6 I Nr. 4

Leitsatz: 1. **Orthopädische Einlagen** im Sinne von Nr. 2.1 der Anlage zur BVO dienen der Behandlung angeborener oder erworbener Form- oder Funktionsfehler des Bewegungsapparats. Sie können neben konservativ therapeutisch durch passive Unterstützung wirkenden Einlagen auch sensomotorisch durch Veränderung des Muskeltonus wirkende Einlagen umfassen (im Anschluss an VG Freiburg, Urteil vom 14.02.2013 - 6 K 2169/12 - RID 13-02-230, juris). Das Vorliegen orthopädischer Einlagen kann daher nicht schematisch unter Hinweis auf ihre Bezeichnung als sensomotorische Einlagen oder auf ihre sensomotorische Wirkweise verneint werden.

2. Die **wissenschaftliche Anerkennung sensomotorischer Einlagen** ist anhand der konkret beabsichtigten Ziele und Wirkweisen zu beurteilen. Dem wird es nicht gerecht, sensomotorischen Einlagen pauschal die Zielsetzung zuzuschreiben, diese dienen nicht der Behandlung krankhafter Fußfehlstellungen, sondern der allgemeinen Haltungskorrektur.

cc) Rauchmelder für stark Schwerhörige

VG Düsseldorf, Urteil v. 19.02.2016 - 13 K 6264/15

RID 16-02-299

juris

BBhV §§ 6, 25; BBhV Anl. 11

Leitsatz: 1. Die Hilfsmittel, die das **akustische Signal eines Rauchmelders** für stark Schwerhörige bzw. Taube wahrnehmbar machen, sind nach § 25 BBhV i.V.m. Ziffer 12.4 der Anlage 11 zur BBhV ersatzfähig.

2. Der **Rauchmelder** an sich ist, wenn er keine besonderen, dem Ausgleich der Behinderung dienenden Funktionen aufweist, als **Gegenstand des täglichen Lebens** nicht ersatzfähig.

g) Beihilfefähigkeit von Versandkosten bei einer Internet-Bestellung von Blutteststreifen

VGH Bayern, Urteil v. 17.02.2016 - 14 BV 14.2606

RID 16-02-300

juris

BBhV §§ 6 I S. 1, 22 I Nr. 3

Leitsatz: Bei einer **Internet-Bestellung von Blutteststreifen** sind auch die **Versandkosten** notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen im Sinne von § 6 Abs. 1 Satz 1 BBhV, soweit insgesamt der **Apothekenabgabepreis** nicht überschritten wird. Es ist einem Online-Kaufvertrag immanent, dass dieser als Gegenleistung nicht nur den Kaufpreis, sondern – entweder als dessen kalkulatorischen Bestandteil oder gesondert ausgewiesen – auch Versandkosten beinhaltet. Diese sind Teil des an den Erbringer der Leistung zu zahlenden Gesamtpreises des Mittels.

h) Physiotherapeutische Behandlung: Doppelbehandlung

VG Regensburg, Urteil v. 09.03.2016 - RO 8 K 16.59

RID 16-02-301

juris

BhV Bayern § 19 I

§ 19 I BayBhV i.V.m. Anlage 3 schließt nicht aus, dass im konkreten, medizinisch begründeten Einzelfall **mehrere Behandlungseinheiten ohne zeitliche Unterbrechung zusammengelegt** und entsprechend liquidiert werden dürfen (**Doppelbehandlung**).

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. Privatbehandlung

a) Eigenständigkeit einer Leistung

AG Düsseldorf, Urteil v. 11.08.2015 - 58 C 4015/14

RID 16-02-302

juris

BGB §§ 398, 611

Eine **selbstständige Leistung** liegt jedenfalls dann vor, wenn sie wegen einer eigenständigen medizinischen Indikation vorgenommen wird und nicht allein deshalb, um beim Erreichen des Operationsziels benachbarte Strukturen zu schonen und nicht zu verletzen (vgl. BGH NJW-RR 2004, 1135 ff.). Für die Beurteilung der **Eigenständigkeit einer Leistung** ist dabei zwischen der medizinischen Erforderlichkeit der Leistung für die konkrete Operation und der methodischen Notwendigkeit zu unterscheiden.

Die **Ziff. 2183 GOÄ** (operatives Anlegen einer Extension am Schädel) kann nicht für das **Anlegen einer Mayfield-Halterung** abgerechnet werden, wenn es sich um eine unselbstständige Teilleistung der erbrachten operativen Komplexleistung handelt.

Eine **Neuronavigation** kann nicht nach **Ziff. 2562 GOÄ** abgerechnet werden, wenn es sich um eine Vorbereitungsleistung handelt.

b) Herausgabe von Abschriften der Patientenakte: Vollmacht/Kostenübernahme

LG Stuttgart, Beschluss v. 09.12.2015 - 19 T 488/15

RID 16-02-303

GesR 2016, 168

BGB § 630g

Leitsatz (GesR): 1. Der Nachweis einer **anwaltlichen Vollmacht** ist nicht unbedingt Voraussetzung für die wirksame Geltendmachung des Anspruchs auf **Herausgabe von Abschriften der Patientenakte**. Die Notwendigkeit der Vorlage einer Vollmacht setzt vielmehr ein entsprechendes Verlangen des in Anspruch genommenen Behandlers voraus.

2. Eine fehlende ausdrückliche **Zusicherung der Kostenübernahme** (§ 630g Abs. 2, 3 BGB) steht der Fälligkeit des Herausgabeanspruchs nicht entgegen. Vielmehr obliegt es dem Behandler mitzuteilen, dass eine Übersendung nur nach Zusicherung der Kostenübernahme stattfindet.

c) Höhe des Zuschlags für nichtärztliche Wahlleistungen (Verband der privaten Krankenversicherung)

OLG Karlsruhe, Urteil v. 11.12.2015 - 10 U 32/13

RID 16-02-304

GesR 2016, 244

BGB § 315; KHEntgG § 17; KHG §§ 17 I, 20

Leitsatz (GesR): 1. Zur Frage der unmittelbaren oder entsprechenden Anwendung des § 17 I KHEntgG nach § 17 Abs. 1 S. 6 KHG auf **nicht geförderte Krankenhäuser**.

2. Verlangt der **Verband der privaten Krankenversicherung** die Herabsetzung eines Entgelts für nichtärztliche Wahlleistungen (§ 17 Abs. 1 S. 5 KHG), obliegt ihm die **Darlegungs- und Beweislast** für die Unangemessenheit.

3. Zuschläge für **nichtärztliche Wahlleistungen** bemessen sich nicht - jedenfalls nicht in erster Linie - nach dem vom Krankenhausbetreiber hierfür aufzuwendenden Mehrkosten.

d) Zahnärztliche Behandlung

aa) Honoraranspruch eines Zahnarztes entfällt nur bei völliger Unbrauchbarkeit des Zahnersatzes

OLG Köln, Beschluss v. 19.10.2015 - 5 U 44/15

RID 16-02-305

juris

BGB § 611

Der **Honoraranspruch eines Zahnarztes** entfällt für die von diesem erbrachten zahnärztlichen und zahnprothetischen Leistungen nur dann, wenn seine Leistungen für den betroffenen Patienten völlig unbrauchbar sind.

bb) Nr. 2197 und 2130 GOZ

AG Düsseldorf, Urteil v. 21.01.2016 - 27 C 3179/14

RID 16-02-306

juris

BGB §§ 389, 611, 670

Die **Nr. 2197 GOZ** ist als Zuschlagsleistung neben der Nr. 2100 GOZ grundsätzlich zusätzlich gesondert abrechenbar.

Die **Nr. 2130 GOZ** ist ausweislich ihres Wortlautes nicht auf Leistungen in Bezug auf bereits vorhandene Restaurationen beschränkt. Die Kontrolle, das Finieren oder das Polieren einer durch den

behandelnden Zahnarzt geleisteten Restauration sollen danach dann gesondert abrechenbar sein, wenn dies in einer getrennten, separaten Sitzung geschieht.

2. Private Krankenversicherung

a) BGH: Brustimplantate vor Abschluss des Versicherungsvertrags/Krankheitsfolgen

BGH, Urteil v. 17.02.2016 - IV ZR 353/14

RID 16-02-307

juris

VVG § 201; MB/KK § 5 I Buchst. b

Leitsatz: 1. Eine **Krankheit** im Sinne von § 5 (1) b MB/KK 94 ist auch dadurch gekennzeichnet, dass sie eine nicht ganz unerhebliche Störung körperlicher oder geistiger Funktionen mit sich bringt und deshalb die Notwendigkeit einer Heilbehandlung begründet.

2. Ein Erfahrungssatz, wonach sich die versicherte Person mit allen ihr durch ärztliche Aufklärung bekannt gewordenen möglichen **Krankheitsfolgen** eines geplanten ärztlichen Eingriffs, die mit einer gewissen Häufigkeit beobachtet werden, im Sinne einer billigen Inkaufnahme abfindet, besteht nicht.

b) Gefahrumstands Ausschlussklausel wirksam

LG Dortmund, Urteil v. 25.02.2016 - 2 O 213/15

RID 16-02-308

juris

MB/KK 2009

Wegen des grundsätzlichen Ausschlusses der Erstattungsfähigkeit von Kur- und Sanatoriumsbehandlungen gemäß § 5 I Buchst. d Teil I MB/KK 2009 ist zum Schutz des Versicherers und der Versichertengemeinschaft eine notwendige stationäre Heilbehandlung in einer **Krankenanstalt, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen anbietet**, um Abgrenzungsschwierigkeiten bzw. Umgehungen von § 5 I Buchst. d Teil I MB/KK 2009 zu vermeiden, von einer **vorherigen Kostenübernahmeerklärung** des Versicherers abhängig. Diese Klausel ist wirksam.

c) Anspruch auf LASIK-Operation

AG Schwabach, Urteil v. 27.01.2016 - 2 C 1428/13

RID 16-02-309

juris

AVB § 1 II

Bei einer **geringen** Ametropie bei Myopie (**Kurzsichtigkeit**) mit Refraktionswerten am rechten Auge von -0,5dpt-075 dpt/95° und am linken Auge von -0,25dpt-0,5dpt/80° liegt eine behandlungsbedürftige Krankheit vor.

Die **LASIK-Operation** ist eine Heilbehandlung. Eine private Krankenversicherung kann ihren Versicherten nicht auf die Versorgung mit einer Brille oder mit Kontaktlinsen verweisen; denn die Versicherungsbedingungen kennen kein Prinzip der Nachrangigkeit. Ein Grundsatz, dass nur die kostengünstigere Behandlung notwendig ist, besteht versicherungsrechtlich nicht. Denn die Bestimmung in § 1 AVB stellt nur auf die medizinische und nicht auf die wirtschaftliche Notwendigkeit ab (BGH NJW 2003, 1596). Auf eine Risikoabwägung zwischen einer LASIK-Behandlung und einer Versorgung mit Brille oder Kontaktlinsen kommt es nicht an.

d) Abrechnung der DRG P06C und Atemunterstützung bei Neugeborenen

LG Dortmund, Urteil v. 03.03.2016 - 2 O 400/14

RID 16-02-310

juris

KHEntgG § 8

Die **Atemunterstützung mit den High-Flow-Kanülen** darf bei **Neugeborenen** zur Berechnung der Atmungsstunden nach 1001a der Kodierrichtlinien herangezogen und kodiert werden. Aus dem

maßgebenden Wortlaut dieser Kodierrichtlinie ergibt sich nicht, dass eine Maschine für die Bewegung der Gase in der Lunge notwendig ist. Ausreichend ist zumindest bei Neugeborenen und Säuglingen eine Unterstützung der Atemleistung des Patienten durch die Anwendung von CPAP zur Kodierung der Beatmungstunden (ebs. LSG Berlin-Brandenburg Urt. v. 20.11.2015 - L 1 KR 36/13 - RID 16-02-147 gegen LSG Saarbrücken, Urt. v. 14.12.2011 - L 2 KR 76/10 - RID 12-02-165).

e) Adhäsive Klebetechniken/Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion

AG Gießen, Urteil v. 08.02.2016 - 41 C 438/15

RID 16-02-311

juris

GOZ Abl. 1 Nr. 2197, 6090

Leitsatz: Adhäsive Klebetechniken sind gesondert abrechnungsfähig. Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion können mehrfach abgerechnet werden.

f) Ziff. 2197 neben Ziff. 6100 GOZ

AG Köln, Urteil v. 01.09.2015 - 146 C 177/14

RID 16-02-312

juris

VVG § 192 I

Die **Ziff. 2197 GOZ** „Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Teilkrone, Veneer etc.)“ darf neben der **Ziff. 6100 GOZ** „Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel“ abgerechnet werden. Die Abrechenbarkeit ist nicht gemäß § 4 II 2 GOZ ausgeschlossen. Nach dieser Vorschrift kann der Zahnarzt für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet.

g) Krankentagegeldversicherung: Nachweis der Arbeitsunfähigkeit

OLG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 20.11.2014 - 4 U 1/14

RID 16-02-313

juris

MB/KT 2009

Leitsatz: Fehlt dem gerichtlichen Sachverständigen eine sichere Anknüpfungsgrundlage, um bei einer **Krankentagegeldversicherung** das Ende bzw. Fortbestehen einer **Arbeitsunfähigkeit** des Versicherungsnehmers wegen einer Depressionserkrankung zu bestimmen, stellt der Antrag des Versicherungsnehmers auf Zeugenvernehmung der behandelnden Ärztin, die ihn in der fraglichen Zeit krankgeschrieben hatte, keinen unzulässigen Ausforschungsbeweis dar.

3. Beihilfe

a) Chromosomenuntersuchung

VG Karlsruhe, Urteil v. 29.01.2016 - 9 K 600/15

RID 16-02-314

juris

BhV BW §§ 6 I Nr. 1, 10 III

Leitsatz: Eine **Chromosomenuntersuchung** bei einer familiär mit Gendefekten vorbelasteten Beihilfeberechtigten kann im Einzelfall der Verhütung von Krankheiten im Sinne des § 10 Abs. 3 Nr. 3 BVO dienen.

b) Vorbeugende Brustdrüsenentfernung aufgrund einer BRCA 2 Genmutation

VGH Hessen, Urteil v. 10.03.2016 - 1 A 1261/15

RID 16-02-315

juris

BhV Hessen §§ 5 I, 6

Leitsatz: 1. § 6 HBeihVO ist verfassungskonform im Lichte des durch Art. 33 Abs. 5 GG geschützten Kernbereichs der Fürsorgepflicht des Dienstherrn auszulegen.

2. Danach kann nach Einzelfallprüfung bereits das Vorhandensein einer **BRCA 2 Genmutation** als **Krankheit** im Sinne von § 6 der Hessischen Beihilfeverordnung anzusehen sein mit der Folge, dass der Dienstherr auf dieser Grundlage zur Gewährung von Beihilfe für die Kosten einer **prophylaktischen Brustdrüsenentfernung** verpflichtet ist.

c) Keine Familien- und Haushaltshilfe durch Ehepartner

VGH Bayern, Beschluss v. 08.02.2016 - 14 ZB 15.204

RID 16-02-316

juris

BhV Bayern §§ 24, 25; SGB V § 38

Leitsatz: Ein erlittener **Verdienstausschlag** stellt als solcher keine Vergütung im Sinne des § 25 Satz 5 BayBhV a.F. (entspricht § 25 Abs. 3 Satz 2 BayBhV in der ab 1.10.2014 geltenden Fassung) i.V.m. § 24 Satz 3 Nr. 2 BayBhV dar. Bereits aus diesem Grund kann nach § 25 BayBhV keine Beihilfe gewährt werden, wenn ein Ehepartner oder ein anderer naher Angehöriger (im Sinne des § 24 Satz 3 BayBhV) als Familien- oder Haushaltshilfe tätig wird.

d) Stationäre Behandlung

aa) Behandlung in Privatkrankenhaus: Vergleichsberechnung

VG Würzburg, Urteil v. 14.01.2016 - W 1 K 15.72

RID 16-02-317

juris

BG Bayern Art. 96; BhV Bayern §§ 7 I, 28 II 2

Ist eine **Vergleichsberechnung** vorzunehmen, so ist Maßstab nicht das vom Wohnort des Beihilfeberechtigten nächstgelegene Krankenhaus der Maximalversorgung, sondern das Krankenhaus der Maximalversorgung mit dem im fraglichen Zeitraum bundesweit höchsten Tagessatz. Maßgeblich für den Kostenvergleich sind somit alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, in denen die konkrete Behandlung des Beihilfeberechtigten möglich ist.

Maßgeblich für den Kostenvergleich ist in erster Linie die nach der ICD-10-Klassifizierung festgestellte **Diagnose**.

bb) Stationäre Rehabilitationsmaßnahme: Formelle Voraussetzung einer Krankenhauszulassung

VG Düsseldorf, Urteil v. 28.01.2016 - 26 K 8856/13

RID 16-02-318

juris

BhV NRW § 6

Leitsatz: Mit der Vorschrift des § 6 Abs. 2 S. 2 BVO NRW in der seit dem 1. Januar 2013 geltenden Fassung hat der Verordnungsgeber die Grundsätze **beamtenrechtlicher Fürsorge beachtet**.

cc) Mehrwertsteuer einer Privatklinik/Einsetzen eines interspinösen Spreizers

VG Koblenz, Urteil v. 26.02.2016 - 5 K 1019/15.KO

RID 16-02-319

juris

BhV Rheinland-Pfalz §§ 8 I, 26 II; KHEntgG §§ 7 I, 9 I

Leitsatz: 1. Die von einer **Privatklinik** in Rechnung gestellte **Mehrwertsteuer** ist jedenfalls dann nicht beihilfefähig im Sinne des § 8 Abs. 1 BVO, wenn bereits der berechnete Netto-Betrag der Höhe der Fallpauschale nach dem **G-DRG-Entgelte-Katalog** entspricht oder diese sogar übersteigt.

2. Bei der Berechnung der Beihilfefähigkeit der in einer Privatklinik entstandenen Behandlungskosten ist gemäß § 26 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BVO gegebenenfalls auch der Kurzliegerabschlag in Abzug zu bringen.

3. Zur Frage der Beihilfefähigkeit der von einer Privatklinik zusätzlich in Rechnung gestellten Kosten für das **Einsetzen eines interspinösen Spreizers** im Zusammenhang mit einer Wirbelsäulenoperation (hier bejaht).

dd) Keine Chefarztbehandlung in Sanatorium

VG Neustadt (Weinstraße), Urteil v. 19.04.2016 - 1 K 1124/15.NW

RID 16-02-320

juris

BhV Rheinland-Pfalz §§ 24 III Nr. 1, 24, 25, 45

Aufwendungen für **wahlärztliche Leistungen** sind im Fall einer **Sanatoriumsbehandlung** nicht beihilfefähig.

e) Kein Schadensersatz wegen längerer Bearbeitung eines Beihilfeantrags

VG Köln, Urteil v. 17.02.2016 - 10 K 5583/14

RID 16-02-321

juris

BGB § 280 I

Ein **beamtenrechtlicher Schadensersatzanspruch** wegen einer **längeren Bearbeitung eines Beihilfeantrags** besteht jedenfalls dann nicht, wenn der Beamte seiner aus der Treuepflicht resultierenden Obliegenheit zur **Schadensabwendung** nicht nachkommt. Er muss die Beihilfestelle um bevorzugte Bearbeitung des Widerspruchs bitten und auf die bevorstehende Inanspruchnahme eines Dispositionskredits hinweisen. Die Frage nach dem Sachstand ersetzt dies nicht. Bei einem Hinweis kann die Beihilfestelle die Entstehung des Verzugsschadens durch rasche Bearbeitung des Widerspruchs oder Zahlung der beantragten Beihilfe unter Vorbehalt der Rückforderung nach abschließender Prüfung begeben.

Es ist bereits fraglich, ob in einer gut **siebzehnmonatigen Bearbeitung** des auf Zahlung einer Beihilfe in Höhe von rund 4.000 € gerichteten Widerspruchs eine Pflichtverletzung zu sehen ist, die auf einem Verschulden der für den Dienstherrn handelnden Personen beruht. Gegen die Annahme einer solchen Pflichtverletzung spricht, dass die Mitarbeiter des M. gehalten sind, Beihilfeanträge und Widersprüche grundsätzlich der Reihe nach abzuarbeiten.

f) Krankenversorgung für Bundesbahnbeamte

VG Düsseldorf, Urteil v. 27.01.2016 - 13 K 495/14

RID 16-02-322

juris

BBhV § 2 IV; GG Art. 3 I, 33 V

Leitsatz: Die **Krankenversorgung für Bundesbahnbeamte** verstößt weder gegen Art. 33 Absatz 5 GG noch gegen Art. 3 Absatz 1 GG.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Beihilfegewährung analog zur **Bundesbeihilfeverordnung**.

g) Zahnärztliche Behandlung

aa) Keine höhere Gebühr unter Hinweis auf hochwertige Versorgung

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 15.03.2016 - 1 A 120/15

RID 16-02-323

juris

GOZ Nr. 501, 502, 507

Die **Prothetik** ist unter **Beachtung der heutigen Standards** in der Zahnmedizin **immer hochwertig**. Außerdem handele es sich bei der Anfertigung einer dreigliedrigen Brücke zum Ersatz eines Zahns um eine Routinebehandlung und nicht um komplizierte Prothetik. Ein **behaupteter zeitlicher und instrumenteller Mehraufwand**, etwa im Verhältnis zu dem Aufwand für andere Kronen, die Brücken- oder Prothesenanker sind, hat der Zahnarzt **zu erläutern**, wenn eine höhere als eine 2,3-fache Gebühr geltend gemacht wird.

Wenn ein Patient eine **Zahnbrücke oder -prothese** erhält, ist es immer notwendig, diese Brücke oder Prothese an die Zähne oder Prothesen des Gegenkiefers anzupassen, damit keine Schäden entstehen; dies gilt unabhängig davon, wie die Gegenbezaehlung beschaffen ist. Bei jeder Präparation ist auch zu kontrollieren, ob diese ausreichend ist oder ob sie etwa Schäden am Gegenkiefer verursachen könnte.

bb) Erhöhter Gebührensatz

VG Köln, Urteil v. 27.01.2016 - 10 K 1525/14

RID 16-02-324

juris

GOZ §§ 5, 10 III; BVO NRW §§ 3 I, 4 I

Die Zugrundelegung des **3,3-fachen Gebührensatzes** bei den **Nr. 2210** (Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone) und **5010 GOZ** ist **gerechtfertigt**, wenn die Behandlungsgeschichte kurz dargestellt, die Reichweite der Brücke genannt (von 13-24) wird und die Pfeilerzähne aufgeführt werden (12, 13, 23, 24) und deutlich gemacht wird, dass die Pfeilerzähne vor der Präparation eine durch Divergenz und Kippung geprägte Stellung hatten und nur mit erhöhtem Aufwand so präpariert werden konnten, dass sie nach der Präparation eine gemeinsame Einschubrichtung für die angefertigte Brücke aufwiesen.

Die Zugrundelegung des **3,1-fachen Satzes** bei der **Nr. 2030 GOZ** (Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten) ist **nicht gerechtfertigt**, wenn die angegebene überdurchschnittliche Schwierigkeit nicht hinreichend begründet wird, da nicht erkennbar wird, welche Maßnahmen ergriffen wurden, um der „Hypersensibilität mit einhergehendem verstärktem Muskeltonus in Verbindung mit besonders starker Salivation“ Rechnung zu tragen.

Die Zugrundelegung des **3,5-fachen Satzes** bei der **Nr. 3070 GOZ** (Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe als selbständige Leistung) ist **nicht gerechtfertigt**, da die Begründung „Überdurchschnittliche Schwierigkeit: starke Papillen- oder Sulcusblutung“ nicht tragfähig ist. Es ist nicht ungewöhnlich, dass es bei dem chirurgischen Entfernen von Schleimhaut oder Granulationsgewebe zu einer Papillen- oder Sulcusblutung kommen kann.

cc) Professionelle Zahnreinigung umfasst Entfernung subgingivaler Zahnbeläge

VG Köln, Urteil v. 20.01.2016 - 10 K 7023/14

RID 16-02-325

juris

GOZ Nr. 1040, 2130

Nr. 2130 GOZ (**Entfernung subgingivaler Beläge**) wird bereits mit Nr. 1040 GOZ (**professionelle Zahnreinigung**) abgegolten (vgl. OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 21.02.2014 - 1 A 477/13 RID 14-02-366).

dd) Kieferorthopädische Behandlung über Regelbehandlungszeitraum von vier Jahren hinaus

VGH Baden-Württemberg, Beschluss v. 14.01.2016 - 2 S 2050/15

RID 16-02-326

juris
BBhV § 15

Leitsatz: 1. Die **Postbeamtenkasse** ist weder nach ihrer Satzung noch aus anderen Gründen verpflichtet, bei der Verlängerung einer **kieferorthopädischen Behandlung** über den **Regelbehandlungszeitraum** von vier Jahren hinaus bei den Langzeitziffern der 6030 bis 6080 GOZ mehr als ein Sechzehntel der vollen Gebühr pro Quartal der Weiterbehandlung zu erstatten.

2. Die diesbezügliche **Verwaltungspraxis der Postbeamtenkrankenkasse** weicht nicht wesentlich und nicht in rechtserheblicher Weise von der **zulässigen Verwaltungspraxis der Beihilfegewährung** ab, wonach bei medizinischer Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Behandlung über den bis zu vierjährigen Zeitraum hinaus Maßnahmen nach den Ziffern 6030 bis 6080 GOZ pro Jahr der Weiterbehandlung nur mit einem Viertel der vollen Gebühr als beihilfefähig anerkannt werden (vgl. Nr. 15.2.1 Satz 4 BBhVVwV in der Fassung vom 13.06.2013).

ee) Adhäsive Befestigung von Klebebrackets/Linguale Platzierung und Zeitaufwand

VG Münster, Urteil v. 17.02.2016 - 5 K 1880/15

RID 16-02-327

juris
BhV NRW § 3 I Nr. 1

Ziff. 2197 GOZ ist neben Ziff. 6100 GOZ (**Bracket eingliedern**) anwendbar. Ziff. 2197 erfasst schon nach seinem Wortlaut jegliche Form der adhäsiven Befestigung.

Ein **erhöhter Zeitaufwand** kann nicht mit der **lingualen Platzierung der Brackets** begründet werden, da nicht ersichtlich ist, dass es sich bei der angewandten Lingualtechnik um einen patientenbezogenen Einzelfall handelt. Vielmehr stellt die Lingualtechnik eine alternative kieferorthopädische Behandlungsmethode dar, die auf Wunsch des Patienten vereinbart werden kann. Schon der Umstand, dass es sich um eine alternative - mit dem Patienten zu vereinbarende - Behandlungsmethode handelt, spricht gegen die Annahme, dass es sich um eine Verfahrensweise handelt, die veranlasst war aufgrund von Umständen, die speziell in der Person der Patientin lagen.

Die Kosten für ein **Schaumodell** sind nicht erstattungsfähig, wenn es zum Abschluss der Behandlung erstellt wird und zur Dokumentation dient.

ff) Anrechnung des Festzuschusses der gesetzlichen Krankenversicherung

VGH Hessen, Urteil v. 10.03.2016 - 1 A 1161/14

RID 16-02-328

juris
BBhV §§ 9 II, 16

Leitsatz: Bei der Berechnung der Beihilfe für Zahnersatz bei bestehender Pflicht zur **Anrechnung des Festzuschusses der gesetzlichen Krankenversicherung** nach § 9 Abs. 2 BBhV sind vom Gesamtrechnungsbetrag der zahnärztlichen Rechnung zunächst die gesondert berechenbaren Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 16 BBhV mit 40 % in Ansatz zu bringen. Von dem so reduzierten Betrag ist der Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 Abs. 2 BBhV abzuziehen.

V. Verschiedenes

1. EGMR: Verteilen von Flugblättern vor Abtreibungsklinik

EGMR, Urteil v. 26.11.2015 - 3690/10

RID 16-02-329

juris
BGB §§ 823 I, 1004; GG Art. 5; EMRK Art. 8, 10

Das **Verbot, Flugblätter zu verteilen**, auf denen Namen und Anschriften zweier **Abtreibungsärzte** stehen und gleichzeitig auf die Ermordung der Juden durch die Nazis hingewiesen wird, kann einen Verstoß gegen die Meinungsfreiheit des Aktivisten bedeuten.

Angesichts des konkreten Wortlauts des Flugblatts kann sich der Gerichtshof jedoch der Deutung durch die innerstaatlichen Gerichte nicht anschließen, wonach der Bf. die Ärzte und ihre beruflichen Tätigkeiten mit dem Nazi-Regime verglichen habe. Die Aussage des Bf., wonach die Tötung von Menschen in Auschwitz zwar rechtswidrig, aber unter dem Nazi-Regime erlaubt und nicht unter Strafe gestellt gewesen sei, kann auch als Art und Weise verstanden werden, ein Bewusstsein für den allgemeineren Umstand zu schaffen, dass Recht und Moral voneinander abweichen können. Auch wenn sich der Gerichtshof des Subtexts der Äußerung des Beschwerdeführers bewusst ist, stellt er fest, dass der Bf. **Abtreibung** – zumindest **nicht explizit** – **mit dem Holocaust gleichgesetzt** hat. Der Gerichtshof ist daher nicht davon überzeugt, dass das Verbot der Verbreitung der Flugblätter aufgrund einer Verletzung der Persönlichkeitsrechte der Ärzte, die allein von der Bezugnahme auf den Holocaust herrührte, gerechtfertigt war.

S. auch EGMR, Urt. v. 13.01.2011 - 397/04, 2322/07 - RID 11-03-298.

2. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)

a) Eingriffsgrundlage für die Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug (Nordrhein-Westfalen)

BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 24.02.2016 - 2 BvR 2427/14

RID 16-02-330

www.bundesverfassungsgericht.de

MRVG NRW § 17 III 1

Angesichts der Unzulässigkeit der Verfassungsbeschwerde ist dem BVerfG eine Entscheidung darüber versagt, ob die angegriffenen Beschlüsse auf einer verfassungsgemäßen Grundlage beruhen. Jedoch bestehen an der Verfassungsmäßigkeit des § 17 III 1 **Maßregelvollzugsgesetz Nordrhein-Westfalen** im Hinblick auf die Rechtsprechung des BVerfG zu den Voraussetzungen einer Eingriffsgrundlage für die **Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug Zweifel** (BVerfGE 128, 282; 129, 269; 133, 112). Es muss von den Fachgerichten erwartet werden, dass sie diese bei Entscheidungen, die die Zwangsbehandlung von Untergebrachten betreffen, von Amts wegen im Auge behalten und entsprechend verfahren (vgl. BVerfGK 19, 286 <288>).

b) Ermittlungsbefugnisse des BKA zur Terrorismusbekämpfung

BVerfG, Urteil v. 20.04.2016 - 1 BvR 966/09, 1 BvR 1140/09

RID 16-02-331

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

Bundeskriminalamtgesetz

Leitsatz: 1. a) Die Ermächtigung des Bundeskriminalamts zum **Einsatz von heimlichen Überwachungsmaßnahmen** (Wohnraumüberwachungen, Online-Durchsuchungen, Telekommunikationsüberwachungen, Telekommunikationsverkehrsdatenerhebungen und Überwachungen außerhalb von Wohnungen mit besonderen Mitteln der Datenerhebung) ist zur **Abwehr von Gefahren des internationalen Terrorismus** im Grundsatz mit den Grundrechten des Grundgesetzes vereinbar.

b) Die Ausgestaltung solcher Befugnisse muss dem **Verhältnismäßigkeitsgrundsatz** genügen. Befugnisse, die tief in das Privatleben hineinreichen, müssen auf den Schutz oder die Bewehrung hinreichend gewichtiger Rechtsgüter begrenzt sein, setzen voraus, dass eine Gefährdung dieser Rechtsgüter hinreichend konkret absehbar ist, dürfen sich nur unter eingeschränkten Bedingungen auf nichtverantwortliche Dritte aus dem Umfeld der Zielperson erstrecken, verlangen überwiegend besondere Regelungen zum Schutz des Kernbereichs privater Lebensgestaltung sowie einen Schutz von Berufsgeheimnisträgern, unterliegen Anforderungen an Transparenz, individuellen Rechtsschutz und aufsichtliche Kontrolle und müssen mit Löschungspflichten bezüglich der erhobenen Daten flankiert sein.

2. Anforderungen an die **Nutzung und Übermittlung staatlich erhobener Daten** richten sich nach den **Grundsätzen der Zweckbindung und Zweckänderung**.

a) Die **Reichweite der Zweckbindung** richtet sich nach der jeweiligen Ermächtigung für die Datenerhebung; die Datenerhebung bezieht ihren Zweck zunächst aus dem jeweiligen Ermittlungsverfahren.

b) Der Gesetzgeber kann eine Datennutzung über das für die Datenerhebung maßgebende Verfahren hinaus im Rahmen der ursprünglichen Zwecke dieser Daten erlauben (**weitere Nutzung**). Dies setzt voraus, dass es sich um eine Verwendung der Daten durch dieselbe Behörde zur Wahrnehmung derselben Aufgabe und zum Schutz derselben Rechtsgüter handelt. Für Daten aus Wohnraumüberwachungen oder einem Zugriff auf informationstechnische Systeme müssen zusätzlich für jede weitere Nutzung auch die für die Datenerhebung maßgeblichen Anforderungen an die Gefahrenlage erfüllt sein.

c) Der Gesetzgeber kann darüber hinaus eine Nutzung der Daten auch zu anderen Zwecken als denen der ursprünglichen Datenerhebung erlauben (**Zweckänderung**).

Die Verhältnismäßigkeitsanforderungen für eine solche Zweckänderung orientieren sich am Grundsatz der **hypothetischen Datenneuerhebung**. Danach muss die neue Nutzung der Daten dem Schutz von Rechtsgütern oder der Aufdeckung von Straftaten eines solchen Gewichts dienen, die verfassungsrechtlich ihre Neuerhebung mit vergleichbar schwerwiegenden Mitteln rechtfertigen könnten. Eine konkretisierte Gefahrenlage wie bei der Datenerhebung ist demgegenüber grundsätzlich nicht erneut zu verlangen; erforderlich aber auch ausreichend ist in der Regel das Vorliegen eines konkreten Ermittlungsansatzes.

Für Daten aus **Wohnraumüberwachungen und Online-Durchsuchungen** darf die Verwendung zu einem geänderten Zweck allerdings nur erlaubt werden, wenn auch die für die Datenerhebung maßgeblichen Anforderungen an die Gefahrenlage erfüllt sind.

3. Die **Übermittlung von Daten an staatliche Stellen im Ausland** unterliegt den allgemeinen verfassungsrechtlichen Grundsätzen von Zweckänderung und Zweckbindung. Bei der Beurteilung der neuen Verwendung ist die Eigenständigkeit der anderen Rechtsordnung zu achten. Eine Übermittlung von Daten ins Ausland verlangt eine Vergewisserung darüber, dass ein hinreichend rechtsstaatlicher Umgang mit den Daten im Empfängerstaat zu erwarten ist.

3. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Zweigliedrige BGB-Gesellschaft: Vereinfachte Auseinandersetzung bei Vermögenslosigkeit

BGH, Urteil v. 13.10.2015 - II ZR 214/13

RID 16-02-332

juris = WM 2016, 216 = ZIP 2016, 216 = DB 2016, 287 = NZG 2016, 218 = NJW-RR 2016, 292 = MDR 2016, 402

BGB § 730

Leitsatz: 1. Ist in einer **zweigliedrigen Gesellschaft bürgerlichen Rechts** kein zu liquidierendes Gesellschaftsvermögen mehr vorhanden, kann der Gesellschafter, der für sich ein Guthaben beansprucht, dieses aufgrund einer **vereinfachten Auseinandersetzungsrechnung** unmittelbar gegen den ausgleichspflichtigen Gesellschafter geltend machen; Streitpunkte über die Richtigkeit der Schlussrechnung sind in diesem Prozess zu entscheiden; einer - von den Gesellschaftern festgestellten - Auseinandersetzungsbilanz bedarf es nicht (Bestätigung von BGH, Urteil vom 23. Oktober 2006, II ZR 192/05, ZIP 2006, 2271).

2. Mit der vereinfachten Auseinandersetzungsrechnung ist der geltend gemachte **Ausgleichsanspruch** als Ergebnis einer Gesamtabrechnung unter Einbeziehung der für die Berechnung wesentlichen Parameter nachvollziehbar und schlüssig **darzulegen**. Weitergehende Anforderungen sind an eine vereinfachte Auseinandersetzungsrechnung nicht zu stellen.

b) Strafbarkeit des Inverkehrbringens von nikotinhaltenen Verbrauchsstoffen für elektronische Zigaretten

BGH, Urteil v. 23.12.2015 - 2 StR 525/13

RID 16-02-333

juris = PharmR 2016, 86 = NJW 2016, 1251

LMG §§ 3 I, 20, 21, 52; AMG §§ 2 I, 95 I; GG Art. 3 I, 12 I, 103 II; StGB § 52

Leitsatz: Nikotinhaltige Verbrauchsstoffe für **elektronische Zigaretten** sind keine **Arzneimittel**, soweit sie nicht zur Raucherzeugung bestimmt sind. Es handelt sich um Tabakerzeugnisse, die zum anderweitigen oralen Gebrauch als Rauchen oder Kauen bestimmt sind und dem Anwendungsbereich

des § 52 Abs. 2 Nr. 1 VTabakG unterliegen. Diese Strafnorm genügt dem Gesetzesvorbehalt für das Strafrecht, auch soweit sie auf eine Rechtsverordnung mit Rückverweisungsklausel Bezug nimmt.

c) Anordnung der Unterbringung für länger als ein Jahr

BGH, Beschluss v. 06.04.2016 - XII ZB 575/15

RID 16-02-334

juris
FamFG § 329 I

Leitsatz: Zu den Voraussetzungen und Begründungsanforderungen, wenn eine Unterbringung für länger als ein Jahr angeordnet oder genehmigt werden soll.

4. Krankenhäuser

a) BVerwG: Zuschlag für besondere Leistungen eines Brustzentrums

BVerwG, Beschluss v. 09.03.2016 - 3 B 23/15

RID 16-02-335

juris
KHEntgG §§ 2 I 2 Nr. 4, 5 III

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *OVG Sachsen*, Urt. v. 18.09.2014 - 5 A 774/12 - RID 15-04-305 wird zurückgewiesen.

Der **Versorgungsauftrag** des Krankenhauses ist Maß und Grenze jeder **Vergütungsvereinbarung**. Die Vertragsparteien nach § 18 II KHG dürfen daher in die Vergütungsvereinbarung keine Entgelte für Leistungen des Krankenhauses aufnehmen, die außerhalb seines Versorgungsauftrages liegen. Das gilt auch für **Zuschläge** nach § 5 III KHEntgG (BVerwG, Urt. v. 20.12.2007 - 3 C 53.06 - Buchholz 451.73 § 12 BPfIVO Nr. 1 Rn. 29; v. 22.05.2014 - 3 C 8.13 - BVerwGE 149, 343 Rn. 27; v. 16.09.2015 - 3 C 9.14 - GesR 2016, 117 Rn. 32). Ob für ein Krankenhaus der Regelversorgung mit dem Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe ein Zentrumszuschlag nach § 5 III i.V.m. § 2 II 2 Nr. 4 KHEntgG vereinbart werden darf, ist eine Frage des Einzelfalls, für deren Beantwortung es auf den Inhalt des konkreten Versorgungsauftrages ankommt.

Die Geltendmachung eines **Zuschlags** nach § 5 III KHEntgG für **besondere Leistungen eines Brustzentrums** setzt einen entsprechenden ausdrücklichen Versorgungsauftrag voraus. Hierfür genügen die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan mit dem Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie ein gleichlautender Feststellungsbescheid nicht. Sofern der sächsische **Krankenhausplan** einem Plankrankenhaus nicht die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten i.S. v. § 2 II 2 Nr. 4 KHEntgG zuweist (und auch eine entsprechende Vereinbarung gem. § 109 I 4 und 5 SGB V fehlt), darf dieses Krankenhaus deshalb, selbst wenn die von ihm wahrgenommenen Aufgaben den Tatbestand des § 2 II 2 Nr. 4 KHEntgG erfüllen und daher allgemeine Krankenhausleistungen i.S.v. § 2 II 1 KHEntgG darstellen, solche Leistungen nicht gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern abrechnen und auch keine Vereinbarungen über Zuschläge für solche Leistungen gem. § 5 III i.V.m. § 11 KHEntgG schließen.

b) Schiedsspruch: Tagessatz für Palliativstation/Zuschlag für das Kinderonkolog. Zentrum/NUB

VG Düsseldorf, Urteil v. 19.02.2016 - 21 K 1321/14

RID 16-02-336

juris
KHG § 17b; KHEntgG §§ 2 II Nr. 4, 5 III, 6 III 4

Die **Schiedsstelle** darf die vorgelegte **Kalkulation** nicht ohne weiteres für schlüssig erachten und die dort präsentierten Zahlen zur Bestimmung der Höhe des Tagessatzes für die Palliativstation zugrunde legen. Sie muss vielmehr - wegen Fehlens hinreichend prüfbarer Unterlagen, wie sie das Gesetz im Einzelnen beschreibt - den beantragten Zuschlag (ohne eigene weitere Ermittlungen) ablehnen.

Ob der **Versorgungsauftrag** des Krankenhauses ausdrücklich und abschließend zu regeln ist, mithin die Eigenschaft als Zentrum ausdrücklich ausgewiesen sein muss, entweder durch Feststellungsbescheid oder alternativ durch Versorgungsvertrag, oder ob die Finanzierung nach § 5 III KHEntgG nicht zwingend voraussetzt, dass das Zentrum oder der Schwerpunkt

krankenhausplanerisch anerkannt ist, kann hier offen bleiben, da hier eine hinreichende krankenhauplanerische Verdichtung von „Kinderonkologischen Zentren“ besteht. Wenn ein Krankenhaus mit einer besonderen Aufgabe betraut wird (z.B. als **Zentrum** ausgewiesen wird), kann im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen ein Zuschlag für die Aufgabe als Zentrum nach § 5 III KHEntgG festgesetzt werden.

Die **Festsetzung der Zuschläge** darf im Wesentlichen nicht im Rahmen sog. besonderer Aufgaben i.S.d. § 2 II 2 Nr. 4 KHEntgG erfolgen. Nicht alle Aufgaben, die von einem Zentrum im krankenhauplanerischen Sinne wahrgenommen werden sind „**besondere**“ **Aufgaben**. Vielmehr werden auch in einem solchen Zentrum „allgemeine“ Aufgaben wahrgenommen, die über das Pauschalverfahren des DRG-Systems abzurechnen sind. Dazu gehören auch bestimmte Leistungen der Kinderonkologie, die als allgemeine Krankenhausleistungen von den Kostenträgern zu finanzieren sind. „Besonders“ sind die Leistungen eines Zentrums nur dann, wenn sie über die allen Krankenhäusern obliegende Verpflichtung zur Erbringung der diagnostischen und therapeutischen Leistungen nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft hinausgehen. Des Weiteren muss es sich um eine Aufgabe für die stationäre Versorgung von Patienten handeln.

Der Auffassung, auch die Mindererlöse wegen Nichtabrechnung erstmals vereinbarter Entgelte nach § 6 II KHEntgG beruhen auf der Weitererhebung der bisherigen Entgelte insgesamt, wird nicht gefolgt. Die Entgelte für **NUB** nehmen nicht am Erlösausgleich teil, weil sie weder zum Erlösbudget noch zur Erlössumme gehören (§ 5 IV i.V.m. § 4 III 1 KHEntgG).

c) Anfechtung der Aufnahme in Krankenhausplan durch Mitbewerber: Leistungsfähigkeit

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 13.10.2015 - 13 B 839/15

RID 16-02-337

juris

VwVfG §§ 28, 45 I Nr. 3; KHGestG NRW § 16; KHG § 8

Ein Krankenhaus ist im Grundsatz dann **leistungsfähig**, wenn sein Leistungsangebot die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus der betreffenden Art zu stellen sind und die nach medizinischen Erkenntnissen erforderliche weitere personelle sowie räumliche und medizinisch-technische Ausstattung besitzt. Im Fall eines erst **geplanten Krankenhauses oder einer konzipierten Fachabteilung** müssen hinreichend konkretisierte Pläne vorgelegt werden, aus denen sich insbesondere die Zahl der zu beschäftigenden Fachärzte und anderen Ärzte im Verhältnis zur geplanten Bettenzahl und die weitere personelle sowie räumliche und medizinisch-technische Ausstattung ergeben, wobei die abschließende Klärung von Einzelfragen noch ausstehen kann. Ferner muss der Krankenhausträger nachweisen, dass er die Gewähr für die Dauerhaftigkeit der zu erbringenden angebotenen pflegerischen und ärztlichen Leistungen bietet.

VG Düsseldorf, Beschl. v. 23.06.2015 - 13 L 1469/15 - RID 15-04-301 wies den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs des Mitbewerbers ab, das **OVG** wies die Beschwerde zurück.

d) Wiederholende Verfügung/Zweitbescheid (Zertifizierung Gefäßchirurgie)

OVG Saarland, Urteil v. 26.04.2016 - 1 A 103/15

RID 16-02-338

juris

BGB §§ 133, 157; VwVfG § 35

Leitsatz: Zur Abgrenzung einer wiederholenden Verfügung zum Zweitbescheid.

e) Keine Klagebefugnis bei Erhöhung der Planbettenzahl ohne Auswahlentscheidung

VG Aachen, Urteil v. 11.03.2016 - 7 K 2449/14

RID 16-02-339

juris

KHG § 12; GG Art. 12; VwGO § 42

Leitsatz: Keine **Klagebefugnis** bei einer Erhöhung der Planbettenzahl eines Krankenhauses ohne Auswahlentscheidung.

f) Anspruch auf Feststellung der Fehlerhaftigkeit einer Diagnose gegenüber Krankenhausträger

AG Dortmund, Urteil v. 22.04.2015 - 420 C 10368/14

RID 16-02-340

juris

BGB §§ 823, 824, 1004

Eine Versicherte hat gegen den Krankenhausträger einen Anspruch auf Feststellung, dass die in der Fallauskunft gegenüber der Krankenkasse **festgestellte Diagnose fehlerhaft** ist. Ein solcher Anspruch ergibt sich aus §§ 823, 824, 1004 BGB als **quasi negatorischer Unterlassungsanspruch**. Zwar stellt eine Diagnose ein Werturteil dar und ist mithin grundsätzlich Widerrufs- oder Unterlassungsansprüchen nicht zugänglich (vgl. BGH, NJW 1989, 774). Ausnahmsweise ist jedoch eine Diagnose als Tatsachenbehauptung anzusehen, wenn die der Schlussfolgerung vorausgehende methodische Untersuchung grob leichtfertig erfolgt ist (vgl. BGH, NJW 1989, 2941 ff.). Dieses ist dann der Fall, wenn sie einer auf Sachkunde beruhenden Beurteilung völlig entbehrt. Die einem Widerruf zugängliche Tatsachenaussage liegt in derartigen Fällen in der unwahren konkludenten Behauptung, dass die Diagnose auf eine in Wirklichkeit nicht in Anspruch genommenen fachlichen Grundlage erstellt worden ist. Eine ohne Anwendung spezieller Fachkenntnisse erstellte Diagnose „ins Blaue hinein“ kann mithin einen Anspruch auf Widerruf begründen.

g) Medizinische Schreibkraft mit Bürodiensten unterliegt der Sozialversicherungspflicht

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 15.12.2015 - L 9 KR 82/13

RID 16-02-341

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 KR 34/16 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV § 7; BGB § 631

Leitsatz: 1. Wer einen **Statusfeststellungsantrag** nach § 7a SGB IV stellt, muss für den zu prüfenden Zeitraum **Aufzeichnungen** über den Umfang der Tätigkeit und die Vergütung erstellen. Kann aufgrund fehlender Aufzeichnungen nachträglich der Umfang der Tätigkeit bzw. die Höhe der Vergütung nicht festgestellt werden, geht dies zu Lasten des Antragstellers.

2. Werden Tätigkeiten, die - z.B. **Schreibarbeiten** - generell sowohl in den Räumlichkeiten des Auftraggebers als auch in denen des Auftragnehmers als auch an einem dritten Ort verrichtet werden können, wegen betrieblicher Zwänge des **Auftraggebers in dessen Räumlichkeiten** ausgeübt, spricht dies für eine Beschäftigung.

3. Angesichts zunehmender Freiheiten bezüglich der **Arbeitszeitgestaltung**, die im Zuge moderner Entwicklungen der Arbeitswelt auch Arbeitnehmern eingeräumt werden, spricht viel dafür, Freiheiten in der Gestaltung und der Bestimmung des Umfangs beim Einsatz der eigenen Arbeitskraft nur dann als Indiz für Selbstständigkeit anzusehen, wenn gerade hieraus verbesserte **Verdienstchancen** erwachsen.

4. Lässt sich im Nachhinein nicht mehr klären, in welchem Umfang ein Auftragnehmer **Dritte zur Leistungserbringung eingesetzt** hat, geht dies zu Lasten dessen, der die Selbstständigkeit einer Tätigkeit geltend macht.

5. Zur **Abgrenzung von Dienst- und Werkvertrag bei Schreibleistungen**.

5. Krankenkassen

a) Haftung des Vorstands für unwirtschaftliche Anmietung von Räumen

OLG Hamm, Urteil v. 17.03.2016 - 27 U 36/15

RID 16-02-342

juris

SGB V § 197 I Nr. 4; BGB §§ 241 II, 249, 280, 611

Der **Verwaltungsrat** ist für die Geltendmachung von **Schadensersatzansprüchen gegenüber dem Vorstand einer gesetzlichen Krankenkasse** nicht nur zuständig. Ihm obliegt sogar die Pflicht, den von ihm nach § 197 I Nr. 4 SGB V zu überwachenden Vorstand in Regress zu nehmen (LSG

Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.01.2014 - L 11 KR 399/12 KL - RID 14-02-203, NZS 2014, 503 ff., Rn. 66).

Ein **Vorstand** ist der Krankenkasse durch Dienstvertrag verbunden und **haftet** dieser, sofern er eine Pflicht aus dem Dienstvertrag verletzt, für den dadurch entstandenen Schaden (LSG Nordrhein-Westfalen, aaO., Rn.67). Die „Business-Judgement-Rule“ ist auf den Vorstand einer Krankenkasse schon nicht anwendbar.

Ein Vorstand verstößt gegen den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit, wenn er die **Anmietung von Räumen ohne eine erforderliche Prüfung des Bedarfs** vornimmt.

b) Schadensersatz: Ohne Einwilligung erfolgte Weitergabe eines sozialmed. Bewertungsgutachtens

OLG Düsseldorf, Urteil v. 21.08.2015 - 16 U 152/14

RID 16-02-343

juris

BDSG § 8 II

Leitsatz: 1. Die §§ 8 Abs. 2 BDSG, 82 Satz 2 SGB X - es handelt sich um einen der durch Gesetz (§ 253 Abs. 1 BGB) bestimmten (Ausnahme-) Fälle für immateriellen („Schmerzensgeld“) - gewähren dem von einer unzulässigen oder unrichtigen Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung **personenbezogener (Sozial-) Daten** Betroffenen wegen dessen Nichtvermögensschadens eine **Entschädigung in Geld**. Allerdings besteht eine Ersatzpflicht nur im Falle einer automatisierten Datenverarbeitung, wobei der Ersatz von Nichtvermögensschäden - ebenso wie der unmittelbar aus Art. 2 Abs. 1, Art. 1 Abs. 1 GG hergeleitete Anspruch auf Geldentschädigung wegen Verletzung der ideellen Bestandteile des allgemeinen Persönlichkeitsrechts - überdies auf Fälle schwerer Persönlichkeitsrechtsverletzungen beschränkt ist, worunter im Streitfall - losgelöst von der Frage der Vererblichkeit eines entsprechenden einfachrechtlichen Schmerzensgeldanspruchs - die **ohne Einwilligung der Betroffenen erfolgte Weitergabe eines unzureichend anonymisierten sozialmedizinischen Bewertungsgutachtens** mit Angaben zu ihrer Krankengeschichte durch die **Krankenversicherung** nicht zu subsumieren war/ist.

2. Einer an etwaigen Vorgaben der Europäischen Datenschutzrichtlinie 95/46/EG vom 24.10.1995, insbesondere deren Art. 23 Abs. 1, orientierten **erweiterten Auslegung** der §§ 7 Satz 1, 8 Abs. 2 BDSG bzw. § 82 Satz 1, 2 SGB X dahin, einem Betroffenen bei jeder infolge einer unzulässigen oder unrichtigen Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener (Sozial-) Daten durch eine verantwortliche Stelle bewirkten Verletzung des Persönlichkeitsrechts - losgelöst von der Art des Eingriffs (automatisiert oder nicht automatisiert), der Eingriffsintensität und der Schwere der Verletzung - einen Anspruch auf immateriellen Schadensersatz zuzugestehen, steht der eindeutig artikulierte Wille des nationalen Gesetzgebers entgegen, über den sich die nationalen Gerichte bei der Rechtsanwendung nicht hinwegsetzen dürfen.

6. Rettungsdienst

a) BVerwG: Keine Beschwerde der Krankenkassen durch Entgeltentscheid für Leitstelle

BVerwG, Beschluss v. 18.02.2016 - 3 B 10/15

RID 16-02-344

juris

RettdG BW §§ 6, 28 V; VwGO § 65 I

Die Auslegung des **Landesrechts**, wonach die **Krankenkassen** in dem Verfahren über die Festsetzung der **Benutzungsentgelte** ihr rechtliches Interesse an einer geringeren Erstattungsquote des Vermittlungsentgelts verfolgen können, ohne dass insoweit von der Entscheidung über die Festsetzung des Vermittlungsentgelts eine präjudizielle Wirkung zu ihrem Nachteil ausgeht, ist revisionsrechtlich bindend.

VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 07.10.2014 - 6 S 2165/13 - RID 15-01-273 wies die Berufung der beigel. Krankenkassen zurück, das **BVerwG** deren Nichtzulassungsbeschwerde.

b) Entgeltkalkulation

aa) Einbeziehung der Abschreibungen für Rettungswachen und Leitstellen

OVG Sachsen, Urteil v. 20.11.2015 - 5 A 293/14

RID 16-02-345

juris

BRKG Sachsen §§ 11, 32, 34, 76

Leitsatz: In die Entgelte für den Rettungsdienst sind nach § 34 Abs. 1 und 3 SächsBRKG auch **Abschreibungen** für vor dem Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. Januar 2005 errichtete **Rettungswachen und Leitstellen** als Teil der Kosten der Errichtung einzubeziehen.

bb) Einbeziehung der Kosten der Bergwacht

OVG Sachsen, Urteil v. 20.11.2015 - 5 A 290/14

RID 16-02-346

juris

SGB V §§ 60, 92 II 2 Nr. 12, 133; BRKG Sachsen §§ 2, 32

Leitsatz: In die Entgelte für den Rettungsdienst sind nach § 34 Abs. 1 und 3 SächsBRKG auch die **Kosten der Bergwacht** einzubeziehen, soweit diese Notfallrettungstransportleistungen im Sinne von § 2 Abs. 2 Sätze 2, 3 und 5 SächsBRKG durchführt.

cc) Bindungswirkung eines rechtskräftigen Urteils

OVG Sachsen, Urteil v. 20.11.2015 - 5 A 292/14

RID 16-02-347

juris

VwGO §§ 65 II, 121; BRKG Sachsen § 32

Leitsatz: Eine teleologische Reduktion der **Bindungswirkung eines rechtskräftigen Urteils** nach § 121 Nr. 1 VwGO scheidet in den Fällen aus, in denen der Kläger eines weiteren Verfahrens in einem **Parallelverfahren**, in dem eine für den Streitgegenstand des weiteren Verfahrens vorgreifliche Frage rechtskräftig entschieden wurde, notwendig beigeladen war.

c) Normenkontrollklage gegen Gebühren- bzw. Entgeltsatzung für Rettungsdienstleistungen

OVG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 14.07.2015 - 3 K 236/13

RID 16-02-348

juris

KAG Sachsen-Anhalt § 6; RettDG Sachsen-Anhalt §§ 7, 39 ff.

Leitsatz: 1. Zum **Rechtsschutzbedürfnis** für einen **Normenkontrollantrag**, wenn die aufgrund der Entgelt- bzw. Gebührensatzungen geleisteten **Zahlungen der gesetzlichen Krankenkassen** für die Inanspruchnahme von Rettungsdienstleistungen ausdrücklich „unter dem Vorbehalt der Rückforderung“ erfolgt sind und die an den Patienten als „Entgeltschuldner“ gerichteten Bescheide noch nicht bestandskräftig sind.

2. Zur Frage des Vorliegens eines Verstoßes gegen das Zitiergebot gem. Art. 79 Abs. 1 Satz 3 Verf LSA und Art. 80 Abs. 1 GG bei kommunalen Entgelt- und Gebührensatzungen.

3. Zur notwendigen **Fortschreibung des Rettungsdienstbereichsplans**.

4. Zur Frage der Verpflichtung des Landesgesetzgebers, den kommunalen Aufgabenträgern zur **Sicherstellung** eines flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinische Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen des bodengebundenen Rettungsdienstes gem. Art. 87 Abs. 3 Verf LSA **finanzielle Mittel** zuzuweisen.

5. Zu den Begriffen des „**Intensivtransportes**“, der „**Notfallrettung**“ sowie „**der qualifizierten Patientenbeförderung (bzw. qualifizierten Kranktransportes)**“ und zu den insoweit maßgeblichen Rechtsgrundlagen im RettDG LSA 2012 einschl. der GO LSA und des KAG LSA zum Erlass von Entgelt- und Gebührensatzungen.

6. Zu den Mängeln der **Bedarfsprognose und Gebührenkalkulation** der streitbefangenen Satzungen sowie insbesondere das Differenzierungsgebot bei der Bemessung bzw. Festsetzung von Nutzungsentgelten.

7. Zum Verstoß gegen den **gebührenrechtlichen Grundsatz der Wirtschaftlichkeit der Rettungsdienstleitungen** nach § 3 Abs. 2 RettDG LSA 2012 unter dem Gesichtspunkt der Notwendigkeit und Verhältnismäßigkeit der getätigten Investitionen.

Die Ast. sind bundesunmittelbare Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie haben einen Normenkontrollantrag gestellt gegen eine Satzung für den qualifizierten Krankentransport mittels Intensivtransportwagen und die Erhebung von Nutzungsentgelten für die Nutzung eines Intensivtransportwagens des Eigenbetriebs Rettungsdienst des Landkreises. Die Klage war z.T. erfolgreich.

d) „Marktwert“ von Einsätzen mit RTW

VG Berlin, Urteil v. 23.02.2016 - 21 K 366.15

RID 16-02-349

juris

RettDG Berlin §§ 5, 20, 21; BGB §§ 195, 204, 812 ff.

Leitsatz: 1. Ein **Nichtbetreiben** im Sinne von § 204 Abs. 2 Satz 2 BGB liegt im Verwaltungsprozess wegen der speziellen Regelung des § 92 Abs. 2 VwGO nur dann vor, wenn auch die Voraussetzungen für eine Betreibensaufforderung nach § 92 Abs. 2 VwGO vorliegen.

2. Die Beteiligten haben auf der Grundlage des Schreibens des Berliner Senators für Inneres vom 4. Dezember 2003 eine materiell-rechtliche Vereinbarung getroffen, die als **Hemmungsabrede** oder jedenfalls als Verjährungsverzichtsabrede für sämtliche Fälle, in denen die für Einsätze der Feuerwehr mit RTW und NAW/NEF vorgesehene (2003 neu festgesetzte) Gebühr verlangt wurde, auszulegen ist.

3. Zu dem „**Marktwert**“ von Einsätzen mit RTW und NAW/NEF der Hilfsorganisationen und Bundeswehr im Sinne der Rechtsprechung des OVG Berlin-Brandenburg (Urteile vom 20. März 2015 - OVG 1 B 3.12 - RID 15-03-342 und OVG 1 B 4.12 - RID 15-03-343, juris).

e) Genehmigungserteilung an Taxiunternehmen für Krankenfahrten

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 03.03.2016 - 13 A 180/13

RID 16-02-350

juris

RettG NRW §§ 6, 12 I, 17, 18, 19 IV

Leitsatz: 1. Dem Gericht ist eine Feststellung über das Nichteingreifen der **Funktionsschutzklausel** des § 19 Abs. 4 RettG NRW wegen des der Behörde eingeräumten, gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren **Prognosespielraums** nur dann ausnahmsweise möglich, wenn eine Sachlage gegeben ist, die keinen Raum für die der streitigen Behördenentscheidung zugrunde liegende Einschätzung lässt.

2. Die **Versagung der Genehmigungen** nach dem RettG NRW ist rechtswidrig und die Behörde ist zur Neubescheidung zu verpflichten, wenn sie - wie hier - den der Prognose zugrunde gelegten **Sachverhalt unzutreffend** ermittelt hat.

3. Die Prognose ist fehlerhaft, wenn die Behörde zwar den Abbau von öffentlichen Vorhaltungen erwogen hat, hierbei aber unzutreffend davon ausgegangen ist, dass es ihr auch nach der Änderung des RettG NRW vom 25.3.2015 wegen der gesetzlichen Sicherstellungspflicht gemäß § 6 Abs. 1 RettG NRW verwehrt ist, einen **Abbau von Kapazitäten** des öffentlichen Krankentransports im Umfang der beantragten Genehmigungen vorzunehmen.

4. Nach der Änderung des RettG NRW vom 25.3.2015 können **private Anbieter** mit einer Genehmigung nach § 17 RettG NRW n. F./§ 18 RettG NRW a. F. bei der Erfüllung der den Trägern des öffentlichen Rettungsdienstes gemäß § 6 RettG NRW obliegenden Sicherstellungspflicht Berücksichtigung finden (Änderung der Senatsrechtsprechung).

7. Notfall- und Rettungsassistenten

a) Kein Entzug der Berufsbezeichnung Rettungsassistent/Kein geschütztes Berufsbild

VG Hannover, Beschluss v. 11.11.2015 - 7 B 3794/15

RID 16-02-351

juris

NotSanG § 30; RettAssG § 2 I Nr. 2; StGB §§ 184, 223

Leitsatz: 1. Die Patienten im Rettungsdienst müssen darauf vertrauen dürfen, dass ihnen nicht willkürlich **gefahrengeneigte Medikamente** von nichtärztlichem Rettungsdienstpersonal verabreicht werden.

2. Eine strafgerichtliche Verurteilung wegen sich Verschaffens einer **kinderpornographischen Datei** auf dem Rechner der Rettungswache rechtfertigt ebenso den Widerruf der Berufserlaubnis Rettungsassistent wie ein Strafbefehl wegen vorsätzlicher **Körperverletzung** des Patienten durch Verabreichung medizinisch nicht indizierter Notfallmedikamente ohne ärztliche Weisung (hier: Ketanest und Dormicum).

3. Der lediglich über 520 Stunden ausgebildete **Rettungsassistent** besitzt anders als der über zwei Jahre ausgebildete Rettungsassistent **kein geschütztes Berufsbild**. Insbesondere wird ihm keine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Rettungsassistent erteilt. Diese kann ihm deshalb auch nicht entzogen werden.

4. Es bestehen im vorläufigen Rechtsschutzverfahren Zweifel, ob ein **Zeugnis** über die bestandene Rettungsassistentprüfung wegen nachträglich eingetretener Unzuverlässigkeit des Rettungsassistenten eingezogen werden kann.

b) Berufsbezeichnung „Rettungsassistent“: Sofort vollziehbarer Widerruf der Erlaubnis

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 17.02.2016 - 8 ME 213/15

RID 16-02-352

juris

NotSanG § 30; RettAssG § 2 I Nr. 2; VwGO §§ 80, 146 IV

Bei Entscheidungen über den **Entzug einer Erlaubnis zur Ausübung eines Berufs** oder zum Führen einer geschützten Berufsbezeichnung dürfen die in einem rechtskräftigen **Strafurteil** oder auch Strafbefehl enthaltenen tatsächlichen und rechtlichen Feststellungen regelmäßig zur Grundlage einer behördlichen oder gerichtlichen Beurteilung der betroffenen Persönlichkeit gemacht werden,

Für die Rechtmäßigkeit des Widerrufs der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Rettungsassistent“ ist der **Ausgang des Strafverfahrens ohne Belang**.

Das Fehlverhalten eines Rettungsassistenten, **ohne medizinische Indikation und ohne vorherige ärztliche Weisung** einen venösen Zugang in der Ellenbeuge zu legen und hierüber die **Schmerzmittel** Ketanest und Dormicum zu verabreichen, wird durch eine evtl. Bitte der Verletzten weder gerechtfertigt noch entschuldigt. Bei einem solchen Fehlverhalten können der Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Rettungsassistent“ und die Anordnung der sofortigen Vollziehung erfolgen.

8. Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Krankenschwester“

VG Braunschweig, Urteil v. 11.02.2015 - 1 A 159/14

RID 16-02-353

juris = GewArch 2016, 162

KrPflG §§ 1 I, 2, 23 I

Unzuverlässigkeit im Sinne des § 2 II Nr. 2 KrPflG liegt vor, wenn der Berufsausübende aufgrund bestimmter Tatsachen für eine zukünftige ordnungsgemäße Berufsausübung keine hinreichende Gewähr bietet (vgl. u.a. BVerwG, Beschl. v. 10.12.1993 - 3 B 38/93 - Buchholz 418.1 Heilhilfsberufe Nr. 5; OVG Niedersachsen, Beschl. v. 23.12.2004 - 8 ME 169/04 - juris). Dies setzt ein Verhalten voraus, das nach Art, Schwere und Zahl von Verstößen gegen Berufspflichten die zu begründende Prognose rechtfertigt, der Betroffene biete aufgrund der begangenen Verfehlungen nicht die Gewähr, in Zukunft die berufsspezifischen Vorschriften und Pflichten zu beachten. Ausschlaggebend für die Prognose der Zuverlässigkeit ist die Würdigung der gesamten Persönlichkeit und der Lebensumstände,

wobei nicht ausschließlich das bisherige Fehlverhalten zugrunde zu legen ist (vgl. VG Mainz, Urt. v. 24.01.2005 - 6 K 727/04 -, BVerwG, Urt. v. 16.09.1997 - 3 C 12/95 - BVerwGE 105, 214, juris; OVG Niedersachsen, Beschl. v. 27.05.2009 - 8 ME 62/09 -). Die anzustellende Prognose muss nicht darauf beschränkt sein, ob die nach Art, Zahl und Schwere beachtlichen Verstöße gegen Berufspflichten in der Vergangenheit erwarten lassen, der Betreffende werde gleiche (oder zumindest ähnliche) Berufspflichten in der Zukunft schwerwiegend verletzen, sondern aus dem durch die Art, Schwere und Zahl der Verstöße gegen Berufspflichten erkennbar gewordenen Charakter des Betroffenen kann auch die Befürchtung abzuleiten sein, es seien andere, aber ähnlich schwerwiegende Verstöße gegen Berufspflichten ernsthaft zu besorgen. Es geht also darum, ob eine aus den begangenen Verstößen ableitbare Sorg- oder gar Bedenkenlosigkeit im Hinblick auf ausdrücklich gesetzlich normierte oder als selbstverständlich anzusehende Berufspflichten die begründete Befürchtung zulässt, ähnlich sorg- bzw. bedenkenlos werde der Betreffende auch zukünftig im Hinblick auf Berufspflichten verfahren (vgl. BVerwG, Urt. v. 26.09.2002 - 3 C 37/01 - NJW 2003, 913, juris, betr. den Widerruf der Approbation eines Apothekers).

Bei der Beurteilung des Verhaltens kann das Gericht von den rechtlichen und tatsächlichen **Feststellungen eines Strafbefehl** ausgehen (vgl. zum Rückgriff auf strafgerichtliche Feststellungen BVerwG, Beschl. v. 06.03.2003 - 3 B 10.03 - juris.).

Die Tätlichkeit einer Krankenschwester gegenüber einem von ihr zu betreuenden Heimbewohner kann Unzuverlässigkeit begründen. Bei diesem Verhalten handelt es sich um einen beachtlichen Verstoß gegen die **Grundpflichten einer Krankenschwester**, die aus der Durchführung der medizinisch gebotenen Pflegemaßnahmen und der Verabreichung von Medikamenten in der gebotenen Weise bestehen (vgl. zu den berufsspezifischen Pflichten eines Krankenpflegers: OVG Niedersachsen, Beschl. v. 27.05.2009, a.a.O.) und ihr jegliche Anwendung von Gewalt auch gegenüber schwierigen Patienten verbieten. Ein tätlicher Übergriff auf Patienten bzw. wie hier bei der Tätigkeit als Krankenschwester in einem Seniorenheim auf Heimbewohner stellt eine schwerwiegende Pflichtverletzung dar, die nicht hingenommen werden kann.

9. Heilpraktiker

a) Keine Beschränkung der Heilpraktikererlaubnis auf Osteopathie

VG Aachen, Urteil v. 03.03.2016 - 5 K 1114/14

RID 16-02-354

juris

HeilprG § 1 I

Leitsatz: Kein Anspruch auf Erteilung einer auf den Bereich der **Osteopathie** beschränkten **Heilpraktikererlaubnis**.

b) Bezeichnung als „Heilpraktiker für Psychotherapie“

LG Wuppertal, Urteil v. 31.03.2016 - 12 O 126/15

RID 16-02-355

juris

UWG §§ 3 I, 5 I Nr. 3; HeilprG § 1 I

Leitsatz: Es ist nicht irreführend, wenn jemand, dem die Erlaubnis erteilt wurde, die **Berufsbezeichnung „Heilpraktiker (Psychotherapie)“** zu führen, sich als **„Heilpraktiker für Psychotherapie“** bezeichnet.

10. Fahrdienst eines Rehabilitationszentrums bedarf Genehmigung nach PBefG

OVG Thüringen, Urteil v. 24.11.2015 - 2 KO 131/13

RID 16-02-356

juris

PBefG §§ 1, 2

Leitsatz: 1. Der **Fahrdienst eines Rehabilitationszentrums** fällt nicht unter § 1 Satz 1 Nr. 4 e) Freistellungs-Verordnung und bedarf daher der **personenbeförderungsrechtlichen Genehmigung**.
2. Im **Verfahren** zur Genehmigung eines solchen Dienstes ist § 2 Abs. 6 PBefG zur Anwendung zu bringen.

11. Impfentscheidung getrennt lebender Kindeseltern

OLG Jena, Beschluss v. 07.03.2016 - 4 UF 686/15

RID 16-02-357

juris

BGB §§ 1628, 1687, 1697a

Leitsatz: 1. Die einem getrennt lebenden Elternteil zustehende Alltagsorge (§ 1687 Abs. 1 S. 2 BGB) umfasst nicht die Befugnis, über die Vornahme oder Nichtvornahme von **Schutzimpfungen** seines minderjährigen Kindes autonom zu entscheiden. Denn es handelt sich um eine Angelegenheit von erheblicher Bedeutung im Sinne des § 1628 S. 1 BGB, deren Entscheidung das Familiengericht bei Dissens der Kindeseltern einem Elternteil übertragen kann.

2. Befürwortet ein Elternteil die Durchführung der von der Ständigen Impfkommission der Bundesrepublik Deutschland **empfohlenen Schutzimpfungen**, indiziert diese Haltung – vorbehaltlich entgegen stehender Umstände des Einzelfalls – seine Eignung, eine kindeswohlkonforme Impfentscheidung (§ 1697a BGB) zu treffen.

12. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche

a) Keine Einnahme eines thalidomidhaltigen Präparats im Sommer 1953

VG Köln, Urteil v. 01.02.2016 - 7 K 4869/14

RID 16-02-358

juris

ContStifG §§ 2, 12; ZPO §§ 115, 117, 121

Aufgrund der zeitlichen Abfolge kann ausgeschlossen werden, dass die Mutter des im **Sommer 1953 geb.** Kl. während der ersten drei Schwangerschaftsmonate ein thalidomidhaltiges Präparat eingenommen hat. Denn zu dieser Zeit ist noch kein Medikament mit diesem Wirkstoff auf dem Markt gewesen. Der Wirkstoff Thalidomid ist im Jahr 1954 entwickelt worden, 1955 in die Erprobungsphase und am 01.10.1957 in Deutschland vor allem als Schlaf- und Beruhigungsmittel Contergan in den Handel gelangt (vgl. OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 01.12.2012 - 16 E 723/11 - juris). Ernste Zweifel hieran bestehen nicht.

Die durch Thalidomid bedingten **Fehlbildungen** folgen grundsätzlich einem bestimmten Schädigungsmuster.

b) Unwahrscheinliche Einnahme von Contergan in Brasilien im November 1960

VG Köln, Urteil v. 23.02.2016 - 7 K 2817/14

RID 16-02-359

juris

ContStifG §§ 2, 12; ZPO §§ 115, 117, 121

Es bestehen bereits erhebliche Zweifel daran, ob die Mutter der Kl. in der Frühschwangerschaft im November 1960 ein Medikament der Fa. Grünenthal eingenommen hat. Denn in **Brasilien** waren in dieser Zeit mehrere thalidomidhaltige Arzneimittel im Handel. Nur das Arzneimittel mit der Bezeichnung „Sedalis“ wurde von der Fa. Grünenthal hergestellt. Die weiteren Präparate mit den Namen Ectiluran, Ondasil, Sedin, Slip und Verdil stammten hingegen von anderen Unternehmen.

Mit der **Gesetzmäßigkeit thalidomidbedingter Fehlbildungen** lässt sich nicht in Einklang bringen, dass bei der Kl. nach den vorliegenden Röntgenaufnahmen beide Humeri in dysplastischer Form vorhanden sind, jedoch beide Unterarmknochen (Radius und Ulna) fehlen.

c) Keine charakteristischen thalidomidbedingten Fehlbildungen: Arteriosklerose und Kieferfehlbildung

VG Köln, Urteil v. 18.02.2016 - 7 K 2647/14

RID 16-02-360

juris

ContStifG §§ 2, 12; ZPO §§ 115, 117, 121

Die Arteriosklerose und die Kieferfehlbildung sind keine Fehlbildungen, die nach ihrem „Erscheinungsbild“ so beschaffen sind, dass sie mit Wahrscheinlichkeit auf die Einwirkung von Thalidomid während der Schwangerschaft der Mutter zurückzuführen sind.

13. Sozialrecht/Opferentschädigungsrecht/Impfschadensrecht/Blindengeld

a) SGB II: Kein Anspruch auf Darlehen wegen künstlicher Befruchtung

SG Berlin, Gerichtsbescheid v. 14.09.2015 - S 127 AS 32141/12

RID 16-02-361

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = NZS 2016, 158

SGB II §§ 20, 24; GG Art. 6

Leitsatz: Empfänger von Leistungen zur Grundsicherung des Lebensunterhaltes haben keinen Anspruch auf ein Darlehen für die Kosten einer künstlichen Befruchtung.

b) Opferentschädigungsrecht: Fehlende Glaubhaftmachung/Schilderung aufgrund Stimmen im Kopf

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 10.09.2015 - L 13 VG 22/15

RID 16-02-362

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

OEG §§ 1, 10

Es fehlt an einer Glaubhaftmachung der Vorgänge in einem Krankenhaus, wenn nach Gesamtwürdigung aller Umstände die Möglichkeit, dass sich das Geschehen im Krankenhaus tatsächlich so zugetragen hat, wie der Kl. es vorträgt, nicht wahrscheinlicher erscheint als die Möglichkeit, dass es sich nicht zugetragen hat. Hierbei ist vor allem von Bedeutung, dass die Schilderung des Kl. nicht auf seinen eigenen Erinnerungen der tätlichen Angriffe beruht, sondern vielmehr darauf, dass er seinem eigenen Vorbringen zufolge Stimmen in seinem Kopf habe sprechen hören, die ihn über die Vorfälle aufgeklärt und ihm die ganze Missbrauchsgeschichte erzählt hätten. Auf dieser Grundlage kann die gute Möglichkeit nicht bejaht werden.

BSG, Beschl. v. 17.11.2015 - B 9 V 67/15 B - BeckRS 2016, 65069 wies die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig zurück.

c) Impfschadensrecht

aa) Kein Kausalzusammenhang zwischen Impfung gegen Influenza und Chronic Fatigue Syndrom

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 15.01.2016 - L 13 VJ 27/13

RID 16-02-363

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 9 V 34/16 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

IfSG §§ 60, 61; BVG §§ 9 I Nr. 3, 31 I 1

Die Feststellung des Chronic Fatigue Syndroms als Impfschaden scheidet daran, dass zwischen der Impfung gegen Influenza und dem Chronic Fatigue Syndrom ein Kausalzusammenhang weder wahrscheinlich ist noch die Voraussetzungen für die sog. Kannversorgung erfüllt sind. Die Ätiologie des Chronic Fatigue Syndroms ist wissenschaftlich weitgehend ungeklärt, und die Wahrscheinlichkeit des Kausalzusammenhangs ist deshalb nicht gegeben. Es gibt keine wissenschaftliche Lehrmeinung, die die Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs vertritt.

bb) Zum Ursachenzusammenhang zwischen einer Impfung mit Hexavac und einem Dravet Syndrom

LSG Bayern, Urteil v. 15.12.2015 - L 15 VJ 4/12

RID 16-02-364

juris
IfSG §§ 60, 61

Leitsatz: Zum Ursachenzusammenhang zwischen einer **Impfung mit Hexavac** und einem **Dravet-Syndrom** und der Impfung als gleichwertige Mitursache gegenüber einer Mutation im SCNA1 Gen.

d) Blindengeld

aa) BSG: Blindheit entsprechende gleich schwere cerebrale Störung des Sehvermögens

BSG, Urteil v. 11.08.2015 - B 9 BL 1/14 R

RID 16-02-365

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = SozR 4-5921 Art. 1 Nr. 3 = ZFSH/SGB 2015, 731
BlindG Bayern Art. 1

Leitsatz: Eine der **Blindheit** entsprechende gleich schwere cerebrale Störung des Sehvermögens setzt **keine spezifische Sehstörung** voraus (Aufgabe von BSG vom 20.7.2005 - B 9a BL 1/05 R = BSGE 95, 76 = SozR 4-5921 Art. 1 Nr. 2).

bb) Rückforderung von Leistungen nach Verbesserung der Sehfähigkeit

SG Chemnitz, Gerichtsbescheid v. 04.02.2014 - S 16 SB 833/12

RID 16-02-366

juris
BlindenGG Sachsen § 1; SGB X § 48

Leitsatz: Eine **Rückforderung** von Leistungen nach dem sächsischen Landesblindengeldgesetz ist insbesondere auch **rückwirkend** möglich, wenn es durch eine Operation und der damit einhergehenden **Verbesserung der Sehfähigkeit** zum Wegfall der Voraussetzungen für die Leistungen kommt und die Operation trotz ordnungsgemäßer Belehrung der Behörde nicht mitgeteilt wird.

Der Betroffene muss sich das **Verschulden seines Betreuers** zurechnen lassen.

cc) Kein Anrechnung des Blindengelds auf Beitragserhebung zur freiwilligen Krankenversicherung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.01.2016 - L 11 KR 888/15

RID 16-02-367

Revision anhängig: B 12 KR 10/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 240

Leitsatz: Landesblindenhilfe nach dem Gesetz über die Landesblindenhilfe in Baden-Württemberg (BliHG) ist **keine Einnahme zum Lebensunterhalt** i.S.d. § 240 SGBV.

§ 4 Nr 4 der Beitragsgrundsätze Selbstzahler ist **rechtswidrig** und damit unwirksam. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat mit dieser Bestimmung die Grenzen der ihm eingeräumten Regelungsbefugnis überschritten.

14. Zwangsbehandlung

a) U-Haft: Unzureichende Ermächtigungsgrundlage (Zwangsmedikation mit Neuroleptika)

LG Arnsberg, Beschluss v. 15.02.2016 - 2 Ks - 411 Js 609/15 - 39/15

RID 16-02-368

juris
UVollzG NRW § 28

Leitsatz: § 28 UVollzG NRW ist **keine ausreichende gesetzliche Grundlage** für die Anordnung einer Zwangsmedikation.

b) Zwangsmedikation in Untersuchungshaft in NRW ohne Rechtsgrundlage

OLG Hamm, Beschluss v. 17.03.2016 - 5 Ws 88/16

RID 16-02-369

juris

GG Art. 2 II, 19 IV; UVollzG NRW § 28

Leitsatz: Die **Zwangsmedikation eines in Untersuchungshaft Inhaftierten** kann nicht auf der Grundlage von § 28 UVollzG NRW erfolgen. Sie bedarf vielmehr einer besonderen gesetzlichen Grundlage, die die Zulässigkeit des Eingriffs klar und bestimmt regelt.

c) Keine Prüfung der Verfassungswidrigkeit im Verfahren auf Anordnung der Unterbringung

LG Lübeck, Beschluss v. 01.04.2016 - 7 T 132/16

RID 16-02-370

juris

PsychKG Schleswig-Holstein

Leitsatz: Die Frage der **Verfassungswidrigkeit** der Vollzugsvorschrift des § 13 PsychKG SH ist im **Unterbringungsverfahren** nicht entscheidungserheblich.

15. Veterinärmedizinrecht kein Nachweis für „Fachanwältin für Medizinrecht“

Anwaltsgerichtshof Frankfurt a. M., Urteil v. 22.01.2016 - 2 AGH 11/14

RID 16-02-371

Anhängig BGH: AnwZ (Brfg) 11/16

juris

FAO §§ 5, 14b

Fälle aus dem Bereich der **Tiermedizin** können nicht dem Bereich des § 14b Nr. 1a FAO zur Anerkennung als **Fachanwalt für Medizinrecht** zugeordnet werden. Im Zentrum des Medizinrechts stehen die Rechtsregeln, die sich mit der **Behandlung eines Menschen** durch einen Arzt befassen

16. Steuerrecht

a) BFH/Umsatzsteuerrecht: Keine Unternehmereigenschaft einer LÄK bei Qualitätssicherung

BFH, Urteil v. 10.02.2016 - XI R 26/13

RID 16-02-372

juris

UStG § 2 II; SGB V § 127; SGB X § 53; EWGRL 388/77 Art. 4 V

Leitsatz: Eine **Landesärztekammer** ist als juristische Person des öffentlichen Rechts im Rahmen der sog. „**externen Qualitätssicherung Krankenhaus**“ nicht unternehmerisch tätig, wenn sie insoweit auf öffentlich-rechtlicher Grundlage handelt und ihre Behandlung als Nichtunternehmerin nicht zu größeren Wettbewerbsverzerrungen führen würde.

b) Einkommensteuerrecht

aa) BFH: Zur Mitunternehmerstellung im Rahmen einer ärztlichen Freiberuflerpraxis

BFH, Urteil v. 03.11.2015 - VIII R 63/13

RID 16-02-373

juris

EstG §§ 15 I 1 Nr. 1, 18 I Nr. 1; BGB § 722

Leitsatz: Erhält ein (**Schein-)Gesellschafter** eine von der Gewinnsituation abhängige, nur nach dem eigenen Umsatz bemessene Vergütung und ist er zudem von einer Teilhabe an den stillen Reserven der Gesellschaft ausgeschlossen, kann wegen des danach nur eingeschränkt bestehenden **Mitunternehmerrisikos** eine **Mitunternehmerstellung** nur bejaht werden, wenn eine besonders ausgeprägte **Mitunternehmerinitiative** vorliegt. Hieran fehlt es jedoch, wenn zwar eine gemeinsame

Geschäftsführungsbefugnis besteht, von dieser aber tatsächlich wesentliche Bereiche ausgenommen sind.

bb) Liposuktionen keine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode

FG München, Urteil v. 26.10.2015 - 7 K 596/13

RID 16-02-374

juris
EStG § 33

Bei einer **Liposuktionen** handelt es sich nicht um eine **wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode**.

cc) Steuerfreiheit vom Arbeitgeber bezuschusster Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge

FG Bremen, Urteil v. 11.02.2016 - 1 K 80/15 (5)

RID 16-02-375

juris
EStG § 3 Nr. 34; SGB V § 20

Unter Berücksichtigung des Gesetzeszwecks, kann für die Inanspruchnahme der **Steuerbefreiung** nicht die Erfüllung der im „Leitfaden Prävention“ der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen aufgestellten Voraussetzungen, insbesondere eine besondere Zertifizierung der Anbieter verlangt werden. Vielmehr reicht es aus, wenn die **vom Arbeitgeber bezuschussten Maßnahmen** Mindestanforderungen an Qualität und Zielgerichtetheit erfüllen. Diese sind jedenfalls dann erfüllt, wenn die betreffenden Maßnahmen durch Physiotherapeuten, Heilpraktiker und qualifizierte Fitnesstrainer erbracht werden. Bei ihnen handelt es sich um Fachkräfte mit einer Qualifikation, die einen Bezug zu Gesundheit und Prävention aufweist. Nicht ausreichend ist es dagegen, wenn körperbezogene Dienstleistungen von Anbietern in Anspruch genommen werden, für die die Gesundheitsförderung gegenüber dem Komfortaspekt von ganz untergeordneter Bedeutung ist.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 09.05.2016. 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				
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.	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 19.08.2015 - L 5 KA 63/13 -	15-04-13
KV Hamburg: Fortführung der Individualbudgetierung im Quartal IV/04	B 6 KA 35/15 R 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.	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 19.08.2015 - L 5 KA 64/13 -	15-04-15
KV Hamburg: Fortführung der Individualbudgetierung im Quartal I/05	B 6 KA 36/15 R 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.	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 19.08.2015 - L 5 KA 65/13 -	15-04-14
Fehlende Vorgaben des Bewertungsausschusses	B 6 KA 46/14 R 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.	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 05.11.2014 - L 5 KA 28/11 -	15-01-12
Individualbudgets: Wachstumsmöglichkeiten (Quartale III/04 bis I/05, KV Hamburg)	B 6 KA 4/15 R 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 rechtswidrig sind, weil sie unterdurchschnittlich kleinen Praxen keine ausreichende Möglichkeit bieten, den Durchschnitt der Fachgruppe zu erreichen.	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 03.12.2014 - L 5 KA 76/13 WA -	15-01-13
Quotierung von laboranalytischen und humangenetischen Leistungen	B 6 KA 44/14 R Termin: 19.08.2015	Verstößt die Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsvertrages, wonach laboranalytische Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä) sowie die übrigen kurativen Leistungen (hier: humangenetische Leistungen der DNA-Amplifikation nach Nr. 11321 EBM-Ä) quotiert werden, gegen die Vorgaben des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung vom 26.3.2010 bzw gegen höherrangiges Recht?	<i>SG Dresden</i> , Urt. v. 03.09.2014 - S 18 KA 167/11 -	15-01-12
Quotierung von Laborleistungen einer Laborgemeinschaft	B 6 KA 34/14 R Termin: 19.08.2015	Ist eine Quotierung von Laborleistungen durch einen Honorarverteilungsmaßstab bei Laborgemeinschaften im Hinblick auf die Kostenerstattungsregelung des Abschn 32.2 Nr 1 S 2 EBM (juris: EBM-Ä 2008) zulässig?	<i>SG Hamburg</i> , Urt. v. 25.06.2014 - S 27 KA 152/11 -	14-04-10
Quotierung von Laborleistungen	B 6 KA 33/14 R Termin: 19.08.2015	Verstößt die Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes gegen höherrangiges Recht, wenn die für die Leistungen und Kostenerstattungen im Laborbereich nach den Vergütungen verfügbaren Mittel des Vergütungsvolumens quotiert werden?	<i>SG Hamburg</i> , Urt. v. 25.06.2014 - S 27 KA 151/11 -	14-04-11
	B 6 KA 11/15 R B 6 KA 12/15 R Termin: 19.08.2015	Ist eine Quotierung von Laborleistungen durch einen Honorarverteilungsmaßstab bei Laborgemeinschaften im Hinblick auf die Kostenerstattungsregelung der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (juris: EBM-Ä 2008) zulässig?	<i>SG Dresden</i> , Urt. v. 21.01.2015 - S 18 KA 118/11 - - S 18 KA 180/11 -	15-02-9 15-02-10
Quotierung von pathologischer Leistungen (Quartale III u. IV/10)	B 6 KA 33/15 R Termin: 23.03.2016	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 Bewertungsmaßstabes - juris:	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 18.03.2015 - S 33 KA 416/11 -	15-04-9

		EBM-Ä) kontingentiert werden?		
Budgetierung der Vorwegleistungen (KV Hessen: Anpassungsindex 100/Sicherstellungsindex 90)	B 6 KA 4/16 R	Ist nach dem Regelungszweck der Vergütungssteuerung gemäß § 87b Abs 4 S 2 SGB 5 in der Fassung vom 26.3.2007 ein konkreter Nachweis der Mengenausweitung im Bereich der jeweils quotierten Leistungen erforderlich?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 18.11.2015 - L 4 KA 27/12 -	16-01-8
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)?	<i>LSG Hessen</i> , 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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 19.03.2014 - L 12 KA 21/11 -	15-03-4 NZB
Psychotherapeutenvergütung 2011	B 6 KA 8/16 R	Zur Frage der angemessenen Bewertung psychotherapeutischer Leistungen in der im Jahr 2011 maßgeblichen EBM-Bewertung (juris: EBM-Ä 2008) sowie zur Neuregelung durch den Bewertungsausschuss ab dem Jahr 2012.	<i>SG Kiel</i> , Urt. v. 09.02.2016 - S 2 KA 341/12 -	16-02-5
Psychotherapeutische BAG: Verrechnung von zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen	B 6 KA 6/16 R	Verstoßen die Ziffer 4.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 28.8.2008 und ein darauf basierender Honorarvertrag einer Kassenärztlichen Vereinigung insoweit gegen höherrangiges Recht, als den Vertragspsychotherapeuten sowie den anderen in Ziffer 4.1 des Beschlusses bzw Vertrages aufgeführten Vertragsärzten aufgrund der Arztbezogenheit der Begrenzungsmaßnahme nicht das Recht zugestanden wird, bei Bestehen einer Praxisgemeinschaft ihre individuellen Kapazitätsgrenzen miteinander zu verrechnen und so nicht ausgeschöpfte Kapazitäten des oder der Praxispartner zu nutzen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 27.01.2016 - L 4 KA 14/14 -	16-02-

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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , 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 Termin: 04.05.2016	Sind Leistungen nach den Ziffern 25310 und 25340 EBM-Ä (juris: EBM-Ä 2008) für einen Facharzt für diagnostische Radiologie wegen Fachfremdheit nicht abrechnungsfähig?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 28.05.2014 - L 11 KA 36/11 -	15-02-45
Befreiung vom Notdienst: MKG-Chirurg	B 6 KA 7/15 R Termin: 23.03.2016	Ist bei der Prüfung, ob die Wahrnehmung des Bereitschaftsdienstes durch einen Vertreter auf eigene Kosten zumutbar ist, bei einem zur vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie auch das Honorar aus der vertragszahnärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 18.12.2014 - L 7 KA 24/14 -	15-02-47
Disziplinarrecht: Streikrecht für Vertragsärzte?	B 6 KA 38/15 R	Stellt die Ausübung eines Streikrechts einen zulässigen Grund für eine Unterbrechung der Sprechstundenverpflichtung des Vertragsarztes dar?	<i>SG Stuttgart</i> , Urt. v. 23.07.2015 - S 4 KA 3147/13 -	15-04-31

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Psycholog. Psychotherapeuten:	B 6 KA 47/14 R	Ist der Ausschluss der psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und	<i>LSG Hessen</i> ,	15-01-25
-------------------------------	----------------	--	---------------------	----------

Abrechnung des Zuschlags an Samstagen (Nr. 01102 EBM)	Termin: 17.02.2016	Jugendlichenpsychotherapeuten von der Abrechnung der Gebührenordnungsposition 01102 EBM-Ä 2008 (Aufwandsersatzung für die Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 7:00 und 14:00 Uhr) verfassungswidrig?	Urt. v. 26.11.2014 - L 4 KA 3/13 -	
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 Termin: 04.05.2016 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
Zahnärztliche Versorgung: Verwendung von Festzuschüssen für implantologische Vorleistungen?	B 6 KA 9/16 R	Ist es mit den gesetzlichen Vorgaben vereinbar, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss durch die Zahnersatz-Richtlinie (juris: ZERSRL) und die Festzuschuss-Richtlinie (juris: FZRL) einen zahnmedizinischen Befund zwar der Regelversorgung zuordnet, für diese Regelversorgung aber keinen eigenen Festzuschuss vorsieht, sondern den für eine andere Regelversorgung vorgesehenen Festzuschuss heranzieht (hier: Erstversorgung mit Suprakonstruktionen gemäß ZERSRL vom 8.12.2004 und FZRL vom 3.11.2004)?	LSG Sachsen , Urt. v. 09.12.2015 - L 8 KA 6/11 -	16-02-26
Antrag einer Krankenkasse	B 6 KA 8/15 R Termin: 23.03.2016	Verbleibt aufgrund der Neuregelung der Abrechnungsprüfung durch § 106a SGB 5 für die bundesmantelvertraglichen Vorschriften über den Ausgleich eines sog sonstigen Schadens noch ein Anwendungsbereich?	SG Dresden , Urt. v. 17.12.2014 - S 18 KA 101/13 -	15-02-25
Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress				
Prüfung von Einzelleistungen: Begründung unterschiedlicher Restüberschreitungen	B 6 KA 29/15 R	Bedarf es im Rahmen einer Einzelleistungskürzung einer näheren Begründung im Bescheid, wenn die Prüfungsgremien die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis je nach Einzelleistung unterschiedlich hoch ansetzen?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 18.12.2014 - L 7 KA 25/13 -	15-04-34 NZZ
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 -	
Verpflichtung zur Einbringung monoklonaler Antikörper in Kochsalzlösung	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 eine Kochsalzlösung) zur Anwendung am Patienten gebrauchsfertig zu machen?	LSG Bayern , Urt. v. 04.12.2013 - L 12 KA 98/12 -	14-02-59 NZB
Keine Zuständigkeit der Prüfungsgremien für Verordnung von Impfstoffen	B 6 KA 7/16 R	Unterliegt die Verordnung von Impfstoffen nach dem 1.4.2007 noch der gemeinsamen Prüfungszuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen gemäß § 106 Abs 1 SGB 5?	LSG Bayern , Urt. v. 16.12.2015 - L 12 KA 160/14 -	16-02-
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
Zulassung und Ermächtigung				
Zulassungsmoratorium durch GBA bis zur Versorgungsgradfeststellung	B 6 KA 24/15 R Termin: 04.05.2016	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
Fortführungsfähigkeit einer Praxis: Maßgeblicher Zeitpunkt	B 6 KA 9/15 R Termin: 23.03.2016	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 Termin: 04.05.2016	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/Antragsfrist	B 6 KA 28/15 R Termin: 04.05.2016	Können auch durch Reduzierung der Arbeitszeit eines angestellten Arztes entstandene oder nur originäre ¼-Arztstellen in Medizinischen Versorgungszentren ohne zeitliche Einschränkung nachbesetzt werden?	LSG Bayern , Urt. v. 20.05.2015 - L 12 KA 175/14 -	15-04-49
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: 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	LSG Saarland , Urt. v. 24.04.2015	15-03-54

		niereninsuffizienter Patienten für einen Dritten im Wege einer Konkurrentenklage im Hinblick auf eine Beschwer durch die mangelnde Auslastung der Praxis.	- L 3 KA 9/13 ZVW -	
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 -	16-02-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 für Leistung ohne Abrechnungsberechtigung?	B 6 KA 2/16 R	Ist die Ablehnung einer beantragten Erweiterung der bestehenden Ermächtigung einer Kinderklinik (Pädiatrische Onkologie und Hämatologie) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bzgl. der Erbringung von Leistungen nach den Nrn 01510 - 01512 (Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) durch den Berufsausschuss rechtmäßig?	, Urt. v. 26.08.2015 - L 11 KA 62/12 -	16-01-64
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

Regionale Punktwertzuschläge auf den Orientierungswert	B 6 KA 5/16 R	Verstoßen regionale Punktwertzuschläge auf den Orientierungswert gegen die Grundsätze der Beitragssatzstabilität, der Vorjahresanknüpfung sowie der Wirtschaftlichkeit?	LSG Hamburg , Urt. v. 16.12.2015 - L 5 KA 68/13 KL -	
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 zur Rechnungslegung	B 6 KA 23/15 R	Sind Krankenkassen aufgrund der Vorschrift des § 140d Abs 1 S 8 SGB 5 iVm § 140d Abs 1 S 4 SGB 5 in der jeweiligen Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes - GKV-WSG vom 26.3.2007 verpflichtet gewesen, alle Geldmittel, die sie im Wege des § 140d Abs 1 S 1 SGB 5 einbehalten hatten, an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung auszusahlen, wenn sie deren Verwendung nicht bis zum 31.3.2009 dargestellt hatten? Kann sich eine Krankenkasse im Streit um die Berechtigung zum Einbehalt nach § 140d	LSG Hamburg , Urt. v. 20.05.2015 - L 5 KA 60/13 -	15-03-65

		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?		
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
Einbehalt von Teilen der Gesamtvergütung (EKV-Z)	B 6 KA 14/15 R Termin: 23.03.2016	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: 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

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 09.05.2016. 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				
Approbation Voraussetzung für psychotherapeutische Behandlung	B 1 KR 4/16 R	Haben Versicherte der GKV Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung durch Therapeuten, die keine Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz (juris: PsychThG) besitzen?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 26.01.2016 - L 4 KR 209/15 -	16-02-88
Kopforthese (Helmtherapie)	B 3 KR 1/16 R	Gehört die Versorgung und Therapie mit einer Kopforthese zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 24.02.2015 - L 11 KR 3297/14 -	15-02-111 NZB
	B 3 KR 30/15 R B 3 KR 6/16 R	Gehört die Versorgung und Therapie mit einer Kopforthese zur Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 11.06.2015 - L 1 KR 141/14 - <i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 25.08.2015 - L 4 KR 300/12 -	16-02- NZB 16-02- NZB
Mammaaugmentationsplastik (Präpubertäre Brust)	B 1 KR 35/15 R Termin: 08.03.2016	Zum Anspruch auf Brustaufbauplastik gesetzlich krankenversicherter Frauen, die aufgrund einer Erkrankung keine Brustanlage haben (präpubertäre Brust).	<i>SG Halle (Saale)</i> , 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 Termin: 08.03.2016	Ist die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 so zu verstehen, dass nach Ablauf der Fristen der geltend gemachte Anspruch (hier: Langzeittherapie einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie) solange von der Krankenkasse zu erfüllen ist, bis sie einen Aufhebungsbescheid erlässt?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 17.06.2015 - L 2 KR 180/14 -	15-04-92
Genehmigungsfiktion: Unterlassene Unterrichtung über Einholung eines MDK-Gutachtens	B 1 KR 8/16 R	Gilt eine beantragte Leistung als von der Krankenkasse genehmigt, wenn diese innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang entscheidet, ohne den Antragsteller über die Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme vorab informiert zu haben?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 21.10.2015 - L 2 KR 27/15 -	15-04-91 NZB
Kein Sachleistungsanspruch aufgrund der Genehmigungsfiktion (Therapiedreirad)	B 3 KR 4/16 R	Zur Frage der Anwendung der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a SGB 5 auf Sachleistungsansprüche und der Begrenzung des Anspruchs nach § 13 Abs 3a S 6, 7 SGB 5 durch das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot.	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 10.12.2015 - L 1 KR 413/14 -	16-01-118
Stationäre Behandlung				
Teilstationäre Behandlung (Pharmakotherapie - Intravenöse Immunglobulin-Therapie)	B 1 KR 1/16 R	Kommt es für die Durchführung einer neuen Behandlungsmethode im Krankenhaus nach § 137c Abs 3 SGB 5 (hier: teilstationäre Pharmakotherapie) darauf an, dass bereits Forschungsergebnisse vorliegen, die erwarten lassen, dass das im Rahmen der neuen Behandlungsmethode zum Einsatz kommende Arzneimittel (hier: Intratect) für die Behandlung der Krankheit (hier: systemischer Lupus erythematodes - SLE - mit Urtikaria-Vaskulitis) zugelassen werden kann?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 17.11.2015 - L 11 KR 1116/12 -	16-01-110
Liposuktion: Maßstab der evidenzbasierten Medizin	B 1 KR 13/16 R	Gilt das Qualitätsgebot gem § 2 Abs 1 S 3 SGB 5 bei der Anwendung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Bereich auch nach der Änderung des § 137c SGB 5 in der Fassung vom 16.7.2015?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 23.07.2015 - L 1 KR 104/15 -	16-02-102 NZB

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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 24.07.2015 - L 9 KR 54/12 KL -	16-01-135
Versorgung mit Kontaktlinsen bei funktionell Einäugigen	B 3 KR 21/15 R	Kann bei funktioneller Einäugigkeit ein Anspruch auf Versorgung des noch sehfähigen Auges mit Kontaktlinsen gegenüber der Krankenkasse bestehen?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 17.04.2015 - L 1 KR 156/13 -	15-03-115

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Fahrkosten

Ambulante Behandlungen wegen Folgen einer Nierentransplantation	B 1 KR 2/16 R	Stellt die aus der Transplantationsnachsorge (hier: Nierentransplantation) ergebende Häufigkeit von Behandlungen (Kontrolluntersuchungen) eine hohe Behandlungsfrequenz im Sinne des § 8 Abs 2 der Krankentransport-Richtlinien - KT-RL (juris: KrTRL 2004) dar?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 17.12.2015 - L 6 KR 31/13 -	16-02-
---	---------------	--	---	--------

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Persönliches Budget	B 1 KR 19/15 R Termin: 08.03.2016	Kann ein für einen zukünftigen Zeitraum beantragtes Persönliches Budget nach Ablauf dieses Zeitraums rückwirkend erstmals bewilligt werden?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , 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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , U. v. 28.07.2015 - L 4 KR 352/14 ZVW -	16-01-149 NZB
Fälligkeit nach Pflegesatzvereinbarung: Untersuchung der Einwände der Krankenkasse	B 1 KR 6/16 R	Sind Krankenkassen aufgrund einer Pflegesatzvereinbarung 1. verpflichtet, bereits dann eine vollstationäre Krankenhausbehandlung zu vergüten, wenn das Krankenhaus die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bejaht, und 2. darauf verwiesen, Einwendungen (hier mangelnde Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit) in einem anschließenden Erstattungsverfahren geltend zu machen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 12.05.2015 - L 5 KR 493/12 -	16-02- NZB
Aufrechnung und Aufrechnungserklärung	B 1 KR 7/16 R	Findet § 396 BGB iVm § 366 Abs 2 BGB bei einem Anspruch der Krankenkasse auf Erstattung von Krankenhausvergütung Anwendung, wenn sowohl die Krankenkasse als auch der Krankenhausträger mehrere Forderungen geltend machen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 14.07.2015 - L 5 KR 284/13 -	16-02-142 NZB
Ausschluss einer Aufrechnung	B 1 KR 9/16 R	Ist die Regelung einer landesrechtlichen Pflegesatzvereinbarung, die die Aufrechnung mit bestrittenen/nicht rechtskräftig zuerkannten (Erstattungs-) Ansprüchen der Krankenkassen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhausträger ausschließt, mit Bundesrecht vereinbar?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 24.09.2015 - L 5 KR 244/13 -	15-04-112 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 Knieendoprothese Krankenhäusern mit dem Versorgungsauftrag "Orthopädie" vorbehalten?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , 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	<i>SG Halle</i> , Urt. v. 22.04.2015	15-03-129

		ungeklärter anschließender Unterbringung in einer Betreuungseinrichtung bis zum Wechsel des Versicherten in die Betreuungseinrichtung von der Krankenkasse getragen werden?	- S 35 KR 220/12 -	
Nachkorrektur einer Abrechnung: Keine 6-Wochen-Frist/ 5 %- Wertgrenze	B 1 KR 33/15 R Termin: 19.04.2016	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 Bauch-aortenaneurysma: Anforderungen an einen Leitungslehrgang	B 1 KR 28/15 R Termin: 19.04.2016	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
Externe Hämodialysen kodierbar?	B 1 KR 34/15 R Termin: 19.04.2016	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
Abgebrochene teilstationäre Behandlungen	B 1 KR 21/15 R Termin: 19.04.2016	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 Termin: 19.04.2016	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

Ambulante Versorgung

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

Apothekenwahlrecht und Vergütungsanspruch der Apotheke der Wahl	B 3 KR 16/15 R Termin: 25.11.2015	Besteht das Apothekenwahlrecht der Versicherten gemäß § 31 Abs 1 S 5 SGB 5 und ein entsprechender Vergütungsanspruch einer Apotheke, wenn Krankenkassen auf Landesebene mit anderen Apotheken Verträge gem § 129 Abs 5 S 3 SGB 5 zur Versorgung mit parenteralen Zubereitungen in der Onkologie abgeschlossen haben?	SG Darmstadt , Urt. v. 29.08.2014 - S 13 KR 344/14 -	14-04-135
Hilfsmittelverzeichnis: Umfang der Substantiierungsanforderungen	B 3 KR 20/15 R	Ist die Streichung von wassergefüllten Dekubitusmatratzen aus dem Hilfsmittelverzeichnis rechtmäßig?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 30.04.2014 - L 1 KR 11/12 -	15-03-150 NZB
Hilfsmittelverzeichnis: Aufnahme des Speedy-Duo 2?	B 3 KR 3/16 R	Sind Vorspann- bzw. Einhängefahrräder für Rollstühle mit Handkurbelantrieb und elektromotorischer Servounterstützung zum Erreichen von 10 km/h bzw 14 km/h in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 08.12.2015 - L 1 KR 61/11 -	16-01-184
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 Termin: 20.04.2016	Bedarf ein zugelassener Physiotherapeut für den Betrieb einer Praxisnebenstelle einer weiteren Zulassung?	LSG Sachsen , Urt. v. 05.11.2014	15-04-132 NZB

			- L 1 KR 158/11 -	
Ausschluss der Masseur von Manueller Therapie	B 3 KR 24/15 R	Ist die in den Heilmittelrichtlinien und in Landesverträgen enthaltene Regelung, nach der zur Versorgung der Versicherten nur zugelassene Physiotherapeuten Leistungen der Manuellen Therapie zu Lasten der Krankenkassen abrechnen dürfen, wenn sie eine Weiterbildung in dieser Behandlungstechnik absolviert und eine Abschlussprüfung bestanden haben, rechtmäßig?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 21.07.2015 - L 11 KR 4481/12 -	15-04-134
	B 3 KR 5/16 R	Verstößt die in den Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (juris: HeilmRL) und im maßgeblichen Landesvertrag enthaltene Regelung, nach der 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, gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 07.01.2016 - L 5 KR 192/15 -	
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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 18.11.2015 - L 5 KR 2883/13 -	16-01-185
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.	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 29.01.2015 - L 8 KR 264/13 -	15-02-174 NZB
Schiedsverfahren: Verfahrensgarantien/Beweislastverteilung/Diskriminierung	B 3 KR 26/15 R	Zur gerichtlichen Prüfung eines Schiedsspruchs zur Festsetzung der Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege.	<i>LSG Hessen</i> , 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 Termin: 20.04.2016	Richtet sich der Zahlungsanspruch eines ambulanten Pflegedienstes zur Erbringung häuslicher Krankenpflege allein nach der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinie), so dass ein Anspruch ausgeschlossen ist, wenn die dort enthaltenen Voraussetzungen nicht vorliegen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 12.06.2014 - L 5 KR 98/12 -	15-02-179 NZB
Unmittelbarer Vergütungsanspruch aus HKPRL auch bei fehlenden Vertragsbeziehungen	B 3 KR 18/15 R Termin: 20.04.2016	Setzt der Vergütungsanspruch eines Pflegeunternehmens zwingend einen Vertrag zwischen diesem und der beklagten Krankenkasse nach § 132a Abs 2 SGB 5 voraus und muss die medizinische Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege erwiesen sein?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 11.02.2015 - L 9 KR 283/12	15-02-180
Krankentransportunternehmer: Klagebefugnis bei Kassenäußerung zur Vorabgenehmigungspflicht	B 3 KR 19/15 R	Ist eine Klage von Krankentransportunternehmen auf Unterlassung von Äußerungen einer Krankenkasse zu den Voraussetzungen eines Leistungsanspruchs der Versicherten (hier: § 60 Abs 2 S 1 Nr 3 SGB 5) zulässig?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 26.02.2014 - L 9 KR 313/11 -	14-03-136 NZB
Integrierte Versorgung				
Wirksamkeit von Verträgen/Abrechnung der Anschubfinanzierung	B 1 KR 5/16 R	Zur Frage der Wirksamkeit von Verträgen und der Erforderlichkeit der rechnerischen Nachvollziehbarkeit von Einbehalten unter Berufung auf die sog Anschubfinanzierung zur Förderung der integrierten Versorgung.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 26.01.2016 - L 4 KR 166/13 -	
Krankenkassen				
Risikostrukturausgleich: Jahresausgleichsbescheid u. Zuweisungen für Auslandsversicherte	B 1 KR 11/16 R	Ist der Jahresausgleichsbescheid 2013 des Bundesversicherungsamtes gegenüber einer Krankenkasse rechtmäßig, wenn es die Zuweisungen für Auslandsversicherte aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter Berücksichtigung des zum 01.08.2014 in Kraft getretenen Rechts begrenzt hat?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 29.10.2015 - L 5 KR 745/14 KL -	16-02-168
Ruhen der Leistungsansprüche	B 1 KR 31/15 R Termin: 08.03.2016	Wie und von wem ist der Eintritt von Hilfebedürftigkeit als Grund für die Beendigung des Ruhens von Leistungsansprüchen der gesetzlichen Krankenversicherung	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 04.11.2014	15-04-138 NZB

		festzustellen?	- L 4 KR 247/14 -	
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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 23.10.2014 - L 1/4 KR 570/12 KL - <i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 23.04.2015 - L 1 KR 17/14 KL - - L 1 KR 337/12 KL -	15-01-141 NZB 15-03-158 NZB 15-03-157 NZB
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?	<i>SG Mannheim</i> , Urt. v. 07.10.2014 - S 3 KR 1132/14 -	15-02-185
Erstattungsanspruch eines drittangegangenen Trägers	B 1 KR 27/15 R Termin: 08.03.2016	Hat auch ein drittangegangener Rehabilitationsträger einen Erstattungsanspruch nach § 14 Abs 4 S 1 SGB 9?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 25.06.2015 - L 1/4 KR 437/12 -	15-04-142
Verwaltungsakt gegenüber Versicherten ohne Tatbestandswirkung	B 1 KR 29/15 R	Kann sich die Berufsgenossenschaft nach Gewährung von Leistungen an einen Versicherten, für die sie Erstattung von der Krankenkasse begehrt, zu Lasten der Krankenkasse darauf berufen, dass sie gegenüber dem Versicherten einen ihre Leistungszuständigkeit ausschließenden bestandskräftigen Verwaltungsakt erlassen hat?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 21.07.2015 - L 11 KR 1601/14 -	15-04-139
Krankenkassenwahlrecht eines Sozialhilfeempfängers	B 1 KR 26/15 R Termin: 08.03.2016	Hat ein in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherter Empfänger von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGB 12, der bereits eine Krankenkasse zur Krankenbehandlung im Bereich des zuständigen Sozialhilfeträgers gewählt hat, das Recht zur Wahl einer anderen Krankenkasse?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 12.09.2014 - L 4 KR 3468/13	15-04-137

GBA

Sonstiges

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 Viehhaltungsbetrieb verpflichtet, wenn dieser neben einem auf Bodenbewirtschaftung beruhenden Einzelunternehmen aus steuerlichen Gründen als Kommanditgesellschaft geführt wird?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 17.12.2014 - L 4 KR 296/11 -	15-02-190
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 Ärztblatts einer Ärztekammer	B 3 KS 3/15 R	Ist eine Ärztekammer als Herausgeberin eines Arztblattes abgabepflichtig nach dem KSVG, wenn die Redaktionsmitglieder ausschließlich ehrenamtlich gegen Aufwandsentschädigung tätig und die Beiträge idR kostenlos verfasst werden?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Urt. v. 16.06.2015 - L 4 R 183/10 -	16-01-251