Rechtsprechungsinformationsdienst 14-01

REDAKTION 9

EDITORISCHE HINWEISE 9

A. VERTRAGSARZTRECHT 10

I. Honorarverteilung 10
1. Vergütung ab Quartal II/09 10
a) Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 rechtmäßig 10
b) Ausnahme von der Abstaffelung des Fallwertes für Gefäßchirurgin 11
c) Keine Überprüfung des RLV im Honorarstreitverfahren bei Bestandskraft des Zuweisungsbescheids 11
d) Bestandskraft des RLV gilt auch für RLV-Fallzahl/Bewusste Fallzahlausweitung 12
2. Vergütung Quartale II/05 bis IV/08 12
a) Regelleistungsvolumina: Keine Annahme einer Spezialisierung wegen hoher Patientenzahl 12
b) Keine Schlechterstellung von Notfallleistungen im Krankenhaus (KV Hessen II/05) 12
3. Sicherstellungszuschlag erst nach der Kappung auf den Grenzwert der Fachgruppe (I/05) 13
4. Haftung des aus Gemeinschaftspraxis ausgeschiedenen Arztes für Honorarüberzahlung 13
5. Notfallvergütung: Keine Verrechnung einer Garantiepauschale ohne Rechtsgrundlage 14
6. Insolvenzverfahren 14
a) Honoraransprüche gegen die K(Z)V nach „modifizierter" Freigabe durch Insolvenzverwalter 14
b) Honorarzahlung an Schuldner nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens 15
7. Zahnärzte 15
a) BEMA-Umstrukturierung 2004 rechtmäßig 15
b) Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen ab 2004 rechtmäßig 15

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung 15
1. Bindung der KV an den Umfang einer Ermächtigung 15
2. Patientenbezogene Plausibilitätsprüfung 16
a) Berücksichtigung von sog. Vertreterfällen 16
b) Anerkennung von 20 % (30 % bei fachübergreifenden Praxisgemeinschaften) gemeinsamer Patienten 17
3. Ambulante Operationen/Anästhesien/3-Tage-Regel/Abrechnungskorrektur 17
4. Abrechnungsausschluss nach Nr. 40100 EBM (Neuregelung ab II/09) rechtswidrig 18
5. Laborarzt kann Laboratoriumsuntersuchung nicht von Laborgemeinschaft anfordern 18
6. Nebeneinanderabrechnung der Nr. 02110 f. und der Nr. 05110 ff. EBM 19

III. Genehmigung/Zweigpraxis/Notdienst/Disziplinarrecht 19
1. Genehmigungen 19
a) Röntgengenehmigung enthebt nicht von der Bindung an Fachgebietsgrenzen 19
b) Keine rückwirkende Genehmigung für Teilnahme an Strukturvertrag/Herstellungsanspruch 20
c) Anerkennung als onkologisch qualifizierter Arzt: Privatpatienten und § 116b SGB V-Fälle 20
2. Zweigpraxis 21
a) Beurteilungsspielraum/Wartezeitverkürzungen trotz Überversorgung 21
b) Feststellungsklage eines Konkurrenten nach Erledigung der Genehmigung einer Zweigpraxis 21
3. Notdienst 22
a) Freistellung vom Notfallvertretungsdienst aus gesundheitlichen Gründen 22
b) Befreiung vom Notdienst ab dem 60. Lebensjahr: Aufhebung von Gewohnheitsrecht 22
4. Disziplinarrecht: Nichtvorlage von Patientendokumentationen 22

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz 23
1. Bei niedrigeren Behandlungsfallzahlen nur eingeschränkte Einzelfallprüfung 23
2. Arzneikostenregress 23
a) Keine Verordnung von Tepilta® wegen fiktiver Zulassung 23
b) Richtgrößenprüfung 24
aa) Keine Einbeziehung sämtlicher Sprechstundenbedarfsverordnungen 24
bb) Keine Hinweispflicht zu Praxisbesonderheiten 24
cc) Begründungsumfang zu Nichtanerkennung von Praxisbesonderheiten 24
dd) Früher Regressbescheid ersetzt nicht Beratung 24
ee) Kein einstweiliger Rechtsschutz gegen Festsetzung einer individuellen Beratung 25
3. Keine Kostentragung der Prüfgremien für Prüfungen nach § 274 SGB V 25
4. Zahnärzte 26
a) Statistischer Kostenvergleich einer Gemeinschaftspraxis mit einem MKG-Chirurgen 26

b) Mindeststandards einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung 26
c) Mängelgutachten: Kostentragung durch Vertragszahnarzt möglich 26

V. Zulassungsrecht 27
1. Praxisnachfolge in (überörtliche) Berufsausübungsgemeinschaft 27
a) Anfechtungsbefugnis eines unterlegenen Bewerbers bzgl. Genehmigung einer BAG 27
b) Inzidentprüfung der Genehmigung einer überörtlichen BAG 28
2. Sonderbedarfszulassung: Internistische Rheumatologin 28
3. Zulassung als Belegarzt: Unzulässiges spezialisiertes Anforderungsprofil (Endoprothetik der Gelenke) 29
4. MVZ kann nicht Gründer eines anderen MVZ sein 30
5. Verlegung eines Vertragsarztsitzes 30
a) Verlegung von überversorgten in noch stärker überversorgten Bezirk Berlins 30
b) Trotz Überversorgung keine Verlegung in noch stärker überversorgten Teilbereich 30
6. Erfolglose Anfechtung einer Zweigpraxisgenehmigung bei nachträglicher offensiver Konkurrenzsituation 31
7. Genehmigung neuropädiatrischer Leistungen für Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung 31
8. Beendigung der Zulassung aus Altersgründen 32
a) Fortsetzungsfeststellungslage gegen Beendigung der Zulassung aus Altersgründen 32
b) Altersgrenzenregelung galt auch für Zahnärzte 32
9. Widerruf der Genehmigung einer Arztanstellung wegen Verletzung der Fortbildungspflicht 33
10. Zulassungsentziehung: Fortwirken besonders gravierender Pflichtverletzungen 33

VI. Gesamtvertrag/GBA/KV 34
1. EKV-Z: Kein endgültiger Einbehalt von Teilen der Gesamtvergütung 34
2. Ausschluss von Insulinanaloga rechtmäßig 34
3. Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei Ausschusswahlen einer Vertreterversammlung 34
4. Unzulässige Bewerbung eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes: Unterlassungsanspruch der KV 35

VII. Verschiedenes/Verfahrensrecht/Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen 35
1. Einstweiliger Rechtsschutz gegen Honorarrückforderung nicht für Vergangenheit 36
2. Rechtsmissbräuchliche Untätigkeitsklage nach Erfüllung eines Auskunftsersuchens 36
3. Verfahrensdauer: Ruhensanordnung bewirkt keine unangemessene Verzögerung 37
4. EHV: Änderung des Anspruchssatzes ist keine sachlich-rechnerische Berichtigung 37

VIII. Streitwert/Rechtsanwaltsvergütung 37
1. Keine Streitwertanpassung nach Ablauf der Sechs-Monatsfrist (Vorläufiger Rechtsschutz) 37
2. Geschäftsgebühr von mehr als 1,3-fach nach Nr. 2300 RVG VV (Richtgrößenverfahren) 38

IX. Bundessozialgericht (BSG) 38
1. Honorarverteilung 38
a) Konvergenzvereinbarung Baden-Württemberg (2009) rechtswidrig 38
b) Unterdurchschnittlich abrechnende Praxen/Aufbaupraxis 38
2. Zweigpraxis u. Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen 39
3. Disziplinarrecht: Ruhen der Zulassung wegen zeitbezogener implausibler Honorarabrechnung 39
4. Berichtigung: Nebeneinanderberechnung von Ordinationskomplex und Gesprächsleistung 40
5. Wirtschaftlichkeitsprüfung 40
a) Beratung/Substantiierung von Praxisbesonderheiten: Betreuung von Pflegeheimpatienten 40
b) Anraten einer Widerspruchsrücknahme vor dem Beschwerdeausschuss 40
6. Zahnarzt haftet nach Kickbackzahlungen für Laborgewinn gegenüber Krankenkasse 41

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT 41

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung 41
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 41
a) Behandlung mit einer Kopforthese (Helmtherapie) 41
aa) Kein Leistungsanspruch/Telefonische Zusage 41
bb) Helmtherapie keine GKV-Leistung 41
cc) Kopforthese Teil einer Helmorthesenbehandlung 41
b) Gerät zur kontinuierlichen Glukosemessung 42
c) Optische Cohärenztomographie (Nichtzulassung der Berufung) 42
2. Wachstumshormontherapie mit Humatrope® 43
3. Enzymtherapie mit dem Arzneimittel Myozyme bei Morbus Pompe 43
4. Implantologische Leistungen 43
a) Keine „generalisierte“ Nichtanlage von Zähnen bei 14 Zähnen/Medizinische Gesamtbehandlung 43
b) Pathologisch veränderter Würgereiz/Wiederherstellung der Kaufunktion 44
5. Vorläufige Übernahme der Behandlungskosten bei drohendem Verlust der Sehfähigkeit 44
6. Keine Glaubhaftmachung für Anspruch auf Hyperthermiebehandlung bei fehlendem Attest 45

II. Kostenerstattung 45
1. Ersatzweises Einbringen neuer Implantate nach Explantation fehlerhaft hergestellter Brustimplantate 45
2. Unaufschiebbarkeit einer Leistung 45

III. Stationäre Behandlung 46
1. Nur Maßstab der evidenzbasierten Medizin (Liposuktion) 46
2. Fehlende Berechtigung der Klinik für Krankheitsbild 46
3. Behandlung in einem sog. Diabetes-Dorf 47
4. Brustverkleinerungsoperation 47
a) Brustverkleinerung zur Bekämpfung der Auswirkungen eines Lipödems 47
b) Zur Behandlung orthopädischer Leiden 47
c) Psychische und orthopädische Beschwerden 47
d) PKH: Beschwerde gegen nachträgliche Ablehnung 48
5. Keine chirurgische Brustaufbauplastik aus ästhetischen Gründen 48
6. Transsexualität: Eingriff in gesunden Körper/Psychotherapie nicht vorrangig 48
7. Adipositaschirurgische Maßnahme: Keine anderweitigen, nicht operativen Behandlungsalternativen 49
8. Hautstraffungsoperation an beiden Oberarmen und Oberschenkeln 49

IV. Kranken-/Rehabilitationsbehandlung im Ausland 49
1. Rehabilitationsmaßnahme im Rehabilitationszentrum Truskawetz (Prof. Dr. Kozijavkin) 49

V. Arzneimittel 50
1. Off-Label-Use: Avastin für juxtapapilläre chorioidale Neovaskularisation am Auge 50
2. Repamun plus bei amyotropher Lateralsklerose: Keine wissenschaftlichen Erkenntnisse 50

VI. Hilfsmittel/Heilmittel 50
1. Tandem: Allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens 50
2. Elektro-Antrieb für Faltrollstuhl: Fahrtauglichkeit im Hausbereich 50
3. Elektrisch betriebene Treppensteighilfe für einen Rollstuhl 51
4. Toilettenlifter 51
5. Versorgung mit einem mobilen Sauerstoffkonzentrator 51
6. Sowohl stationär wie auch mobil einzusetzendes Flüssigsauerstoffsystem 52
7. Blindenführhund: Gebrauchsvorteile gegenüber Blindenlangstock 52
8. Hörgeräteversorgung: Krankenkasse muss Alternativen aufzuzeigen 52

VII. Häusliche Krankenpflege/Reha-Maßnahmen/Zuzahlungen/Sonstiges 53
1. Häusliche Krankenpflege 53
a) Wohngemeinschaft ist geeigneter Ort 53
b) Häusliche Krankenpflege bei Eingliederungshilfe für betreute Wohnmöglichkeit 53
2. Pflicht zum Leistungsantrag: Entfallen der aufschiebenden Wirkung von Rechtsbehelfen ex tunc 53

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern/Arzneimittelherstellern 54
1. Krankenhäuser 54
a) Vergütungsanspruch/Fälligkeit 55
aa) Fehlende Mitwirkung des Versicherten bei Aufklärung über Versicherungsverhältnis 55
bb) Datenübermittlung und Prüfverfahren 55
cc) Fehlerhafte Hauptdiagnose schließt Sechs-Wochen-Frist nicht aus 56
dd) Aufrechnung 1 Jahr nach Begleichung einer Krankenhausrechnung ohne MDK-Prüfung 56
ee) Überprüfung der Krankenhausabrechnung auch nach Ablauf eines vollen Geschäftsjahres 57
ff) Zulässigkeit der Beschränkung des Prüfverfahrens durch Krankenkasse 57
gg) Verkürzung der vierjährigen Verjährungsfrist ist zulässig 57
hh) Keine Verwirkung bei „verdeckt unschlüssiger" Abrechnung (Extrakorporale Stoßwellentherapie) 58
ii) Mitteilungspflicht auch für Leistungen zur medizinischen Frührehabilitation 58
b) Fallpauschalen 59
aa) Zusammenfassung mehrerer Krankenhausaufenthalte zu einem Behandlungsfall: Beurlaubung 59
bb) Wiederaufnahmefall i.S.d. § 2 II Nr. 2 FPV 2007 59
cc) Voraussetzungen zur Abrechnung von Beatmungsstunden 59
dd) Maskenbeatmung: Zeiten zwischen den Beatmungen sind hinzuzurechnen 60
ee) Ursachenbeziehung zwischen Krankheit und Sekundärkode 60
ff) Neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Transportentfernung (DRG B70C) 60
c) Aufwandspauschale 61
aa) Anlass zur Einleitung einer MDK-Einzelfallprüfung: Fehlende Schlüssigkeit 61
bb) Prüfung des zweiten stationären Aufenthalts einer Fallzusammenführung 61
cc) Freiwillige Teilnahme am Prüfverfahren trotz Erweiterung 61
d) Kein Eilrechtsschutz bei Abrechnungsstreitigkeiten im Krankenhauswesen 61
2. Apotheker 62
a) Vergütungsanspruch setzt vertragsärztliche Verordnung voraus 62

b) Kenntnis des Apothekers von Bedeutung der Arztnummer auf vertragsärztlicher Verordnung 62
c) Keine Missachtung einer Rabattvereinbarung bei detaillierter Verordnung des Arztes 63
d) Zulässigkeit einer Vereinbarung über Abschlag bei Abgabe von Zytostatika 63
3. Anpassung des Festbetrages: Gruppe „Antianämika“ 64
4. Kein Auskunftsanspruch einer Orthopädietechniker-Innung über Verträge 64
5. Erbringer von Heilmitteln: Keine Informationspflicht der Krankenkasse über Vertragsänderungen 65
6. Häusliche Krankenpflege 65
a) Beitritt zum Rahmenvertrag endet mit Beendigung des Rahmenvertrags 65
b) Einstweiliger Rechtsschutz trotz Schiedsverfahrens nur im Ausnahmefall 65
7. Krankentransportunternehmer: Ausreichende Angaben für genehmigungsfreien Transport 66

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen 66
1. Elektronische Gesundheitskarte 66
a) Weitere Benutzung der Krankenversichertenkarte 66
b) Weitere Benutzung/Freiwillige Angaben verfassungsgemäß 67
2. Anerkennung als DMP-Versicherungszeit setzt vollständige ärztliche Dokumentation voraus 67
3. Vorschlagsliste zu Sozialwahlen: Begrenzter Anteil der Bediensteten 67
4. Erstattungsstreitverfahren 68
a) Unzulässiger Rechtsausübung nach Beratungsfehler 68
b) Bindung des Leistungsträgers an wirksame Entscheidung eines anderen Trägers 68
c) Keine Kostenerstattung für Kopfpauschale (Gesamtvergütung) nach Mitgliederwechsel 68
d) Erstattungspflicht nach dem BVG: Allgemeine Zweckidentität und Leistungsvoraussetzung 69

X. Gemeinsamer Bundesausschuss 69
1. Rückruf einer Patientenvertreterin durch Entsendeorganisationen 69

XI. Verfahrensrecht 70
1. Einstweiliger Rechtsschutz: Keine Beschwerde unterhalb des Berufungsstreitwerts 70

XII. Bundessozialgericht (BSG) 70
1. Zahnersatz: Festzuschusserhöhung 70
2. Auslandsbehandlung: „Methode Kozijavkin“/Grundrechtsorientierte Auslegung 70
3. Hilfsmittelverzeichnis: Voraussetzungen für die Streichung von Hilfsmitteln 71
4. Krankenhäuser 71
a) Nicht dem allgemeinen medizinischen Standard entsprechende Behandlungsmethode 71
b) Vergütung nachstationärer Behandlung 71
c) Beginn der Sechs-Wochen-Prüffrist bei ambulant durchführbaren Operationen 71

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE 72

I. Ärztliches Berufsrecht 72
1. Widerruf und Ruhen der Approbation 72
a) Widerruf der Approbation 72
aa) Verurteilungen wegen Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz 72
bb) Heimliche Fotoaufnahmen von nahezu unbekleideten Patientinnen 72
cc) Freiheitsstrafe wegen Abrechnungsbetrugs 72
dd) Betrügerisches Verhalten 73
ee) Verurteilung wegen Steuerhinterziehung/Berufsausübungserlaubnis 73
b) Anordnung des Ruhens der Approbation 74
aa) Einleitung staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen wegen Verdachts sexuellen Missbrauchs 74
bb) Verschreibung von Betäubungsmitteln: Sofortige Vollziehung und Verhältnismäßigkeit 74
cc) Aufhebung einer Ruhensanordnung bei Alkoholabhängigkeit: Abstinenz von 6 Monaten 74
2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen 75
a) Ermächtigung zur Weiterbildung für intensivmedizinische Versorgung neurologischer Patienten 75
b) Weiterbildungsbefugnis für Neonatologie: Mindestfallzahlen 75
c) Zulassung zur Facharztprüfung mit Berufserlaubnis 75
d) Erwerb der Zusatzbezeichnung „Andrologie“ 76
e) Ärztliche Ausbildung in Russland/Erlaubnis zur vorübergehenden Berufsausübung 76
f) Italienisches Diplom ohne Abschlussprüfungen 76
3. Kostenumlage für den Notfalldienst nach Strukturreform Westfalen-Lippe rechtmäßig 77
4. BVerwG: Approbation als Zahnarzt berechtigt nicht zum Unterspritzen von Falten 77
5. Schilddrüsen-Op innerhalb des Fachgebiets HNO-Heilkunde 78
6. Vertragsrecht 78
a) BGH: Kein Beweisverfahren über entgangenen Praxisgewinn 78
b) BGH: Anspruch auf Herausgabe handschriftlicher Aufzeichnungen gegenüber Lehranalytiker 78
c) BGH: Insolvenzverfahren/Wirksamkeit der Vorausabtretung von Honorarforderungen 79
d) Rücktritt vom Praxiskaufvertrag bei Zugriff Dritter auf Patientenkartei 79

e) Unterlassungsverpflichtung in Gemeinschaftspraxisvertrag nach Ausscheiden 80
7. Außerordentliche Kündigung seitens einer privatärztlichen Verrechnungsstelle 80
8. Insolvenzanfechtung: Anfechtbarkeit des Pfändungspfandrechts an künftigen Honoraransprüchen 80
9. Wettbewerbsrecht 80
a) Kooperations- und Vermittlungsvertrag: Entgelt für Zuweisung von Patienten 80
b) Kostenloses Angebot eines Fahrdienstes einer Augenklinik 81
c) Unzulässige Werbung mit verkürztem Versorgungsweg: Nichtteilnahme aller Krankenkassen 81
d) Verweisung des Patienten an einen bestimmten Hörgeräteanbieter 81
e) Werbung für eine Behandlung von Falten und Anti-Aging durch Botulinum-Unterspritzungen 82
f) Irreführende Werbung für osteopathische Behandlung mangels Wirksamkeitsnachweises 82
g) Werbung für Zahngesundheitsprogramm als deutschlandweit „einziges Vollprogramm“ 82
10. Information von Jugendamt und Landeskriminalamt bei Verdacht einer Kindesmisshandlung 83
11. Strafrecht 83
a) BVerfG: Durchsuchung wegen des Verdachts des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse 83
b) BGH: Substitutionsarzt und Eigenverantwortung drogenabhängiger Patienten 84
c) Fahrlässige Tötung: Arzt im Praktikum spritzt oral zu verabreichendes Medikament 84
12. Arbeitsrecht 85
a) Anstellungsverhältnis nur auf vertraglicher Grundlage 85
b) Außerordentliche Kündigung eines Chefarztes: Nebentätigkeit als Vertragsarzt 85
c) Änderungskündigung eines Chefarztes: Teilverlust des privaten Liquidationsrechts 86
13. Ärzte-Portal 86
a) Notenbewertungen als Meinungsäußerungen/Kein Löschungsanspruch 86
b) Patient darf mehr als ärztliche Leistung bewerten 86
14. Unterlassungsanspruch gegen Admin-C einer niederländischen Domain 86
15. KV/KBV 87
a) KV: Keine Deliktshaftung neben sachlich-rechnerischer Berichtigung 87
b) Fristlose Kündigung des Geschäftsbereichsleiters „Haushalt und Finanzen“ der KBV 87
16. Versorgungswerk 88
a) Tätigkeit in kinderpsychologischer Forschung ist beitragspflichtig 88
b) Anerkennung einer Beitragsschuld durch Zahlung/Hemmung der Verjährung 88

II. Arzthaftung 88
1. Bundesgerichtshof (BGH) 88
a) Keine Amtshaftung/Befunderhebungsfehler/Haftung für Konsiliararzt 88
b) Fenstersturz eines Patienten einer geschlossenen psychiatrischen Station in Suizidabsicht 89
c) Haftungsumfang im Falle eines Gesundheitsschadens (hypoxischer Hirnschaden) 89
d) Aufklärung über Fortsetzung der konservativen Therapie neben Implantation des Spinalkatheters 89
e) Widersprüchliche Gutachten und Bindung des Berufungsgerichts/Mitwirkung des Patienten 89
2. Behandlungsfehler 90
a) Leitlinien ersetzen kein Sachverständigengutachten (hier: CT nach einem ischämischen Infarkt) 90
b) Abweichen von Richtlinien einer Fachgesellschaft (Gynäkologie und Geburtshilfe) 90
c) Haftung des Hausarztes für Fehleinschätzung des konsultierten Facharztes 90
d) Beweisfolgen verschwundener MRT-Aufnahmen im Arzthaftungsprozess/Schmerzensgeld 91
e) Absehen von weitergehender Diagnostik bei klarem Krankheitsbild 91
f) Diagnoseirrtum: Peripartale Kardiomyopathie als banaler Infekt 91
g) Dopplersonographie zum Nachweis einer peripheren Arterienverschlusserkrankung 92
h) Grober Behandlungsfehler: Gipsschiene entgegen Vorgaben der chirurgischen Literatur 92
i) Bruch eines Kirschnerdrahtes/Stellung eines MDK-Gutachters 92
j) Kein Rückschluss von einer Sepsis auf Missachtung hygienischer Standards 92
k) Unterlassung einer Thromboseprophylaxe kein ärztlicher Fehler 93
l) Verspätete Diagnose von Brustkrebs: Unauffällige Tast- und Sonografiebefunde 93
m) Dialysepflichtige Nierenerkrankung nach Hormontherapie bei Prostatakrebs 93
n) Indikation für Bandscheiben-Op/Verletzung der Dura (Rückenmarkshaut) kann unvermeidbar sein 93
o) Beweislast bei Spondylodiszitis nach einer Bandscheibenoperation 94
p) Indicis-Plastik bei einer auf Degeneration beruhenden Ruptur der Indicis-Sehne 94
q) Umstellungsosteotomie in Kniegelenk/Aufklärung (Schlittenprothese) 94
r) Erstimplantation einer Hüfttotalendoprothese mit Keramikbestandteilen 94
s) Unzureichende Kontrolle einer bestehenden Infektion 95
t) Infektion nach operativer Entfernung der Gebärmutter 95
u) Infektion mit Noro-Viren nach Leistenbruch-Op einer Dreijährigen 95
v) Beweislast für einen Verstoß gegen Hygienestandards 95
w) Lagerungsschaden: Lagerung des Kopfes auf einem Kopfring mit Gelkissen 95
x) Sturz einer Patientin aus dem Krankenbett 96
3. Aufklärung/Einwilligung 96
a) Kein Nachweis eines ursächlichen Behandlungsgeschehens 96
b) Einwilligung zur Blutentnahme mit Diagnostik umfasst HIV-Test 96
c) Keine Aufklärung über nicht als Standard anerkannte Methode 97
d) Computergestützte Implantation einer Hüftgelenkstotalendoprothese (CASPAR) 97

e) Aufklärung über alternative Methoden der Knochenentnahme 97
f) Eingriffs- und Risikoaufklärung durch Medizinstudenten im praktischen Jahr 97
g) Versorgung in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung/Verlegung 98
h) Aufklärungsumfang bei einer medizinisch nur relativ indizierten Laseroperation 98
i) Chefarztbehandlung und Vertreterregelung 98
j) Unwirksame Einwilligungserklärung bei unangekündigter Operation durch Chefarztvertreter 98
4. Sachverständige 99
a) Haftung des Sachverständigen 99
aa) Fehlender Nachweis über Tatsachen einer Aufklärungspflichtverletzung 99
bb) Ausschöpfung von Einwendungen und Rechtsmitteln 99
b) Mündliche Informationen haben nicht Qualität eines Privatgutachtens 100
c) Besorgnis der Befangenheit: Versäumung der Frist für einen Ablehnungsantrag 100
5. Amtshaftung: Ausübung eines öffentlichen Amtes durch einen Durchgangsarzt 100
6. Sturzunfall des Patienten während des Heimtransports nach der Entlassung 101
7. Keine Hemmung der Verjährungsfrist bei Widerspruch zu Verfahren vor der Gutachterkommission 101
8. Unterlassungsanspruch auf Observation gegen Haftpflichtversicherung 101
9. Befangenheit einer Kammervorsitzenden nach Ablehnung einer Terminsverlegung 101
10. Zahnärztliche Behandlung 101
a) Zahnbeschwerden im Oberkieferfrontbereich: Vitalitäts- und Perkussionsprüfung erforderlich 101
b) Geeignete Röntgenaufnahmen nach Sturz mit zwei Platzwunden 102
c) Umfang eines Schadensersatzanspruchs: Anrechnung der Honorarersparnis bei Erstbehandlung 102
d) Schmerzensgeldbemessung bei fehlerhafter Implantatversorgung 102
e) Reichweite eines haftungsrechtlichen Feststellungsurteils 102

III. Arzneimittel/Hilfsmittel/Heilmittel 103
1. Bundesgerichtshof (BGH) 103
a) Arzneimittelwerbung in einer Google-Adwords-Anzeige: Elektronischer Verweis zu Pflichtangaben 103
b) Angaben auf äußerer Umhüllung eines Arzneimittels mit Werbecharakter 103
c) Medizinprodukt: Ausrichtung auf medizinischen Zweck 103
d) Strafbarkeit des Inverkehrbringens von Arzneimitteln zu Dopingzwecken im Sport 104
aa) Placebos als Arzneimittel/Falsch gekennzeichnete Arzneimittel/Vollendung der Tat 104
bb) Verwendung von Anabolika zur Leistungssteigerung beim Bodybuilding/Blankettstrafnorm 104
2. Apothekenrecht 104
a) Widerruf der Approbation 104
aa) Verurteilung wegen gefährlicher Körperverletzung 104
bb) Unzuverlässigkeit wegen langjähriger Säumnis der Steuerschulden 104
cc) Kein vorbeugender Rechtsschutz gegen drohenden Widerruf der Apothekenerlaubnis 105
b) Apothekenbetriebserlaubnis: Widerruf der Apothekenbetriebserlaubnis wegen Steuerhinterziehung 105
c) BVerwG: Kein Verkauf von Magnetschmuck in der Apotheke 105
d) Ausschluss des Widerrufsrechts im Versandhandel zulässig 105
e) Abgabe von aus dem EU-Ausland bezogenen Arzneimitteln in einer inländischen Apotheke 105
f) Kein Anspruch eines Apothekers auf behördliches Einschreiten bei mangelnder Substantiierung 106
3. Strafbarkeit der Auslieferung von Hilfsmitteln durch Ärztedepots 106
4. Unterlassungsanspruch ggüb. Empfehlungen risikobehafteter Medizinprodukte (Brustimplantate) 106
5. Versagung der arzneimittelrechtlichen Nachzulassung: Begründungsmangel („AHP 200“) 107
6. Wettbewerbsrecht 107
a) Unzulässige gesundheitsbezogene Angaben für sog. Botanicals 107
b) Werbung für ein Bach-Blütenprodukt mit gesundheitsbezogenen Angaben 107
c) Mundspüllösung als zulassungspflichtiges Funktionsarzneimittel 107
d) Irreführende Werbung für Laser-Geräte: Low-Laser-Therapy oder Midlaser-Therapie 108
e) Irreführende Werbung für Kinesio-Taping mit ungesicherten Wirkungsbehauptungen 108
7. Beihilfe 108
a) Keine Beihilfe für Permanent-Make-Up bei Haarverlust einer Polizeibeamtin 108
b) Keine Beihilfe für Medizinprodukt „Go-On“ (Fertigspritzen mit Hyaluronsäure als Injektionslösung) 108
c) Fertigspritzen „Suplasyn“ nicht beihilfefähig 108
d) Beschränkung krankengymn. Behandl./Höchstbetragsregelung für manuelle Lymphdrainage 109
e) Mehrere Heilbehandlungen für mehrere Diagnosen 109

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe 109
1. Schickschuld: Verpflichtung zur Herausgabe einer Kinderleiche nach durchgeführter Obduktion 109
2. Private Krankenversicherung 110
a) Protonentherapie zur Behandlung eines Prostatakarzinoms 110
b) Hyperthermiebehandlung bei einem ausgedehnten Bronchialkarzinom ungeeignet 110
c) Sachverständigenladung/Alternative Behandlungsmethode (Immunbehandl. mit dendrit. Zellen) 110
d) Abrechenbarkeit einer Probeexzision (Nr. 2402 GOÄ) 110
e) Anrechnung hälftigen Kostenersatzes für künstliche Befruchtung 111
f) Keine Abrechnung einer Sachkostenpauschale im Rahmen einer Dialysebehandlung 111
g) Hörgeräteversorgung und berufliche Besonderheiten 111

h) Auslandskrankenrücktransportversicherung: Keine Beschränkung auf Kostenerstattung 111
i) Selbstbehalt: Verrechnungsabrede im Krankenversicherungsvertrag 112
j) Heilbehandlung bereits fehlender Zähne beginnt mit Befunderhebung 112
3. Beihilfe 112
a) Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) 112
aa) Heterologe In-vitro-Fertilisation beihilfefähig 112
bb) Bundeswehrsoldatin: Anspruch auf Kostenübernahme für künstliche Befruchtung 113
b) Keine Beihilfefähigkeit einer Augenoperation bei nur gering beeinträchtigter Sehschärfe 113
c) LASIK-Operation 113
d) Beihilfefähigkeit einer interstitiellen Brachytherapie zur Behandlung eines lokalen Prostatakarzinoms 113
e) Abrechnung neben einer Implantation einer zementierten Knietotalendoprothese 114
f) Psychotherapie: Erstbericht keine schriftliche Äußerung mit ungewöhnlichem Aufwand 114
g) Ambulante psychotherapeutische Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz 114
h) Keine Psychotherapie durch Heilpraktiker 114
i) Belegarzt: Ausschluss von Doppelerstattungen der Sachkosten 115
j) Durchführung der Rehabilitation vor Anerkennung 115
k) Aufwendungen für Fahrten zu Kontrolluntersuchungen (Leukämieerkrankung) 115
l) Ausschluss der Beihilfefähigkeit bei Kostenerstattung nach dem SGB V 115
m) Stationäre Behandlung 115
aa) Beihilfefähigkeit gesondert in Rechnung gestellter ärztlicher Leistungen 115
bb) Mehrwertsteuer bei der Vergleichsberechnung nicht gesondert beihilfefähig 116
n) Zahnärztliche Behandlung 116
aa) Überschreitung des Schwellenwertes: Patientenbezogene Umstände 116
bb) Keine Beihilfe für Implantate auch bei kontraindizierter Brückenversorgung 116
cc) Beihilfefähigkeit implantologischer Leistungen: Nichterhaltungsfähiger Restzahnbestand 117
dd) Voranerkennungsverfahren für Implantatversorgung 117
ee) Zahnimplantate: Vorlage eines Kostenvoranschlags und einer Anerkennung 117

V. Verschiedenes 117
1. Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte (EMGR) 117
a) Verweigerung nicht zugelassener Medikamente gegen Krebs 117
b) Keine Entlassung aus Sicherungsverwahrung bei Verweigerung einer Therapie 118
c) Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus 118
2. Europäischer Gerichtshof (EuGH) 119
a) Apothekenzulassung nach starren demografischen Kriterien unzulässig 119
b) Verbot, Arzneimittel in einer Verkaufsstelle für parapharmazeutische Produkte zu verkaufen 119
3. Bundesverfassungsgericht (BVerfG) 119
a) Amtsenthebung einer ehrenamtlichen Sozialrichterin: Grobe Amtspflichtverletzung 119
b) Prozesskostenhilfe vor Einlegung des Rechtsbehelfs 120
c) Anordnung der Fortdauer der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus 120
d) Medizinische Zwangsbehandlung eines Untergebrachten mit Neuroleptika 121
e) Zulässigkeit einer Verfassungsbeschwerde: Anhörungsrüge bei möglichem Gehörsverstoß 121
f) Überlange Dauer eines Zivilprozesses: Reichweite des Richterspruchprivilegs (§ 839 II BGB) 122
4. BSG: Anspruch eines Behinderten (Asperger-Syndrom) auf barrierefreie Kommunikation 122
5. Bundesgerichtshof (BGH) 123
a) Gehörsverletzung durch Nichtverwertung zur Beweiswürdigung gehaltenen Vortrags 123
b) Keine unangemessene Verfahrensdauer eines amtsgerichtlichen Strafverfahrens 123
c) Kostenvergleich bei Factoring ärztlicher Honorarforderungen 123
6. Bundesfinanzhof (BFH) 124
a) Entschädigungsklage: Beschränkung d. Rechtsfolgenausspruchs auf Feststellung der Verzögerung 124
b) Unangemessene Dauer eines finanzgerichtlichen Klageverfahrens 124
7. Krankenhäuser 125
a) BVerwG: Mehrleistungsabschlag/Schiedsstelle und Verwaltungsrechtsweg 125
b) Beschränkung einer Landesbehörde bei Überprüfung einer Schiedsstellenentscheidung 125
c) Krankenhausleistungen durch nicht angestellte Ärzte 125
d) Klinikkrankenschwester trotz freiem Mitarbeitervertrag in abhängiger Beschäftigung 126
e) Aufnahme eines bloß im Entwurfsstadium existierenden Krankenhauses in den Krankenhausplan 126
f) Wettbewerbsverstoß durch Verlagerung des sog. Kühlmanagements auf Bestattungsunternehmen 126
g) Vorläufiger Rechtsschutz des Konkurrenten im Krankenhausplanungsrecht 126
8. Rettungsdienst 127
a) Genehmigung qualifizierter Krankentransporte 127
b) Ausnahmen vom Notarztaufenthaltsort: Keine Bindung an Einvernehmen der KV 127
c) Entgelte für die Heranziehung der Berufsfeuerwehr im Rahmen der Landrettung 127
9. Hebammen: Unzulässiges Wettbewerbsverbot in „Vertrag über freie Mitarbeit“ 128
10. Rentenversicherungspflicht selbständig tätiger Physiotherapeuten 128
11. Versicherungspflicht selbständiger Ökotrophologen: Tätigwerden auf Grund ärztlicher Versordnung 128
12. Irreführende Werbung für kostengünstigen Zahnersatz aus Philippinen 128
13. Zahlung einer Aufwandsentschädigung an Blutspender 129

14. Abrechnungsbetrug durch nicht vertragsgemäß durchgeführte Pflegekurse 129
15. Therapiebescheinigung als Gesundheitszeugnis 129
16. Heilpraktiker 130
a) Erteilung einer beschränkten Heilpraktikererlaubnis für Psychotherapie 130
b) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut: Heilpraktikererlaubnis für Psychotherapie 130
c) Voraussetzungen einer auf Physiotherapie beschränkten Heilpraktikererlaubnis 130
d) Heilpraktikerprüfung: Ausreichende medizinische Kenntnisse 131
17. Impfschaden: Zusammenhang zwischen Hepatitis-B-Impfung und Guillain-Barre-Syndrom 131
18. Hörgeräteversorgung durch Rentenversicherungsträger 131
a) Keine ordnungsgemäße Anpassung der zuzahlungsfreien Geräte 131
b) Einstweilige Anordnung gegen erstangegangenen Rehabilitationsträger 132
c) Leistungsantrag: Übergabe der vertragsärztlichen Hörgeräteverordnung 132
d) Ursachenzusammenhang zwischen Ablehnung und entstandenen Kosten 132
19. Keine Fortführung ambulanter Langzeitpsychotherapie als Rehaleistung 132
20. Blindengeld: Zweifel am Vorliegen von Blindheit 132
21. Opferentschädigungsrecht: Manipulation im Vaginalbereich während ärztl. Ultraschalluntersuchung 133
22. Schadensersatz bei Verbrühung eines demenzkranken Heimbewohners durch heißen Tee 133
23. Steuerrecht 133
a) Bundesfinanzhof (BFH) 133
aa) Körperschaftsteuerbefreiung für Abgabe von Zytostatika durch Krankenhausapotheke 133
bb) Körperschaft-/Gewerbesteuerbefreiung für Abgabe von Zytostatika durch Krankenhausapotheke 134
cc) Abweichende Angaben in Einkommensteuer- und Gewinnfeststellungserklärung 134
dd) Ermäßigter Steuersatz für Kapitalleistungen berufsständischer Versorgungseinrichtungen 134
ee) Steuerpflicht von Rentenabfindungen berufsständischer Versorgungswerke 134
b) Umsatzsteuer 135
aa) BFH: Zur Steuerbefreiung heilberuflicher Leistungen 135
bb) BFH: Umsatzsteuerfreiheit eines für KV betriebenen ärztlichen Notfalldienstes 135
cc) BFH: Steuerbefreiung setzt heilberufliche Qualifikation voraus/Krankenanstalt 135
dd) Laborarzt: Umsatzsteuerfreie Befundung von Gewebeproben 136
ee) Nichtraucherseminar ist umsatzsteuerfrei 136
ff) Unterkunft und Verpflegung für Begleitpersonen von Patienten umsatzsteuerpflichtig 136
c) Krankheitskosten als außergewöhnliche Belastungen: Biophysikalische Informations-Therapie 136

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT 137

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG 143

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.
REDAKTION: Dr. Cornelius Pawlita, Saarlandstraße 29, 35398 Gießen
e-mail: pawlita@web.de;
Telefon: 0641/201 776 oder 06421/1708-34 (SG Marburg);
Telefax: 0641/250 2801.
Die Leserschaft wird um Mithilfe bei der Erstellung des RID durch Einsendung von Urteilen aus der Instanzenpraxis direkt an die Redaktion (oder an die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V., Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin, Fax:030/4005-1795) gebeten.
Bezug: Der RID kann über die Mitgliedschaft in der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.**, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin (e-mail: gf@dgfkassenarztrecht.de; Tel: 030/4005-1750; PC-Fax:030/4005-27-1750; Fax:030/4005-1795) bezogen werden. Der Jahresbeitrag für natürliche Personen beträgt 60 €. Der RID erscheint viermal im Jahr.
Ältere Ausgaben sind z.T. über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar: **www.dg-kassenarztrecht.de**.
Nachdruck - auch auszugsweise -, Vervielfältigung, Mikrokopie, Einspeicherung in elektronische Datenbanken nur mit Genehmigung der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin.

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank **www.sozialgerichtsbarkeit.de** wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 17.02.2014 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 11.12.2013 - ***B 6 KA 4/13 R*** - sind die **Vorgaben, die der Bewertungsausschuss** für die Ermittlung der fachgruppenbezogenen **RLV im Quartal I/09** gemacht hat, rechtmäßig; lassen sich Vorgaben des Gesetzgebers tatsächlich nicht umsetzen, darf der Bewertungsausschuss aber deshalb nicht einfach seine Tätigkeit einstellen und keine Vorgaben für die RLV machen. Die KV konnte die **Förderung der kooperativen vertragsärztlichen Tätigkeit** in den Quartalen I u. II/09 auf fachgebiets- bzw. schwerpunktgleiche Kooperationen beschränken. Zu solchen Kooperationen gehört eine BAG aus Radiologen und einem Nuklearmediziner nicht. Nach BSG, Urt. v. 11.12.2013 - ***B 6 KA 6/13 R*** - muss ein RLV nicht so hoch sein, dass die **wesentlichen Leistungen** des Fachgebietes (hier: Augenheilkunde) rechnerisch in jedem Behandlungsfall mit den **Preisen der Euro-Gebührenordnung** zu vergüten sind; dies mag der Idealkonzeption des Gesetzes entsprechen, ist jedoch nicht durchweg realisierbar, wenn ‑ wie gesetzlich vorgegeben ‑ die tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen Grundlage der Berechnung der RLV sind. Das Grundsystem der Vergütung der Gesamtheit der vertragsärztlichen Leistungen mit einem (grundsätzlich) abschließend festgelegten Honorarvolumen in Form der im Vereinbarungswege mit den Krankenkassen bestimmten morbiditätsbedingten **Gesamtvergütungen** ist **nicht durchweg kompatibel** mit der Vorstellung, der Großteil der vertragsärztlichen Leistungen auf einem bestimmten Fachgebiet je Fall sei zwingend mit **festen Preisen** zu vergüten.

1. Vergütung ab Quartal II/09

a) Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 rechtmäßig

SG Magdeburg, Urteil v. 18.09.2013 - S 1 KA 36/10 **RID 14-01-1**

Sprungrevision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = NZS 2014, 118

SGB V §§ 73 I u. Ia, 87, 87a, 87b

Die **isolierte Anfechtung von Regelleistungsvolumina** (RLV) ist für Quartale vor BSG, Urt. v. 15.08.2012 - B 6 KA 38/11 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 1 = NZS 2013, 197 = MedR 2013, 331 = USK 2012-56 zulässig.

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 nebst den dazugehörigen Anl. 1 u. 2, welcher durch Teil B des Beschl. v. 17.10.2008 mit Wirkung zum 01.01.2009 abgeändert und ergänzt wurde, ist rechtmäßig. Es ist nicht zu beanstanden, dass die vorhersehbare morbiditätsbedingte **Gesamtvergütung** zunächst unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Fremdkassenzahlungsausgleich um die zu erwartende **Vergütung für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen** des Abschnitts 35.2 des EBM zu **bereinigen** war, anschließend die verbliebene Gesamtvergütung auf die Versorgungsbereiche der Hausärzte und der Fachärzte **aufzuteilen** war und erst danach die **weiteren Abzüge** getrennt nach Versorgungsbereichen vorgegeben wurden, um letztlich die jeweiligen versorgungsbereichsbezogenen Vergütungsanteile der Arztgruppen zu bestimmen, für die ein RLV festzusetzen war. Das Gesetz verbietet die gewählte Reihenfolge nicht; vielmehr hat der Erweiterte Bewertungsausschuss den Besonderheiten, die die in §§ 73 I u. Ia, 87 IIa SGB V gesetzlich vorgeschriebene Trennung in die Versorgungsbereiche mit sich bringt, Rechnung getragen.

Ohne Beanstandung bleibt auch die Formel in Nr. 1 der Anlage 2 zum Beschluss vom 27./28.08.2008, mit der die **Anteile der Versorgungsbereiche an dem Vergütungsvolumen** zu errechnen sind.

Weder die Fachärzte für **Diagnostische Radiologie** noch die Fachärzte für **Nuklearmedizin** weisen Besonderheiten auf, die den Erweiterten Bewertungsausschuss dazu hätten bewegen müssen, diese Arztgruppen von der Unterwerfung unter ein **RLV** auszunehmen.

Bei der individuellen Bestimmung des RLV kann der **Morbiditätsfaktor** ohne Berücksichtigung des **Geschlechts der Versicherten** bestimmt werden (vgl. SG Marburg, Urt. v. 06.10.2010 - S 11 KA 340/09 - RID 10-04-01; SG Berlin, Urt. v. 19.09.2012 - S 83 KA 399/11 - RID 12-04-1; SG Düsseldorf, Urt. v. 25.07.2012 - S 33 KA 115/09 - RID 13-01-1). Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat eine Beurteilung vorgenommen, die letztlich die Bewertung des geschlechtsspezifischen Faktors mit 1,0 zum Ergebnis hatte.

Das **Vorhalten eines offenen MRT** weist **keine Praxisbesonderheiten** auf. Dies ist keine fachliche Spezialisierung, sondern eine apparative Modernisierung. Weder benötigen die Ärzte eine besonders vereinbarte Qualifikation zur Abrechnung einer mittels offenem MRT durchgeführten Behandlung noch ist die Diagnostik im EBM gesondert ausgewiesen. Das offene MRT ist eine Behandlungsvariante, die für die Patienten, insbesondere diejenigen mit klaustrophobischen

Einschränkungen, schonender und komfortabler ist. Mit dem erzielten apparativen Fortschritt ist nicht zugleich eine fachärztliche Spezialisierung einhergegangen (ähnl. SG Marburg, Urt. vom 29.03.2012 - S 11 KA 405/10 - RID 12-02-3 zu einer zeitintensiven Myocardszintigraphie als Schwerpunkt der Praxistätigkeit).

Ein **Zuschlag für das Bestehen einer Berufsausübungsgemeinschaft** musste zunächst nicht berücksichtigt werden. Es war dem Erweiterten Bewertungsausschuss zuzugestehen, zunächst die Auswirkungen der Honorarreform ab 2009 in einem überschaubaren Zeitraum zu beobachten, um feststellen zu können, welche Besonderheiten von kooperativen Versorgungsformen in welcher Weise zu berücksichtigen sind.

Die Kl., eine Gemeinschaftspraxis mit drei Fachärzten für Radiologie, einem Facharzt für Nuklearmedizin und einem Facharzt Radiologie und Nuklearmedizin, verlangt von der Bekl. für das Quartal I u. II/09 zur Berechnung des vertragsärztlichen Honorars die Zuweisung höherer Regelleistungsvolumina. Das ***SG*** wies die Klage ab. Die **Rechtsfrage**, wie weit der Gestaltungsspielraum des Erweiterten Bewertungsausschusses bei der Bestimmung des Morbiditätsfaktors reicht, wenn die gesetzliche Vorgabe von der Berücksichtigung sowohl des Alters als auch des Geschlechts ausgeht, bedarf nach Auffassung des SG einer grundsätzlichen Klärung.

b) Ausnahme von der Abstaffelung des Fallwertes für Gefäßchirurgin

SG Marburg, Urteil v. 30.10.2013 - S 11 KA 132/12 **RID 14-01-2**

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 72/13 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V a.F. §§ 85 IV, 87b

Leitsatz: 1. Eine Sonderregelung zum **Regelleistungsvolumen** für eine anerkannte Praxisbesonderheit kann sich nicht nur auf eine Fallwerterhöhung beschränken, sondern muss auch die **Fallzahl** und die damit verbundene Frage der Ausnahme von der Abstaffelung des Fallwertes in den Blick nehmen.

2. Die Tätigkeit einer **Gefäßchirurgin**, die ausschließlich gefäßchirurgisch tätig ist und ihre Patienten konservativ und belegärztlich operativ versorgt, ist weder hinsichtlich der gewährten Fallwerte noch hinsichtlich der im Rahmen der Regelungen zur Abstaffelung des Fallwertes zugrunde gelegten Fallzahlen mit der Arztgruppe der Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie und für Neurochirurgie nach Anlage 1 zum HVV 2009 vergleichbar.

Die kl. Fachärztin für Gefäßchirurgie begehrte eine Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens und hierbei eine Ausnahme von der Abstaffelung des Fallwertes für das Quartal IV/09. Das ***SG*** verpflichtete die bekl. KV zur Neubescheidung. Aufgrund der rein gefäßchirurgischen Tätigkeit der Kl. hielt es das SG für naheliegend, die Kl. auch hinsichtlich der für die Fallwertabstaffelung maßgeblichen Fallzahl mit der Arztgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit zu vergleichen und zumindest insoweit eine Ausnahme von der Abstaffelung zu gewähren.

c) Keine Überprüfung des RLV im Honorarstreitverfahren bei Bestandskraft des Zuweisungsbescheids

LSG Sachsen, Urteil v. 20.03.2013 - L 8 KA 33/11 **RID 14-01-3**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 87b, 87c

Die in § 87b V SGB V a.F. vorgeschriebene **Zuweisung des RLV** erfolgt in Form einer eigenständigen Regelung und stellt daher einen Verwaltungsakt dar, der unabhängig vom Honorarbescheid anfechtbar ist. Aus der gesonderten Anfechtbarkeit folgt, dass ein Vertragsarzt, der die Zuweisung eines RLV hat bestandskräftig werden lassen, an diese Festsetzung gebunden ist und im **nachfolgenden Honorarrechtsstreit** nicht mehr deren Fehlerhaftigkeit geltend machen kann (so ausdrücklich BSG, Urt. v. 15.08.2012 - B 6 KA 38/11 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 1, juris Rn. 10).

Streitig ist die Höhe des vertragsärztlichen Honorars des kl. Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie im Quartal II/09. ***SG Dresden***, Urt. v. 19.05.2011 - S 11 KA 120/10 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück. ***BSG***, Beschl. v. 23.10.2013 - B 6 KA 34/13 B - juris wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

d) Bestandskraft des RLV gilt auch für RLV-Fallzahl/Bewusste Fallzahlausweitung

SG Marburg, Urteil v. 22.01.2014 - S 11 KA 461/12 **RID 14-01-4**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Ein Vertragsarzt, der die Zuweisung eines **RLV** hat **bestandskräftig** werden lassen, ist an diese Festsetzung gebunden und kann im nachfolgenden Honorarrechtsstreit nicht mehr deren Fehlerhaftigkeit geltend machen (vgl BSG, Urt. v. 15.08.2012 - B 6 KA 38/11 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 1 = NZS 2013, 197 = MedR 2013, 331 = USK 2012-56). Dies gilt auch für die zugrunde gelegte **RLV-Fallzahl**.
Ein **Ausnahmefall** zur Erhöhung der RLV-Fallzahl liegt nicht vor, wenn der Vertragsarzt für seine Leistungen durch das Verteilen entsprechender Faltblätter an Haushalte in einem weiten Umkreis seiner Praxis massive Werbeaktionen durchführt. Dies deutet erheblich darauf hin, dass es die eigene unternehmerische Entscheidung ist, eine **Praxisausweitung** zu betreiben, auch in Kenntnis der entsprechenden Abrechnungssystematik. Es ist dem RLV immanent, dass auf Grund der Rückbezüglichkeit auf das jeweilige Vorjahresquartal die Fallzahlsteigerung sich erst immer um ein Jahr versetzt in der Höhe des RLV wiederspiegelt. Dies ist keine Besonderheit der klägerischen Praxis, sondern trifft alle Vertragsärzte gleichermaßen.

Die Beteiligten streiten über eine Sonderregelung hinsichtlich der RLV-Fallzahlen für die Quartale II/11 bis III/12. Der Kläger, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, betreibt ein ambulantes Schlaflabor mit 16 Betten. Das ***SG*** wies die Klage ab.

2. Vergütung Quartale II/05 bis IV/08

a) Regelleistungsvolumina: Keine Annahme einer Spezialisierung wegen hoher Patientenzahl

LSG Hessen, Urteil v. 30.10.2013 - L 4 KA 6/13 **RID 14-01-5**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 61/13 B
SGB V § 85 IV

Die Regelungen des **RLV** nach § 5 III HVV KV Hessen für die Quartale I bis IV/08 sind rechtmäßig.
Die Erbringung von fachgruppentypischen Leistungen für eine **hohe Anzahl von Patienten** kann nicht zur Annahme einer Spezialisierung oder atypischen Praxisausrichtung führen (vgl. bereits LSG Hessen, Urt. v. 04.11.2009 - L 4 KA 99/08 - RID 10-01-15, juris Rn. 43).

Der kl. Facharzt für Allgemeinmedizin begehrte eine Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens für die Quartale I bis IV/08. ***SG Marburg***, Urt. v. 12.12.2012 - 11 KA 431/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Keine Schlechterstellung von Notfallleistungen im Krankenhaus (KV Hessen II/05)

LSG Hessen, Urteil v. 18.09.2013 - L 4 KA 34/12 **RID 14-01-6**
SGB V § 85 IV; GG Art. 3 I

Die Regelung in Nr. 2.3 der Anl. 1 u. 2 zu Ziff. 7.2 HVV verletzt das Gleichbehandlungsgebot. Der **Punktwert** für die **Notfallleistungen der Krankenhäuser** darf nicht um mehr als 10 % von der Vergütung im Bereich des organisierten Notfalldienstes der niedergelassenen Ärzte abweichen (vgl. BSG, Urt. v. 17.09.2008 - B 6 KA 46/07 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 8 = ZMGR 2009, 47). Im Quartal II/05 war dies der Fall mit einem Punktwert von 3,512 Ct. im Primär- und einem Punktwert von 3,526 Ct. im Ersatzkassenbereich (76,3 % bzw. 76,7 % von 4,6 Ct.).

SG Marburg, Urt. v. 18.04.2012 - S 12 KA 75/09 - RID 12-02- 25 verurteilte die KV antragsgemäß zur Neubescheidung, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

3. Sicherstellungszuschlag erst nach der Kappung auf den Grenzwert der Fachgruppe (I/05)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.05.2013 - L 11 KA 95/08 **RID 14-01-7**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V a.F. § 85 IV

Der Zuwachs von insgesamt 1.262.746,3 Punkten (991.594 Punkte <max. Punkte im Bemessungszeitraum> + 148.739,1 Punkte <infolge der 5 x 3 %-Steigerung gemäß § 7 HVM, § 13 HVV> + 122.413.2 Punkte infolge der Steigerung <10 % Steigerung wg. Steigerung des Leistungsbedarfs im Jahr 2004 gegenüber Leistungsbedarf im Bemessungszeitraum gemäß § 13 HVV>) ist jedoch auf den Durchschnitt der Fachgruppe in Höhe von 122.413,2 Punkte zu kürzen. Der Anspruch auf Punktezuwachs von 3 %, bzw. später 10 % gemäß § 7 HVM bzw. § 13 HVV, ist auf den **durchschnittlichen Punktzahlgrenzwert der Fach-/Untergruppe zu begrenzen**. Für die Fachgruppe der Allgemeinmediziner, zu der seit Einführung des HVM nach dessen Anhang zu § 7 (Rhein. Ärzteblatt 1/1996 S. 64 ff) auch die praktischen Ärzte gehören, legt § 7 IV HVV einen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert von 612.066 Punkten je Arzt fest, was bezogen auf die Klägerin, der zwei Ärzte dieser Arztgruppe angehören, einer Punktzahl von (2 x 612.066=) 1.224.132 Punkten entspricht.

Zu dieser Punktzahl ist noch der mit Bescheid von 2005 bewilligte **Sicherstellungszuschlag in Folge der Schließung der Praxis** Dr. C in Höhe von 115.319,2 Punkten hinzurechnen. Die Berücksichtigung des Sicherzustellungszuschlags kann **erst nach der Kappung auf den Grenzwert der Fachgruppe** erfolgen.

SG Düsseldorf, Urt. v. 20.08.2008 - S 14 KA 67/06 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., das Honorar für das Quartal I/05 unter Zugrundelegung eines Individualbudgets von 1.340.864,8 Punkten neu festzusetzen und ggf. nachzuzahlen, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

4. Haftung des aus Gemeinschaftspraxis ausgeschiedenen Arztes für Honorarüberzahlung

LSG Hessen, Urteil v. 18.09.2013 - L 4 KA 32/11 **RID 14-01-8**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 57/13 B

SGB V § 85 IV, IVa

Nach st. Rspr. des BSG hat zwar im Regelfall die Gemeinschaftspraxis Regresse wie auch etwaige Honorarkürzungen zu tragen, jedoch tritt neben die Verpflichtung (bzw. Haftung) der **Gemeinschaftspraxis** eine solche ihrer **Gesellschafter** (BSG, Urt. v. 09.02.2011 - B 6 KA 5/10 R - USK 2011-10, juris Rn. 22 f.; BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 6 Rn. 22; BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 26 Rn. 16 m.w.N.; BSG, Urt. v. 05.05.2010 - B 6 KA 21/09 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 57).

Aus der Befugnis jedes Praxispartners, eigenständig zu handeln, folgt zugleich, dass der oder die Mitgesamtschuldner weder als sog. notwendige Streitgenossen einbezogen noch notwendig **beigeladen** werden müssen (BSG, Urt. v. 03.02.2010 - B 6 KA 37/08 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 26, juris Rn. 16; BSGE 89, 90, 92 ff. = SozR 3-2500 § 82 Nr. 3 S. 5; vgl. auch BSG, Urt. v. 21.05.2003 - B 6 KA 33/02 R - MedR 2004, 172).

Ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch aus überhöhten Abschlagszahlungen kann gegenüber dem persönlich haftenden Gesellschafter auf der Rechtsgrundlage des § 50 II 1 SGB X analog grundsätzlich im Wege des **Verwaltungsakts** geltend gemacht werden (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 26.07.2013 - L 4 KA 4/12 - RID 13-03-12). Dies gilt auch für einen aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschiedenen **früheren Gesellschafter** (vgl. BSG, Urt. v. 20.03.2013 - B 6 KA 17/12 R - SozR 4-5540 § 48 Nr. 2, juris Rn. 28; BSG, Urt. v. 18.12.1996 - 6 RKa 66/95 - SozR 3-5545 § 19 Nr. 2 = BSGE 80, 1, juris Rn. 23). Entsprechend ist auch eine Regelungsbefugnis der KV durch Verwaltungsakt für den Fall der Rückforderung überzahlter Abschlagszahlungen anzunehmen.

Das Rechtsschutzbedürfnis für eine reine **Leistungsklage** ist zu bejahen, wenn unter Berücksichtigung der bisherigen Rspr. Zweifel bestehen, ob die Geltendmachung durch Verwaltungsakt der rechtlichen Nachprüfung standhalten wird (vgl. BSG SozR 1500 § 144 Nr. 21; BSGE 66, 176 = SozR 3-4100 § 155 Nr. 1; BSGE 66, 81= SozR 3-4100 § 145 Nr. 1). Aufgrund der früher noch nicht ausreichend geklärten Rechtslage bezüglich der Geltendmachung eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs

aus überzahlten Abschlagszahlungen gegenüber einem persönlich haftenden Gesellschafter sowie aus prozessökonomischen Gründen ist hier von einem Rechtsschutzinteresse für die Leistungsklage auszugehen.

SG Marburg, Urt. v. 23.03.2011 - S 12 KA 247/10 - RID 11-02-27 verurteilte den von der KV bekl. Arzt, an die klagende KV 41.387,09 € zu zahlen. Das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

5. Notfallvergütung: Keine Verrechnung einer Garantiepauschale ohne Rechtsgrundlage

SG Marburg, Urteil v. 15.01.2014 - S 12 KA 484/12 **RID 14-01-9**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 75 I, Notdienstordnung KV Hessen; GG Art. 20 III

Leitsatz: 1. Eine Notdienstordnung kann eine **Notdienstgemeinschaft** zur Festsetzung von **Garantiepauschalen** ermächtigen.

2. Eine KV-Verwaltung ist ohne Rechtsgrundlage nicht berechtigt, Teile der Notdienstvergütung für die Tage, an denen diese über der **Garantiepauschale** lag, mit der Garantiepauschale an den Tagen, an denen die erwirtschaftete ärztliche Vergütung unterhalb der Garantiepauschale lag, zu „**verrechnen**".

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

6. Insolvenzverfahren

a) Honoraransprüche gegen die K(Z)V nach „modifizierter" Freigabe durch Insolvenzverwalter

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 29.12.2013 - L 7 KA 51/11 **RID 14-01-10**

Revision anhängig: B 6 KA 45/13 R

juris

SGB V § 85 IV; InsO §§ 35 II u. III, 80 I, 91 I, 140 III; SGB I § 44 I; BGB §§ 185 II 1, 823, 826

Ein Vertrags(zahn)arzt, der seine künftigen **Honoraransprüche** im Voraus **abgetreten** hatte und über dessen Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet wurde, hat einen **Anspruch auf Auszahlung** des in der Zeit zwischen der Freigabe seiner vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit nach § 35 II InsO und einem später ergangenen Beschluss des Insolvenzgerichts über die Unwirksamkeit der Freigabeerklärung bereits an den Insolvenzverwalter geleisteten Honorars.

Die Erklärung des Insolvenzverwalters nach § 35 II 1 InsO bedeutet keine echte Freigabe, sondern ist eine einer Freigabe ähnliche Erklärung eigener Art bzw. **„modifizierte" Freigabe** (vgl. VGH Bayern v. 05.05.2009 - 22 BV 07.2776 - juris Rn. 31), die dem Gemeinschuldner die Fortführung seiner selbstständigen Praxis mit dem freigegebenen Praxisbetrieb ermöglichen soll, wobei der Erlös aus dieser Tätigkeit nach §§ 35 II 2, 295 II InsO weiterhin letztlich den Insolvenzgläubigern zugutekommen soll. Vorinsolvenzliche Abtretungen bzw. Pfändungen werden nicht wieder wirksam; diese Gläubiger bleiben vielmehr auf ihre Rechte als Gemeinschuldner beschränkt. Der Gemeinschuldner – und nicht der Insolvenzverwalter – ist wegen der Freigabe der selbstständigen Tätigkeit durch den Insolvenzverwalter Rechtsinhaber der Honorarforderung gegenüber der K(Z)V. Ein Beschluss der Gläubigerversammlung, dass der Insolvenzverwalter den Betrieb vorläufig fortführt, berührt die Freigabe nicht. Ein Beschluss des Insolvenzgerichts beseitigt die Wirksamkeit der Freigabeerklärung nicht ex tunc, sondern nur ex nunc. Der Honoraranspruch des Gemeinschuldners gegen die K(Z)V wird nicht durch deren Zahlungen an den Insolvenzverwalter erfüllt.

Vertrags(zahn)ärzte haben keinen Anspruch auf Verzinsung rückständiger Honorarforderungen (BSG, st. Rspr.) und damit erst Recht nicht auf Ersatz eines höheren **Verzugsschadens**.

SG Mainz, Gerichtsb. v. 02.09.2011 - S 2 KA 72/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., dem Kl. 50.699,88 € zu zahlen und wies im Übrigen - festzustellen, dass die Bekl. dem Kl. jeglichen materiellen und immateriellen Schaden zu ersetzen habe, der ihm aus dem Zahlungsverzug wegen des Honorars für die Zeit vom 01.10.2008 bis zum 31.03.2009 erwachsen sei und noch erwachsen werde, sowie die Bekl. zu verurteilen, dem Kl. seinen Verzugsschaden zu ersetzen, der ihm durch die Finanzierung der Forderung von 186,26 € durch Pfandkredit entstanden sei - die Berufung zurück.

b) Honorarzahlung an Schuldner nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens

SG Magdeburg, Urteil v. 25.09.2013 - S 13 KA 136/09 **RID 14-01-11**
SGB V § 85 IV; InsO §§ 35 I, 80 I

Vertrags(zahn)ärztliches Honorar, das sowohl **nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens** als auch **nach** der **Freigabe der einzelunternehmerischen Tätigkeit** der Schuldnerin festgesetzt und gezahlt wird, also nicht vor Eröffnung des Insolvenzverfahrens, gehört nicht zur Insolvenzmasse und kann vom Insolvenzverwalter gegenüber der K(Z)V nicht gefordert werden.

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

7. Zahnärzte

a) BEMA-Umstrukturierung 2004 rechtmäßig

LSG Sachsen, Urteil v. 02.10.2013 - L 8 KA 13/10 **RID 14-01-12**
(Zusammenfassung: http://files.vogel.de/iww/iww/quellenmaterial/dokumente/133333)
SGB V a.F. § 87 IId

Die Umstrukturierung des BEMA in Umsetzung des Auftrages in § 87 IId SGB V i.d.F. des GKV-GRG 2000 und dabei insb. die Absenkung der Punktzahlen für kieferorthopädische Leistungen war rechtmäßig.

b) Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen ab 2004 rechtmäßig

SG Magdeburg, Urteil v. 17.07.2013 - S 13 KA 109/09 **RID 14-01-13**
Sprungrevision anhängig: B 6 KA 2/14 R
juris
SGB V §§ 72 II, 85 IVb 1, 87 IId, IIh 2; GG Art. 3 I, 12 I 2

Die seit 2004 geltende **Differenzierung der Degressionsregelungen** des § 85 IVb SGB V zwischen Vertragszahnärzten und Kieferorthopäden ist rechtmäßig und mit Art. 12 I 1 i.V.m. Art. 3 I GG vereinbar (vgl. BSG, Urt. v. 16.12.2009 - B 6 KA 10/09 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 48).
Die **Absenkung** der für **Kieferorthopäden** geltenden **Degressionsstufen** stellt eine (naheliegende) Konsequenz aus der zeitgleichen Herabsetzung der punktzahlmäßigen Bewertung kieferorthopädischer Leistungen im BEMA-Z durch den Bewertungsausschuss dar.
Die **Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen** im BEMA-Z ab dem 01.01.2004 ist rechtmäßig. Die Methode, aus den eingeholten **Studien** einen Mittelwert zu bilden, ist nicht willkürlich, sondern gerade sachgerecht. Das Ergebnis der einzelnen Studien ins Verhältnis zu setzen und hieraus allgemeinverbindliche Schlüsse zu ziehen, ist am ehesten geeignet, den gesetzgeberischen Willen – nämlich auch unter Berücksichtigung der bisherigen Überbewertung kieferorthopädischer Leistungen eine gleichgewichtige Leistungsbewertung zu schaffen – zu realisieren.

Das ***SG*** wies die Klage eines Fachzahnarztes für Kieferorthopädie gegen die Honorarbescheide für die Quartale I/04 bis II/05, IV/05, I/06 und I bis III/07 ab.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 11.12.2013 - ***B 6 KA 14/13 R*** - ist ein Pathologe nicht berechtigt, in Fällen, in denen er das Ergebnis der pathologischen Untersuchung (auch) an Dritte – z.B. den Hausarzt des Patienten – übersandt hat, neben der **Versandpauschale** nach der Nr. 40100 EBM auch die Nr. 40120 EBM (Versendung von Briefen etc.) abzurechnen.

1. Bindung der KV an den Umfang einer Ermächtigung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 30.10.2013 - L 7 KA 106/11 **RID 14-01-14**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95 IV; SGB X § 31

Eine **KV** ist an den **Umfang einer Ermächtigung gebunden**. Dabei ist es unerheblich, ob der Zulassungsausschuss die Ermächtigung in einem Umfang erteilt hat, der ursprünglich möglicherweise rechtswidrig war und den weder die KV noch die Krankenkassen wollten, wenn die Ermächtigung **bestandskräftig** wurde. Selbst wenn die Rechtswidrigkeit eines Verwaltungsaktes offensichtlich sein

sollte, ist nicht der dadurch Begünstigte – hier: die Kl. –, sondern sind allenfalls die dadurch Belasteten – wie z.B. die Bekl. im hiesigen Fall – gehalten, eine Klarstellung oder Änderung, ggf. durch Einlegung von Rechtsmitteln, zu erwirken.

Die Kl. verfügte seit 1984 über eine auf § 6 Heimgesetz gestützte Erlaubnis zum Betrieb eines Krankenheimes mit 115 Plätzen für psychisch chronisch Kranke. In Berlin existierten – bundesweit einmalig – bis Mitte der 90er Jahre sog. **Krankenheime** zur Behandlung chronisch kranker pflegebedürftiger Menschen. Im Zusammenhang mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurden diese Krankenheime in **Pflegeheime umgewandelt** mit der Folge, dass die ärztliche Betreuung der Bewohner dem ambulanten Versorgungssektor zuzuordnen war. Da die Bewohner nicht nur pflegerischer Leistungen bedurften, sondern auch in nicht unerheblichem Umfang ärztlicher Betreuung, erhielten zahlreiche Pflegeheime, darunter auch das der Kl., eine Institutsermächtigung nach § 31 I Ärzte ZV zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. In diesem Zusammenhang wurde zwischen den Krankenkassenverbänden, der KV, der Berliner Krankenhausgesellschaft sowie dem Verband der Privatkrankenanstalten Berlin-Brandenburg e.V. die Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 geschlossen. ***SG Berlin***, Urt. v. 27.07.2011 - S 79 KA 27/08 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß, der Kl. die in den genannten Zeiträumen bei den Teilnehmern des psychosozialen Wohnprojekts, welche der gesetzlichen Pflege- und Krankenversicherung angehörten, erbrachten und abgeänderten Leistungen zu vergüten. Das ***LSG*** wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. dem Grunde nach verpflichtet wird, die in den Bescheiden genannten Behandlungsausweise abzurechnen.

2. Patientenbezogene Plausibilitätsprüfung

a) Berücksichtigung von sog. Vertreterfällen

SG Berlin, Urteil v. 28.08.2013 - S 22 KA 545/10 **RID 14-01-15**
Berufung anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 7 KA 81/13 -
SGB V § 106a; Ärzte-ZV § 33 II

Bei Prüfung einer **missbräuchlichen Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft** ist hinsichtlich des **Aufgreifkriteriums** von 20 % Patientenidentität auf die kleinere Praxis abzustellen (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 28.03.2007 - L 12 KA 216/04 - RID 07-04-23; SG Marburg, Urt. v. 05.12.2012 - S 12 KA 80/12 - RID 13-01-20, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 5/13 -).
Die KV ist verpflichtet, sich mit dem Einwand, es habe sich während des Zeitraums von annähernd vier Wochen tatsächlich um **Vertretungsfälle** gehandelt, auseinanderzusetzen.
Ob eine **Berücksichtigung von sog. Vertreterfällen** von vornherein ausscheidet, wenn diese als solche nicht gekennzeichnet sind (in diese Richtung argumentierend SG Marburg, Urt. v. 08.12.2010 - S 12 KA 30/10 - RID 11-01-13), kann offen bleiben. Jedenfalls kann der Hinweis auf eine falsche Codierung und fehlende Vertretungsanzeige aus Unkenntnis - statt Vertretungs- wurden Überweisungsscheine ausgestellt - nicht als bloße Schutzbehauptung abgetan werden, wenn dies bei der ersten Anhörung eingeräumt wird. Der Vorwurf des Missbrauchs lässt sich damit nicht begründen. Es bleibt nur die sachlich-rechnerische Berichtigung.
Zwar können die in einer Praxisgemeinschaft **aufeinander abgestimmten An- und Abwesenheitszeiten** der Ärzte grundsätzlich als Indiz dafür angesehen werden, dass die Praxen auf eine arbeitsteilige Behandlung der Patienten ausgerichtet sind. Dabei muss allerdings (zusätzlich) anhand der Gesamtumstände deutlich werden, dass sich die Praxisgemeinschaftspartner gezielt „freie Tage“ (bspw. zur Durchführung von Hausbesuchen) organisiert haben, um zugunsten der übrigen Mitglieder der Praxisgemeinschaft Vertretungsfälle abrechnen zu können (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 21.03.2012 - L 3 KA 103/08 - RID 12-03-28, juris Rn. 29 m.w.N.).

Die Fachärztin für Chirurgie klagte gegen eine Honorarberichtigung in Höhe von 2.200 € (brutto) wegen sog. Doppelbehandlungsfälle mit ihrem Praxisgemeinschaftspartner, einem Facharzt für Chirurgie. Das ***SG*** hob den Bescheid auf.

b) Anerkennung von 20 % (30 % bei fachübergreifenden Praxisgemeinschaften) gemeinsamer Patienten

SG Marburg, Urteil v. 29.01.2014 - S 12 KA 359/12, S 12 KA 360/12 **RID 14-01-16**

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

Leitsatz: § 11 Abs. 2 der zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarten **Richtlinien** zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der KVen und der Krankenkassen nach § 106a Abs. 2 SGB V (Abrechnungsprüfung der Kassenärztlichen Vereinigung) sowie nach § 106a Abs. 3 SGB V (Abrechnungsprüfung der Krankenkassen) (Deutsches Ärzteblatt 2008, A 1925) **geben verbindlich vor, dass bei einer patientenbezogenen Plausibilitätsprüfung im Ergebnis ein Anteil von 20 % - bzw. bei fachübergreifenden Praxisgemeinschaften von 30 % - gemeinsamer Patienten anzuerkennen ist**, soweit nicht besondere Umstände vorliegen, die einen höheren Anteil rechtfertigen. Soll eine darüber hinausgehende Kürzung vorgenommen werden, ist dies im Einzelnen zu begründen und reichen bei Ausübung des Kürzungsermessens allgemeine pauschalierende Erwägungen nicht mehr aus (Fortführung von SG Marburg, Urt. v. 08.05.2013 - S 12 KA 435/12 - RID 13-02-20, juris Rdnr. 59, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 33/13 -).

Die Beteiligten streiten um eine Honorarrückforderung in Höhe von 17.035,65 € gegenüber dem Kl. zu 1) bzw. 14.776,57 € gegenüber der Kl. zu 2) aufgrund einer Plausibilitätsprüfung der Honorarabrechnungen der vier Quartale II/06 bis I/07 und hierbei insb. eines Praxisabgleichs innerhalb der Praxisgemeinschaft beider Kl. mit einem Anteil gemeinsamer Patienten zwischen 20,8 % und 33,1 % bzw. 31,2 % und 42,3 %. Der Kl. zu 1) ist seit Oktober 1982 und die Kl. zu 2) seit Januar 1987 als Arzt/Facharzt bzw. Ärztin/Fachärztin für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie führen seit 1987 und im streitbefangenen Zeitraum eine Praxisgemeinschaft. Seit dem 01.10.2010 führen sie eine Gemeinschaftspraxis. Das ***SG*** hob die Honorarberichtigung hinsichtlich des Kl. zu 1) bzgl. der Quartale III/06 bis I/07 auf und wies im Übrigen die Klagen ab.

3. Ambulante Operationen/Anästhesien/3-Tage-Regel/Abrechnungskorrektur

SG München, Urteil v. 08.11.2013 - S 49 KA 405/10 **RID 14-01-17**

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 12 KA 9/14 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106a

In der Präambel zu 31.5.3 EBM ist ausgeführt, dass im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 31.2. (ambulante und belegärztliche Operationen) durch einen anderen Vertragsarzt **nur Anästhesien des Abschnitts 31.5.3**, keine Anästhesien aus dem Kapitel 5, erbracht werden können. Nr. 05330, 05340 und 05350 EBM können somit im Zusammenhang mit ambulanten Operationen, unabhängig davon, wer die Leistung erbringt, nicht abgerechnet werden.
Nach Nr. 8 der Präambel zu Kapitel 31.2.1 EBM können in einem Zeitraum von 3 Tagen, beginnend mit dem Operationstag, vom Operateur neben der ambulanten oder belegärztlichen Operation **nur die dort aufgeführten Leistungen** berechnet werden. Die Nr. 05310 „Präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation des Abschnitts 31.2“ ist in dieser Aufzählung nicht enthalten. Unter **Operateur** ist die abrechnende (Gemeinschafts-)praxis oder auch das abrechnende MVZ gemeint. Ein im MVZ beschäftigter Anästhesist gilt daher auch als „Operateur“.
Nach einer Augenoperation können **Eingriffe am nichtoperierten Auge** nach Nr. 8 der Präambel zu Kapitel 31.2.1 EBM nicht in einem Zeitraum von 3 Tagen abgerechnet werden. Der EBM macht keine Einschränkung oder Differenzierung dahingehend, an welchem Körperteil diese Leistungen erbracht werden oder ob die Leistungen im Zusammenhang mit der Operation stehen, es werden kategorisch alle Leistungen, die dort nicht aufgezählt werden, ausgeschlossen.
Ist in den **Abrechnungsbestimmungen** geregelt, dass nach Einreichung eines Behandlungsfalles zur Abrechnung eine Ergänzung dieser Abrechnung um noch nicht angesetzte Leistungspositionen oder ein Austausch angesetzter Leistungspositionen durch den Vertragsarzt ausgeschlossen ist, schließt dies einen Anspruch auf **Abrechnungskorrektur** auch bei offensichtlichen Fehlern aus. Der Eingriff ist nicht unverhältnismäßig, wenn es sich um ca. 0,4% des Gesamthonorarvolumens handelt.

Das klagende MVZ wendet sich mit seiner Klage gegen sachlich-rechnerische Richtigstellungen im Quartal II/07, mit der die bekl. KV anästhesistische Leistungen nach Nr. 05310, 05330, 05340 und 05350 in insgesamt ca. 130 Fällen im Zusammenhang mit ambulanten Operationen, augenärztliche Leistungsziffern in 133 Fällen ebf. im Zusammenhang mit ambulanten Operationen aufgrund der Prüfregel UR4206 sowie strukturvertragliche Leistungen nach Nr. 97146, 97147 und 97148 in zwei Fällen abgesetzt hat. Das ***SG*** wies die Klage ab.

4. Abrechnungsausschluss nach Nr. 40100 EBM (Neuregelung ab II/09) rechtswidrig

SG Hannover, Urteil v. 07.08.2013 - S 61 KA 177/10 **RID 14-01-18**

juris

GG Art. 3 I, 12 I; EBM Nr. 40100

Der zum April 2009 durch die Partner der Bundesmantelverträge eingeführte **Abrechnungsausschluss** der Ziff. 40100 EBM verstößt in den Fällen, in denen in demselben Behandlungsfall sowohl Leistungen des Speziallabors nach dem Abschnitt 32.3 EBM als auch Leistungen des Allgemeinlabors nach den Abschnitten 32.2.1 bis 32.2.7 EBM erbracht werden, gegen Art. 12 I GG i. V. m. Art. 3 I GG. Sachliche Gründe für die erfolgte Ausweitung des Abrechnungsausschlusses über die Fälle der Erbringung von Basislaborleitungen hinaus vermag die Kammer nicht zu erkennen.

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars des kl. MVZ im Quartal II/09. Streitig ist dabei die Absetzung der Kostenpauschale nach der Nr. 40100 EBM in den Fällen, in denen neben der Gebührenordnungsposition des Abschnitts 32.3 EBM gleichzeitig auch Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM abgerechnet wurden. Das ***SG*** verpflichtete die Bekl., der Kl. die wegen der gleichzeitigen Erbringung von Leistungen nach den Abschnitten 32.2.1 bis 32.3.7 EBM im selben Behandlungsfall gestrichenen Kostenpauschale 40100 EBM nachzuvergüten.

Anders SG Marburg, Urt. v. 18.04.2012 - S 12 KA 166/11 - RID 12-02-33, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 26/12 -.

5. Laborarzt kann Laboratoriumsuntersuchung nicht von Laborgemeinschaft anfordern

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 19.12.2013 - L 7 KA 39/12 **RID 14-01-19**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 9/14 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 15 I 1, 106a; BMV-Ä §§ 15, 24 VIII, 25; EKV §§ 14, 27 VIII, 28 II; EBM Abschn. 32.2

Eine **Laborgemeinschaft** ist **beteiligtenfähig** nach § 70 Nr. 2 SGG, da ihr seit der Laborreform 2008 die Befugnis zur eigenen Abrechnung zugebilligt wird.

Mitglieder einer Laborgemeinschaft sind **klagebefugt** hinsichtlich eines Berichtigungsbescheids gegen die Laborgemeinschaft, jedenfalls solange höchstrichterlich nicht geklärt ist, ob eine Laborgemeinschaft beteiligtenfähig und klagebefugt ist.

Der **Laborarzt**, an den der behandelnde Arzt eines Versicherten zur Durchführung einer allgemeinen Laboratoriumsuntersuchung überwiesen hat, ist nicht berechtigt, diese Leistungen von seiner eigenen Laborgemeinschaft zu beziehen, anstatt sie selbst zu erbringen. Auch bei Laborärzten gilt der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung (§ 15 BMV-Ä; § 14 EKV), wie sich aus § 25 II BMV Ä bzw. § 28 II EKV ergibt. Dieser ist zudem nicht nur in der Berufsordnung verankert, sondern bereits aus § 15 I 1 SGB V zu entnehmen.

„Mitglied" der Laborgemeinschaft (§ 25 III 1 BMV-Ä/§ 28 III 1 EKV) kann nur ein Nicht-Laborarzt sein.

Umstritten ist die Rechtmäßigkeit einer sachlich-rechnerischen Berichtigung gegenüber einer Laborgemeinschaft betreffend die Quartale IV/08 bis II/09 in Höhe von insgesamt 463.900 €. Die Kl. zu 1 ist eine Laborgemeinschaft, an welcher neben weiteren Mitgliedern der Kl. zu 2, ein Laborarzt, und die Kl. zu 3, ein MVZ in der Rechtsform einer GmbH, beteiligt sind. ***SG Mainz***, Urt. v. 01.02.2012 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

6. Nebeneinanderabrechnung der Nr. 02110 f. und der Nr. 05110 ff. EBM

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.11.2013 - L 24 KA 32/12 **RID 14-01-20**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106a

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach die **Nr. 02110 f. und die Nr. 05110 ff. EBM** nebeneinander abgerechnet werden können, ist nicht zu beanstanden. Der EBM enthält hier detaillierte Regeln, welche Gebührenordnungspositionen zusätzlich und welche nicht abgerechnet werden dürfen. Für die Nr. 01510 bis 01512 ist jeweils ausdrücklich bestimmt, dass im Einzelnen aufgezählte Gebührenordnungspositionen neben diesen nicht berechnungsfähig sind. Die Aufzählungen enthalten zwar die Nr. 02100 EBM (Infusion) und Nr. 02101 (Infusionstherapie), jedoch gerade nicht die Nr. 02110 (erste Transfusion) bzw. Nr. 02111 EBM (jede weitere Transfusion) und die Nr. 02112 EBM (Reinfusion).

SG Potsdam, Urt. v. 22.01.2009 - S 1 KA 22/09 - verurteilte die Bekl., der Klägerin, einer Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie, für das Quartal II/08 die Nr. 01511 EBM viermal, die Nr. 02110 65-mal und die Nr. 02111 73-mal nachzuvergüten sowie für das Quartal III/08 die Nr. 01510 einmal, die Nr. 01511 84-mal und die Gebührennummer 01512 dreimal nachzuvergüten. Das ***LSG*** wies die Berufung der Bekl. zurück.

Parallelverfahren:
LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.11.2013 - L 24 KA 31/12 **RID 14-01-21**
www.sozialgerichtsbarkeit.de

III. Genehmigung/Zweigpraxis/Notdienst/Disziplinarrecht

Nach BSG, Urt. v. 11.12.2013 - ***B 6 KA 39/12 R*** - kann ein im **MVZ** angestellter Arzt nicht zum **Notdienst** herangezogen werden, sondern aufgrund seines Zulassungsstatus nur das MVZ selbst. Nach BSG, Urt. v. 19.02.2014 - ***B 6 KA 38/12 R*** - müssen der GBA bzw. die Partner der Verträge nach § 135 II SGB V klären, ob und ggfs. welche speziellen, über den Weiterbildungsinhalt hinausgehenden Kenntnisse und Erfahrungen ein Vertragsarzt, zu dessen Weiterbildung die Durchführung von **Apheresen** gehört, aufweisen muss, damit er Apheresen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen darf. Bis dahin bzw. bis spätestens 30.09.2015 hat ein **Facharzt für Transfusionmedizin** keinen Anspruch auf Genehmigung zur Durchführung von LDL-Apheresen und Apheresen bei rheumatoider Arthritis (Nrn. 13620 und 13621 EBM 2005).

1. Genehmigungen

a) Röntgengenehmigung enthebt nicht von der Bindung an Fachgebietsgrenzen

LSG Bayern, Urteil v. 04.12.2013 - L 12 KA 71/12 **RID 14-01-22**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie §§ 2, 5 II

Eine **Röntgengenehmigung** kann einem Arzt allein aufgrund seiner Eigenschaft als Facharzt für Orthopädie und aufgrund dieser fachlichen Qualifikation erteilt werden, auch wenn für dieses Fachgebiet keine vertragsärztliche Zulassung besteht, denn eine **Bindung an die Fachgebietsgrenzen** ist bei der Erteilung der Genehmigung nicht vorzunehmen, wenn die Voraussetzungen nach § 5 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie im Übrigen vorliegen. Ob der Arzt von dieser Genehmigung Gebrauch machen darf, entscheidet sich jedoch anhand seiner konkreten Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Die Erteilung der Genehmigung führt aber nicht dazu, dass der Arzt Leistungen abrechnen darf, die für ihn als (ausschließlich) zugelassener Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin fachfremd sind. Fachgebietsgrenzen können weder durch besondere persönliche Qualifikationen noch durch Sondergenehmigungen der KV zur Erbringung und Abrechnung weiterer Leistungen noch durch berufsrechtliche Berechtigungen zur Führung von Zusatzbezeichnungen erweitert werden (vgl. BSG, Urt. v. 18.10.1995 - 6 RKa 52/94 - SozR 3-2500 § 95 Nr. 7 = NJW 1996, 3103 = MedR 1997, 136 = USK 95133).
Die **Weiterbildungsordnung** Bayern 2004 sieht eine **Röntgendiagnostik für den Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin** nicht vor. Keine andere Beurteilung ergibt sich aus Nr. 5 der Präambel zu Kapitel 27 EBM. Nr. 6 der Präambel verweist ausdrücklich auf die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet.

Ein Verstoß gegen Art. 3 GG kann nicht daraus abgeleitet werden, dass **in anderen Bundesländern** Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin auch von ihrer Röntgengenehmigung Gebrauch machen können.

Der Kl. ist als Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, zugleich ist er - ohne Zulassung - Facharzt für Orthopädie. Er beantragte erfolglos die Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung für Leistungen der diagnostischen Radiologie. Mit Abhilfebescheid v. 24.03.2009 erteilte die Bekl. die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen Radiologie nach § 2 i.V.m. § 5 II der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie. ***SG München***, Urt. v. 09.03.2012 - S 39 KA 460/10 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Keine rückwirkende Genehmigung für Teilnahme an Strukturvertrag/Herstellungsanspruch

LSG Bayern, Urteil v. 25.09.2013 - L 12 KA 2/12 **RID 14-01-23**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 77 III 1; SGB I §§ 12, 13 bis 15;

Die Genehmigung zur **Teilnahme an einem Strukturvertrag** ist eine **statusbegründende Entscheidung**, weshalb eine rückwirkende Genehmigung nicht in Betracht kommt.

Im Vertragsarztrecht ist ein **sozialrechtlicher Herstellungsanspruch** nicht gegeben.

Die rückwirkende Genehmigung kann nicht als Restitution wegen der Verletzung von Nebenpflichten aus einem öffentlich-rechtlichen Schuldverhältnis erteilt werden. Das **Mitgliedschaftsverhältnis** eines Arztes (§ 77 III 1 SGB V) ist kein öffentlich-rechtliches Schuldverhältnis, in dem quasi-vertragliche Betreuungs- und Schadensersatzpflichten bestehen könnten.

Streitig ist die rückwirkende Teilnahme am Strukturvertrag in den Quartalen IV/04 bis IV/07. Der Kläger ist Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und seit dem Quartal IV/04 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. An der Sozialpsychiatrischen Vereinbarung nimmt er seit 15.11.2004 teil. Am 23.05.2008 beantragte er erfolglos die rückwirkende Teilnahme am Strukturvertrag bzgl. der von ihm erbrachten Leistungen der Nrn. 846, 849 und 960 EBM a.F. bzw. 14220, 141222 und 14310 EBM 2005 mit dem Ziel, dass diese Leistungen mit dem Punktwert nach dem Strukturvertrag vergütet werden. ***SG München***, Urt. v. 06.07.2011 - S 43 KA 488/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

c) Anerkennung als onkologisch qualifizierter Arzt: Privatpatienten und § 116b SGB V-Fälle

SG Marburg, Urteil v. 29.01.2014 - S 12 KA 580/12 **RID 14-01-24**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Onkologie-Vereinbarung § 3 IV

Leitsatz: Für die **Anerkennung als onkologisch qualifizierter Arzt** sind Fälle von **Privatpatienten** und **Behandlungsfälle** unter Maßgabe des **§ 116b SGB V** auf die **Mindestpatientenzahlen** gemäß § 3 Abs. 4 der Onkologie-Vereinbarung nicht anzurechnen.

Die Beteiligten streiten um die Anerkennung als onkologisch qualifizierter Arzt und hierbei insb. um die Frage, ob Behandlungsfälle unter Maßgabe des § 116b SGB V und von Privatpatienten auf die **Mindestpatientenzahlen** gemäß § 3 IV Onkologie-Vereinbarung anzurechnen sind. Der Kl. ist Chefarzt der Abteilung für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin der Medizinischen Klinik am Krankenhaus. Er ist Internist mit Schwerpunkt Hämatologie und internistischer Onkologie - Palliativmedizin. Der Zulassungsausschuss ermächtigte ihn zur Durchführung diagnostischer Maßnahmen bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen auf namentliche Überweisung durch die an seinem Krankenhaus aufgrund einer Ermächtigung vertragsärztlich tätigen Ärzte. Das ***SG*** wies die Klage ab.

2. Zweigpraxis

a) Beurteilungsspielraum/Wartezeitverkürzungen trotz Überversorgung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.11.2013 - L 24 KA 63/12 **RID 14-01-25**

www.sozialgerichtsbarkeit.de
Ärzte-ZV § 24 III

Die neuere Rechtsprechung des **BVerfG** zu den Anforderungen an die Annahme eines gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren **Beurteilungsspielraums** der Verwaltung (insb. Beschl. v. 31.05.2011 - 1 BvR 857/07 - BVerfGE 129, 1 = EuGRZ 2011, 394 = NVwZ 2011, 1062, RID 11-03-303) gibt keinen Anlass zu einer anderen Bewertung bei der Annahme eines Beurteilungsspielraums hinsichtlich der Voraussetzungen für die Genehmigung einer Zweigpraxis. Die Anordnung einer Entscheidung der KV bzw. des Zulassungsausschusses durch den Gesetzgeber in Ansehung der bereits bestehenden Rspr. zum Bestehen eines Beurteilungsspielraums ohne anderweitige Regelung spricht für die Annahme eines Beurteilungsspielraums.
Eine relevante **Verbesserung der quantitativen vertragsärztlichen Versorgung** der Versicherten an dem weiteren Ort kann in der Reduktion von vorhandenen **Wartezeiten** liegen. Auch besondere organisatorische Vorkehrungen wie etwa das Angebot von Abend- und Wochenendsprechstunden können eine solche quantitative Verbesserung darstellen (BSG, Urt. v. 28.10.2009 - B 6 KA 42/08 R - SozR 4-5520 § 24 Nr. 3 = BSGE 105, 10 = GesR 2010, 211 = ZMGR 2010, 102 = USK 2009-103 = MedR 2010, 511, juris Rn. 52). Die Feststellung eines solchen Angebots im Rahmen der beabsichtigten Zweigpraxis führt aber noch nicht zwingend zur Bejahung einer verbesserten Versorgung. Vielmehr handelt es sich insoweit um **abwägungsrelevante Elemente** bei der Ausübung des Beurteilungsspielraums der zur Entscheidung berufenen Zulassungsgremien.
Der Umstand der bedarfsplanerischen **Überversorgung** bedeutet nicht, dass aufgrund relevanter **Wartezeitverkürzungen** und/oder Verbesserungen bei den Sprechzeiten eine Verbesserung der Versorgung ausgeschlossen wäre.

SG Potsdam, Urt. v. 02.05.2012 - S 1 KA 135/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verpflichtete zur Neubescheidung.

b) Feststellungsklage eines Konkurrenten nach Erledigung der Genehmigung einer Zweigpraxis

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 09.10.2013 - L 11 KA 92/10 **RID 14-01-26**

Revision anhängig: B 6 KA 7/14 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG § 55 I Nr. 1; SGB X § 39 II; Ärzte-ZV § 24 III 1 u. 2; BMV-Ä/EKV-Ä Anl. 9.1 mit Anhang 9.1.5

Das Regelwerk in Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV dient nach BSG, Urt. v. 17.08.2011 - B 6 KA 27/10 R - SozR 4-1500 § 54 Nr. 26 = MedR 2012, 479 = USK 2011-73 zwar in erster Linie der Sicherstellung einer wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit **Dialyseleistungen**, daneben aber auch dem Schutz der bereits in diesem Bereich tätigen Leistungserbringer.
Eine **Genehmigung** für eine **Zweigpraxis** ist **erledigt**, wenn unter der genehmigten Anschrift keine Räumlichkeiten mehr zum Betrieb der Zweigpraxis vorgehalten werden. Ein **Drittbetroffener** kann jedoch **Feststellungsklage** erheben, wenn seine rechtlich geschützten Interessen berührt werden.

Die Beigel. ist eine zur vertragsärztlichen Versorgung in T1 zugelassene Berufsausübungsgemeinschaft von Fachärzten für Innere Medizin, zum Teil mit Schwerpunktbezeichnung Nephrologie. Sie erhielt ohne nähere Begründung die Genehmigung einer Zweigpraxis in E. Gegen diesen Genehmigungsbescheid legte der Kl., ein Facharzt für Innere Medizin und in I2 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, Widerspruch ein. Er beschäftige seit November 2007 zwei Kolleginnen in seiner Praxis, welche auch die Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren besäßen. Eine wohnortnahe Versorgung sei auch durch seine freien Kapazitäten gewährleistet. Er dialysiere zurzeit mehr als 30 Kassenpatienten; seine freien Kapazitäten lägen nach den gültigen Richtlinien bei über 60 Patienten. Die Bekl. wies den Widerspruch wegen fehlender Anfechtungsbefugnis zurück und ordnete die sofortige Vollziehung der Zweigpraxisgenehmigung an. SG Düsseldorf, Beschl. v. 05.08.2010 - S 2 KA 308/10 ER - lehnte die Anträge des Kl. und des Beigel. auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ab. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 16.03.2011 - L 11 KA 96/10 B ER - RID 11-02-49 wies die Beschwerde des Kl. zurück und hob auf die Anschlussbeschwerde des Beigel. die Anordnung der sofortigen Vollziehung der Genehmigung auf und stellte die aufschiebende Wirkung

der Klage fest. ***SG Düsseldorf***, Urt. v. 11.08.2010 S 2 KA 188/09 - RID 10-03-25 verurteilte zur Neubescheidung und wies die Klage im Übrigen ab. Der Kl. trug u.a. vor, das Krankenhaus in F sei zu keinem Zeitpunkt bereit und in der Lage gewesen, als Vermieter der Beigel. adäquate Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen. Diese habe entgegen ihrem Antrag keine Zusage des Krankenhauses über die Anmietung von geeigneten Praxisräumen gehabt. In Ermangelung geeigneter Praxisräume könne die Genehmigung daher keinen Bestand haben. Das ***LSG*** stellte auf die Berufung des Kl. fest, dass sich der Genehmigungsbescheid erledigt hat. Im Übrigen wies es die Berufung des Kl. zurück. Die Berufungen der Bekl. und Beigel. wies es zurück.

3. Notdienst

a) Freistellung vom Notfallvertretungsdienst aus gesundheitlichen Gründen

SG Marburg, Urteil v. 29.01.2014 - S 12 KA 12/13 **RID 14-01-27**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 73 II, 75 I 2; GG Art. 12 I

Leitsatz: Eine Satzungsbestimmung, nach der eine **Freistellung** vom Notfallvertretungsdienst voraussetzt, dass zu **gesundheitlichen Gründen** oder einer körperlichen Behinderung **kumulativ** eine nachteilige Auswirkung der gesundheitlichen Verhältnisse auf die allgemeine **berufliche Tätigkeit** des Vertragsarztes hinzukommen muss, ist rechtmäßig (vgl BSG vom 11.6.1986 - 6 RKa 5/85 = MedR 1987, 122). Eine Satzungsbestimmung kann damit vorsehen, dass gesundheitliche Gründe, selbst wenn sie zur Ungeeignetheit der Versehung des Notfallvertretungsdienstes führen, nicht ausreichend sind, einen Befreiungstatbestand zu begründen (entgegen VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 03.11.1998 - 9 S 3399/96 = MedR 1999, 228 und LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.12.2004 - L 10 KA 5/04 - RID 05-02-34; s. bereits SG Marburg, Urt. v. 18.01.2006 - S 12 KA 49/05 - RID 06-01-25, juris Rdnr. 30).

Das ***SG*** wies die Klage der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztin ab.

b) Befreiung vom Notdienst ab dem 60. Lebensjahr: Aufhebung von Gewohnheitsrecht

SG Marburg, Urteil v. 15.01.2014 - S 12 KA 307/13 **RID 14-01-28**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 75 I

Leitsatz: Unterstellt man, dass eine langdauernde Freistellung der Vertragsärzte nach Erreichen des **60. Lebensjahres** von der Teilnahme am **Notdienst** zu **Gewohnheitsrecht** erstarkt ist, so erlischt diese Regelung, wenn die Anerkennung der Beteiligten als verbindliche Rechtsnorm wegfällt. Dies ist der Fall bei einer gegenläufigen Praxis der Obfrau und wenn sich die überwiegende Mehrheit der am Notdienst teilnehmenden Ärzte gegen eine Weitergeltung der Regelung wendet.

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

4. Disziplinarrecht: Nichtvorlage von Patientendokumentationen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.11.2013 - L 24 KA 69/12 **RID 14-01-29**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 81 V, 295

Die **Nichtvorlage von Patientendokumentationen** im Rahmen der **Plausibilitätskontrolle** der Abrechnung verstößt gegen eine satzungsgemäße Pflicht, Aufzeichnungen vorzulegen, die über Art und Umfang der abgerechneten Leistungen sowie die Notwendigkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise Auskunft geben. Dies kann **disziplinarrechtlich** geahndet werden.
Das Herausgabeverlangen von **32 Patientenunterlagen** ist **nicht unverhältnismäßig**. In der Rspr. ist anerkannt, dass ein auf die Herausgabe von Patientenunterlagen gerichtetes Ansinnen einer KV dann wegen Unverhältnismäßigkeit unwirksam sein kann, wenn es in einer übermäßigen Vielzahl von Fällen an den Vertragsarzt gerichtet wird. Das ist angenommen worden bei der Anforderung von Unterlagen für 653 Patienten (LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 19.01.2005 - L 4 KA 7/04 - RID 05-03-33, juris Rn. 24), nicht aber, wenn 44 Patienten betroffen waren (LSG für das Saarland, Urt. v. 01.04.1998 - L 3 Ka 19/96 - juris Rn. 43).

Auf die **Einwilligung der betroffenen Patienten** kommt es für die Rechtmäßigkeit nicht an. Der Senat kann - mit dem BSG (Urt. v. 19.11.1985 - 6 RKa 14/83 - juris Rn. 20) - dahingestellt sein lassen, ob auf die Weitergabe von Patientendaten durch einen Vertragsarzt die Vorschriften des zweiten Kapitels des SGB X über den Schutz der Sozialdaten (§§ 67-85a SGB X) Anwendung finden, da auch ohne besondere Rechtsgrundlage bereits aus dem System der Errichtung von KVen folgt, dass der Vertragsarzt innerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung die Daten seiner Patienten offenbaren darf. Mittlerweile findet sich in den §§ 295 I 1 Nr. 2, Ia SGB V eine ausdrückliche Rechtsgrundlage für die Übermittlung von Patientendaten an die KV.

SG Potsdam, Urt. v. 30.05.2012 - S 1 KA 3/10 - wies die Klage gegen einen Verweis ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

1. Bei niedrigeren Behandlungsfallzahlen nur eingeschränkte Einzelfallprüfung

SG München, Urteil v. 26.04.2013 - S 28 KA 268/11 **RID 14-01-30**

Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106

Um eine mathematisch-statistisch verwertbare Aussage im Rahmen einer **„repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung“** über die gleichgelagerte Verhaltensweise des Arztes zu erhalten, ist es geboten, pro Quartal und Kassenbereich einen prozentualen Anteil von mindestens 20% der abgerechneten Fälle, der jedoch zugleich mindestens 100 Behandlungsfälle umfassen muss, zu überprüfen (BSG, Urt. v. 08.04.1992 - 6 RKa 27/90 - BSGE 70, 246 = NZS 1992, 113 = NJW 1993, 1549 = USK 92154, juris Rn. 40). Bei einer niedrigen Gesamtfallzahl kann schon die Prüfung von weniger als 100 Fällen ausreichen (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.04.1994 - L 5 Ka 2126/92 - juris). Um jedoch den statistischen Anforderungen an eine Hochrechnung zu genügen, darf eine bestimmte Mindestzahl an Behandlungsfällen nicht unterschritten werden, die bei etwa 50 Behandlungsfällen anzusetzen ist. Bei noch **niedrigeren Behandlungsfallzahlen** (hier: von 43 Ergotherapie-Verordnungen wurden 25 überprüft) ist eine Hochrechnung aus statistischen Gründen ausgeschlossen; in diesen Fällen kommt allein eine **eingeschränkte Einzelfallprüfung** in Betracht.

Zwischen den Beteiligten ist die Verordnung von Ergotherapie zu Lasten der GKV streitig. Der Bekl. hat gegen die kl. Gemeinschaftspraxis (drei Allgemeinärzte) aufgrund einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung für das Quartal I/08 den von der Prüfungsstelle festgesetzten Regress i.H.v. 1.147,66 € bestätigt. Das ***SG*** verurteilte zur Neubescheidung.

2. Arzneikostenregress

a) Keine Verordnung von Tepilta® wegen fiktiver Zulassung

SG Schwerin, Urteil v. 21.08.2013 - S 3 KA 23/12 **RID 14-01-31**

Rechtskräftig
SGB V § 106

Die Rechtswidrigkeit der Verordnung von Tepilta® beruht bereits darauf, dass dieses Arzneimittel im Zeitpunkt der Verordnung lediglich eine sog. **fiktive Zulassung** besaß, somit zwar als Arzneimittel nach dem AMG weiterhin verkehrsfähig gewesen ist, jedoch nicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenkasse verordnet werden durfte. Es fehlt an der krankenversicherungsrechtlichen Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit (vgl. §§ 2 I 1, 12 I SGB V) speziell einer Arzneimitteltherapie, wenn das verwendete Mittel nach den Regelungen des Arzneimittelrechts einer Zulassung bedarf und diese Zulassung nicht erteilt worden ist. Auf den von der Krankenkasse geltend gemachten Verordnungsausschluss von Antacida in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen (Nr. 7 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie) kam es nicht mehr an.

Der Kl. wandte sich gegen einen Regresses wegen der Verordnung von Tepilta® Suspension in den Quartalen IV/09 u. II bis IV/10 in Höhe von 2.263,60 €. Das ***SG*** wies die Klage ab.

Zum Ausschluss von Antacida in fixer Kombination s. SG Marburg, Urt. v. 05.06.2013 - S 12 KA 3/12 - RID 13-03-42, Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: LSG Hessen - L 4 36/13 NZB -.

b) Richtgrößenprüfung

aa) Keine Einbeziehung sämtlicher Sprechstundenbedarfsverordnungen

SG München, Urteil v. 28.06.2013 - S 28 KA 639/09 **RID 14-01-32**

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 12 KA 87/13 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V a.F. §§ 31 I, 84 VI, 106

Eine bereits durchgeführte **Prüfung** der ärztlichen Verordnungsweise **nach Durchschnittswerten** (hier: Quartal III/06) schließt eine Richtgrößenprüfung (hier: 2006) nicht aus, und zwar auch dann, wenn keine Regressmaßnahme zu Lasten des Vertragsarztes festgesetzt worden ist.
Für eine Einbeziehung **sämtlicher Sprechstundenbedarfsverordnungen** in die Gesamtverordnungskosten besteht keine gesetzliche Grundlage. Nach § 84 VI SGB V a.F. können auch Harn- und Bluttestreifen sowie Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung in Richtgrößen einbezogen werden. Für andere Mittel können Richtgrößen nicht festgelegt werden.
Verordnungskosten für Arzneimittel, die **nicht eindeutig bestimmten Behandlungsfällen** zugeordnet werden können, können ebf. nicht berücksichtigt werden.

Die Kl. nimmt als Allgemeinärztin mit den Zusatzbezeichnungen Akupunktur und Betriebsmedizin an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Gesamtfallzahl der kl. Praxis im Jahr 2006 betrug 8.908 Fälle. Das ***SG*** verpflichtete den Bekl. zur Neubescheidung einer Richtgrößenprüfung im Jahr 2006 über 59.926,77 €.

bb) Keine Hinweispflicht zu Praxisbesonderheiten

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 27.11.2013 - L 3 KA 8/11 **RID 14-01-33**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106; SGB X § 24

Leitsatz: Die Prüfungsgremien in der **Richtgrößenprüfung** sind nicht verpflichtet, den Vertragsarzt im Rahmen der vorherigen Anhörung darauf hinzuweisen, welcher Vortrag geeignet ist, um eine Praxisbesonderheit anerkennen zu können.

SG Hannover, Urt. v. 16.12.2010 - S 61 KA 426/09 - RID 11-03-49 verurteilte zur Neubescheidung auf Klage eines Allgemeinmediziners gegen einen Regress für das Jahr 2002 in Höhe von 17.470,15 €. Das ***LSG*** wies auf Berufung des Bekl. die Klage ab.

cc) Begründungsumfang zu Nichtanerkennung von Praxisbesonderheiten

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 27.11.2013 - L 3 KA 92/11 **RID 14-01-34**

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

Leitsatz: Hat der Vertragsarzt zu **Praxisbesonderheiten** - hier: im Verfahren der Richtgrößenprüfung - nicht ausreichend substantiiert vorgetragen, ist der daraufhin ergehende Regressbescheid nicht deshalb rechtswidrig, weil er keine nähere **Begründung** dazu enthält, warum Praxisbesonderheiten nicht anerkannt worden sind.

SG Hannover, Urt. v. 13.04.2011 - S 65 KA 32/08 - RID 11-03-49 verurteilte zur Neubescheidung auf Klage eines Allgemeinmediziners gegen einen Regress für das Jahr 2001 in Höhe von 5.913,81 DM. Das ***LSG*** wies auf Berufung des Bekl. die Klage ab.

dd) Früher Regressbescheid ersetzt nicht Beratung

SG Stuttgart, Gerichtsbescheid v. 21.11.2013 - S 11 KA 5773/12 **RID 14-01-35**

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 3/14 R
juris
SGB V § 106

Frühere Regressbescheide (hier: für 2006 und 2007) stellen keine **Beratung** nach § 106 Ve SGB V dar. § 106 Ve 1 SGB V nimmt für die verlangte individuelle Beratung über § 106 Va 1 SGB V letztendlich auf § 106 Ia SGB V Bezug. Diese Vorschrift legt inhaltliche Vorgaben für die Beratung der Vertragsärzte fest. Danach berät die Prüfungsstelle die Vertragsärzte auf der Grundlage von

Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung. Diesen Anforderungen werden die Begründungen von Regressbescheiden regelmäßig nicht gerecht.
Die Konzeption des § 106 Ve SGB V mit dem zum 01.01.2012 neu eingeführten Grundsatz **„Beratung vor Regress“** sieht vor, dass der Arzt, der mit seinem Verordnungsverhalten die Richtgrößen überschreitet, – jetzt (ab 01.01.2012) – zuerst nach näherer Maßgabe des § 106 Ia SGB V beraten werden muss. Ein Regress darf erst dann festgesetzt werden, wenn er in einem weiteren Prüfzeitraum nach erfolgter (oder abgelehnter) Beratung i.S.d. § 106 Ve SGB V i.V.m. § 106 Ia SGB V die Richtgrößen erneut überschreitet. Für diesen dem Grundsatz „Beratung vor Regress“ zugrunde liegenden Verfahrensgang ist es unerheblich, ob die Richtgrößen in der Vergangenheit (ggf. bereits mehrfach) überschritten wurden und deswegen Regressbescheide, die den Anforderungen an eine Beratung nach § 106 Ia SGB V nicht gerecht werden, ergangen waren.

Der Kl., ein Orthopäde, wandte sich gegen eine Richtgrößenbescheid (Heilmittelregress) für das Jahr 2008 in Höhe von 10.303,54 €. Das ***SG*** gab der Klage statt.

S.a. SG Düsseldorf, Beschl. v. 06.09.2013 - S 33 KA 282/13 ER - RID 13-04-33, Beschwerde anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KA 92/13 ER -.

ee) Kein einstweiliger Rechtsschutz gegen Festsetzung einer individuellen Beratung

SG Marburg, Beschluss v. 16.12.2013 - S 12 KA 565/13 ER **RID 14-01-36**
Beschwerde anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 10/14 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a; SGB X § 31 S. 1; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. Bei der **Festsetzung einer individuellen Beratung** i.S.d. § 106 Abs. 5e Satz 1 SGB V handelt es sich auch um einen **Verwaltungsakt** (§ 31 Satz 1 SGB X), gegen den Anfechtungsklage erhoben werden kann. Die Beratung bildet im Bereich der Richtgrößenprüfung seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz v. 22.12.2011 eine zwingende tatbestandliche Voraussetzung für die Festsetzung eines Erstattungsbetrags.
2. Mit der **Teilnahme an einer Beratung** seitens der Prüfgremien entstehen einem Vertragsarzt keine Rechtsnachteile, da es für einen späteren Richtgrößenregress auf die **Bestandskraft der Festsetzung** einer Beratung ankommt. Von daher bedarf es auch keines einstweiligen Rechtsschutzes.

3. Keine Kostentragung der Prüfgremien für Prüfungen nach § 274 SGB V

SG Magdeburg, Urteil v. 12.12.2012 - S 13 KA 187/09 **RID 14-01-37**
SGB V §§ 106, 274

Eine **Prüfungsstelle** nach § 106 SGB V ist nicht **Kostenschuldnerin** der im Zusammenhang mit der **Prüfung gemäß § 274 SGB V** anfallenden Kosten. Ein redaktionelles Versehen liegt nicht vor. Kostenschuldner sind die Beteiligten, die ohnehin nach § 106 IVa SGB V hälftig die Kosten der Prüfstelle und des Beschwerdeausschusses zu tragen haben. Ein Verweis auf eine Kostenerstattung im Rahmen des Innenverhältnisses zwischen Prüfungsstelle und KZV sowie den beteiligten Krankenkassen geht wegen fehlender gesetzlicher Kostenschuldnereigenschaft fehl. Ein solches Kostenerstattungsverfahren ist nicht vorgesehen.

Mit Anhörungsschreiben gab das **bekl. Land Sachsen-Anhalt** der kl. Prüfungsstelle die Möglichkeit, sich zur beabsichtigten **Kostenfestsetzung** im Zusammenhang mit der Prüfung gem. § 274 SGB V bei der Prüfstelle und dem Beschwerdeausschuss - zahnärztliche Prüfgremien in Höhe von 42.069,20 € zu äußern. Die Vertragspartner nach § 106 SGB V wiesen darauf hin, dass es sich bei den geforderten Kosten um 9,88 % der Gesamthaushaltssumme eines Jahres der Kl. handele. Man könne die immensen Kosten nicht nachvollziehen und stelle die Angemessenheit in Frage. Der Bekl. setzte die Kosten dann auf 24.109,60 € fest. Das ***SG*** gab der Klage statt.

4. Zahnärzte

a) Statistischer Kostenvergleich einer Gemeinschaftspraxis mit einem MKG-Chirurgen

SG Marburg, Urteil v. 27.11.2013 - S 12 KA 228/13 **RID 14-01-38**

Sprungrevision zugelassen, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 1/14 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Leitsatz: Eine aus einem **Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**, der sowohl zur vertragsärztlichen als auch als Zahnarzt zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen ist, und drei **Vertragszahnärzten** bestehende **Gemeinschaftspraxis** kann im Rahmen einer statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung des konservierend-chirurgischen Bereichs mit einer **fiktiven Vergleichsgruppe** entsprechender Gemeinschaftspraxen verglichen werden, wenn eine Gewichtung der Vergleichswerte für Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und für Zahnärzte nach der Zusammensetzung der Gemeinschaftspraxis erfolgt (hier Gewichtung 1 : 3) und wenn der Beschwerdeausschuss keine Anhaltspunkte dafür sieht, dass sich das Behandlungsverhalten und die Behandlungsweise der Praxis von der Typik der MKG-Chirurgen oder der Vertragszahnärzte wesentlich unterscheidet (vgl. bereits SG Marburg, Beschl. v. 15.03.2013 - S 12 KA 255/13 ER - RID 13-03-46 und LSG Hessen, Beschl. v. 08.08.2013 - L 4 KA 29/13 B ER - RID 13-04-34).

Die Beteiligten streiten um eine Honorarkürzung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise bezogen auf den Gesamtfallwert in den fünf Quartalen I/08 bis IV/08 und II/09 in Höhe von insgesamt 342.759,73 €. Das ***SG*** wies die Klage ab.

b) Mindeststandards einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung

SG Marburg, Urteil v. 27.11.2013 - S 12 KA 419/13, S 12 KA 429/13 **RID 14-01-39**

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 2/14 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Leitsatz: 1. Die vom BSG aufgestellten **Mindeststandards** für die Durchführung einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung (vgl. BSG, Urt. v. 08.04.1992 - 6 RKa 27/90 - BSGE 70, 246 = NZS 1992, 113 = NJW 1993, 1549 = USK 92154, juris Rn. 40) gelten auch für den zahnärztlichen Bereich.
2. Bei der Durchführung einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung ist der Vertrags(zahn)arzt durch Übersendung eines **Prüfberichts** zu den Einzelbeanstandungen anzuhören. Die Übersendung allein einer Auswahlliste mit den zu prüfenden Fällen reicht nicht aus.

Die Beteiligten streiten im Wesentlichen um eine Honorarberichtigung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in den sieben Quartalen IV/08 bis II/10 in Höhe von insgesamt 41.159,26 € aufgrund einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung und in einem Behandlungsfall im Bereich der systematischen Behandlungen von Parodontopathien. Das ***SG*** verurteilte zur Neubescheidung.

c) Mängelgutachten: Kostentragung durch Vertragszahnarzt möglich

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 31.07.2013 - L 3 KA 29/12 **RID 14-01-40**

Revision anhängig: B 6 KA 46/13 R
juris
SGB V § 82 I; EKV-Z §§ 22 II 1, 25 I; SGG § 54 II 2

Aufgrund des **Schiedsspruchs** des Bundesschiedsamts vom 21.5.2007 gilt auch im Ersatzkassenbereich, dass - abweichend von § 22 Abs. 2 EKV-Z - die **Kosten von Mängelgutachten** dem **Vertragszahnarzt** auferlegt werden können, wenn dieser die Mängel zu vertreten hat (Parallelverfahren zu LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 31.07.2013 - L 3 KA 38/12 - RID 13-04-35, Revision anhängig: B 6 KA 39/13 R).

SG Hannover, Urt. v. 08.02.2012 - S 35 KA 50/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., gegenüber der Beigel. zu 1) eine Entscheidung über die Tragung der Gutachtergebühren i.H.v. 99 € unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats zu treffen.

Parallelverfahren:

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 31.07.2013 - L 3 KA 69/12 **RID 14-01-41**

Revision anhängig: B 6 KA 47/13 R

juris

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 11.12.2013 - ***B 6 KA 49/12 R*** - sind die Zulassungsgremien bei der **Auswahlentscheidung** verpflichtet, die in § 103 VI 2 SGB V angesprochenen **„Interessen" der in der Praxis verbleibenden Ärzte** zu gewichten. Je deutlicher sich der Eindruck aufdrängt, die BAG sei vorrangig gegründet worden, um über die erwähnte Vorschrift auf die Nachbesetzung Einfluss nehmen zu können, je kürzer die BAG tatsächlich bestanden hat, und je weniger ‑ z.B. bei einer überörtlichen BAG ‑ die Praxen der beteiligten Ärzte tatsächlich über einen längeren Zeitraum verflochten waren, desto geringer sind die Interessen des verbleibenden Arztes zu gewichten. Das geht jedoch nicht so weit, dass die Interessen der verbleibenden Ärzte unter Hinweis auf die **Missbräuchlichkeit** der Gründung der BAG **vollständig unberücksichtigt** bleiben könnten. Ein Arzt, mit dem die anderen Mitglieder der BAG aus objektiv nachvollziehbaren Gründen definitiv **nicht zusammenarbeiten können**, kann **nicht als Nachfolger** zugelassen werden. Diese Konstellation besteht hier bezogen auf die Beigel. zu 7. Diese ist beruflich ‑ durch ihre Anstellung im MVZ ‑ und persönlich ‑ durch ihre Ehe mit dem Leiter dieses MVZ ‑ aufs Engste mit einem Konkurrenten der Beigel. zu 9 verbunden und wird nach den erkennbaren Umständen Interesse daran haben, die Zulassung des Beigel. zu 8 zu diesem MVZ zu ziehen. Das schließt eine Zulassung der Beigeladenen zu 7 aus. Danach kommt für die Nachfolgezulassung allein die Kl. in Betracht, wenn sie die **Praxis fortführen will und kann**. Soweit es aus der Sicht des LSG unter dem Gesichtspunkt einer gewissen Versorgungskontinuität als Element der Eignung für die Nachfolge darauf ankommt, wie lange die Nachfolgerin die Praxis fortführen will oder kann, ist es nicht zu beanstanden, wenn ein **Zeitraum von fünf Jahren** für jedenfalls ausreichend gehalten wird.

1. Praxisnachfolge in (überörtliche) Berufsausübungsgemeinschaft

a) Anfechtungsbefugnis eines unterlegenen Bewerbers bzgl. Genehmigung einer BAG

SG Hannover, Urteil v. 30.10.2013 - S 65 KA 189/12 **RID 14-01-42**

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 43/13 R

juris

SGB V §§ 98 I, 103 IV, VI; Ärzte-ZV S 33 II; GG Art. 12 I 2, 19 IV; SGG § 54 I

Der unterlegene Konkurrent in einem Nachbesetzungsverfahren kann die **Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft** anfechten. Bis zur abschließenden Klärung der Frage, ob eine Inzidentprüfung der Rechtmäßigkeit der Genehmigung der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft im Verfahren zur Anfechtung der Praxisnachfolge erfolgen kann bzw. muss - von der Kammer bejaht im Parallelverfahren S 65 KA 370/12 - RID 14-01-43, ist von einer Anfechtungsberechtigung auch hinsichtlich einer Genehmigung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft auszugehen, da etwaigen Konkurrenten anderenfalls die Möglichkeit eines Rechtsschutzes verwehrt wäre. Unter Beachtung der Rechtsweggarantie liegt insofern auch für Genehmigungen von (überörtlichen) Berufsausübungsgemeinschaften eine Anfechtungsbefugnis vor, wenn die Möglichkeit besteht, dass eine solche Genehmigung aufgrund der dadurch nach § 103 VI SGB V im Praxisfolgeverfahren einzustellenden Interessen der verbleibenden Partner entscheidenden Einfluss auf die Entscheidung der Zulassungsgremien haben kann.

Ausnahmsweise kann die **Berufsausübungsfreiheit** eines konkurrierenden Vertragsarztes betroffen sein, wenn die Regelungen willkürlich oder grob rechtswidrig angewendet wurden. Die **Bildung einer Gemeinschaftspraxis zum Zwecke der Praxisübergabe** ist zumindest dann rechtlich zulässig, wenn die Zusammenarbeit mit dem Nachfolger ernstlich gewollt ist (anders LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.09.2012 - L 7 KA 70/11 - RID 13-01-51 (Anm. d. Red.: Revision entschieden durch BSG, Urt. v. 11.12.2013 - B 6 KA 49/12 R -). Darauf deutet eine nach Gründung erhöhte Anzahl an gemeinsam behandelten Patienten hin.

Die Kammer verkennt nicht, dass mit dieser Rechtsprechung Ärzten, die eine Praxis abgeben wollen, über das Vehikel der Berufsausübungsgemeinschaft die Möglichkeit eröffnet wird, unter Überwindung der Vorgaben in § 103 IV SGB V einen möglichst **hohen Verkaufserlös zu erzielen**. Aufgrund der vorgenannten Grundsätze bedarf es jedoch keiner verfassungsrechtlichen Korrektur.

Ein **Gestaltungsmissbrauch** liegt nicht vor, wenn als Pflicht zur gemeinsamen Berufsausübung lediglich die gegenseitige Vertretung und das Ziel der Zusammenarbeit vereinbart werden und für den Zeitraum von drei Quartalen die gemeinsame Behandlung von zwei Patienten festgestellt werden kann. Obschon diese Anzahl an gemeinsam behandelten Patienten auch bei anderen Praxen, die nicht durch eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft verbunden sind, vorkommen oder sogar üblich sein kann, liegt eine - wenn auch nur geringe - „gelebte" Zusammenarbeit vor.

Der Kl. wendet sich gegen die der beigel. B erteilte Genehmigung als **überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft** in einem gesperrten Planungsbereich. P, seit 1986 als Facharzt für Urologie zugelassen, schloss im Februar 2011 mit den übrigen Partnern der Beigel. einen Vertrag über eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft und übertrug am selben Tag seinen Anteil auf Q. Der Kaufpreis betrug 355.000 €. Der Zulassungsausschuss genehmigte zum April 2011 P die gemeinsame Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit mit den übrigen Partnern der B sowie einem weiteren Arzt. Hiergegen erhob der Kl. erfolglos Widerspruch. Der Kl. machte einen Gestaltungsmissbrauch der B geltend, da sie nur zur Umgehung der ansonsten eindeutig für ihn ausfallenden Abwägung im Rahmen des Auswahlermessens hinsichtlich der Praxisnachfolge gegründet worden sei. Im Juni 2011 stellte P einen Antrag auf Ausschreibung seines Vertragsarztsitzes zum Januar 2012. Um den Praxissitz bewarben sich insgesamt vier Ärzte. Der Zulassungsausschuss genehmigte im November 2011 die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft zwischen Q. und B und ließ Q als Praxisnachfolger zu. Der Kl., der sich ebf. beworben hatte, aber in einer **Einzelpraxis** tätig werden wollte, erhob erfolglos Widerspruch. Im Klageverfahren erklärte der Kl., dass er auch die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit den übrigen Partnern der B fortführen würde. Das ***SG*** wies die Klage ab.

b) Inzidentprüfung der Genehmigung einer überörtlichen BAG

SG Hannover, Urteil v. 30.10.2013 - S 65 KA 370/12 **RID 14-01-43**

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 44/13 R

juris

SGB V §§ 98 I, 103 IV, VI; Ärzte-ZV S 33 II; GG Art. 12 I 2, 19 IV; SGG § 54 I

Nach BSG, Urt. v. 14.12.2011 - B 6 KA 13/11 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 9 = BSGE 110, 43, juris Rn. 23 m.w.N.) darf einem Bewerber, mit dem die in der **Gemeinschaftspraxis** verbleibenden Partner nicht zusammenarbeiten wollen, die begehrte Zulassung grundsätzlich nicht erteilt werden. Nur im Ausnahmefall wie z.B. bei einem offensichtlichen Eignungsmangel des Mitbewerbers kann der nach § 103 VI SGB V grundsätzliche Vorrang der Interessen der verbleibenden Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft entfallen.

Eine **Inzidentprüfung der Rechtmäßigkeit der Genehmigung der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft** kann bzw. muss im Verfahren zur Anfechtung der Praxisnachfolge erfolgen. Soweit das BSG dies ausschließt (aaO. Rn. 17 ff.), räumt es andererseits ein, dass eine Praxis in der Regel nach sieben Jahren wegen grundsätzlicher Änderungen im Praxissubstrat nicht mehr übertragen werden kann (aaO. R, 27 ff.). Konkurrenten kann mit dieser Folge nicht der Anspruch auf Rechtsschutz aus Art. 19 IV 1 GG vollständig verwehrt werden.

Zur Unzulässigkeit der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft s. vorstehend Parallelverfahren S 65 KA 189/12.

Im Parallelverfahren zu S 65 KA 189/12 (s. vorstehend) wendet sich der Kl. gegen die dem Beigel. erteilte Zulassung als Facharzt für Urologie. Das ***SG*** wies die Klage ab.

2. Sonderbedarfszulassung: Internistische Rheumatologin

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.10.2013 - L 7 KA 123/11 **RID 14-01-44**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 101 I 1 Nr. 3; BedarfsplRL-Ä a.F. § 24 S. 1 Buchst. b

Stationäre und ambulante **Leistungen der Krankenhäuser** sind bei einer **Sonderbedarfszulassung** unberücksichtigt zu lassen, soweit diese Leistungserbringung gegenüber derjenigen der niedergelassenen Ärzte nachrangig ist.

Für die Ermittlung des Versorgungsbedarfs hinsichtlich einer Sonderbedarfszulassung einer **internistischen Rheumatologin** sind aufgrund der unterschiedlichen Weiterbildung lediglich die vertragsärztlich tätigen internistischen Rheumatologen in eine **Befragung** einzubeziehen und nicht auch die **orthopädischen Rheumatologen**. Wenn mehr als vier Fünftel aller antwortenden Ärzte zu lange Wartezeiten für die Patienten beklagen und Bedarf an weiteren Fachkollegen sehen, spricht dies für sich.

Die auf **Aussage einer Fachgesellschaft** beruhende Annahme, für je 50.000 erwachsene Einwohner sei ein internistischer Rheumatologe erforderlich, ist nicht zu beanstanden.

Nach **§ 116b II SGB V** zur Behandlung „schwerer rheumatologischer Erkrankungen“ bestimmte Kliniken sind bei der Ermittlung des Versorgungsbedarfs im Bereich der internistischen Rheumatologie nicht maßgeblich einzubeziehen.

SG Berlin, Urt. v. 07.09.2011 - S 83 KA 153/11 - wies die Klage der KV gegen die Sonderbedarfszulassung der beigel. Rheumatologin ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.10.2013 - L 7 KA 86/12 **RID 14-01-45**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

3. Zulassung als Belegarzt: Unzulässiges spezialisiertes Anforderungsprofil (Endoprothetik der Gelenke)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.11.2013 - L 5 KA 2647/12 **RID 14-01-46**

Revision anhängig: B 6 KA 48/13 R

juris

SGB V §§ 73 VI, 115 I, 103 VII, 121 I bis V; KHEntgG § 18; BMV-Ä §§ 38 bis 41

Eine Regelung, wonach der **Errichtung neuer Belegarztstellen** auch im überversorgten Gebiet grundsätzlich der Vorrang zukommt vor den **Interessen der niedergelassenen Ärzte**, ist dem Gesetz (§§ 73 VI, 115 I, 121 I bis V SGB V, § 18 KHEntgG, §§ 38 bis 41 BMV-Ä), auch nicht § 103 VII SGB V, nicht zu entnehmen.

Eine **defensive Konkurrentenklage** gegen eine Zulassung im Wege der Belegarzt-Ausnahmezulassung ist zulässig. Bei der Sonderzulassung nach § 103 VII SGB V liegt eine vergleichbare Ausgangssituation vor wie bei der Zulassung eines Vertragsarztes im Wege der Sonderbedarfszulassung.

Es fehlt an der **ordnungsgemäßen Ausschreibung einer Belegarztstelle**, wenn das vom Krankenhaus gewählte **Anforderungsprofil** seinem Spezialisierungsgrad nach zu eng gefasst ist mit der Folge, dass den niedergelassenen Fachärzten für Chirurgie von vorneherein die - realistische - Möglichkeit einer erfolgreichen Bewerbung verschlossen bleibt.

Wird in der Ausschreibung der Belegarztstelle insb. **langjährige operative Erfahrung und aktuelle Kenntnisse in der Endoprothetik des Schulter-, Knie- und Hüftgelenks** gefordert mit dem Ziel, die Belegarztabteilung im Bereich der Endoprothetik aufrecht zu erhalten und auch weiter auszubauen, um durch die Erweiterung der Zahl der Belegärzte im Bereich der Endoprothetik nicht nur eine Entlastung der bisher dort tätigen zwei Belegärzte zu erreichen, sondern auch die Versorgung von Patienten zu ermöglichen, die derzeit auf Wartelisten gesetzt werden oder an andere Krankenhäuser verwiesen werden müssen, so vollzieht sich die Durchsetzung dieses Interesse nicht in durch § 103 VII SGB V gedeckter Weise auf Kosten der niedergelassenen Vertragsärzte. Denn diesen ist aufgrund des spezialisierten Anforderungsprofils von vorneherein die Möglichkeit verwehrt, sich mit Erfolgsaussicht auf die ausgeschriebene Belegarztstelle zu bewerben. Über die geforderte langjährige Operationserfahrung in Endoprothetik der großen Gelenke einschließlich aktueller Kenntnisse hierzu wird regelmäßig **nur ein klinisch tätiger Krankenhausarzt oder ein bereits als Belegarzt tätiger niedergelassener Chirurg** verfügen.

Die **Ausgliederung der endoprothetischen Versorgung von Krankenhäusern auf Belegärzte** führt in gesperrten Planungsbereichen zwangsläufig zu einer Ausweitung der Überversorgung, da eine derartige Belegarzttätigkeit nur von aktuell noch tätigen Klinikärzten ausgeübt werden kann, die stets einer Sonderzulassung bedürfen und damit zusätzliche Behandlungskapazitäten im Bereich der ambulanten Versorgung schaffen werden. Endoprothetische Operationen unterfallen deshalb dem Spektrum der Krankenhausleistungen, sind von erfahrenen Klinikärzten durchzuführen und damit einer **Ausübung im Rahmen belegärztlicher Tätigkeit - in gesperrten Planungsgebieten - nicht zugänglich**.

Der Kl. ist seit 1999 als Facharzt für Chirurgie in M. zugelassen; der Praxisstandort liegt ca. 800 m vom Krankenhaus M. entfernt. Er wendet sich gegen die dem Beigel. erteilte Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit im Wege der Belegarzt-Ausnahmezulassung für die chirurgische Belegabteilung am Krankenhaus M., für die er sich ebf. erfolglos beworben hatte. ***SG Stuttgart***, Urt. v. 11.05.2012 wies die Klage ab. Das ***LSG*** gab der Klage statt und hob den Beschluss des Berufungsausschusses auf.

4. MVZ kann nicht Gründer eines anderen MVZ sein

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 20.01.2014 - S 12 KA 117/13 **RID 14-01-47**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 72 I 2, 95 Ia

Leitsatz: Ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) kann nicht wiederum Gründer eines MVZ sein.

Die Beteiligten streiten um die Feststellung der Rechtswidrigkeit der Ablehnung eines Antrags auf Zulassung eines MVZ. Das ***SG*** wies die Klage ab.

5. Verlegung eines Vertragsarztsitzes

a) Verlegung von überversorgten in noch stärker überversorgten Bezirk Berlins

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 25.10.2013 - L 7 KA 77/13 B ER **RID 14-01-48**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Ärzte-ZV § 24 VII; SGG § 86b II

Nach der st. Rspr. des Senats (vgl. zuletzt v. 19.09.2013 - L 7 KA 71/13 B ER - RID 13-04-40 m.w.N.) besteht in aller Regel kein eiliges Regelungsbedürfnis und damit **kein Anordnungsgrund** für eine einstweilige Anordnung, mit der einem Antragsteller ein vertragsärztlicher **Status** - z.B. eine Zulassung oder Ermächtigung - zugesprochen werden soll. Der Senat hat einen in einem Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes sicherungsfähigen Anspruch auf Bescheidung nur dann bejaht, wenn die Zulassungsgremien ihre Entscheidung **nachweislich rechtswidrig verzögern** und dadurch dem betroffenen Arzt ein durch das Hauptsacheverfahren nicht wieder gutzumachender Nachteil entstehen würde (LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 28.12.2011 - L 7 KA 153/11 B ER - RID 12-01-85).
Es ist sozialgerichtlich noch ungeklärt, von welchen tatsächlichen und rechtlichen Voraussetzungen nach der seit dem 01.01.2013 geltenden Rechtslage ein Anspruch eines Vertragsarztes auf Genehmigung der **Verlegung seines Sitzes** von einem Verwaltungsbezirk im Zulassungsbezirk Berlin in einen anderen abhängt. Deshalb haben die Einwände des Ag., im Hinblick auf die Sitzverlegung von einem **überversorgten Planungsbereich** in einen **noch stärker überversorgten** nach der bisherigen Rechtsprechung so viel Substanz, dass sie nicht ohne weiteres im vorläufigen Rechtsschutzverfahren widerlegt werden können.

Vorausgehend ***SG Berlin***, Beschl. v. 23.09.2013 - S 22 KA 374/13 ER -; das ***LSG*** lehnte auf Beschwerde des Ag. den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab und wies die Beschwerde der Ast. zurück.

b) Trotz Überversorgung keine Verlegung in noch stärker überversorgten Teilbereich

SG Marburg, Beschluss v. 05.02.2014 - S 12 KA 36/14 ER **RID 14-01-49**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Ärzte-ZV § 24 VII

Leitsatz: 1. Die Zulassungsgremien können eine **Praxisverlegung** auch in einem wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereich ablehnen, wenn der Sitz aus einem Teil mit geringerer **Versorgungsdichte** in einen Teil mit wesentlich höherer Versorgungsdichte verlegt wird, auch wenn der Teil mit geringerer Versorgungsdichte nach den Anhaltszahlen der BedarfsplRL-Ä nach Sitzverlegung noch ausreichend versorgt wäre.
2. **Härtefallgesichtspunkte** sind bei einer Praxisverlegung nicht zu berücksichtigen, da vertragsarztrechtlich allein Versorgungsgesichtspunkte zu beachten sind.

Die Beteiligten streiten im Rahmen eines einstweiligen Anordnungsverfahrens um die Verlegung des Praxissitzes von N in das 23 km entfernte B. Der Zulassungsausschuss/Psychotherapie hatte dem Ast., einem approbierten Psychotherapeuten, die Genehmigung erteilt, wogegen die KV Widerspruch eingelegt hat. Der Ast. begehrte im einstweiligen Anordnungsverfahren, ihm bis zur Entscheidung in der Hauptsache vorläufig die Ausübung seiner Tätigkeit als psychologischer Psychotherapeut in den Praxisräumen in B zu gestatten. Das ***SG*** wies den Antrag ab.

6. Erfolglose Anfechtung einer Zweigpraxisgenehmigung bei nachträglicher offensiver Konkurrenzsituation

SG Schwerin, Urteil v. 30.10.2013 - S 3 KA 158/11 **RID 14-01-50**

Berufung anhängig: LSG Mecklenburg-Vorpommern - L 1 KA 9/13 -

Ärzte-ZV § 24 III 5 u. 6

Vertragsärzte sind nicht berechtigt, die einem anderen Vertragsarzt erteilte Genehmigung zum Betrieb einer **Zweigpraxis** an einem anderen Standort **anzufechten** (BSG, Urt. v. 28.10.2009 - B 6 KA 42/08 R - SozR 4-5520 § 24 Nr. 3 = BSGE 105, 10 = GesR 2010, 211 = ZMGR 2010, 102 = USK 2009-103 = MedR 2010, 511).

Nimmt ein Vertragsarzt für sich selbst in Anspruch, am Ort der streitigen Zweigpraxis eine solche zu betreiben, so besteht eine Klagebefugnis aufgrund einer **offensiven Konkurrenzsituation**.

Eine **nachträgliche**, nach der Entscheidung des Zulassungsausschusses über eine Zweigpraxis erfolgte **„Bewerbung" um eine Zweigpraxis** am selben Ort zählt nicht zu den Umständen, die die Rechtmäßigkeit des streitbefangenen Verwaltungsakts noch zu beeinflussen vermögen. Denn die Bedingungen einer offensiven Bewerberkonkurrenz müssen vor der Entscheidung des Zulassungsausschusses vorliegen, etwa weil zeitgleiche Anträge auf eine Zweigpraxis eingereicht worden sind oder aber in der Zeit, bevor der Zulassungsausschuss einen Beschluss über den ersteingegangenen Antrag gestellt hat, weitere Anträge eingehen (so für den Fall konkurrierender Bewerbungen um eine Sonderbedarfszulassung: BSG v. 08.12.2010 - B 6 KA 36/09 R - BSGE 107, 147 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 9 = USK 2010-168 = MedR 2012, 216, juris Rn. 38), oder aber wegen Verfahrensfehlern eine verspätet eingegangene Bewerbung noch als „rechtzeitig" bewertet werden müsste. Anderenfalls würden die Verfahrensvorschriften der Zulassungsgremien umgangen werden und würde der Berufungsausschuss erstmalig eine Auswahlentscheidung treffen, ohne dass der Zulassungsausschuss hierzu Veranlassung hatte.

Der zu 1) Beigel. ist mit zwei anderen Fachärzten für Orthopädie in B-Stadt niedergelassen. Der Zulassungsausschuss erteilte eine Ermächtigung für eine Zweigpraxis in Sch. Der im Planungsbereich von Sch. tätige Kl. erhob - erfolglos - Widerspruch und beantragte - erfolglos - ebf. die Genehmigung einer Zweigpraxis in Sch. Das ***SG*** wies die Klage gegen die Ermächtigung des Beigel. zu 1) ab.

7. Genehmigung neuropädiatrischer Leistungen für Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 17.06.2013 - L 5 KA 483/13 **RID 14-01-51**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 49/13 R

juris

SGB V §§ 73 I, Ia, 87 IIa 1

Nach BSG, Urt. v. 28.10.2009 - B 6 KA 22/08 - SozR 4-2500 § 73 Nr. 4 ist die Gliederung des EBM in abrechenbare Leistungen für die Gruppe der **Hausärzte** einerseits und für die Gruppe der **Fachärzte** andererseits nicht als ausnahmslos anzusehen. Es sind Ausnahmen von dem Grundsatz, dass Vertragsärzte Leistungen nur in ihrem jeweiligen Versorgungsbereich erbringen dürfen, vorgesehen.

BSG, Urt. v. 09.04.2008 - B 6 KA 40/07 - BSGE 100, 154 = SozR 4-2500 § 87 Nr. 16 betrifft einen anderen Sachverhalt. Nach § 73 Ia 3 SGB V kann die Durchführungsgenehmigung für die in den Ziffern 04430 EBM - **neuropädiatrisches** Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung) - und 04433 EMB - Zusatzpauschale Koordination der neuropädiatrischen Betreuung von Patienten - beschriebenen Leistungen **Kinderärzten und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung** erteilt werden. Es findet sich mithin - anders als in § 116 SGB V - in der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage eine Ausnahmeregelung zum Erfordernis der Schwerpunktbezeichnung. Mit der Zulassungsentscheidung nach § 73 Ia 3 SGB V wird der Vertragsarzt so gestellt, als wäre er ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung. Dem hat die Abrechnungsberechtigung zu folgen und nicht umgekehrt.

Die kl. KV wendet sich gegen eine Verlängerung der Genehmigung des beigel. Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin mit Zuordnung zur hausärztlichen Versorgung und ohne Schwerpunktbezeichnung zur Durchführung fachärztlicher Leistungen im Rahmen der hausärztlichen Versorgung (EEG-Diagnostik und Therapie anfallskranker Kinder und Jugendlicher sowie die Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsstörungen im Sinne der Diagnosen ADS/ADHS). Der bekl.

Berufungsausschuss stellte darauf ab, dass der Beigel. auf dem Gebiet der Neuropädiatrie ausschließlich ADS/ADHS-Patienten behandele, und zwar seit Jahren erfolgreich, adäquat und in seinem Bereich als einziger Arzt. Zwar fehle ihm die Schwerpunktbezeichnung „Neuropädiatrie"; als niedergelassenem Kinderarzt sei ihm eine Unterbrechung seiner Arbeit zur Nachholung einer einjährigen neuropädiatrischen Kliniktätigkeit aber nicht mehr zumutbar. Dies sei angesichts seiner langjährigen Praxiserfahrung und den weiteren Umständen, dass er den Qualitätszirkel leite und neue Kollegen an das spezielle Krankheitsbild der ADS/ADHS-Kinder heranführe, entbehrlich. Wenn einem Kinderarzt eine solche Ausnahmegenehmigung erteilt werde, müsse er die Leistungen auch ohne Schwerpunktbezeichnung abrechnen können. Das Gesetz gehe insoweit den Regelungen des EBM vor. Der Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes gegen die Anordnung des Sofortvollzugs blieb erfolglos (SG Karlsruhe, Beschl. v. 04.10.2011; LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 04.09.2012 - L 5 KA 4788/11 ER-B -). ***SG Karlsruhe***, Urt. v. 18.12.2012 - S 4 KA 3216/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

8. Beendigung der Zulassung aus Altersgründen

a) Fortsetzungsfeststellungslage gegen Beendigung der Zulassung aus Altersgründen

LSG Bayern, Urteil v. 17.10.2012 - L 12 KA 5013/11 **RID 14-01-52**
SGB V a.F. § 95 VII 3

Wird nachvollziehbar vorgetragen, wegen der fehlenden Möglichkeit, im Zeitraum zwischen dem 01.04.2008 und 06.08.2008 vertragszahnärztlich tätig zu sein, im zivilrechtlichen Verfahren Schadensersatzansprüche gegen den Berufungsausschuss geltend machen zu wollen, kann gegen einen Bescheid über die Beendigung der Zulassung aus Altersgründen, auch wenn für die Zeit danach bis zur Aufhebung der Altersregelung die Fortwirkung der Zulassung festgestellt wurde, **Fortsetzungsfeststellungslage** erhoben werden.
Die Zulassungsgremien waren seinerzeit gehalten, die Altersregelung von 68 Jahren einzuhalten, denn unter keinem denkbaren Aspekt liegt ein **Verstoß gegen europarechtliche Normen** vor.

SG München, Urt. v. 16.09.2010 - S 43 KA 5134 - wies die Fortsetzungsfeststellungslage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Altersgrenzenregelung galt auch für Zahnärzte

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 20.11.2013 - L 11 KA 127/11 **RID 14-01-53**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V a.F. § 95 VII 3

Durch die **Rechtsprechung des EuGH** ist geklärt, dass die Regelung des § 95 VII 3 SGB V a.F. mit europäischem Recht vereinbar ist. EuGH, Urt. v. 12.01.2010 - C-341/08 - Slg 2010, I-47 = NJW 2010, 587 hat entschieden, dass Art. 6 I der Richtlinie 2000/78 EG des Rates vom 27.11.2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf dahin auszulegen ist, dass er einer Altersgrenze für Vertragszahnärzte nicht entgegensteht, wenn diese die Verteilung der Berufschancen zwischen den Generationen innerhalb der Berufsgruppe der Vertragszahnärzte zum Ziel hat und wenn sie unter Berücksichtigung der Situation auf dem betreffenden Arbeitsmarkt zur Erreichung dieses Ziels angemessen und erforderlich ist. Dass die Altersgrenze für Vertragsärzte diese Zielrichtung hat, hat das **BSG** in seiner Rechtsprechung mehrfach ausgeführt (s. zuletzt BSG, Beschl. v. 18.08.2010 - B 6 KA 18/10 B - RID 10-04-104 m.w.N.) Diese für den Bereich des Vertragsarztrechtes getroffene Entscheidung ist auf Vertragszahnärzte übertragbar, weil für beide die gesetzliche Altersgrenzenregelung in gleicher Weise und mit der gleichen Zielsetzung galt (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 17.10.2012 - L 12 KA 5011/11 -; v. 17.10.2012 - L 12 KA 5013/11 - RID 14-01).

SG Dortmund, Urt. v. 29.07.2011 - S 16 KA 15/10 WA - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

9. Widerruf der Genehmigung einer Arztanstellung wegen Verletzung der Fortbildungspflicht

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 17.01.2014 - S 12 KA 2/13 **RID 14-01-54**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95d; SGB X § 48 Abs. 1 S. 1

Leitsatz: Die vertragsärztliche Genehmigung zur Anstellung einer Ärztin kann wegen Verletzung der **Fortbildungspflicht** widerrufen werden.

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

10. Zulassungsentziehung: Fortwirken besonders gravierender Pflichtverletzungen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.08.2013 - L 7 KA 24/12 **RID 14-01-55**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 58/13 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 95 VI

Bei der Annahme **gröblicher Pflichtverletzungen** dürfen sich die Zulassungsgremien und die Gerichte – ggf. auch ausschließlich – auf die Tatsachenfeststellungen in anderweitigen **bestandskräftigen Entscheidungen** und deren Inhalt stützen, insb. auf Strafurteile und Strafbefehle, aber z.B. auch auf Disziplinarentscheidungen und Bußgeldbescheide wegen Qualitätsmängeln (BSG, Beschl. v. 05.05.2010 - B 6 KA 32/09 B - RID 10-03-52, juris). Aus welchen Gründen ein Vertragsarzt im Verfahren vor dem Landgericht seine Berufung auf das Strafmaß beschränkt, ist für die Verwertbarkeit der amtsgerichtlichen Feststellungen grundsätzlich irrelevant. Durch die Berufungsbeschränkung wird zum Ausdruck gebracht, dass die Tatsachenfeststellungen des Amtsgerichts nicht weiter in Frage gestellt werden.
Die Berücksichtigung von **Pflichtverletzungen**, die, gerechnet vom Zeitpunkt der ersten Entziehungsentscheidung durch den Zulassungsausschuss an, **mehr als fünf Jahre zurückliegen**, ist nicht zu beanstanden, wenn sie Ausdruck eines **systematischen Fehlverhaltens im Abrechnungsbereich** und daher **besonders gravierend** sind. Die besondere Schwere der Pflichtverletzung beruht bei der **fehlenden Bilddokumentation** im Rahmen der Abrechnung von Leistungen nach der Nr. 375 insb. auf der außerordentlich hohen Anzahl dieses Leistungsansatzes (durchschnittlich mehr als 500 Mal je Quartal). Noch schwerer wiegt indes die Abrechnung von Leistungen für sog. **Phantompatienten**. Diese ist nur möglich, indem mit anderen Vertragsärzten Patientendaten ausgetauscht werden. Offensichtlich um die darin liegende Missachtung sämtlicher datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu bemänteln, stellten die beteiligten Vertragsärzte zusätzlich Überweisungsscheine für diese Patienten aus, was ihnen die Abrechnung einer weiteren Leistung (Nr. 42 EBM – „Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr behandelnden Ärzten über die bei demselben Patienten in demselben Quartal erhobenen Befunde“) ermöglichte. Ein solches Vorgehen erfordert kriminelle Energie von besonderer Intensität.
Eine für ein **„Wohlverhalten“** gebotene Unrechtseinsicht liegt bei beharrlichem Leugnen jedweden Fehlverhaltens nicht vor.

Der Kl. wendet sich gegen die Entziehung seiner Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung, die mit der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen begründet wird. Der 1951 geb. Kl. ist seit 1984 als Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde zugelassen. Gegen ihn **ermittelten seit September 2000** die Berliner **Strafverfolgungsbehörden**, nachdem ihnen im Zusammenhang mit Ermittlungen gegen einen anderen Vertragsarzt bekannt geworden war, dass beide zu einer Gruppe von Ärzten gehörten, die **Gefälligkeitsüberweisungen von sog. Phantompatienten ausgetauscht** hatten. Zahlreiche Patienten, für die der Kl. in den Quartalen IV/97 bis III/98 Leistungen gegenüber der Beigel. zu 1) abgerechnet hatte, gaben bei ihrer polizeilichen Vernehmung an, ihn nicht zu kennen. Ferner wurde dem Kl. vorgeworfen, Gebührenordnungspositionen des EBM abgerechnet zu haben, obwohl in seiner Praxis die sachlichen Voraussetzungen hierfür nicht vorgelegen hätten. Das **AG Tiergarten** verurteilte im August 2006 den Kl. wegen Betruges in fünf Fällen zu einer Gesamtgeldstrafe von 360 Tagessätzen zu je 200 Euro. Es ging hierbei davon aus, dass der Kl. in den Quartalen IV/97 bis III/98 für 78 namentlich benannte Patienten Leistungen in Höhe von 2.375,39 € abgerechnet habe, obwohl diese Personen an den im Einzelnen aufgeführten Tagen die kl. Praxis nicht aufgesucht hätten und vom Kl. auch nicht behandelt worden seien. Darüber hinaus habe der Kl. in den Quartalen I bis IV/98 sonographische Leistungen nach der GOP 375 in Höhe von 15.702,83 € abgerechnet, obwohl er die hierfür vorgeschriebene Bilddokumentation in keinem der Fälle erbracht habe. Von insgesamt 98

als Zeugen vernommenen angeblichen Patienten des Kl. hätten 78 in der Hauptverhandlung ausgesagt, sie kennten weder den Kl. noch seine Praxis und seien dort auch sicher nie behandelt worden. Im Berufungsverfahren änderte das **LG Berlin** im Februar 2010 das angefochtene Urteil im Rechtsfolgenausspruch dahin, dass der Kl. zu einer Gesamtgeldstrafe von 60 Tagessätzen zu je 80 € verurteilt wurde, von denen 10 Tagessätze als Entschädigung für die rechtsstaatswidrige Verfahrensverzögerung als vollstreckt gelten. Die Berufung der Staatsanwaltschaft wurde verworfen. Das LG führte aus, strafmildernd sei neben der überlangen Verfahrensdauer, die der Kläger überwiegend nicht zu vertreten habe, berücksichtigt worden, dass er neben der Beschränkung des Rechtsmittels eine gewisse Einsicht und Reue in der Berufungshauptverhandlung habe erkennen lassen, dass er nicht vorbestraft sei und sich nach Beginn der letzten Tat vor mehr als elf Jahren straffrei verhalten habe, sowie dass gegen ihn bei der Beigel. zu 1) ein offenes Disziplinarverfahren anhängig sei. Strafverschärfend hätten sich die Sozialschädlichkeit der Taten, der Missbrauch der ärztlichen Vertrauensstellung, die Länge der Tatzeit und die Schadenshöhe ausgewirkt. Der **Zulassungsausschuss** nahm ein früheres Zulassungsentziehungsverfahren wieder auf und entzog im Oktober 2010 die Zulassung. Der **Widerspruch** blieb erfolglos. ***SG Berlin***, Urt. v. 25.01.2012 - S 79 KA 168/11 - hob die Zulassungsentziehung auf, das ***LSG*** wies auf Berufung des Bekl. die Klage ab.

VI. Gesamtvertrag/GBA/KV

1. EKV-Z: Kein endgültiger Einbehalt von Teilen der Gesamtvergütung

SG Marburg, Urteil v. 27.11.2013 - S 12 KA 122/12 **RID 14-01-56**
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 73/13 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 82; EKV-Z § 17

Leitsatz: § 17 Abs. 1 Satz 5 EKV-Z gibt keine Rechtsgrundlage für einen **endgültigen Einbehalt** ab. Im Übrigen bestehen erhebliche Zweifel, ob die Bundesmantelvertragsparteien überhaupt befugt sind, einen Forderungsuntergang hinsichtlich von Teilen der Gesamtvergütung zu vereinbaren.

Die Beteiligten streiten um einen Einbehalt der bekl. Krankenkasse in Höhe von 5.322,67 € nach § 17 Abs. 1 Satz 5 EKV-Z, wonach Berichtigungsanträge, die nicht innerhalb von 6 Monaten bearbeitet worden sind, die Ersatzkasse zur Einbehaltung von 75 v.H. der mit den Berichtigungsanträgen geltend gemachten Forderungen berechtigen, und hierbei um die Frage, ob der Einbehalt vorläufig oder endgültig erfolgt. Das ***SG*** gab der Klage der KZV statt.

2. Ausschluss von Insulinanaloga rechtmäßig

SG Berlin, Urteil v. 13.11.2013 - S 79 KA 337/11 **RID 14-01-57**
juris
SGB V §§ 2a, 35b I, 92 I 1 HS 3, IIIa, 139b I u. II; Richtlinie 89/105/EWG (TransparenzRL)

Der GBA durfte **kurzwirksame Insulinanaloga** – so lange damit Mehrkosten für die Krankenkassen verbunden waren – ausschließen, weil eine andere, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem therapeutischem Nutzen – nämlich Humaninsulin – verfügbar ist (vgl. bereits SG Berlin, Urt. v. 13.01.2010 - S 83 KA 588/07 - RID 10-02-75 u. - S 83 KA 221/08 - RID 10-02-76).

Die Kl., ein pharmazeutisches Unternehmen, wendet sich gegen einen Beschluss des bekl. GBA, mit dem dieser in Änderung der AMRL den Ausschluss von kurzwirksamen Insulinanaloga zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen hat. Das ***SG*** wies die Klage ab.

3. Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei Ausschusswahlen einer Vertreterversammlung

SG Münster, Urteil v. 09.12.2013 - S 2 KA 5/11 **RID 14-01-58**
Sprungrevision anhängig: B 6 KA 4/14 R
juris
SGB V § 80 I 2, Ia III; GG Art. 38 I

Für die Anfechtung von Wahlen zur Besetzung von Ausschüssen einer K(Z)V findet § 131 IV SGG keine Anwendung. Da das SGG insoweit keine Regelungen enthält, sind die von den Verwaltungsgerichten entwickelten Grundsätze der **verwaltungsrechtlichen Organstreitigkeiten**,

insb. der Kommunalverfassungsstreitverfahren, anzuwenden. Beteiligte solcher Streitigkeiten können dabei nur Organe oder Organteile sein.
Werden die Wahlen für die Mitglieder der **Delegiertenversammlung der K(Z)BV** entgegen § 80 Ia 3 i.V.m. I 2 SGB V nicht nach den Grundsätzen der Verhältniswahl, sondern nach den Grundsätzen des Mehrheitswahlrechts durchgeführt, so führt dies nicht zur Ungültigkeit dieser Wahlen, wenn sich bei Anwendung der Grundsätze der Verhältniswahl kein anderes Ergebnis ergeben hätte.
Bei **Ausschusswahlen** einer **Vertreterversammlung** ist der **Grundsatz der Spiegelbildlichkeit** zu beachten, d.h. es müssen sich bei der Besetzung der Ausschüsse insgesamt die Mehrheitsverhältnisse in der Vertreterversammlung wiederspiegeln (vgl. für Parlamente BVerfG, Urt. v. 13.06.1989 - 2 BvE 1/88 - BVerfGE 80, 188, 222; v. 16.07.1991 - 2 BvE 1/91 - BVerfGE 84, 302, 323; Beschl. v. 03.12.2002 - 2 BvE 3/02 - BVerfGE 106, 253, 262). Dieser Grundsatz wird verletzt, wenn eine Fraktion 40 % der Vertreter vereint, in drei Ausschüssen insgesamt aber nur 20 % der Mitglieder stellt.

Der Kl. ist zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. Er ist Mitglied der bekl. Vertreterversammlung und Vorsitzender der Fraktion „Unabhängige Freie Zahnärzte (UFZ)". Das ***SG*** erklärte die in der konstituierenden Sitzung der Bekl. v. 04.12.2010 durchgeführten Wahlen der Mitglieder für den Hauptausschuss, für den Finanzausschuss und für den Satzungsausschuss für ungültig und verpflichtete die Bekl. bis zum 31.12.2014, nach Maßgabe der im Dezember 2010 gültigen Regelung in § 24 VI der Satzung der beigel. KZV Neuwahlen zu diesen Ausschüssen durchzuführen. Bis zur Neuwahl bleiben die bisher gewählten Mitglieder der Ausschüsse in ihren Ämtern. Im Übrigen wies es die Klage ab.

4. Unzulässige Bewerbung eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes: Unterlassungsanspruch der KV

SG München, Beschluss v. 20.01.2014 - S 38 KA 805/13 ER **RID 14-01-59**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 75 I; UWG §§ 4 Nr. 11, 8; BGB § 1004; SGG § 86b II

Indem ein Unternehmen in diversen Medien den **„ärztlichen Bereitschaftsdienst"** unterschiedslos ohne entsprechende Einschränkung und Hinweise für GKV-Patienten **bewirbt**, verstößt es gegen das gesetzliche Monopol der KV. Ferner liegt ein Verstoß gegen die fundamentalen Prinzipien des Leistungserbringerrechts des SGB V, nämlich das Sachleistungsprinzip, vor. Außerdem ist die beworbene Leistungserbringung nicht mit § 82 I SGB V i.V.m. §§ 13 III 2, 17 V, 17 VI BMV-Ä kompatibel. Außerdem ist die Bewerbung dazu geeignet, dass Leistungserbringer (Ärzte) GKV-Versicherte zur Inanspruchnahme privatärztlicher Leistungen anstelle der ihnen zustehenden Kassenleistungen beeinflussen, was einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten des § 128 Va, § 18 BMV-Ä darstellt. Zudem ist nicht auszuschließen, dass die Bewerbung mitunter zu einer Abrechnung über Notfallscheine führt, obwohl der Tatbestand eines Notfalls nicht erfüllt ist.
Als unlauter stellt sich ebenfalls die beworbene „**Telefon-Fern-Beratung und Behandlung gegen Entgelt"** dar.
Ein Unterlassungsanspruch/Anordnungsanspruch besteht auch bezüglich der Bewerbung von **„Wiederholungsrezepten"**.

Gegenstand des Verfahrens über den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung sind die nach Auffassung der Ast. (KV) unzulässigen wettbewerbsrechtlichen Handlungen der Ag. und das darauf gerichtete Unterlassungsbegehren. Nach den Allgemeinen Geschäftsbedingungen (Präambel) bietet die Ag. zu 1 „registrierten Nutzern sowohl entgeltpflichtige als auch kostenlose Leistungen", also Dienstleistungen im Gesundheitsbereich an (Regionen A-Stadt und B-Stadt). Der Ag. zu 2 ist Geschäftsführer der Ag. zu 1. Das ***SG*** gab dem Antrag in großem Umfang statt und wies den Antrag im Übrigen ab.

VII. Verschiedenes/Verfahrensrecht/Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen

Nach BSG, Urt. v. 19.02.2014 - ***B 6 KA 10/13 R*** - verletzt der im Jahr 2006 eingeführte **Nachhaltigkeitsfaktor** bei der Umgestaltung der sog. erweiterten Honorarverteilung (Alters- und Hinterbliebenenversorgung für **Hessische Vertragsärzte**) (**EHV**) Art. 14 I GG; die inaktiven Ärzte wurden in unverhältnismäßiger Weise einseitig durch Minderung ihrer Ansprüche belastet, während der Finanzierungsanteil der aktiven Ärzte auf niedrigem Niveau stabilisiert wurde, weshalb die KV eine Neuregelung treffen muss, die eine ausgewogene Verteilung der Lasten zwischen den aktiven und inaktiven Ärzten gewährleistet. Nicht zu beanstanden ist, dass bei der Ermittlung des für die Ansprüche aus der Alterssicherung maßgeblichen Durchschnittshonorars der für den EBM definierte **Kostenanteil** für technische Leistungen abgezogen wurde, soweit er den Kostendurchschnitt der Fachgruppe überstieg. Nach BSG, Urt. v. 19.02.2014 - ***B 6 KA 8/13***

R - ist die Einbeziehung eines **MVZ** in die **Finanzierung der EHV** rechtmäßig. Der Umstand, dass das MVZ zwar zur Finanzierung beiträgt, aber keine eigenen Ansprüche erwirbt, resultiert aus den Besonderheiten dieser Teilnahmeform.

1. Einstweiliger Rechtsschutz gegen Honorarrückforderung nicht für Vergangenheit

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 12.03.2013 - L 7 KA 32/13 B ER **RID 14-01-60**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106a; SGG § 86b I

Die aufschiebende Wirkung ist anzuordnen, wenn im **Beschwerdeverfahren** (erstmals) durch Vorlage entsprechender Unterlagen glaubhaft gemacht wird, dass die weitere Vollziehung der angefochtenen, noch nicht endgültig bindenden Bescheide eine unbillige, nicht durch überwiegende öffentliche Interessen gebotene Härte zur Folge hätte (vgl. § 86a III 2 SGG), weil insbesondere der endgültige Verlust der Zahnarztpraxis und der Wohnung und damit der **Lebensgrundlage** droht.
Ein Anspruch auf **Rückgängigmachung der Vollzugsfolgen** besteht nicht, wenn nach Auszahlung der einbehaltenen Beträge angesichts der desolaten finanziellen Lage keine realistische Chance mehr besteht, im Falle des Obsiegens in der Hauptsache auch nur einen Euro von der Ast. zu erhalten, und das Hauptsacheverfahren auch nicht zu gewinnen ist.
In einem Verfahren auf Erlass einer einstweiligen Anordnung beurteilt sich das Vorliegen eines **Anordnungsgrundes** nach dem Zeitpunkt, in dem das Gericht über den Eilantrag entscheidet; im Beschwerdeverfahren ist dies der Zeitpunkt der Beschwerdeentscheidung. Dies folgt daraus, dass in dem Erfordernis eines Anordnungsgrundes ein spezifisches Dringlichkeitselement enthalten ist, welches im Grundsatz nur Wirkungen für die Zukunft entfalten kann. Die **rückwirkende Feststellung** einer – einen zurückliegenden Zeitraum betreffenden – **besonderen Dringlichkeit** ist zwar rechtlich möglich, sie kann jedoch in aller Regel nicht mehr zur Bejahung eines Anordnungsgrundes führen. Denn die prozessuale Funktion des einstweiligen Rechtsschutzes besteht vor dem Hintergrund des Art. 19 IV GG darin, in dringenden Fällen effektiven Rechtsschutz zu gewährleisten, in denen eine Entscheidung im – grundsätzlich vorrangigen – Verfahren der Hauptsache zu spät käme, weil ohne sie schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Nachteile entstünden, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre (BVerfG, Beschl. v. 22.11.2002 - 1 BvR 1586/02 - u. v. 12.05.2005 - 1 BvR 569/05 -, juris). Dies bedeutet aber zugleich, dass die Annahme einer besonderen Dringlichkeit und dementsprechend die Bejahung eines Anordnungsgrundes in aller Regel ausscheidet, soweit diese Dringlichkeit vor dem Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung vorgelegen hat, denn insoweit ist die **besondere Dringlichkeit durch den Zeitablauf überholt**, das Abwarten einer Entscheidung im Verfahren der Hauptsache über den zurückliegenden Zeitraum ist der Rechtsschutzsuchenden in aller Regel zumutbar.
Es ist nicht Aufgabe des vorläufigen Rechtsschutzes in Verfahren wie dem vorliegenden, Rechtsschutzsuchenden die Mittel zur Rückzahlung von in der Vergangenheit entstandenen **privaten Schulden** zu beschaffen (st. Rspr. LSG Berlin-Brandenburg, vgl. u.a. Beschl. v. 30.01.2008 - L 9 B 600/07 KR ER - juris).

Das ***LSG*** änderte auf Beschwerde der Ast. SG Berlin, Beschl. v. 12.03.2013 - S 79 KA 98/13 - und ordnete die aufschiebende Wirkung der Widersprüche/Klagen der Ast. gegen zwei Bescheide an; im Übrigen wies es die Beschwerde sowie die Anträge auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück.

2. Rechtsmissbräuchliche Untätigkeitsklage nach Erfüllung eines Auskunftsersuchens

SG Mainz, Urteil v. 01.08.2013 - S 16 KA 327/12 **RID 14-01-61**
SGG § 88

Kommt eine KZV dem **Auskunftsersuchen** eines Versicherten nach, einen Zahnarzt zu benennen, der ihn im Basistarif behandelt, so besteht für die Erhebung einer Untätigkeitsklage wegen eines Widerspruch gegen eine zunächst erfolgte Ablehnung des Auskunftsersuchens kein Rechtsschutzbedürfnis aufgrund **Rechtsmissbräuchlichkeit**.

Zwischen den Bet. ist streitig, ob die bekl. KZV verpflichtet ist, einen Widerspruchsbescheid zu erlassen. Das ***SG*** wies die Klage ab.

3. Verfahrensdauer: Ruhensanordnung bewirkt keine unangemessene Verzögerung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 06.12.2013 - L 37 SF 69/12 EK KA **RID 14-01-62**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
GVG §§ 198; ZPO § 251

Eine Verlängerung der Verfahrensdauer aufgrund der **Anordnung des Ruhens des Verfahrens** ist unabhängig davon, ob das Ruhen aufgrund einer gerichtlichen Anregung beantragt wurde oder nicht, nicht dem Gericht anzulasten, da diese nur auf Antrag der Beteiligten möglich ist.

Der Kl. begehrte eine Entschädigung wegen unangemessener Dauer des beim SG Berlin unter dem Az. S 71 KA 1/03 bzw. S 71 KA 1/03 W 05 sowie anschließend bei dem LSG Berlin-Brandenburg unter dem Az. L 7 KA 74/07 bzw. L 7 KA 20/09 WA geführten und inzwischen abgeschlossenen Verfahrens, in den es um einen Arzneikostenregress wegen der Verordnung von Wobe Mugos E in Höhe von 6.730,38 € ging. Das ***LSG*** wies die Klage ab.

4. EHV: Änderung des Anspruchssatzes ist keine sachlich-rechnerische Berichtigung

LSG Hessen, Urteil v. 30.10.2013 - L 4 KA 65/11 **RID 14-01-63**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 85 IV, 106a; SGB X §§ 45 ff., GEHV KV Hessen in der ab 01.07.2006 gültigen Fassung,

Der **statusrelevante Charakter** der „weiteren Teilnahme“ inaktiver Vertragsärzte an der Honorarverteilung (hierzu LSG Hessen, Urt. v. 27.02.2008 - L 4 KA 18/07 - RID 11-04-71; BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 44/03 R - SozR 4-2500 § 72 Nr. 2 = BSGE 94, 50 = GesR 2005, 307 = MedR 2005, 538 = Breith 2005, 817, zitiert nach juris, Rn. 112 ff.) nach den GEHV lässt es nicht zu, dass über die Teilnahme an der EHV im Rahmen der Rechtmäßigkeit der Honorarabrechnung entschieden wird (vgl. Senatsurt. aaO; BSG aaO., Rn.. 112 ff., 116).
Statusrelevante Wirkung hat auch die Festsetzung des **EHV-Anspruchssatzes**. Wird dieser geändert, so handelt es sich nicht mehr um eine bloße sachlich-rechnerische Berichtigung, sondern bedarf es eines **statusändernden Verwaltungsakts** auf der Grundlage der §§ 45 ff. SGB X.
In Fällen, in denen es sich nicht um einen Fehler der Ermessenbegründung, sondern um einen Mangel der **Ermessensbetätigung** nach § 39 SGB I handelt, ist das einfache Nachschieben von Ermessensgründen im Klageverfahren auch nach § 41 II SGB X als unzulässig anzusehen.

SG Marburg, Urt. v. 05.10.2011 - S 12 KA 270/11 - RID 11-04-71 gab der Klage statt. Das ***LSG*** wies die Berufung der Bekl. zurück.

VIII. Streitwert/Rechtsanwaltsvergütung

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. Keine Streitwertanpassung nach Ablauf der Sechs-Monatsfrist (Vorläufiger Rechtsschutz)

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 11.11.2013 - L 7 KA 85/13 KL ER **RID 14-01-64**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
GKG § 63 III 2

Gemäß § 63 III 2 GKG ist die Änderung des festgesetzten Streitwertes durch das Gericht nur innerhalb von sechs Monaten zulässig, nachdem die Entscheidung in der Hauptsache Rechtskraft erlangt oder das Verfahren sich anderweitig erledigt hat. Die Begriffe **„Verfahren“** und **„Hauptsache“** i.S.d. § 63 III 2 GKG beziehen sich auf das mit einer eigenen Kostenentscheidung abgeschlossene Verfahren, für welches der Streitwert geändert werden soll, nicht dagegen - im Falle eines Verfahrens des **vorläufigen Rechtsschutzes** - auf das zugehörige Klageverfahren (so auch BVerwG, Beschl. v. 02.09.1997 - 11 KSt 2/97 - juris, Rn. 2; ebs. zu § 63 III GKG: OVG Münster, Beschl. v. 22.04.2013 - 6 E 323/13 - juris Rn. 1).

2. Geschäftsgebühr von mehr als 1,3-fach nach Nr. 2300 RVG VV (Richtgrößenverfahren)

SG Stuttgart, Urteil v. 21.11.2013 - S 11 KA 6116/12 **RID 14-01-65**

juris

SGB V § 106; SGB X § 63; RVG VV Nr. 2300

Unbilligkeit liegt nicht vor, wenn eine Geschäftsgebühr von **mehr als 1,3** nach Nr. 2300 RVG VV in einem Richtgrößenverfahren gefordert wird und die vom Bevollmächtigten erbrachte Tätigkeit sowohl **umfangreich** als auch **schwierig** war und die **Einkommens- und Vermögensverhältnisse** des Kl. überdurchschnittlich sind. Die Sache hat eine **hohe Bedeutung** für den Kl. als Auftraggeber, die über die reine wirtschaftliche Bedeutung hinausgeht, da u.a. die Frage streitig war, ob und in welchem Umfang **Praxisbesonderheiten** geltend gemacht werden können, da die Entscheidung der Prüfgremien zumindest bei einer Ablehnung als Indiz für künftiges Verordnungsverhalten dient. Dass die Angelegenheit für den Kl. überdurchschnittliche Bedeutung hatte, lässt sich auch daraus ableiten, dass der Kl. bereit war, für einen Regress in Höhe von 5.557,28 € – aufgrund des vereinbarten Stundensatzes – Gebühren in Höhe von 4.567,22 € zu entrichten, obwohl er auf Grund der monatweisen Abrechnungen die Angelegenheit jederzeit hätte auf sich beruhen lassen können.
Da nach Ansicht der Kammer jedoch durchaus schwierigere oder umfangreichere Tätigkeiten denkbar sind, wäre der Ansatz einer **2,5 fachen Gebühr unbillig**. Der Bevollmächtigte hat jedoch lediglich eine 2**,0 fache Geschäftsgebühr** in Rechnung gestellt.

IX. Bundessozialgericht (BSG)

1. Honorarverteilung

a) Konvergenzvereinbarung Baden-Württemberg (2009) rechtswidrig

BSG, Urteil v. 05.06.2013 - B 6 KA 47/12 R **RID 14-01-66**

SozR 4-2500 § 87b Nr. 3 = ZMGR 2013, 407 = USK 2013-41

Leitsatz: Ausgleichszahlungen an Arztpraxen, deren Gesamthonorar und Fallwert sich im Zuge der Änderungen des Vergütungsrechts zu Beginn des Jahres 2009 gegenüber dem Vorjahresquartal um mehr als 5% verringert haben, dürfen nicht durch eine Quotierung der Vergütung der Praxen **finanziert** werden, deren Honorarumsätze im Abrechnungsquartal um 5% über den Vorjahresquartalen lagen.

b) Unterdurchschnittlich abrechnende Praxen/Aufbaupraxis

BSG, Urteil v. 17.07.2013 - B 6 KA 44/12 R **RID 14-01-67**

SozR 4-2500 § 87b Nr. 2 = NZS 2013, 952 = GesR 2013, 739 = USK 2013-37

Leitsatz: 1. Eine Berufsausübungsgemeinschaft, die als solche schon längere Zeit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, wird weder durch den **Eintritt** eines erst kurze Zeit vertragsärztlich tätigen Arztes noch durch eine **Standortverlegung** zu einer **Aufbaupraxis** im Sinne des Honorarverteilungsrechts.
2. Der Anspruch einer **unterdurchschnittlich abrechnenden Praxis**, binnen fünf Jahren den Fachgruppendurchschnitt erreichen zu können, wird allein durch eine Regelung, dass **Fallzahlerhöhungen** erst im Folgejahr zu einer Höherbemessung des Regelleistungsvolumens führen, nicht rechtswidrig beeinträchtigt.
3. Die Anerkennung eines **Härtefalls** setzt neben der **Existenzgefährdung** der Praxis und einem bestehenden **Sicherstellungsbedarf** voraus, dass die maßgeblichen Umstände **nicht von der Praxis zu vertreten** sind.

2. Zweigpraxis u. Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen

BSG, Urteil v. 05.06.2013 - B 6 KA 29/12 R **RID 14-01-68**

BSGE = SozR 4-5520 § 24 Nr. 9 = KrV 2013, 209 = NZS 2013, 875 = USK 2013-29

Leitsatz: 1. Soll der geplante Betrieb einer **Zweigpraxis** auf Leistungen konzentriert werden, deren Erbringung eine **spezielle Genehmigung** voraussetzt (z.B. § 121a SGB V), so muss grundsätzlich zunächst über diese spezielle Genehmigung und darf erst danach über den Betrieb der Zweigpraxis entschieden werden.

2. Bei der Bewertung, ob der Betrieb einer Zweigpraxis zur **Versorgungsverbesserung** am Ort der geplanten Zweigpraxis oder zur **Versorgungsbeeinträchtigung** am Ort der Hauptpraxis führen wird, haben die KÄV bzw. die Zulassungsgremien einen **Beurteilungsspielraum**. Dabei sind die Vor- und die Nachteile zu gewichten und gegeneinander abzuwägen.

3. Disziplinarrecht: Ruhen der Zulassung wegen zeitbezogener implausibler Honorarabrechnung

BSG, Beschluss v. 11.12.2013 - B 6 KA 36/13 B **RID 14-01-69**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 81 V; SGB X § 35

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 13.03.2013 - L 11 KA 144/11 - RID 13-03-27 wird zurückgewiesen.

Nach der Anmerkung zu der **Gesprächsleistung** Nr. 03120 EBM (Beratung, Erörterung und/oder Abklärung, Dauer mindestens 10 Minuten) ist bei einer **Nebeneinanderabrechnung** der Leistungen nach den Nr. 03110 bis 03112 (**Ordinationskomplex** nach Lebensalter gestaffelt) und 03120 eine Dauer der Arzt-Patienten-Kontaktzeit von **mindestens 20 Minuten** Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 03120. Die Kombination einer Gesprächsleistung und des Ordinationskomplexes, die im Anhang 3 EBM nicht gesondert aufgeführt ist, kann nur anhand dieser Vorgaben überprüft werden. Die Anmerkung zu einer Position des EBM hat denselben Rang wie die Leistungslegende (vgl. BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 10 Rn. 16, juris Rn. 22; SozR 4-5531 Nr. 7120 Nr. 1 Rn. 13 ff). Der Zeitaufwand von mindestens 20 Minuten ist Voraussetzung für die Abrechenbarkeit beider Leistungen nebeneinander und eine vom EBM abweichende Zeitbewertung ist ausgeschlossen.

Vom Vertragsarzt muss die **Kenntnis der Gebührenordnung** erwartet werden; er allein ist verantwortlich für die korrekte Abrechnung seiner Leistungen. Soweit er sich bei der Abrechnung personeller und/oder technischer Hilfe bedient, entlastet ihn dies nicht von seiner Verantwortung. Wird die Leistungsabrechnung delegiert, treffen den Vertragsarzt Organisations- und Überwachungspflichten. Dies gilt erst recht, soweit er auf Nachfragen von seinen Mitarbeiterinnen lediglich allgemeine Rückmeldungen erhält, die in ihrer Unbestimmtheit Anlass zu einer konkreten Überprüfung geben.

Die **Ausgestaltung der Praxissoftware** ist dem Arzt als Verwender zuzurechnen.

Es besteht keine Pflicht der KV zur Durchführung einer Plausibilitätsprüfung innerhalb einer bestimmten Zeit. Eine **zeitliche Grenze** bildet insoweit **nur die Ausschlussfrist** von vier Jahren für eine sachlich-rechnerische Richtigstellung (vgl dazu zuletzt BSG, Urt. v. 28.08.2013 - B 6 KA 43/12 u. 17/13 R - zur Veröffentlichung vorgesehen). Auch wenn die KV nicht in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Quartalsabrechnung auf Implausibilitäten hinweist, lässt das die unabhängig hiervon bestehende Pflicht des Vertragsarztes zur korrekten Abrechnung unberührt.

Sucht ein Vertragsarzt die **Verantwortlichkeit für die Fehlerhaftigkeit** seiner Abrechnung vornehmlich bei Dritten, indem er darauf verweist, er lasse seine Abrechnung durch Helferinnen erledigen, so können diese Einlassungen rechtsfehlerfrei als Hinweis auf eine **fehlende Einsicht** und ein unzulässiges Verschieben der Verantwortung auf die Mitarbeiterinnen gewürdigt werden.

4. Berichtigung: Nebeneinanderberechnung von Ordinationskomplex und Gesprächsleistung

BSG, Beschluss v. 11.12.2013 - B 6 KA 37/13 B **RID 14-01-70**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 13.03.2013 - L 11 KA 148/11 - RID 13-03-20 wird zurückgewiesen.

Nach der Anmerkung zu der **Gesprächsleistung** Nr. 03120 EBM (Beratung, Erörterung und/oder Abklärung, Dauer mindestens 10 Minuten) ist bei einer **Nebeneinanderabrechnung** der Leistungen nach den Nr. 03110 bis 03112 (**Ordinationskomplex** nach Lebensalter gestaffelt) und 03120 eine Dauer der Arzt-Patienten-Kontaktzeit von **mindestens 20 Minuten** Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 03120. Die Kombination einer Gesprächsleistung und des Ordinationskomplexes, die im Anhang 3 EBM nicht gesondert aufgeführt ist, kann nur anhand dieser Vorgaben überprüft werden. Die Anmerkung zu einer Position des EBM hat denselben Rang wie die Leistungslegende (vgl. BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 10 Rn. 16, juris Rn. 22; SozR 4-5531 Nr. 7120 Nr. 1 Rn. 13 ff). Der Zeitaufwand von mindestens 20 Minuten ist Voraussetzung für die Abrechenbarkeit beider Leistungen nebeneinander und eine vom EBM abweichende Zeitbewertung ist ausgeschlossen.

Vom Vertragsarzt muss die **Kenntnis der Gebührenordnung** erwartet werden; er allein ist verantwortlich für die korrekte Abrechnung seiner Leistungen. Soweit er sich bei der **Abrechnung personeller und/oder technischer Hilfe** bedient, entlastet ihn dies nicht von seiner Verantwortung. Weder die Teilnahme von Mitarbeitern an Fortbildungen zur Abrechnung nach dem EBM noch die **Verwendung zertifizierter Software** führen dazu, dass der Vertragsarzt von seiner persönlichen Pflicht zur korrekten Abrechnung befreit wird.

Die Befugnis der KV zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung kann „verbraucht“ sein. Bzgl. einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung ist dies nicht schon dann der Fall, wenn die KV mit dem Honorarbescheid auf eine allgemeine Überprüfung hinweist. **Vertrauensschutz** entsteht erst mit einem Hinweis auf eine bereits durchgeführte Plausibilitätsprüfung.

5. Wirtschaftlichkeitsprüfung

a) Beratung/Substantiierung von Praxisbesonderheiten: Betreuung von Pflegeheimpatienten

BSG, Urteil v. 05.06.2013 - B 6 KA 40/12 R **RID 14-01-71**

SozR 4-2500 § 106 Nr. 41 = USK 2013-28 = GesR 2014, 47

Leitsatz: 1. Eine **Beratung** als Maßnahme der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist selbstständig **anfechtbar**.

2. Die Betreuung von **Pflegeheimbewohnern** kann eine Praxisbesonderheit darstellen, wenn nachweisbar ein erhöhter Behandlungsbedarf besteht.

b) Anraten einer Widerspruchsrücknahme vor dem Beschwerdeausschuss

BSG, Beschluss v. 25.07.2013 - B 6 KA 26/13 B **RID 14-01-72**

juris

SGG §§ 62, 160 II Nr. 3 HS 2

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Thüringen***, Urt. v. 13.12.2012 - L 11 KA 1256/08 - wird als unzulässig zurückgewiesen.

Ein Verfahrensfehler liegt nicht vor, wenn gegen die Auffassung des LSG, eine **Widerspruchsrücknahme** vor dem Beschwerdeausschuss sei wirksam, der Hinweis, der Vertrags(zahn)arzt müsse aufgrund des Widerspruchs auch von Seiten der Krankenkassen unter Umständen mit einer Erhöhung der Regressforderung rechnen, sei situationsangemessen und könne nicht als zur Anfechtung berechtigte **„Drohung“** angesehen werden, lediglich eine abweichende Beurteilung entgegengesetzt wird.

Die Verfassungsbeschwerde gegen den Beschluss wurde nicht zur Entscheidung angenommen, ***BVerfG***, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 11.10.2013 - 1 BvR 2612/13 -.

6. Zahnarzt haftet nach Kickbackzahlungen für Laborgewinn gegenüber Krankenkasse

BSG, Urteil v. 20.03.2013 - B 6 KA 18/12 R **RID 14-01-73**
SozR 4-5545 § 23 Nr. 2 = USK 2013-13
Leitsatz: Eine **Krankenkasse** kann einen Anspruch gegen einen Zahnarzt auf Ersatz des Schadens, der als Folge überhöhter Zahlungen für Zahnersatz im Rahmen von **Kick-Back-Geschäften** entstanden ist, nur als „sonstigen Schaden" vor den Prüfungseinrichtungen geltend machen. Das gilt auch nach Beendigung der Zulassung des Zahnarztes.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Behandlung mit einer Kopforthese (Helmtherapie)

aa) Kein Leistungsanspruch/Telefonische Zusage

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.12.2013 - L 11 KR 2555/12 **RID 14-01-74**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13, 27

Leitsatz: Versicherte der GKV hatten im Zeitraum vom 13.08.2008 bis 11.02.2009 keinen Anspruch auf Behandlung mit einer **Kopforthese**.
Telefonisch übermittelte **Zusagen** von Mitarbeitern einer Krankenkasse, die Kosten einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode, für die noch keine positive Empfehlung des GBA vorliegt, zu übernehmen, sind nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen verbindlich. Grundsätzlich obliegt es dem Versicherten, sich durch die Bitte um schriftliche Bestätigung der telefonischen Zusage bei der Krankenkasse rückzuversichern.

SG Konstanz, Urt. v. 11.05.2012 - S 2 KR 3573/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

bb) Helmtherapie keine GKV-Leistung

LSG Sachsen, Urteil v. 11.11.2013 - L 1 KR 132/11 **RID 14-01-75**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 34/13 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III 1, 27 I 2 Nr. 1, 92 I 2 Nr. 5, 135

Die **Kopforthesenbehandlung** oder **Helmtherapie** stellt eine **neue Behandlungsmethode** dar und gehörte im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung im Januar 2010 nicht zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung. Es fehlte an der erforderlichen Empfehlung des GBA nach § 135 SGB V.

SG Dresden, Urt. v. 08.06.2011 - S 15 KR 286/10 - verurteilte die Bekl., an die Kl. für die Selbstbeschaffung der Kopforthese einen Betrag in Höhe von 1.687,58 € zu erstatten, das ***LSG*** wies die Klage ab.

cc) Kopforthese Teil einer Helmorthesenbehandlung

SG Detmold, Urteil v. 16.01.2014 - S 3 KR 130/13 **RID 14-01-76**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III 1, 27 I 2 Nr. 1, 33 I, 92 I 2 Nr. 5, 135

Die **Helmorthesenbehandlung** stellt eine **neue Behandlungsmethode** i.S.d. § 135 I SGB V dar. Hier geht es konkret um die Einflussnahme auf das Wachstum des Kopfes. Die Behandlung erschöpft sich nicht in der Zurverfügungstellung eines Medizinproduktes. Es erfolgen, bedingt durch das Kopfwachstum des Kindes, regelmäßige Kontrollen und Anpassungen der Orthese im Sinne einer

Helmorthesenbehandlung. Hierauf besteht kein Leistungsanspruch, da der GBA keine positive Empfehlung für die Helmtherapie abgegeben hat.
Eine nach der Geburt diagnostizierte Schädelasymmetrie ist kein sog. **Seltenheitsfall**. Eine Schädelasymmetrie stellt keine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung oder eine zumindest **wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung** dar.
Eine Kopforthese ist ein Hilfsmittel im Sinne des § 33 I 1 SGB V. Sie ist jedoch untrennbar mit der Helmtherapie verbunden.

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

S. auch LSG Sachsen, Urt. v. 11.11.2013 - L 1 KR 132/11 - RID 14-01 (diese Ausgabe); LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 17.12.2013 - - RID 14-01 (diese Ausgabe); LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 11.03.2013 - L 4 KR 52/12 B - RID 13-04-72; LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 19.10.2012 - L 1 KR 140/12 - 13-01-100; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 09.05.2012 - L 11 KR 14/12 B ER - RID 12-03-114; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.01.2012 - L 1 KR 342/10 - RID 13-01-99; LSG Hessen, Urt. v. 14.09.2011 - L 1 KR 178/10 - RID 11-04-120; a.A.: SG Dresden, Urt. v. 08.06.2011 - S 15 KR 286/10 - juris.

b) Gerät zur kontinuierlichen Glukosemessung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 27.11.2013 - L 1 KR 265/13 B ER **RID 14-01-77**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 27 I, 33 I, 135; SGG § 86b II

Es ist rechtlich umstritten, ob der Versorgung mit einem **Gerät zur kontinuierlichen Glukosemessung** bereits der Erlaubnisvorbehalt des § 135 I SGB V entgegensteht (dafür: LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 25.02.2013 - L 5 KR 4459/12 ER-B -; LSG Hamburg, Beschl. v. 22.07.2013 - L 1 KR 38/13 B ER - in Bestätigung von SG Hamburg, Beschl. v. 12.04.2013 - S 23 KR 338/13 ER - RID 13-02-92; SG Trier, Urt. v. 22.08.2013 - S 1 KR 116/12 ; dagegen: SG Detmold, Urt. v. 01.12.2010 - S 5 KR 325/09 - juris; Beschl. v. 09.01.2012 - S 3 KN 113/11 KR ER - RID 12-03-143). Der Senat schließt sich der Auffassung an, dass derzeit aufgrund der in einem Eilverfahren einzig möglichen summarischen Prüfung nicht geklärt werden kann, ob eine derartige Glukosemessung eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Sinne des § 135 SGB V ist (ebenso LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 29.01.2013 - L 4 KR 89/12 B ER - RID 13-02-93; SG Berlin, Beschl. v. 15.05.2012 S 72 KR 500/12 ER - RID 12-03-115).
Die **Folgenabwägung** führt hier zu einer weitgehenden Stattgabe: Wird dem Ast. die begehrte Versorgung versagt, erlebt er womöglich den Erfolg seiner Klage in der Hauptsache nicht mehr. Stellt sich hingegen der ablehnende Bescheid als rechtmäßig heraus, kann die Ag. die für die einstweilige Versorgung aufgewendeten Mittel zurückfordern.

SG Cottbus, Beschl. v. 07.08.2013 - S 18 KR 86/13 ER - wies den Antrag ab. Das ***LSG*** verpflichtete die Ag. einstweilen bis zur Rechtskraft der Klage SG Cottbus S 18 KR 37/13, längstens jedoch bis 31.12.2014, den Ast. mit dem Glukosemesssystem M einschließlich erforderlicher Sensoren zu versorgen, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

c) Optische Cohärenztomographie (Nichtzulassung der Berufung)

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 02.12.2013 - L 9 KR 263/13 NZB **RID 14-01-78**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 27; SGG § 144 II

Ob für die Untersuchungsmethode der **optischen Cohärenztomographie** in der Augenheilkunde ein Systemversagen vorliegt, ist keine Rechtsfrage, sondern eine tatsächliche Frage.
Das BSG hat der Frage, ob eine Therapie zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehört, wegen der Abhängigkeit vom konkreten Einzelfall und dem hierfür maßgeblichen Tatsachenstoff nicht den Charakter einer Rechtsfrage, sondern einer **Tatfrage**, der nach dem Vorliegen allgemeiner (genereller) Tatsachen, beigemessen (vgl. BSG, Beschl. v. 07.10.2005 - B 1 KR 107/04 B - juris m.w.N.). Darüber hinaus hat die Frage nach den Therapiemöglichkeiten für ein einzelnes Leiden und dem darauf bezogenen krankenversicherungsrechtlichen Behandlungsanspruch des Versicherten angesichts der Vielzahl der in der Medizin diskutierten Krankheitsbilder auch nicht den Rang einer Rechtsfrage von „grundsätzlicher“ Bedeutung (vgl. z.B. BSG, Beschl. v. 20.07.2004 - B 1 KR 1/03 B -, v. 21.12.2004 - B 1 KR 11/03 B -, v. 19.10.2004 - B 1 KR 92/03 B - jeweils zitiert nach juris) und zwar auch dann nicht, wenn sie viele Versicherte betrifft.

SG Neuruppin, Urt. v. 20.08.2013 - S 32 KR 278/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

2. Wachstumshormontherapie mit Humatrope®

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 09.12.2013 - L 16 KR 644/13 B ER **RID 14-01-79**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 1 u. 2 Nr. 1, 31, 34; SGG § 86b II

Kleinwuchs besagt noch nicht, dass eine behandlungsbedürftige **Krankheit** im Sinne des § 27 SGB V vorliegt. Handelt es sich nämlich um die - häufige - Form des Kleinwuchses ohne Progression, wie z.B. den familiären Kleinwuchs, liegt lediglich eine Normvariante vor, die weder der Krankenbehandlung bedarf noch einer solchen zugänglich ist.
Eine **Wachstumshormontherapie mit Humatrope®** setzt voraus, dass konkret eine Indikation vorliegt, für die dieses Fertigarzneimittel zugelassen ist.

Der 2003 geb. Ast. begehrt im Wege der einstweiligen Anordnung die Verpflichtung der Ag., die Kosten für eine Therapie mit einem Wachstumshormon zu übernehmen. ***SG Dortmund***, Beschl. v. 29.08.2013 - S 8 KN 869/13 KR ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

3. Enzymtherapie mit dem Arzneimittel Myozyme bei Morbus Pompe

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 28.06.2013 - L 11 SF 74/13 ER **RID 14-01-80**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I; SGG § 199

Der Nutzen der **Enzymtherapie** mit dem Arzneimittel Myozyme bei der adulten Verlaufsform des **Morbus Pompe** - einer seltenen progressiven Muskelerkrankung (Orphan Disease), die mit Lähmungen bis hin zur Rollstuhlpflichtigkeit sowie späterer Beatmungsnotwendigkeit verbunden sein kann - ist nicht hinreichend belegt. Andererseits gibt es für diese Krankheit keine andere Behandlungsmöglichkeit als die Enzymsubstitution. Bestehen Hinweise auf eine Stabilisierung und damit auf einen individuellen Nutzen, so ist Sachverständigenbeweis zu erheben.
Das **Wirtschaftlichkeitsgebot** des § 12 I SGB V gebietet es, das Verhältnis von Preis und Nutzen nicht unbeachtet zu lassen. Die Behandlung des Morbus Pompe mittels Enzymsubstitution kostet monatlich ca. 34.000 €.
Ist der Morbus Pompe in der konkreten Variante eine „**lebensbedrohende** oder sogar regelmäßig tödliche **Erkrankung**“, für die es keine andere Behandlungsmöglichkeit als die Enzymsubstitution gibt, und kann sich diese - bezogen auf ihr präventives Potential - auf mehr als nur „Indizien“ für eine „nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf“ stützen, wird die Leistung ungeachtet der erheblichen Kosten ggf. gewährt werden müssen.

SG Duisburg, Urt. v. 12.10.2012 - S 9 KN 200/08 KR - verurteilte die Bekl. antragsgemäß, weiterhin die Kosten für die Enzymtherapie mit dem Arzneimittel Myozyme nach entsprechender Verordnung zu übernehmen. Das ***LSG*** lehnte den Antrag der Bekl., die Vollstreckung aus dem angefochtenen Urteil durch einstweilige Anordnung auszusetzen, ab.

4. Implantologische Leistungen

a) Keine „generalisierte“ Nichtanlage von Zähnen bei 14 Zähnen/Medizinische Gesamtbehandlung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.11.2013 - L 9 KR 379/10 **RID 14-01-81**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 27 I 2 Nr. 2, 28 II 8 u 9, 92 I 2 Nr. 2

Für die **„generalisierte“ Nichtanlage von Zähnen** reicht ein Stadium mit einem ausgeprägten Fehlen von Zähnen aus, das allerdings der vollständigen Zahnlosigkeit eher nahe kommen muss als dem Fehlen nur einzelner Zähne bei ansonsten noch als regelgerecht anzusehenden Gebissverhältnissen. Dies erfordert, dass sich ein Kiefer von seinem Erscheinungsbild her wesentlich durch die Nichtanlage

von Zähnen auszeichnet; ein solcher Zustand lässt sich nur bejahen, wenn zumindest die überwiegende Zahl der typischerweise bei einem Menschen angelegten Zähne fehlt. Eine unterhalb dieser in praktikabler Weise nur zahlenmäßig zu ermittelnden Schwelle liegende Nichtanlage ist dagegen nicht mehr charakteristisch für die Beurteilung eines Kiefers als anlagebedingt zahnlos (so BSG, Urt. v. 13.07.2004 - B 1 KR 37/02 R - USK 2004-103, juris Rn. 21). Diese Voraussetzungen liegen bei einer genetisch bedingten Nichtanlage von **insgesamt 14 Zähnen**, davon sechs in dem mit Implantaten zu versorgenden Oberkiefer, nicht vor, denn danach fehlt nicht die überwiegende Zahl der typischerweise bei einem Menschen angelegten Zähne.
Eine **medizinische Gesamtbehandlung** muss sich aus verschiedenen, nämlich aus human- und zahnmedizinischen notwendigen Bestandteilen zusammensetzen, ohne sich in einem dieser Teile zu erschöpfen. Nicht die **Wiederherstellung der Kaufunktion** im Rahmen eines zahnärztlichen Gesamtkonzepts, sondern ein darüber hinausgehendes medizinisches Gesamtziel muss der Behandlung ihr Gepräge geben (hierzu BSG v. 07.05.2013 - B 1 KR 19/12 R - SozR 4, juris Rn. 9 ff.).

SG Potsdam, Urt. v. 29.09.2010 - S 7 KR 210/09 - verurteilte die Bekl., dem Kl. Kostenübernahme für implantologische Leistungen im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung dem Grunde nach zu gewähren. Das ***LSG*** wies die Klage ab.

b) Pathologisch veränderter Würgereiz/Wiederherstellung der Kaufunktion

SG Mainz, Urteil v. 24.09.2013 - S 17 KR 177/12 **RID 14-01-82**
juris
SGB V §§ 13 III, 27 I 2 Nr. 2a, 28 II 8 u 9, 92 I 2 Nr. 2

Leitsatz: 1. Auch bei einem Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V handelt es sich um eine Leistung in Geld i.S. des § 130 Abs. 1 S. 1 SGG, so dass der Erlass eines **Grundurteils** zulässig ist (entgegen BSG v. 28.01.1999 - B 3 KR 4/98 R - BSGE 83, 254 = SozR 3-2500 § 37 Nr. 1 und BSG v. 28.02.2008 - B 1 KR 16/07 R - BSGE 100, 103 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 9).
2. Ein pathologisch veränderter **Würgereiz** stellt eine muskuläre **Fehlfunktion im Mund- und Gesichtsbereich** i.S. von Ziff. VII Nr. 2d der Behandlungsrichtlinie dar, ohne dass es hierfür einer Analogiebildung bedürfte (entgegen LSG Hessen, Urt. v. 02.07.2009 - L 1 KR 197/07 - RID 09-04-84).
3. Der Anspruch eines Versicherten auf Versorgung mit **implantologischen Leistungen** ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil Ziel der Behandlung ausschließlich die **Wiederherstellung der Kaufunktion** durch die Versorgung mit Zahnersatz ist (**entgegen *BSG*** v. 07.05.2013 - B 1 KR 19/12 R - SozR 4).

5. Vorläufige Übernahme der Behandlungskosten bei drohendem Verlust der Sehfähigkeit

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 03.02.2014 - L 1 KR 30/14 B ER **RID 14-01-83**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 Ia, 27 I 1 u. 2 Nr. 1

Liegt ein komplexer, schwerwiegender Krankheitsverlauf mit Aniridie, sekundärer Hornhautstammzelleninsuffizienz, Sjögren-Syndrom und Nystagmus vor, der zu schwersten Oberflächenstörungen mit ausgeprägter Keratokonjunktivitis beidseits führt, wodurch bei einem schweren Verlauf der Erkrankungen der **Verlust der Sehfähigkeit droht**, und ist allein durch Behandlung mit Eigenserum-Augentropfen ein Stillstand der progressiven Erkrankung erreicht worden, so besteht eine Verpflichtung der Krankenkasse im vorläufigen Rechtsschutzverfahren, die Kosten hierfür zu übernehmen.
Es ist Sache der Krankenkasse, bereits im **Verwaltungsverfahren** den **Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln** (§ 20 SGB X).

SG Berlin, Beschl. v. 19.12.2013 - S 89 KR 2046/13 ER - wies den Antrag ab, das ***LSG*** verpflichtete die Ag. im Wege einstweiliger Anordnung, die Kosten der Behandlung der Ast. mit Eigenserum-Augentropfen bis zum 31.07.2014, längstens bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache, zu übernehmen.

6. Keine Glaubhaftmachung für Anspruch auf Hyperthermiebehandlung bei fehlendem Attest

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 30.01.2014 - L 1 KR 336/13 B ER **RID 14-01-84**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 2 Ia; SGG § 86b; ZPO § 920

Es ist nicht ersichtlich, warum eine Regelung zu der Frage, ob für die Zeit ab dem 01.08.2012 bis heute Anspruch auf eine Hyperthermiebehandlung bestanden hat, gegenwärtig für den Ast. **eilbedürftig** sein soll, wenn er von seinem Arzt noch weiter behandelt worden ist.
Kann der gegenwärtige Gesundheitszustand eines Ast. nicht eingeschätzt werden, weil ein **aktuelles Attest** eines behandelnden Arztes nicht vorliegt, fehlt es an einer für den Erlass eine einstweiligen Anordnung nach § 86b II 4 SGG i.V.m. § 920 II ZPO erforderlichen Glaubhaftmachung für einen **Anspruch auf eine Hyperthermiebehandlung**.

SG Berlin, Beschl. v. 24.10.2013 - S 211 KR 1969/13 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** die Beschwerde zurück.

II. Kostenerstattung

1. Ersatzweises Einbringen neuer Implantate nach Explantation fehlerhaft hergestellter Brustimplantate

SG Berlin, Urteil v. 10.12.2013 - S 182 KR 1747/12 **RID 14-01-85**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 1 I, 2 I 1, 5 I Nr. 2, 13 III 1, 27 I 2 Nr. 5, 39 I, 52 I, II, 62; SGB X §§ 20 II, 33 I, 35 I 3, 50

Leitsatz: 1. Rechtsgrundlage für das Rückforderungsbegehren einer nach § 52 Abs. 2 SGB V gezahlten Eigenbeteiligung an den Behandlungskosten der Explantation unsachgemäß hergestellter Brustimplantate ist der allgemeine **Folgenbeseitigungsanspruch**.
2. Zu den **Tatbestandsvoraussetzungen** des § 52 Abs. 2 SGB V.
3. Das in § 52 Abs. 2 SGB V enthaltene Tatbestandsmerkmal „in angemessener Höhe“ räumt der Krankenkasse auf der Rechtsfolgenseite ein **Auswahlermessen** ein. Bei dessen Ausübung hat die Krankenkasse auch die finanzielle Belastbarkeit des Versicherten zu berücksichtigen. Die Heranziehung von § 33 Abs. 3 Satz 1 EStG bei der Festsetzung der Höhe der Eigenbeteiligung stellt hierbei einen geeigneten Anknüpfungspunkt dar.
4. § 52 Abs. 2 SGB V ist sowohl hinsichtlich der Auswahl körpermodifizierender Eingriffe als auch hinsichtlich der divergierenden Rechtsfolgen in § 52 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V mit dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) vereinbar.
5. Das ersatzweise **Einbringen neuer Implantate** nach Explantation fehlerhaft hergestellter Brustimplantate zählt nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn bereits die erstmalige Implantation rein **ästhetischen Zwecken** diente.

Die Beteiligten streiten über die Beteiligung der Kl. an den Kosten für die Explantation unsachgemäß hergestellter Brustimplantate sowie die Erstattung von Kosten für die Implantation neuer Brustimplantate. Das ***SG*** wies die Klage mit dem Antrag, die Bekl. zu verpflichten, die Kosten für die Eigenbeteiligung in Höhe von 280,58 € für die Explantation der schadhaften Brustimplantate sowie die Kosten für die durchgeführte beidseitige Neubildung der Implantatlager und der beidseitigen Neueinbringung von Silikongelimplantaten in Höhe von 4.165 € zu erstatten, ab.

2. Unaufschiebbarkeit einer Leistung

LSG Thüringen, Urteil v. 01.10.2013 - L 6 KR 751/11 **RID 14-01-86**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 1 I 1, 13 I, III, 27 I 1, 70 I 1, 76 I 2

Unaufschiebbar im Sinne des § 13 III SGB V sind Leistungen, die im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich waren, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestand. Diese Fallgruppe erfasst nicht nur Notfälle i.S.d. § 76 I 2 SGB V, bei denen ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss; unaufschiebbar kann auch eine zunächst nicht eilbedürftige Behandlung werden, wenn mit der

Behandlung solange gewartet wird, bis die Leistung zwingend erbracht werden muss, damit der mit ihr angestrebte Erfolg noch erreicht werden kann (vgl. BSG SozR 3-2500 § 13 Nr. 4 S. 26).
Der Kostenerstattungsanspruch kann mit dem **Unvermögen der Krankenkasse** zur rechtzeitigen Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung nur begründet werden, wenn es dem Versicherten - aus medizinischen oder anderen Gründen - nicht möglich oder nicht zuzumuten war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten (vgl. BSG, Urt. v. 25.09.2000 - B 1 KR 5/99 R - juris).
Die grundsätzlich notwendige **Einhaltung des Beschaffungsweges** wird durch BVerfG v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 nicht berührt (vgl. BSG, Urt. v. 14.12.2006 - B 1 KR 12/06 R - SozR 4-2500 § 31 Nr. 8), jedenfalls dann nicht, wenn nur Leistungen für die Vergangenheit beansprucht werden (vgl. BVerfG v. 19.03.2009 - 1 BvR 316/09 - NZS 2009, 376 = BVerfGK 15, 256).

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenübernahme für die Therapiebehandlung in der Fachambulanz der Klinik P., bestehend aus Tiefen-Hyperthermie und weiteren biologischen Therapien, von Mai bis August 2008 in Höhe von 3.764,52 € streitig. ***SG Altenburg***, Gerichtsb. v. 28.03.2011 - S 3 KR 545/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

III. Stationäre Behandlung

1. Nur Maßstab der evidenzbasierten Medizin (Liposuktion)

LSG Sachsen, Urteil v. 16.01.2014 - L 1 KR 229/10 **RID 14-01-87**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I 3, 27 I 1, 39 I

Das Tatbestandsmerkmal des **anerkannten Stands der medizinischen Erkenntnisse** nach § 2 I 3 SGB V knüpft an den Maßstab der evidenzbasierten Medizin an. Eine **neue Behandlungsmethode** gehört erst dann zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn ihre Erprobung abgeschlossen ist und über Qualität und Wirksamkeit der neuen Methode zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbare Aussagen möglich sind. Dieser Maßstab gilt nach der Rechtsprechung des BSG nicht nur im Anwendungsbereich des § 135 SGB V, sondern auch im Bereich des § 137c SGB V, und zwar unabhängig davon, ob ein Negativvotum des GBA existiert (s. insoweit BSG, Urt. v. 17.02.2010 - B 1 KR 10/09 R - SozR 4-2500 § 27 Nr. 18, juris Rn. 23; v. 21.03.2013 - B 3 KR 2/12 R - SozR 4-2500 § 137c Nr. 6, juris Rn. 16 bis 24; v. 07.05.2013 - B 1 KR 44/12 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 29, juris Rn. 23 f.; vgl. auch Urt. v. 13.12.2005 - B 1 KR 21/04 R - SozR 4-2500 § 18 Nr. 5, juris Rn. 22).
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 (anders LSG Hessen, Urt. v. 05.02.2013 - L 1 KR 391/12 RID 13-02-99). Qualität und Wirksamkeit der begehrten Liposuktion zur Behandlung des Lipödems entsprechen nicht dem Maßstab der evidenzbasierten Medizin.

SG Chemnitz, Gerichtsb. v. 24.11.2010 - S 7 KR 584/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

2. Fehlende Berechtigung der Klinik für Krankheitsbild

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 10.09.2013 - L 4 KR 47/13 B ER **RID 14-01-88**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 Ia, 39, 108

Auf die Behandlung in einem Krankenhaus wegen einer Krankheit, für die das Krankenhaus nach dem Krankenhausplan als auch dem Versorgungsvertrag nicht berechtigt ist, besteht kein Anspruch, soweit kein Akutfall vorliegt. Eine Krankenhausbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist nur in einem zugelassenen Krankenhaus möglich (§ 108 SGB V), sofern nicht eine Ausnahme nach § 2 Ia SGB V vorliegt.

SG Magdeburg, Beschl. v. 08.07.2013 - S 17 KR 238/13 ER - verpflichtete die Ag., der Ast. vorläufig ab sofort eine stationäre Krankenhausbehandlung in der T.-Klinik als Sachleistung zu gewähren und vorab

schriftlich innerhalb von zwei Wochen ab Zugang dieses Beschlusses die Kostenübernahme gegenüber der Ast. zu erklären. Das ***LSG*** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

3. Behandlung in einem sog. Diabetes-Dorf

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.06.2013 - L 11 KR 3897/11 **RID 14-01-89**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13, 27, 39, 107

Leitsatz: Der Aufenthalt und die Behandlung in einem sog. Diabetes-Dorf kann eine stationäre Krankenhausbehandlung sein.

SG Stuttgart, Urt. v. 01.08.2011 - S 8 KR 5708/10 - wies die Klage ab. Das ***LSG*** verurteilte die Bekl., der Kl. 5.032,06 € zu zahlen.

4. Brustverkleinerungsoperation

a) Brustverkleinerung zur Bekämpfung der Auswirkungen eines Lipödems

SG Marburg, Urteil v. 04.12.2013 - S 6 KR 52/12 **RID 14-01-90**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III 1, 27 I 1, 39 I 2

Steht fest, dass eine Brustverkleinerung nicht aufgrund der übergroßen Brüste indiziert ist, sondern zur Bekämpfung der Auswirkungen eines **Lipödems** (eine atypische und symmetrische Häufung von Fettgewebe seitlich an den Hüften und Oberschenkeln und Oberarmen), so hat die Krankenkasse die Kosten für eine **Mammareduktionsplastik** (Brustverkleinerungsoperation) zu übernehmen.

Das ***SG*** gab der Klage statt und verpflichtete die Bekl., die Kosten für die beantragte Mammareduktionsplastik zu übernehmen.

b) Zur Behandlung orthopädischer Leiden

LSG Hessen, Urteil v. 10.04.2013 - L 8 KR 115/12 **RID 14-01-91**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = ZMGR 2013, 373
SGB V §§ 13 III 1, 27 I 1, 39 I 2

Wird die Indikation für eine beidseitige Brustverkleinerung im Wesentlichen mit der Notwendigkeit der Entlastung der Wirbelsäule und zur Prophylaxe gegen weitere drohende Wirbelsäulenoperationen begründet, so sind an die **Notwendigkeit** derartiger Operationen zur Behandlung orthopädischer Leiden besonders strenge Anforderungen zu stellen, da in ein funktionell intaktes Organ eingegriffen würde.

SG Kassel, Gerichtsb. v. 24.02.2011 - S 12 KR 321/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

c) Psychische und orthopädische Beschwerden

LSG Thüringen, Urteil v. 29.10.2013 - L 6 KR 158/11 **RID 14-01-92**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 12 I 1, 27 I 1, 39 I 2

Psychische Beschwerden rechtfertigen keine beidseitige Mammareduktionsplastik, sondern begründen lediglich einen Anspruch auf Behandlung mit den Mitteln der Psychiatrie (vgl. BSG, Urt. v. 28.2.2008 - B 1 KR 19/07 R - BSGE 100, 119 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 14, juris Rn. 16 ff.). Eine solche Behandlung ist vorgreiflich.

Orthopädische Beschwerden begründen keinen Anspruch auf eine beidseitige Mammareduktionsplastik, wenn sie nicht von solcher Art und Schwere sind, dass sie unter Berücksichtigung der Kriterien des BSG eine operative Mammareduktionsplastik rechtfertigen.

SG Nordhausen, Urt. v. 15.11.2010 - S 6 KR 2605/07 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

d) PKH: Beschwerde gegen nachträgliche Ablehnung

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 17.10.2013 - L 4 KR 18/13 B **RID 14-01-93**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 5, 39 I 1; ZPO § 114; SGG § 173

Leitsatz: 1. Die ablehnende Entscheidung über **Prozesskostenhilfe** (PKH) hat nach Eingang der erforderlichen Unterlagen zu den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen grundsätzlich **vor einer abschließenden gerichtlichen Entscheidung** zu erfolgen. Verstößt das Gericht gegen diesen Verfahrensgrundsatz, kann darauf allein keine Beschwerde gestützt werden, wenn zu keinem Zeitpunkt eine **Erfolgsaussicht der Klage** bestanden hat. Dies gilt insbesondere in Fällen, in denen die Prozessvertretung nicht unwesentlich zu der verspäteten PKH-Antragstellung beigetragen und selbst in der mündlichen Verhandlung nicht auf eine zeitlich vorgezogene PKH-Entscheidung gedrängt hat.
2. Zu den Voraussetzungen für den Anspruch auf eine **Verkleinerung einer weiblichen Brust** in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

SG Halle, Beschl. v. 26.10.2012 - S 25 KR 7/11 - lehnte die Bewilligung von PKH ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

5. Keine chirurgische Brustaufbauplastik aus ästhetischen Gründen

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 24.09.2013 - L 4 KR 1/12 **RID 14-01-94**
Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 27 I 1, 39 I 2

Es besteht kein Anspruch auf die Übernahme von Kosten für eine **chirurgische Brustaufbauplastik**, wenn ein Volumenmangel problemlos durch einen Push-up-BH oder Einlagen im BH ausgeglichen werden kann. **Ästhetische** Gesichtspunkte ohne das Vorliegen eines regelwidrigen Körperzustandes bzw. einer Entstellung können die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht begründen. Das **subjektive Empfinden** kann keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung begründen. Eine **psychische Belastung** rechtfertigt keinen operativen Eingriff auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung.

SG Magdeburg, Urt. v. 27.10.2011 - S 17 KR 202/08 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

6. Transsexualität: Eingriff in gesunden Körper/Psychotherapie nicht vorrangig

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 24.09.2013 - L 4 KR 34/12 **RID 14-01-95**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 114/13 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I, 116b

Leitsatz: 1. Rechtsgrundlage für eine Leistung der Krankenversicherung bei Transsexualität ist § 27 Abs. 1 SGB V; zur Ausfüllung des **Begriffs „Krankheit“** kann auf § 116b SGB V bzw. das TSG zurückgegriffen werden.
2. Bei Transsexualität kann regelmäßig mit den **Mitteln der Psychotherapie** kein Behandlungserfolg erzielt werden. Diese medizinischen Grenzen der Psychotherapie bei Transsexualität können es grundsätzlich rechtfertigen, einen Anspruch auf körperliche Eingriffe anders zu bewerten, als dies im Allgemeinen bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen mittels Eingriffen in den ansonsten gesunden Körper der Fall ist.
3. Als „ultima ratio“ kann ein Anspruch auf **Eingriff in einen gesunden Körper** zur Krankenbehandlung bestehen.
4. Ob im Falle einer **intellektuellen Minderbegabung** des Versicherten die Grenze der Einwilligungsfähigkeit für einen körperlichen Eingriff noch eingehalten ist, muss nach den Umständen des Einzelfalls entschieden werden.

SG Halle, Urt. v. 01.03.2012 - S 20 KR 220/09 - verpflichtete die Bekl., der Kl. eine gleichgeschlechtliche Hormontherapie bei Transsexualität zu bewilligen. Das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

7. Adipositaschirurgische Maßnahme: Keine anderweitigen, nicht operativen Behandlungsalternativen

SG Kassel, Urteil v. 30.10.2013 - S 12 KR 198/12 **RID 14-01-96**
juris
SGB V §§ 2, 27 I 1, 39 I 2

Bestehen **keine anderweitigen, nicht operativen Behandlungsalternativen**, sind nicht operative konservative Behandlungsmöglichkeiten erschöpft und erscheinen sie im Übrigen aussichtslos, besteht ein tolerables Operationsrisiko und auch eine insoweit ausreichende Motivation/Compliance bei gleichzeitiger Möglichkeit lebenslanger medizinischer Nachbetreuungen, wobei die Auswahl des vorzunehmenden Eingriffes als Wahleingriff, selbst wenn er nicht rückgängig gemacht werden kann, den ärztlich-wissenschaftlichen, allgemein anerkannten Erkenntnissen entsprechend, dem verantwortlichen Operateur im Einvernehmen mit dem Patienten obliegt, so besteht ein Anspruch auf Versorgung mit einer adipositaschirurgischen Maßnahme zur Gewichtsreduktion im Rahmen einer vollstationären Krankenhausbehandlung.

Das ***SG*** verurteilte die Krankenkasse, den Kl. im Rahmen eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes mit einer adipositaschirurgischen Maßnahme als Sachleistung zu versorgen.

8. Hautstraffungsoperation an beiden Oberarmen und Oberschenkeln

SG Wiesbaden, Urteil v. 25.09.2013 - S 1 KR 295/10 **RID 14-01-97**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 27 I 1

Aufgrund der **dauerhaft therapieresistenten Hautreizungserscheinungen** und entzündlichen Veränderungen (hier. Gewichtsabnahme von 60 kg. nach Magen-Bypass-Op) kann ein Befund mit Krankheitswert vorliegen, der eine Hautstraffungsoperation an beiden Oberarmen und Oberschenkeln rechtfertigt.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., die Kosten für die Oberarmstraffung beiderseits in Höhe von 4.800,62 € sowie für die Oberschenkel- und Gesäßstraffung beiderseits in Höhe von 5.000,01 € zu erstatten.

IV. Kranken-/Rehabilitationsbehandlung im Ausland

1. Rehabilitationsmaßnahme im Rehabilitationszentrum Truskawetz (Prof. Dr. Kozijavkin)

SG Dresden, Urteil v. 08.09.2013 - S 18 KR 724/11 **RID 14-01-98**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 18 I, II

Die im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme vom 12. bis 24.09.2011 im Internationalen Rehabilitationszentrum Truskawetz erbrachten **Behandlungsleistungen** (Manual- bzw. chirotherapeutische Manipulationen an Wirbelsäule und Gelenken, Massagen, Wärmetherapie, Reizstrombehandlung und sensomotorische Übungen auf neurophysiologischer Basis) entsprechen ihrer Art nach den Standards ärztlicher, physio- und ergotherapeutischer Behandlung, wie sie auch im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen und Heilmittelversorgung sowie der stationären Rehabilitation zerebral geschädigter Patienten im Inland flächendeckend angeboten werden. Tatsächlich unterscheidet sich das Behandlungsangebot im Wesentlichen durch die deutlich höhere Behandlungsintensität in einem vergleichsweise kurzen Behandlungszeitraum. Deutliche therapeutische Vorteile sind bisher nicht nachgewiesen.

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten einer stationären Rehabilitationsmaßnahme im Internationalen Rehabilitationszentrum Truskawetz in der Ukraine bei Prof. Dr. Kozijavkin. Das ***SG*** wies die Klage ab.

V. Arzneimittel

1. Off-Label-Use: Avastin für juxtapapilläre chorioidale Neovaskularisation am Auge

LSG Thüringen, Urteil v. 30.07.2013 - L 6 KR 780/10 **RID 14-01-99**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 31, 34

Das Fertigarzneimittel **Avastin®** ist für eine juxtapapilläre chorioidale **Neovaskularisation** am Auge ohne altersbedingte Makuladegeneration nicht zugelassen. Die Voraussetzungen eines **Off-Label-Use** liegen wegen fehlender Erfolgsaussicht nicht vor.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Bekl. die Kosten für insgesamt vier intravitreale Injektionen mit Avastin® in Höhe von 1.577,12 € zu erstatten hat. ***SG Gotha***, Urt. v. 07.06.2010 - S 38 KR 687/08 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

2. Repamun plus bei amyotropher Lateralsklerose: Keine wissenschaftlichen Erkenntnisse

SG Nürnberg, Urteil v. 07.11.2013 - S 7 KR 275/13 **RID 14-01-100**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 Ia, 13 III 1, 31 I 2, 92 I 2 Nr. 6

Ein ärztliches Attest mit der Bitte um Überprüfung durch den MDK, ob die Kosten übernommen werden könnten, da die Ampullen nicht zu Lasten der Krankenkasse verschrieben werden könnten, ersetzt keine **ärztliche Verordnung**.
Wird das Medizinprodukt nicht in der Arzneimittelrichtlinie erfasst oder gar dessen Aufnahme durch den GBA abgelehnt, ist es in der Arzneimittelversorgung nicht einbezogen und damit auch nicht **verordnungsfähig**.
Für die Behandlung einer amyotrophen Lateralsklerose mit REPAMUN plus liegen keine **wissenschaftlichen Erkenntnisse** vor.

Das ***SG*** wies die Klage ab.
S. a. LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 04.09.2013 - L 11 KR 2895/13 ER-B - RID 13-04-78.

VI. Hilfsmittel/Heilmittel

1. Tandem: Allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens

SG Mainz, Urteil v. 25.02.2014 - S 14 KR 379/12 **RID 14-01-101**
juris
SGB V § 33 I; SGB X § 44 I 1

Bei einem **Tandem** handelt es sich um einen **allgemeinen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens**, das damit von der Sachleistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgenommen ist.

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

2. Elektro-Antrieb für Faltrollstuhl: Fahrtauglichkeit im Hausbereich

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 16.10.2013 - L 4 KR 44/13 B ER **RID 14-01-102**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I; SGG § 86b II

Mit einem elektrischen Zusatzantrieb für einen Faltrollstuhl kann einer stark gehbehinderten Versicherten im unmittelbaren Hausbereich ein Rest an **Selbstständigkeit** in der eigenen Mobilität wieder gegeben werden. Das hohe Anforderungsprofil der **Fahrtauglichkeit** für den Außenbereich darf nicht auf den innerhäuslichen Bereich übertragen werden.

SG Dessau-Roßlau, Beschl. v. 21.06.2013 - S 21 KR 74/13 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** verpflichtete die Ag., die Ast. für den von ihr genutzten Aktivrollstuhl mit einem funkbetriebenen E-Fix-Antrieb samt Zubehör entsprechend des Angebotes der Handelsvertretung R. zu versorgen.

3. Elektrisch betriebene Treppensteighilfe für einen Rollstuhl

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.09.2013 - L 1 KR 491/13 **RID 14-01-103**

Revision anhängig: B 3 KR 1/14 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I

Eine elektrisch betriebene **Treppensteighilfe** für einen Rollstuhl kann zum **mittelbaren Ausgleich einer Behinderung** dienen, wenn ein Versicherter auch mit Unterstützung durch eine (vorhandene) Hilfsperson seine im 1. Obergeschoss des Hauses gelegene Wohnung überhaupt nicht verlassen kann und vollständig gehindert ist, sich den Nahbereich zu erschließen, und sei es nur, um vor dem Haus an der frischen Luft zu sein (insoweit abweichender Sachverhalt zu BSG, Urt. v. 07.10.2010 - B 3 KR 13/09 - BSGE 107, 44 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 31).

SG Düsseldorf, Urt. v. 13.06.2013 - S 9 KR 1019/12 - verurteilte die Bekl. dem Kl. eine Rollstuhltreppensteighilfe zum mittelbaren Behinderungsausgleich zur Verfügung zu stellen. Das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

4. Toilettenlifter

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.10.2013 - L 1 KR 297/12 **RID 14-01-104**

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 33 I

Ein **Toilettenlifter**, mit dessen Hilfe ein Versicherter sichtrotz seiner Behinderung gefahrlos auf das Toilettenbecken niederlassen und von ihm wieder aufstehen kann, ist zum Ausgleich einer Behinderung erforderlich, da er dem Zweck dient, die Ausscheidung von Urin und Stuhl zu erleichtern und die Ausscheidungsvorgänge im Rahmen des Möglichen selbstständig durchführen zu können.
Die Versorgung mit einem Toilettenlift kann einen nicht nur marginalen Gewinn an Selbstständigkeit bedeuten, wenn aufgrund der spezifischen Erkrankung (hier: Amyotrophische Lateralsklerose) die Blasenentleerung mit Hilfe des AMS-Pumpensystems allein nicht mehr zumutbar und der Toilettenlift auch in Bezug auf die Nutzung der Toilette zur Stuhlentleerung erforderlich ist.

SG Cottbus, Urt. v. 08.06.2012 - S 12 KR 117/09 - verurteilte die Bekl. zur Erstattung von 4.993,60 €, das ***LSG*** wies die Berufung der Bekl. zurück.

5. Versorgung mit einem mobilen Sauerstoffkonzentrator

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 07.08.2013 - L 11 KR 1808/12 **RID 14-01-105**

Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33; SGG § 109

Leitsatz: Alle **Sachurteilsvoraussetzungen** der ersten Instanz mit Ausnahme der persönlichen Prozessvoraussetzungen - Beteiligtenfähigkeit (§ 70 SGG), Prozessfähigkeit (§§ 71, 72 SGG), Postulationsfähigkeit (§ 73 SGG) - werden in der Berufungsinstanz zu Voraussetzungen der Begründetheit.
Auch bei dem **Antrag nach § 109 SGG** handelt es sich um einen Beweisantrag gemäß § 118 Abs. 1 SGG i.V.m. § 402 ZPO. Zu den Mindestvoraussetzungen eines solchen Beweisantrages zählen u.a. die Benennung der Tatsachen, die bewiesen werden sollen (Beweisthema), und die Formulierung des Beweisergebnisses (vgl BSG 30.08.2002, B 13 RJ 125/02 B, juris).
Einem ordnungsgemäß gestellten Beweisantrag nach § 109 SGG muss das Gericht nur stattgeben, wenn ein der medizinischen Beurteilung zugängliches Beweisthema betroffen ist und die **Tatsache**, über die Beweis erhoben werden soll, für die Entscheidung des Rechtsstreits erheblich ist.
Zum (hier verneinten) Anspruch auf Versorgung mit einem **mobilen Sauerstoffkonzentrator**.

Die Beteiligten streiten um die Übernahme der Kosten für einen mobilen Sauerstoffkonzentrator. ***SG Karlsruhe***, Urt. v. 13.03.2012 - S 7 KR 2369/10 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

6. Sowohl stationär wie auch mobil einzusetzendes Flüssigsauerstoffsystem

SG Heilbronn, Beschluss v. 03.12.2013 - S 9 KR 4030/13 ER **RID 14-01-106**

juris

SGB V § 33 I; SGG § 86b II

Es fehlt an einem **Anordnungsgrund** für ein im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes begehrtes, sowohl stationär wie auch mobil einzusetzendes Flüssigsauerstoffsystem, wenn der Versicherte über einen Sauerstoffkonzentrator verfügt.

Es bestehen auch gravierende Zweifel am Bestehen eines **Anordnungsanspruches**. Die beim Ast bestehende Hypoxämie kann mit dem **zur Verfügung stehenden Konzentrator** - so dieser denn auch eingesetzt wird - ausreichend behandelt werden. Daneben sollte der Ast. regelmäßige, quartalsmäßige Kontrollen seiner Lungenwerte durchführen lassen und das Rauchen endlich einstellen. Eine solche Versorgung wäre derzeit auch nicht geeignet, da eine Verwendung von Feuer und Flüssigsauerstoff angesichts der bestehenden Explosionsgefahr nicht erfolgen sollte.

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

7. Blindenführhund: Gebrauchsvorteile gegenüber Blindenlangstock

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 02.10.2013 - L 5 KR 99/13 **RID 14-01-107**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Auch wenn ein **Blindenführhund** nicht das Sehvermögen im Sinne eines vollständigen funktionellen Ausgleichs ersetzen kann, ist er unmittelbar auf den Ausgleich der Behinderung selbst gerichtet. Der Blindenführhund bietet Ersatz für die durch Blindheit ausgefallene oder zumindest erschwerte Möglichkeit der Umweltkontrolle. Dieser Funktionsausgleich betrifft unmittelbar diese Behinderung und setzt nicht erst bei den Folgen der Behinderung in bestimmten Lebensbereichen ein. Der **Blindenlangstock** hat wesentliche Gebrauchsnachteile gegenüber dem Blindenführhund.

SG Koblenz, Urt. v. 26.02.2013 - L 5 KR 99/13 - verurteilte die Bekl., die Kl. mit einem Blindenführhund zu versorgen, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

8. Hörgeräteversorgung: Krankenkasse muss Alternativen aufzuzeigen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.11.2013 - L 4 KR 85/12 **RID 14-01-108**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I

Leitsatz: Zum Anspruch auf Erstattung der den Festbetrag übersteigenden Kosten einer Hörgeräteversorgung.

SG Freiburg, Gerichtsb. v. 30.11.2011 - S 5 KR 4819/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., der Kl. 2.196 € zu zahlen.

Aus den Gründen:

„(…) Der Senat vermag nicht festzustellen, dass die von der Klägerin selbst beschafften Hörgeräte BALANCE microBTE die Grenzen des Wirtschaftlichkeitsgebots überschreiten. S. hat nach den vorgelegten Unterlagen **keine anderen Geräte** bei der Klägerin **getestet**. Es erfolgte keine vergleichende Anpassung. Nach der Stellungnahme der Hörgeräteakustikerin S vom 20. Juli 2009 hatte die Klägerin auch nicht die Möglichkeit Geräte verschiedener Hersteller zu testen, da S. nicht branchenübliche Hörgeräte anbietet. Ob nur die von der Klägerin selbst beschafften Hörgeräte einen möglichst weitgehenden Ausgleich des Funktionsdefizits - hier des Hörens - im Sinne des Gleichziehens mit einem gesunden Menschen gewährleisten, ist deshalb fraglich.

Dies kann jedoch **nicht zu Lasten der Klägerin** gehen. Dass hier durch S., der dem Vertrag zur Komplettversorgung mit Hörsystemen beigetreten war, keine vergleichende Anpassung, die § 3 des Vertrags zur Komplettversorgung mit Hörsystemen vorsieht, erfolgte, muss sich die Beklagte zurechnen lassen. Nach § 3 des Vertrags zur Komplettversorgung mit Hörsystemen erhält der Versicherte mindestens zwei eigenanteilsfreie Versorgungsangebote (= ohne Zuzahlung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) mit analogen oder digitalen Hörgeräten der Produktgruppen 13.20.01, 13.20.02 und 13.20.03 entsprechend dem festgestellten Hörverlust einschließlich der erforderlichen Otoplastik. Dem kam S. hier nicht nach. Nach den Unterlagen erfolgte keine vergleichende Anpassung. Wenn die Krankenkasse bei Vorlage der Unterlagen an sie, hier bei Übermittlung des Kostenvoranschlags vom 9. September 2008, erkennt, dass keine vergleichende Anpassung erfolgte und einem Versicherten von einem Hörgeräteakustiker nur ein Gerät angeboten wurde, das mit den Festbeträgen nicht abgedeckt ist, hat sie den Versicherten, insbesondere wenn ihr auch - wie hier mit Blick auf S. - bekannt ist, dass S. über keine branchenüblichen Geräte verfügt, gegebenenfalls auch in diesem Zeitpunkt noch darauf hinzuweisen und ihm die **Alternativen aufzuzeigen**, mit denen eine gleichwertige Versorgung mit Hörgeräten zu Festbeträgen erfolgen kann. Denn genau aus diesem Grund wird verlangt, dass sich die Versicherten zunächst an ihre Krankenkasse wenden. Unterlässt die

Krankenkasse entsprechende Hinweise, kann sie sich nachträglich nicht darauf berufen, der Versicherte hätte mit einem anderen Hörgerät gleichwertig versorgt werden können. Die Festbetragsregelung enthebt die Krankenkassen nicht von ihrer Pflicht, im Rahmen der Sachleistungsverantwortung (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V) für die ausreichende Versorgung der Versicherten Sorge zu tragen. Hieraus können gesteigerte Obhuts- und Informationspflichten erwachsen, wenn vor allem bei anpassungsbedürftigen Hilfsmitteln der notwendige Überblick über die Marktlage, die auch durch ein hohes Maß an Intransparenz gekennzeichnet ist, und geeignete Angebote auch bei zumutbarer Anstrengung für Versicherte schwierig zu erlangen ist (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 a.a.O.). (…)“

VII. Häusliche Krankenpflege/Reha-Maßnahmen/Zuzahlungen/Sonstiges

1. Häusliche Krankenpflege

a) Wohngemeinschaft ist geeigneter Ort

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.12.2013 - L 11 KR 4070/11 **RID 14-01-109**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 37

Leitsatz: Mitglieder einer **Wohngemeinschaft**, die deshalb nicht in einem eigenen Haushalt leben, weil sie aufgrund ihrer Erkrankungen zu einer eigenständigen Haushaltsführung nicht mehr in der Lage sind, können dennoch Anspruch auf häusliche Krankenpflege haben, weil die Wohngemeinschaft ein **geeigneter Ort** i.S.d. § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V ist.

SG Konstanz, Urt. v. 28.04.2011 - S 2 KR 3825/08 - gab der Klage statt u. verurteilte die Bekl., die Kl. von den Kosten für häusliche Krankenpflege im Zeitraum vom 18.02. bis 31.12.2008 freizustellen, das ***LSG*** wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. verurteilt wird, die Kl. von Kosten für häusliche Krankenpflege in Höhe von 10.288,03 € freizustellen.

b) Häusliche Krankenpflege bei Eingliederungshilfe für betreute Wohnmöglichkeit

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.11.2013 - L 11 KR 3362/12 **RID 14-01-110**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 37; SGB XII §§ 53, 54; SGB IX § 55

Leitsatz: Der Umstand, dass eine Versicherte der GKV vom Sozialhilfeträger als Leistungen der **Eingliederungshilfe** nach §§ 53, 54 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX Hilfen zu selbstbestimmten Leben in **betreuten Wohnmöglichkeiten** erhält, steht einem Anspruch auf **häusliche Krankenpflege** nach § 37 SGB V nicht entgegen.

SG Konstanz, Urt. v. 27.06.2012 - S 2 KR 1963/10 - verurteilte die Bekl., die Kl. von der Bezahlung von 99,80 € an den Mobilen Dienst Haus So. I. freizustellen, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

2. Pflicht zum Leistungsantrag: Entfallen der aufschiebenden Wirkung von Rechtsbehelfen ex tunc

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 31.01.2013 - L 5 KR 4702/11 **RID 14-01-111**
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 31/13 R
juris
SGB V § 51 I 1, III 1 u. 2

Die **aufschiebende Wirkung** von Widerspruch, Klage, Berufung, Nichtzulassungsbeschwerde bei Aufforderungen zum Rehabilitationsantrag im Rahmen des § 51 SGB V entfällt **ex tunc** ab Rechtskraft der letztinstanzlichen Entscheidung.

Ein Versicherter, der aufgrund eines entsprechenden Verlangens gem. § 51 I SGB V einen Reha- oder Rentenantrag gestellt hat, kann diesen nur noch mit Zustimmung der Krankenkasse wirksam **zurücknehmen** oder beschränken (vgl. BSG, Urt. v. 26.06.2008 - B 13 R 37/07 R - BSGE 101, 86 = SozR 4-2500 § 51 Nr. 2).

§ 51 I SGB V verlangt eine förmliche und vollständige Antragstellung, um den Rentenversicherungsträger in die Lage zu versetzen, eine Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsleistungen vorzunehmen und letztlich eine Klärung der maßgeblichen Frage herbeizuführen, ob der Versicherte lediglich vorübergehend arbeitsunfähig oder dauerhaft

erwerbsgemindert ist. Die **Mitwirkungspflicht** des Versicherten geht damit über eine formlose Antragstellung erheblich hinaus.

SG Freiburg, Urt. v. 18.10.2011 - S 14 KR 1014/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 27.05.2013 - L 5 KR 547/13 **RID 14-01-112**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 32/13 R

juris

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern/Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 28.11.2013 - B 3 KR 24/13 R u. B 3 KR 27/12 R - hat eine Krankenkasse keinen Anspruch auf **Vorlage** aller **auf einzelne Versicherte bezogene Unterlagen** gegenüber einem **Hilfsmittelerbringer**, wenn damit die Richtigkeit von Abrechnungen geprüft werden soll, da es hierfür keine Rechtsgrundlage gibt. Darüber hinaus wären auch etwaige Auskunfts- und Herausgabeansprüche z.T. verjährt und stünde einer Geltendmachung der Einwand der **Verwirkung** entgegen: Die Krankenkasse hat die ihr obliegende gesetzliche Leistungsverpflichtung (hier: Versorgung von GKV-Versicherten mit optischen Lesehilfen) ohne ausreichende Kontrollmechanismen auf Dritte (hier: Optiker als Leistungserbringer) „outgesourct" und deren Abrechnungen jahrelang widerspruchslos hingenommen.

1. Krankenhäuser

Nach BSG, Urt. v. 17.12.2013 - ***B 1 KR 59-61/12 R*** - **hemmt** die **Mitteilung der Prüfung einer Krankenhausrechnung durch den MDK** nach § 275 I SGB V nicht in entsprechender Anwendung des § 204 I Nr. 8 BGB die **Verjährung** des Rückzahlungsanspruchs einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus; es besteht keine Lückenhaftigkeit der gesetzlichen Regelung. Leitet eine Krankenkasse eine Abrechnungsprüfung ein, bereitet sie lediglich ihre Entscheidung darüber vor, ob und inwieweit sie einen Erstattungsanspruch geltend machen will. Sie verdeutlicht damit ihren Rechtsverfolgungswillen noch nicht in einem Ausmaß, welches den Eintritt der Hemmungswirkung rechtfertigt. Nach BSG, Urt. v. 17.12.2013 - B 1 KR 70/12 R - erfordert ein Vergütungsanspruch wegen stationärer Behandlung auch dann, wenn der GBA nicht über die Zulässigkeit der Behandlungsmethode im Krankenhaus entschieden hat, dass die angewandte Methode zur Zeit der Behandlung dem **Qualitätsgebot des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse** oder den **Voraussetzungen grundrechtsorientierter Leistungsauslegung** genügt. Nur insoweit entspricht der Vergütungsanspruch des Krankenhauses dem Anspruch der Versicherten auf stationäre Behandlung. Sind die praktischen Möglichkeiten erzielbarer Evidenz eingeschränkt, können sich auch die Anforderungen an das Evidenzniveau des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse vermindern. Das Qualitätsgebot kann es zugleich erfordern, dass betroffene Patienten regelmäßig lediglich im Rahmen von kontrollierten klinischen Studien stationär behandelt werden. Eine Vergütung für stationäre Behandlung der Versicherten außerhalb des Qualitätsgebots im Rahmen einer klinischen Studie (§ 137c II 2 SGB V, hier i.d.F. durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) ist (bisher) kein Gegenstand des Rechtsstreits. Nach BSG, Urt. v. 17.12.2013 - ***B 1 KR 52/12 R*** - kann ein Krankenhaus die **Herausgabe der medizinischen Unterlagen** eines Behandlungsfalls zur Abrechnungsprüfung durch den MDK nicht ablehnen, wenn nicht der MDK des Bundeslandes, in dem der zu prüfende Leistungsfall stattgefunden hat, die Prüfung vornimmt. Weder sieht das Gesetz eine ausschließliche Zuständigkeit des **MDK des Leistungsortes** vor noch könnte sich die Beklagte auf eine örtliche Unzuständigkeit des MDK berufen. Nach BSG, Urt. v. 17.12.2013 - ***B 1 KR 57/12 R*** - ist ein **Verlegungsabschlag** gem. § 3 II i.V.m. I der Fallpauschalenvereinbarung 2008 von der Vergütungsforderung des aufnehmenden inländischen Krankenhauses vorzunehmen, auch wenn die Vorbehandlung durch ein **ausländisches Krankenhaus** erfolgt ist, das seinerseits nicht den deutschen Abrechnungsbestimmungen unterliegt. Nach BSG, Urt. v. 17.12.2013 - B 1 KR 14/13 R - kann eine **Aufwandspauschale** gem. § 275 Ic 3 SGB V **nicht erneut anfallen**, wenn die auf dieselbe Abrechnung bezogene erneute MDK-Prüfung auf einem Prüfauftrag beruht, der nach Ablauf der Frist des § 275 Ic 2 SGB V erfolgte. Der Anspruch scheitert entweder daran, dass sich die Krankenkasse mit ihrer Nachfrage innerhalb des ursprünglichen Prüfauftrags hielt. Hierfür hatte die Krankenkasse schon eine Aufwandspauschale entrichtet. Erteilte die Krankenkasse dagegen einen zweiten selbstständigen Prüfauftrag, hätte das Krankenhaus diesem Prüfungsbegehren seine Verfristung entgegenhalten können. Nach BSG, Urt. v. 28.11.2013 - ***B 3 KR 4/13 R*** - schließt sich der 3. Senat der Rspr. des 1. Senats zur **Aufwandspauschale** an, wonach ein Krankenhaus von der Krankenkasse die Aufwandspauschale nach § Ic 3 SGB V nur verlangen, wenn 1. die Prüfung zur Verminderung des Rechnungsbetrags durchgeführt worden ist, 2. aber nicht zur Verminderung des Rechnungsbetrags geführt hat und 3. dem Krankenhaus ein Aufwand infolge erneuter Befassung mit dem Behandlungs- und Abrechnungsfall entstanden ist. Diese Voraussetzungen liegen nicht vor, wenn die vom Krankenhaus mitgeteilten Diagnosen auf das **Vorliegen von Unstimmigkeiten** schließen lassen können und die Krankenkasse durch die angebliche Fehlkodierung nicht zur Abrechnungsprüfung veranlasst worden ist. Der Senat sieht in solchen Fällen – also abgesehen von der unstreitig falschen Kodierung einer Hauptdiagnose – **keine Veranlassung, weitere Ausnahmen** vom Tatbestand des § 275 Ic SGB V zu statuieren. Nach BSG, Urt. v. 28.11.2013 - ***B 3 KR 33/12 R*** - sind zwei Krankenhausbehandlungen wegen derselben Grunderkrankung nach § 2 II Fallpauschalenvereinbarung 2006 nicht **zu einem Behandlungsfall zusammenzufassen**, wenn die Wiederaufnahme des Versicherten erst am 33. Tag nach der Erstaufnahme erfolgt ist, aber schon bis zum 30. Tag hätte erfolgen können. Die Regelung ist streng nach dem Wortlaut auszulegen, um Fehlinterpretationen und Missverständnisse zu vermeiden. Es steht allein den Vertragsparteien der FPV zu, Fehlentwicklungen im Abrechnungssystem zu korrigieren und ggf. Änderungen für die Zukunft vorzunehmen. Etwas anders müsste allerdings dann gelten, wenn eine vorzeitige Wiederaufnahme des Versicherten aus medizinischen Gründen geboten gewesen wäre oder es sich um ein systematisches Ausnutzen der 30-Tage-Frist zur Gewinnoptimierung gehandelt hätte. Nach BSG, Urt. v. 12.11.2013 - ***B 1 KR 22/12 R*** - zählen **interkurrente Behandlungen** (hier: ambulante Vorstellungen einschließlich Arzneimittelverordnungen) während eines **stationären Krankenhausaufenthalts** zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 II KHEntgG bzw. § 2 II

BPflV. Ein **Schadensersatzanspruch** entsprechend § 280 I BGB setzt eine Pflichtverletzung voraus, das Krankenhaus muss das beigel. Universitätsklinikum dazu veranlasst haben, der Versicherten während der stationären Behandlung erforderliche Arzneimittel nicht zu seinen Lasten, sondern vertragsärztlich zu verschaffen. Fehlt es hieran, ist die Krankenkasse auf den Regress gegen den Beigel. zu verweisen. Der Zahlungsanspruch erweist sich nicht schon aus dem Rechtsgedanken der Aufwendungskondiktion als begründet. Die im Sozialrecht speziell geregelten Leistungsbeziehungen schließen diese aus.

a) Vergütungsanspruch/Fälligkeit

aa) Fehlende Mitwirkung des Versicherten bei Aufklärung über Versicherungsverhältnis

LSG Hessen, Urteil v. 14.03.2013 - L 8 KR 334/11 **RID 14-01-113**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 5 I Nr. 13, VIIIa, 39, 108

Ein Strafgefangener wird nach **Haftentlassung** wieder **Pflichtmitglied** seiner vorherigen Krankenkasse (§ 5 I Nr. 13 SGB V). Die Mitgliedschaft wird kraft Gesetzes begründet. Die Krankenkasse kann dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses nicht mit Erfolg eine vermeintlich **fehlende Mitwirkung** des Versicherten gem. § 66 I 1 SGB I entgegenhalten, denn diese Vorschrift bezieht sich (nur) auf Sozialleistungsansprüche des Mitwirkungsverpflichteten und ist daher nicht einschlägig.

SG Kassel, Urt. v. 21.09.2011 - S 12 KR 295/10 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß zur Zahlung, das ***LSG*** wies die Berufung zurück. ***BSG***, Beschl. v. 29.08.2013 - B 1 KR 46/13 B - BeckRS 2013, 72126 verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

bb) Datenübermittlung und Prüfverfahren

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 05.07.2012 - L 4 KR 91/11 **RID 14-01-114**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 275 I Nr. 1, Ic, 276 II

Leitsatz: 1. Das **Krankenhaus** hat im Rahmen der wechselseitigen Leistungsbeziehungen zur Krankenkasse diejenigen **Angaben** zu machen und Unterlagen beizubringen, die zur Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Einzelfall erforderlich sind (vgl. BSG vom 22.4.2009 - B 3 KR 24/07 R = SozR 4-2500 § 109 Nr. 18).
2. Hierbei hat das Krankenhaus der Krankenkasse den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung zu übermitteln. Mit diesen Angaben erfüllt das Krankenhaus seine **Datenübermittlungspflicht** und damit die Fälligkeitsvoraussetzung seiner Vergütungsforderung.
3. Die Vorschrift des § 301 SGB V regelt und begrenzt den Datenverkehr auf das für die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung Unerlässliche, verbietet aber nicht generell die Anforderung und Übermittlung **weiterer Daten**, wenn diese für ein Prüfungsverfahren erforderlich sind. Weitere Daten sind an die Krankenkasse nur zu übermitteln, wenn diese sich bei der Ausübung ihres Prüfungsrechts an die gesetzlichen Voraussetzungen nach den §§ 275, 276 SGB V hält.
4. Erschließt sich die Notwendigkeit des Krankenhausaufenthalts aus den Angaben nach § 301 Abs. 1 SGB V nicht, so ist ein **Prüfverfahren** nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V einzuleiten und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen.
5. Das Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ist **zeitnah** durchzuführen. Das bedeutet, dass die Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ist.
6. Hält sich die Krankenkasse an das streng formalisierte Prüfverfahren des § 275 Abs. 1c SGB V nicht, sind damit automatisch mögliche **Einwände** gegen die Krankenhausabrechnung ausgeschlossen (vgl. BSG vom 17.12.2009 - B 3 KR 12/08 R - BSGE 105, 150 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 20).

SG Magdeburg, Urt. v. 01.09.2011 - S 17 KR 256/09 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß, an die Kl. Behandlungskosten in Höhe von 2.909,36 € für den Krankenhausaufenthalt des Versicherten E. in der Zeit v. 08.07.2009 bis 01.07.2009 nebst Zinsen zu zahlen, das ***LSG*** wies die Berufung zurück, ***BSG***, Beschl. v. 22.07.2013 - B 1 KR 98/12 B - BeckRS 2013, 71463 verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

cc) Fehlerhafte Hauptdiagnose schließt Sechs-Wochen-Frist nicht aus

LSG Hamburg, Urteil v. 21.11.2013 - L 1 KR 158/11 **RID 14-01-115**

Revision anhängig: B 1 KR 34/13 R

juris

SGB V §§ 39 I, 76 I 2, 109 IV, 112 II; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1, 9 I Nr. 1; KHG § 17b

Ein **Einwendungsausschluss** nach Ablauf der **Sechs-Wochen-Frist** nach § 275 Ic 2 SGB V folgt nach BSG, Urt. v. 16.05.2012 - B 3 KR 14/11 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 24 = BSGE 111, 58 nicht, sondern die Abrechnung des Krankenhauses kann auch nach Ablauf der Ausschlussfrist sachlich und rechnerisch überprüft werden. Allerdings darf diese Prüfung nach Ablauf der Frist nur auf **Grundlage der Daten** erfolgen, die das Krankenhaus der Krankenkasse nach § 301 SGB V übermittelt hat. Weitere medizinische Ermittlungen, insbesondere die Auswertung der Krankenakte, dürfen dagegen nicht mehr stattfinden.

Ob der Rechnungsbetrag tatsächlich zu mindern ist, kann den gemäß § 301 SGB V übermittelten Daten dagegen nicht entnommen werden, denn die **Hauptdiagnose** muss nicht zwingend der **Aufnahmediagnose** entsprechen und eine fehlerhaft kodierte Hauptdiagnose muss nicht unbedingt zu einem niedrigeren Gesamtbetrag der Vergütung führen:

Auch wenn sich die **Unrichtigkeit der kodierten Hauptdiagnose** schon aus einer rechtlichen Auslegung der maßgeblichen Abrechnungsbestimmungen ergeben mag, ist hierdurch noch nicht die Frage beantwortet, welche Hauptdiagnose und welche DRG die richtige ist, sodass auch nicht festgestellt werden kann, ob sich tatsächlich ein geringerer Vergütungsbetrag ergibt. Dies kann vielmehr nur durch medizinische Ermittlungen geklärt werden, die allein dem MDK vorbehalten sind.

SG Hamburg, Urt. v. 28.11.2011 gab der Klage statt, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

dd) Aufrechnung 1 Jahr nach Begleichung einer Krankenhausrechnung ohne MDK-Prüfung

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 08.08.2013 - L 5 KR 97/13 **RID 14-01-116**

Revision anhängig: B 1 KR 24/13 R

juris

SGB V §§ 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 275 Ic, 301 II 2; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9; BGB §§ 242, 387

Die in § 275 Ic S. 2 SGB V geregelte **Sechs-Wochen-Frist** für die Einleitung einer Prüfung der Krankenhausabrechnung betrifft nur die **dritte Stufe** des bis zu dreistufigen Prüfverfahrens. Daraus folgt im Umkehrschluss, dass die Rechnungskontrolle auf den beiden ersten Prüfebenen unabhängig hiervon erfolgt. Die Wahrnehmung der dabei anfallenden Prüftätigkeit ist den Krankenkassen indes nicht freigestellt; sie sind - ebenso wie die Krankenhäuser - grundsätzlich zur beschleunigten Rechnungsabwicklung verpflichtet.

Die **Korrektur** eines dem Krankenhaus im Einzelfall gleichwohl unterlaufenen **Abrechnungsfehlers** kann nur verlangt werden, wenn sein Interesse an der Fehlerkorrektur das der Krankenkasse am endgültigen Verfahrensabschluss überwiegt. Das wird im Regelfall zu bejahen sein, wenn der nachgeforderte Betrag den Kostenaufwand der Krankenkasse für die zusätzliche Prüfung übersteigt und die Einleitung eines Korrekturverfahrens auch im Verhältnis zur ursprünglichen Rechnungssumme rechtfertigt. Die Grenze der berechtigten Nachforderung ist im Allgemeinen erreicht, wenn der Nachforderungsbetrag erstens in Anlehnung an den Rechtsgedanken des § 275 Ic 3 SGBV über 100 €, ab dem 25.03.2009 über 300 € liegt und er zweitens mindestens 5 % des Ausgangsrechnungswertes erreicht (BSG, Urt. 17.12.2009 - B 3 KR 12/08 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 20 = BSGE 105, 150, juris Rn. 15).

Diese Rechtsprechung ist auf den umgekehrten Fall übertragbar, in dem es darum geht, ob und **unter welchen Voraussetzungen eine Krankenkasse aufrechnen darf**, wenn die Prüfung der Krankenhausrechnung nicht „zeitnah“ im Sinne des § 275 Ic 1 SGB V erfolgt ist (ebenso LSG Saarland, Urt. v. 19.10.2011 - L 2 KR 55/09 - RID 12-01-175, juris Rn. 36).

SG Koblenz, Urt. v. 19.07.2011 - S 3 KR 91/10 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

ee) Überprüfung der Krankenhausabrechnung auch nach Ablauf eines vollen Geschäftsjahres

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.10.2013 - L 16 KR 813/12 **RID 14-01-117**

Revision anhängig: B 3 KR 19/13 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39 I, 76 I 2, 109 IV, 112 II; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 3; KHG § 17b

Mangels **Erforderlichkeit** einer stationären Behandlung besteht kein Vergütungsanspruch.
Die bloße **vorbehaltlose Zahlung** der Rechnung reicht für die Begründung von Vertrauensschutz nicht aus, wenn nach dem Sicherstellungsvertrag nach § 112 II 1 SGB V Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden können.
Da für jeden stationären Aufenthalt die Erforderlichkeit gesondert zu beurteilen ist, kann bei objektiver Betrachtung nicht aus der Bezahlung von in den Jahren 2005 bis 2007 durchgeführten Behandlungen die berechtigte Erwartung erwachsen, die **Erforderlichkeit einer zeitlich früheren stationären Behandlung** werde dadurch nicht mehr in Frage gestellt.
Sollte in BSG, Beschl. v. 30.04.2013 - B 3 KR 7/13 B - BeckRS 2013, 69329 zum Ausdruck gebracht werden, dass Krankenkassen nach dem „Prinzip der Waffengleichheit“ Abrechnungen eines Krankenhauses nach **Ablauf eines vollen Geschäftsjahres** nicht mehr überprüfen dürften, könnte dem der Senat nicht folgen.

SG Dortmund, Urt. v. 19.10.2012 - S 8 KR 259/09 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das ***LSG*** verurteilte das bekl. Krankenhaus, an die Kl. 3.159,21 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

ff) Zulässigkeit der Beschränkung des Prüfverfahrens durch Krankenkasse

SG Hannover, Urteil v. 22.04.2013 - S 2 KR 929/11 **RID 14-01-118**

juris = ZMGR 2013, 350
SGB V §§ 275, 276

Wird auf Stufe 3 des Prüfverfahrens gegenüber dem Krankenhaus lediglich die Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung mitgeteilt, so liegt darin eine **zulässige Beschränkung des Prüfverfahrens**.
Aus der Befürwortung eines beschränkten Prüfauftrages folgt nicht ohne weiteres, dass die Krankenkassen dazu übergehen müssten, allumfassende Prüfaufträge zu erstellen. Bei Ausschöpfung der auf der jeweiligen Stufe bestehenden Handlungsmöglichkeiten besteht kein Bedürfnis auf Seiten der Krankenkassen, ohne weitere Anhaltspunkte alle Umstände des Einzelfalles zum Gegenstand des Prüfverfahrens zu machen. Erteilt die Beklagte lediglich einen beschränkten Prüfauftrag, kann der MDK der Krankenkasse auf der zweiten Stufe mitteilen, dass aus seiner Sicht noch weitere Aspekte einer Klärung bedürfen. Will die jeweilige Krankenkasse nicht Gefahr laufen, mit den vom MDK als klärungsbedürftig erkannten Umständen präkludiert zu werden, **erweitert sie ihren Prüfauftrag** und zeigt dem Krankenhaus vermittelt durch den MDK binnen 6 Wochen den erweiterten Prüfungsauftrag an.
Als Folge des in seinem Umfang auf die Frage der Dauer der stationären Krankenhausbehandlung beschränkten Prüfverfahrens wird auch die **Amtsermittlung** durch die Beklagte beschränkt. Die Beschränkung des Umfanges der verwaltungsbehördlichen Amtsermittlung setzt sich auch im Gerichtsverfahren fort. Die gerichtliche Amtsermittlungspflicht reduziert sich entsprechend.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.546,34 € nebst Zinsen zu zahlen.

gg) Verkürzung der vierjährigen Verjährungsfrist ist zulässig

LSG Thüringen, Urteil v. 30.06.2013 - L 6 KR 284/10 **RID 14-01-119**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 112; BGB § 202

Eine Abbedingung der vierjährigen **Verjährungsfrist** (hier: auf drei Jahre) durch einen Sicherstellungsvertrag nach § 112 SGB V ist grundsätzlich zulässig.

SG Gotha, Urt. v. 07.12.2009 - S 38 KR 2235/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

hh) Keine Verwirkung bei „verdeckt unschlüssiger" Abrechnung (Extrakorporale Stoßwellentherapie)

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 26.06.2013 - L 4 KR 108/11 **RID 14-01-120**

Revision anhängig: B 1 KR 27/13 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 12 I, 70 I 2, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 2, 275 I Nr. 1, Ic, 301 I 1; BGB §§ 242, 812, 814

Eine Krankenkasse, die einen **öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch** aus stationären Behandlungen geltend macht, trifft zunächst durch ihre vorbehaltlosen Zahlungen die Beweislast.

Zu ihren Gunsten können jedoch die Grundsätze des **Anscheinsbeweises** herangezogen werden, da die extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei der Behandlung der induratio penis plastica (IPP) **regelmäßig nicht stationär** vorzunehmen ist, da es sich um eine regelhaft ambulante Behandlungsmaßnahme handelt.

Trotz des **Zeitablaufs** von mehr als zwei Jahren zwischen Abrechnung, Zahlung und erstmaliger Einleitung der Rechnungsprüfung durch die Krankenkasse kann noch nicht von einer **Verwirkung** des Anspruchs ausgegangen werden. Grundsätzlich kann die Krankenkasse bis zum Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist medizinische Überprüfungen sowie Erstattungsforderungen geltend machen.

Aus der Tatsache, dass die Krankenkasse zunächst nicht für jeden Einzelfall eine entsprechende Überprüfung durch den MDK vorgenommen hat, sondern sich auf eine allgemeingültige Bedeutung eines Einzelfallgutachtens berufen hatte und erst im Berufungsverfahren nach Hinweis des Senats eine konkrete Einzelfallprüfung mit Hilfe des MDK durchführen wollte, kann das Krankenhaus keinen Rechtsvorteil für sich ableiten, da kein gravierender Verstoß gegen das Prüfverfahren vorliegt.

Enthält die Abrechnung keinen Hinweis auf die regelmäßig ambulant durchzuführende Behandlung, ist sie **„verdeckt unschlüssig"** und kann sich das Krankenhaus bei der Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs nicht auf einen **Verwirkungstatbestand** berufen. Die Krankenkasse ist dann nicht gehalten, den MDK mit der Begutachtung jedes Einzelfalls zu beauftragen, solange das Krankenhaus seinen Übermittlungspflichten nicht vollständig nachgekommen ist.

Die Bekl. betreibt ein Krankenhaus und behandelte diverse Versicherte der Klägerin mit der extrakorporalen Stoßwellentherapie (ESWT) auf der Grundlage der Diagnose einer induratio penis plastica (IPP). Bei der IPP handelt es sich um eine Penisverkrümmung, die mit Schmerzen insbesondere bei Erektion verbunden ist. Die Kl. erhielt von der Bekl. bei Aufnahme der Versicherten neben deren Daten jeweils die Aufnahmediagnose „N 48.6", jedoch keinen Hinweis auf die konkrete Behandlung mittels ESWT. Die Kl. wies die jeweils geforderten Beträge fristgerecht und ohne gesonderten Vorbehalt an. Im Jahr 2003 unterzog die Kl. diese Behandlungsfälle einer eingehenden Prüfung, bei der sie feststellte, dass die genannten Versicherten mit der ESWT behandelt worden waren. Daraufhin machte sie gegenüber der Bekl. Rückforderungsansprüche geltend und erklärte, sie könne keinen Rückforderungsverzicht erklären. Die ESWT sei im vertragsärztlichen Bereich nicht abrechnungsfähig. Auch könne die Behandlung grundsätzlich ambulant erfolgen. Nachdem das Therapiegerät zwischenzeitlich abgeschafft sei, dürften zukünftig keine weiteren Streitfälle mehr entstehen. Demgegenüber machte die Bekl. geltend, die Behandlung mittels ESWT sei in allen Fällen wegen bestehender Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit erfolgt. ***SG Magdeburg***, Urt. v. 31.08.2011 - S 22 KR 256/06 - verurteilte den bekl. Krankenhausträger, an die Kl. 34.583,73 € nebst 4 % Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab. Das ***LSG*** verurteilte den bekl. Krankenhausträger antragsgemäß, an die Kl. 36.369,78 € nebst 4 % Zinsen zu zahlen.

ii) Mitteilungspflicht auch für Leistungen zur medizinischen Frührehabilitation

SG Magdeburg, Urteil v. 20.07.2013 - S 45 KR 75/11 WA **RID 14-01-121**

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 25/13 R

juris

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 275 Ic, 301 I 1 Nr. 8; KHEntgG §§ 1, 7, 9 I Nr. 1; KHG § 17b

Parallelverfahren zu SG Magdeburg, Urt. v. 30.07.2013 - S 45 KR 101/11 WA - RID 13-04-103, Sprungrevision anhängig: B 1 KR 26/13 R.

Eine Krankenkasse ist zur **Einleitung eines Prüfverfahrens** auf dritter Stufe nur verpflichtet, falls das Krankenhaus ihr im Rahmen der Mitwirkungsobliegenheiten insb. die Daten gemäß § 301 I SGB V mitgeteilt hat.

Sind die Angaben des Krankenhauses nach § 301 I SGB V unvollständig, tritt die **Fälligkeit** der abgerechneten Forderung nicht ein (BSG, Urt. v. 21.03.2013 - B 3 KR 28/12 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 29 Rn. 13, 14).

Mitzuteilen sind auch die im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung durchgeführten **Leistungen** zur medizinischen Rehabilitation bzw. **zur medizinischen Frührehabilitation**. Darunter sind solche i.S.v. § 26 II SGB IX zu verstehen. Hierzu gehören neben der ärztlichen Behandlung auch Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie. Damit handelt es sich bei den im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung durchgeführten Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie etc. um Leistungen zur medizinischen Rehabilitation i.S.d. § 301 I 1 Nr. 8 SGB V.

Die Beteiligten streiten über die Höhe des sich nach dem Fallpauschalenkatalog 2007 (OPS 8-550.1) bestimmenden Vergütungsanspruchs für eine stationäre Krankenhausbehandlung. Das ***SG*** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

SG Magdeburg, Urteil v. 30.07.2013 - S 45 KR 89/11 WA **RID 14-01-122**

Sprungrevision anhängig: B 3 KR 15/13 R

juris

b) Fallpauschalen

aa) Zusammenfassung mehrerer Krankenhausaufenthalte zu einem Behandlungsfall: Beurlaubung

LSG Hamburg, Urteil v. 04.07.2013 - L 1 KR 21/11 **RID 14-01-123**

Revision anhängig: B 3 KR 14/13 R

juris

SGB V § 109 IV 3; KHG § 17b I 10; KHEntgG §§ 7 I 1, 8 II 1, 9 I 1 Nr. 1

Wann eine **Beurlaubung** i.S.d. § 1 VII 5FPV 2008 vorliegt, wird auf Bundesebene nicht definiert. § 8 I 1 des Vertrags nach § 112 SGB V konkretisiert die Beurlaubung dahin, dass sie nur aus zwingenden persönlichen oder aus therapeutischen Gründen und nur mit schriftlicher Zustimmung des leitenden Abteilungsarztes oder seines Stellvertreters erfolgen kann. Insb. erscheint es fernliegend, das Abwarten der endgültigen histologischen Befunde als einen „therapeutischen Grund“ zu begreifen.

Eine Beurlaubung kann nicht angenommen werden, um eine **Pflicht zur Fallzusammenführung** begründen zu können. Eine Beurlaubung ist nicht immer schon dann anzunehmen, wenn die Behandlung bei der ersten Entlassung noch nicht abgeschlossen war.

SG Hamburg, Urt. v. 18.11.2010 - S 35 1194/09 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 2.059,06 € nebst Zinsen, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

bb) Wiederaufnahmefall i.S.d. § 2 II Nr. 2 FPV 2007

SG Düsseldorf, Urteil v. 21.06.2013 - S 8 KR 193/09 **RID 14-01-124**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Es liegt ein **Wiederaufnahmefall** i.S.d. § 2 II Nr. 2 FPV 2007 vor, wenn innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe E die erste, zuvor abrechenbare Fallpauschale „E71B“ in die Gruppe „medizinische Partition“ (60-99, hier: 71) und die zweite, anschließende Fallpauschale „E01A“ in die Gruppe „operative/chirurgische Partition“ (01–39, hier: 01) einzugruppieren ist. Ein unzulässiges Fallsplitting liegt dann nicht vor.

Eine **Beurlaubung** setzt einen noch nicht abgeschlossenen stationären Behandlungsfall voraus.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.680,15 € nebst Zinsen zu zahlen.

cc) Voraussetzungen zur Abrechnung von Beatmungsstunden

SG Potsdam, Urteil v. 14.03.2013 - S 3 KR 407/10 **RID 14-01-125**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 275 Ic

Liegen die Voraussetzungen zur Abrechnung von 160 Beatmungsstunden nicht vor, so kann nicht die **DRG A13E** (Beatmung über 95 und unter 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozeduren, Alter über 15 Jahre) abgerechnet werden, sondern nur eine Vergütung nach E64C (respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, äußerst schwere CC, Alter über 9 Jahre).

Die **Deutschen Kodierrichtlinien** (Spezielle Kodierrichtlinien, Krankheiten des Atmungssystems, Version 2006) regeln die Voraussetzungen zur Abrechnung von **Beatmungsstunden**.
Beatmungsstunden sind nicht zu berechnen, wenn sich der Patient nicht auf der Intensivstation befindet. Eine intensivmedizinische Betreuung allein reicht nicht aus. Nur bei einer der Definition des BSG, Urt. v. 28.02.2007 - B 3 KR 17/06R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 8 entsprechenden **Intensivmedizin** kann auch eine intensivmedizinische Betreuung des Patienten vorliegen.

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

dd) Maskenbeatmung: Zeiten zwischen den Beatmungen sind hinzuzurechnen

LSG Hessen, Urteil v. 05.12.2013 - L 1 KR 300/11 **RID 14-01-126**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Obgleich die **Maskenbeatmung** über weniger als 24 Stunden erfolgt ist, wird die für die Anwendung der **DRG-Fallpauschale F43B** erforderliche **Stundenzahl** erreicht, da gemäß der Kodierrichtlinien die Zeiten zwischen den Beatmungen hinzuzurechnen sind. Denn die Stunden zwischen den Zeiten der Beatmung mittels Maske sind als Entwöhnung im Sinne der Kodierrichtlinien 2007 zu bewerten. Bei einer Handhabung der Vergütungsregelungen streng nach ihrem Wortlaut ist daher davon auszugehen, dass eine Entwöhnung von der künstlichen Beatmung mit deren Beginn anfängt.

SG Darmstadt, Urt. v. 02.09.2011 - S 13 KR 144/08 - verurteilte die Bekl., der Kl. 4.938,12 € nebst Zinsen zu zahlen. Das ***LSG*** wies die Berufung der Beklagt. mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. zur Zahlung von 4.890,21 € zzgl. Zinsen an die Kl. verurteilt wird.

ee) Ursachenbeziehung zwischen Krankheit und Sekundärkode

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 26.06.2013 - L 4 KR 81/12 **RID 14-01-127**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: 1. Ein **Harnwegsinfekt** (N39.0) kann nur kodiert werden, wenn sich aus der Krankenhausdokumentation entsprechende Beschwerden und Symptome oder eine darauf gerichtete Behandlung ableiten lässt.
2. Die Sekundärkodes B95.6 und B96.2 sind in Verbindung mit der Nebendiagnose R82.7 nicht kodierfähig, weil zwischen beiden kein **ursächlicher Zusammenhang** besteht. Erregerkodes sind nach den DKR 2005 nur kodierfähig, wenn sie eine klinische Bedeutung haben, d.h. eine Primärerkrankung verursacht und eine erregerbezogene Behandlung bzw. weiterführende Diagnostik erfordert haben.

Streitig ist die teilweise Rückzahlung von Krankenhausbehandlungskosten in Höhe von 1.290,03 €. ***SG Halle (Saale)***, Urt. v. 27.03.2012 - S 17 KR 56/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

ff) Neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Transportentfernung (DRG B70C)

LSG Thüringen, Urteil v. 25.06.2013 - L 6 KR 193/10 **RID 14-01-128**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 20/13 R

juris

SGB V §§ 39, 109 IV 3

Die **neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls** nach der DRG-Fallpauschale B70C kann nicht abgerechnet werden, wenn das kooperierende Krankenhaus nicht in höchstens halbstündiger Transportentfernung unabhängig vom Transportmittel, also nicht nur mit dem relativ schnellen Rettungshubschrauber, sondern auch mit dem langsameren Krankenwagen, erreichbar ist. Fahrzeiten bei Krankentransporten außerhalb eines Notfalleinsatzes von mindestens 34 Minuten reichen nicht aus.

SG Gotha, Urt. v. 23.11.2009 - S 38 KR 1958/08 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung des Differenzbetrages von 1.374,01 € nebst Zinsen. Das ***LSG*** wies die Klage ab.

c) Aufwandspauschale

aa) Anlass zur Einleitung einer MDK-Einzelfallprüfung: Fehlende Schlüssigkeit

SG Augsburg, Urteil v. 12.11.2013 - S 6 KR 246/12 **RID 14-01-129**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 275 Ic

Die Aufwandspauschale nach § 275 Ic SGB V fällt nicht an, wenn die mitgeteilte Haupt- und Nebendiagnose nicht so miteinander in Einklang stehen, dass die **Abrechnung schlüssig nachvollziehbar** ist. Damit hat nach Überzeugung des Gerichts die Beklagte das Prüfverfahren nicht routinemäßig bzw. ohne Anlass in Form einer Stichprobe eingeleitet, sondern aufgrund einer dokumentierten Auffälligkeit in der Schlussrechnung.

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

bb) Prüfung des zweiten stationären Aufenthalts einer Fallzusammenführung

LSG Saarland, Urteil v. 19.11.2013 - L 2 KR 7/13 **RID 14-01-130**
juris = NZS 2014, 110
SGB V §§ 39, 69, 275 Ic 3

Leitsatz: Bei der (erfolglosen) **Prüfung einer Fallzusammenführung** hat die Krankenkasse hinsichtlich des ersten stationären Krankenhausaufenthaltes keine **Aufwandpauschale** nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V zu zahlen, wenn sie den MDK lediglich mit der Überprüfung der Abrechnung für den zweiten stationären Aufenthalt beauftrag hat.

Parallelverfahren:
LSG Saarland, Urteil v. 19.11.2013 - L 2 KR 11/13 **RID 14-01-131**
juris

cc) Freiwillige Teilnahme am Prüfverfahren trotz Erweiterung

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 19.09.2013 - L 5 KR 343/12 **RID 14-01-132**
Revision anhängig: B 1 KR 29/13 R
juris
SGB V §§ 275 I Nr. 1, 276 II 1 Hs. 2; SGG § 103

Das **Prüfverfahren** soll ausdrücklich auf Fälle beschränkt sein, in denen die Krankenkassen einen „Anfangsverdacht“ haben (BSG, Urt. v. 16.05.2013 - B 3 KR 32/12 R - Rn. 15). Verstößt die Krankenkasse gegen die gesetzlichen Vorgaben des Prüfverfahrens, kann dies zu einem Verwertungsverbot der im anschließenden Gerichtsverfahren ermittelten Tatsachen führen. Von der Verwertung der Beweismittel ist abzusehen, wenn diese vom Krankenhaus nicht freiwillig, sondern allein auf besondere gerichtliche Anforderung zur Verfügung gestellt worden sind (BSG, Urt. v. 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R - BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 24).
Wirkt das Krankenhaus **freiwillig am Prüfverfahren** mit und stellt es dem MDK die Patientenunterlagen zur Verfügung, ohne Einwände gegen die Zulässigkeit des Prüfverfahrens zu erheben, so kann das Krankenhaus sich nicht darauf berufen, dass der Prüfauftrag zu Unrecht erweitert worden und es hiervon nicht in Kenntnis gesetzt worden ist.

SG Mainz, Urt. v. 06.11.2012 - S 16 KR 465/10 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

d) Kein Eilrechtsschutz bei Abrechnungsstreitigkeiten im Krankenhauswesen

LSG Bayern, Beschluss v. 02.12.2013 - L 5 KR 361/13 B ER **RID 14-01-133**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 275 I Nr. 1; SGG § 86b II 1

Ist nicht erkennbar, dass eine Krankenkasse gegen die gesetzlichen **Vorgaben des § 275 I Nr. 1 SGB V** verstößt, so besteht kein Anspruch, eine **Beauftragung des MDK** mit der Prüfung von Krankenhausrechnungen zu untersagen.
Finden sich neben **Fragen** nach der Notwendigkeit der stationären Behandlung nach Überschreitung der oberen Grenzverweildauer und nach abgerechneten Zusatzentgelten auch Fragen danach, ob unter

der vorliegenden Hauptdiagnose zunächst eine ambulante Behandlung angezeigt gewesen wäre und ob eine akutstationäre Behandlungsnotwendigkeit bestanden habe, so ist gerade nicht „eine durchgängige routinemäßige Prüfung“ der Krankenhausrechnungen nach Komplexbehandlungen glaubhaft gemacht.

Die Ast. betreibt in der Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH ein Akutkrankenhaus für Innere Medizin. Sie wirbt für Behandlungen auf der Grundlage der anerkannten Inneren Medizin, die zusätzlich begleitend oder in besonderen Fällen auch ausschließlich mit biologischen Heilverfahren erfolgen. Abgerechnet werden u.a. auch Multimodale Schmerztherapien, Rheumatologische Komplexbehandlungen, Multimodale Komplexbehandlungen bei Morbus Parkinson sowie Zusatzentgelte, insb. auch für naturheilkundliche Komplexbehandlungen. Die Ast. verfügt über 40 Planbetten und versorgt nach eigenen Angaben im Kalenderjahr etwa 850 bis 900 Patienten. Sie wendet sich gegen Überprüfungen von Krankenhausabrechnungen durch den MDK im Auftrag der Ag. und gegen das Abrechnungsverhalten der Ag. nach beanstandeten Krankenhausabrechnungen. ***SG Augsburg***, Beschl. v. 30.08.2013 - S 12 KR 244/13 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

2. Apotheker

a) Vergütungsanspruch setzt vertragsärztliche Verordnung voraus

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.09.2013 - L 9 KR 92/11 **RID 14-01-134**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 129 II; Rahmenvertrag über die Arzneimittellieferung nach § 129 Abs. 2 SGB V

Leitsatz: Der Vergütungsanspruch einer Apotheke gegenüber einer Krankenkasse setzt das Vorliegen einer ordnungsgemäßen **vertragsärztlichen Verordnung** bei Abgabe des Medikaments voraus. Die vertragsärztliche Verordnung hat dabei unter Verwendung der vereinbarten bzw. amtlichen Verordnungsblätter zu erfolgen.

Am 23.12.2005 gab die kl. Apotheke eine Ernährungslösung an die Versicherte H ab. Die Abgabe der Ernährungslösung ging auf einen am Vortag um 9.21 Uhr bei der Kl. per Fax eingegangenen **individuellen Infusionsplan für Erwachsene**, ambulante intravenöse Ernährungstherapie, ausgestellt von der Arztpraxis C/B/D zurück. Auf dem Infusionsplan war die Zusammensetzung für eine Ernährungslösung angegeben und vermerkt, dass die Therapie am 23.12.2005 beginnen solle. Dem Ernährungsplan lag ein Hausbesuch des behandelnden Arztes bei der Versicherten am 21.12.2005 zugrunde, bei dem dieser feststellte, dass die schwer erkrankte Versicherte keine feste Nahrung mehr aufnehmen könne. Die entsprechende **ärztliche Verordnung stellte die Arztpraxis** C/B/D **am 10.01.2006** aus. Danach waren 14 Beutel einer individuell hergestellten Infusionslösung für 2.182,32 € verordnet. Die Verordnung erfolgte auf drei aufeinander folgenden Rezeptblättern, die jeweils von Dr. C unterschrieben, mit dem Arztsiegel und dem Stempel der Praxis versehen und zusammengeheftet waren. Die Kl. übergab die Verordnung, auf der sie den 10.01.2006 als Abgabetag vermerkt hatte, an eine externe Abrechnungsstelle, die die Verordnung an die Bekl. per elektronischer Datenübermittlung weiterleitete. Die Versicherte H befand sich ab dem 01.01.2006 in stationärer Krankenhausbehandlung. Am 28.01.2006 verstarb sie. ***SG Berlin***, Urt. v. 24.02.2011 - S 72 KR 2270/07 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Kenntnis des Apothekers von Bedeutung der Arztnummer auf vertragsärztlicher Verordnung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.09.2013 - L 9 KR 192/11 **RID 14-01-135**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 129

Die **Unverfälschtheit einer vertragsärztlichen Verordnung** zählt nicht zu den tatbestandlichen Voraussetzungen einer vertragsärztlichen Verordnung, sondern die Fälschung bzw. die missbräuchliche Verwendung kann lediglich als **Einwand der Krankenkasse** dem Zahlungsanspruch des Apothekers entgegengehalten werden.

Ein **Apotheker muss wissen**, dass auch die im Vordruck rechts unten enthaltene **Arztnummer** mit den beiden anderen Arztnummern übereinstimmen muss und dass auf jedem Vordruck für eine Arzneimittelverordnung bereits die Arztnummer aufgedruckt ist. Dies ergibt sich aus der landesvertraglich vereinbarten Geltung der bundesmantelvertraglichen Regelungen zu den Vordrucken („Verordnungsblätter“). Der Vertragsarzt darf nur Arzneiverordnungsblätter mit seiner Arztnummer verwenden. Eine aushilfsweise Weitergabe des durch die Arztnummer gekennzeichneten Vordrucks

an einen anderen Vertragsarzt ist nicht statthaft. Ob der Apotheker die Bedeutung der vorgedruckten Arztnummer tatsächlich kennt, ist unerheblich. Ob und wie sich der einzelne Apotheker diese Kenntnis verschafft, bleibt ihm überlassen.

In **Ausnahmesituationen** – bei Lieferengpässen des Verlags, wenn die Vertragsarztpraxis abgebrannt oder anderweitig zerstört ist oder bei Praxisaufnahme – kann der Vertragsarzt jedoch bei der KV Berlin einen Satz **Arzneimittelverordnungsblätter mit einer Sonderkodierung** (mehrere Nullen) in der Kodierleiste erhalten. Dass in diesen – offensichtlich auf der Ebene der Bundesmantelverträge nicht geregelten – Ausnahmefällen eine Divergenz zwischen der aufgedruckten und den beiden anderen Arztnummern auftreten kann, ändert an dem oben gefundenen Ergebnis nichts. Denn nach dem, was er hätte wissen müssen – nur dies ist maßgebend –, ist der Apotheker in Unkenntnis der Sonderkodierungen ggf. auch in den Fällen einer ausnahmsweise zulässigen Divergenz nicht zur Abgabe der verordneten Arzneimittel verpflichtet, sondern muss zunächst, etwa durch eine telefonische Rücksprache mit dem ausstellenden Vertragsarzt, dessen Urheberschaft klären.

Am 09.05.2008 wurde in der Apotheke des Kl. eine gefälschte Arzneimittelverordnung für die zur Behandlung HIV-Infizierter zugelassenen Arzneimittel Kaletra und Truvada vorgelegt. Eine Mitarbeiterin des Kl. gab die Arzneimittel an den Kunden heraus. Die Arzneimittelverordnung trug am unteren Rand die vorgedruckte Arztnummer 7210665Y sowie darüber den Arztstempel der ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft S und D mit der Arztnummer 7281740. Diese Arztnummer findet sich auch in dem entsprechenden Feld des für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehenen, hier verwendeten Verordnungsvordrucks. Ausgestellt wurde das Rezept nach den aufgedruckten Angaben am 05.05.2008 für den 1970 geb. M S, Bstraße, B. Ferner enthält die Verordnung den Namen der Krankenkasse (AOK Berlin), die Krankenkassen- bzw. die Versichertennummer sowie die Gültigkeitsdauer der Krankenversichertenkarte. Der Kl. berechnete der Bekl. für diese Arzneimittel einen Betrag in Höhe von 1.603,96 €, welchen diese zunächst beglich. Nachdem sie die Fälschung der Arzneimittelverordnung erkannte hatte – ein Versicherter mit dem o.g. Namen bzw. der o.g. Versichertennummer existiert nicht –, nahm sie eine Rückbelastung in Höhe von 1.599,36 € durch Verrechnung mit den Ansprüchen aus laufenden Arzneimittelverordnungen vor (sog. Retaxierung). Ähnlich verfuhr sie in zwei weiteren Fällen. ***SG Berlin***, Urt. v. 27.05.2011 - S 208 KR 412/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

c) Keine Missachtung einer Rabattvereinbarung bei detaillierter Verordnung des Arztes

SG Koblenz, Urteil v. 07.01.2014 - S 13 KR 379/13 **RID 14-01-136**

juris

SGB V § 129

Leitsatz: Hat der verordnende Vertragsarzt die Verordnung nach Produktname, Hersteller und Pharmakontrollnummer konkretisiert und das „aut idem"-Feld angekreuzt, hat der Apotheker auch bei anderweitiger Rabattvereinbarung das **verordnete Medikament** an den Versicherten auszugeben.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an den Kläger 12,35 € nebst Zinsen aufgrund der Verordnung des Dr. med. M zu zahlen.

d) Zulässigkeit einer Vereinbarung über Abschlag bei Abgabe von Zytostatika

SG Neuruppin, Urteil v. 03.09.2013 - S 20 KR 173/08 **RID 14-01-137**

juris

SGB V § 129

Leitsatz: § 129 Abs. 5 S. 3 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26.3.2007 (a.F.) steht der Wirksamkeit von **ergänzenden Vereinbarungen**, die die Abrechnung von in Apotheken hergestellten **Zytostatika** auf Grundlage von § 129 Abs. 5 S. 1 SGB V a.F. regeln, nicht entgegen. § 129 Abs. 5 S. 3 SGB V a.F. ist eine Sonderregelung für Apotheken und nicht für die Vereinbarung von Preisen bzw. Abrechnungsmodalitäten für Zytostatika.

Das ***SG*** wies die Klage eines Apothekers gegen die Vertragsparteien einer ergänzenden Vereinbarung zum Arzneiliefervertrag ab.

3. Anpassung des Festbetrages: Gruppe „Antianämika“

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 06.01.2014 - L 1 KR 40/13 KL ER **RID 14-01-138**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 35, 84 V; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Die **Hersteller** und Vertriebsfirmen von **Arzneimitteln** können **gerichtlich geltend machen**, dass die Festsetzung eines Festbetrages gegen ihre Grundrechte aus Art. 3 I und 12 GG (ggf. i.V.m. Art. 19 III GG) verstößt (LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 22.06.2012 - L 1 KR 296/09 KL - RID 12-03-166, juris Rn. 80; Beschl. v. 06.12.2011 - L 1 KR 184/11 ER - RID 12-01-182, juris Rn. 73).
Die **Anpassung des Festbetrages** für die Gruppe **„Antianämika, andere, Gruppe 1“** ist nicht offensichtlich rechtswidrig.
Pharmazeutische Unternehmer können nicht geltend machen, dass die erneute Absenkung des Festbetrages zu Lasten der Versicherten gehen werde, weil diese praktisch keine zuzahlungsfreien Packungen mehr erhalten könnten, da sie damit schon nicht eine **Verletzung** ihrer **eigenen Rechte** geltend machen. Der drohende Jahresverlust von 1.407.098,00 € bei einem Gesamtumsatz von ca. 740 Mio. € lässt eine **Existenzgefährdung** nicht schlüssig nachvollziehen.

Die Ast. sind pharmazeutische Unternehmer, die (u.a.) Arzneimittel mit dem Wirkstoff „Epoetin alfa“ unter der Bezeichnung „Epoetin alfa Hexal“ und „Binocrit“ auf den Markt bringen. Diese Arzneimittel gehören zur Gruppe der **Antianämika**, für die erstmals im Februar 2005 eine Festbetragsgruppe der Stufe 2 gebildet wurde. Die Festbetragsgruppenbildung wurde durch Beschluss des GBA v. 15.12.2011 geändert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschloss eine Absenkung der Festbeträge für die Festbetragsgruppe „Antianämika, andere, Gruppe 1“. Gegen den Anpassungsbeschluss haben die Ast. Anfechtungsklage beim LSG Berlin-Brandenburg erhoben. Mit dem weiter erhobenen Antrag begehren die Ast. die Anordnung der aufschiebenden Wirkung für die von ihnen erhobene Anfechtungsklage. Sie tragen vor, dass die Absenkung der Festbeträge für sie einen Verlust von 173.339 € bedeuten würde. Berücksichtige man das tatsächliche Verordnungsverhalten der Ärzte, die auf Generika nur bei einem erheblichen Preisunterschied auswichen, dann ergebe sich ein wirtschaftlicher Verlust sogar in jährlicher Höhe von 1.407.098 €, da die Ast. ihr Preise auf 10 % unterhalb des Festbetragsniveaus senken müssten. Das ***LSG*** lehnte den Antrag ab.

4. Kein Auskunftsanspruch einer Orthopädietechniker-Innung über Verträge

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 09.01.2014 - L 5 KR 319/12 **RID 14-01-139**
Revision anhängig: B 3 KR 2/14 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 126, 127; HwO § 54

Verbände von Leistungserbringern haben kein **Auskunftsrecht** nach § 127 II 4 SGB V in Verträge der Krankenkassen mit Leistungserbringern/Leistungserbringergemeinschaften. Diese Vorschrift gewährt nur einzelnen Leistungserbringern einen Auskunftsanspruch über den Inhalt abgeschlossener Verträge. Dabei handelt es sich nicht um ein Redaktionsversehen. Vielmehr geht aus der Gesetzesbegründung (BT-Dr. 16/10609, S. 57) zweifelsfrei hervor, dass der Gesetzgeber den Verbänden kein eigenes Auskunftsrecht einräumen wollte, weil diese die Möglichkeit haben, sich die Informationen über ihre Mitglieder zu beschaffen.
Eine Geltendmachung des Auskunftsanspruchs unter dem Gesichtspunkt der gesetzlichen **Prozessstandschaft** kommt nicht in Betracht, da die begehrte Auskunft wegen der unterschiedlichen Interessen der Mitglieder keine gemeinsamen Interessen anbelangt.

Umstritten ist, ob die bekl. Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau verpflichtet ist, der Kl., die als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen des Orthopädietechnikerhandwerks vertritt, über Inhalte nach §§ 126, 127 SGB V geschlossener Verträge mit Leistungserbringern/Leistungserbringergemeinschaften Auskunft zu erteilen. ***SG Speyer***, Urt. v. 14.11.2012 - S 7 KR 482/10 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

5. Erbringer von Heilmitteln: Keine Informationspflicht der Krankenkasse über Vertragsänderungen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.11.2013 - L 4 KR 2784/13 **RID 14-01-140**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 35/13 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 125

Leitsatz: Krankenkassen sind nicht verpflichtet, Leistungserbringer von Heilmitteln über die Änderung ihrer Genehmigungspraxis hinsichtlich der Verordnung außerhalb des Regelfalles zu informieren.

SG Ulm, Urt. v. 11.06.2013 - S 3 KR 3132/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

6. Häusliche Krankenpflege

a) Beitritt zum Rahmenvertrag endet mit Beendigung des Rahmenvertrags

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 08.11.2013 - L 1 KR 47/11 **RID 14-01-141**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 38/13 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 132a

Durch die **Beendigung des Rahmenvertrags** verliert auch der **Beitritt zum Rahmenvertrag** seine Wirksamkeit, wenn dies entsprechend von den Partnern des Rahmenvertrags so geregelt wurde.
Das **Fehlen einer vertraglichen Einigung** über den Preis kann nicht durch das Leistungsbestimmungsrecht einer Partei entsprechend § 315 BGB oder § 316 BGB ersetzt werden. Denn § 132a SGB V zeigt, dass der Gesetzgeber auf eine Einigung der Beteiligten im freien Spiel der Kräfte setzt. Demnach ist eher ein vertragsloser Zustand hinzunehmen (BSG, Urt. v. 13.05.2004 - B 3 KR 2/03 R - SozR 4-2500 § 132a Nr. 1, juris Rn 18).
Aus den Rechtsgrundsätzen der **ungerechtfertigten Bereicherung** entsprechend den §§ 812 ff. BGB ergibt sich ein Anspruch gegen die Krankenkasse auf Bereicherungsausgleich. Erbringt ein Pflegedienst im vertragslosen Zustand an die Versicherten einer gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen der häuslichen Krankenpflege, auf welche jene gegenüber ihrer Krankenkasse Anspruch haben, so ist die Krankenkasse dadurch bereichert, dass der gegen sie gerichtete Anspruch der Versicherten auf Leistung erfüllt wird und damit untergeht. Es handelt sich um einen Fall der Leistungskondiktion im Dreiecksverhältnis (BSG, Urt. v. 13. 05.2004 - B 3 KR 2/03 R - aaO. Rn 20; LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 04.07.2006 - L 24 KR 1127/05 - RID 06-03-180, juris Rn 37).

SG Berlin, Gerichtsb. v. 10.01.2011 - S 112 KR 424/07 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Einstweiliger Rechtsschutz trotz Schiedsverfahrens nur im Ausnahmefall

LSG Bayern, Beschluss v. 27.01.2014 - L 5 KR 434/13 B ER **RID 14-01-142**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 132a; SGG § 86b II; ZPO § 1033

Ein **Schiedsverfahren** zur Vergütungshöhe für Leistungen der häuslichen Krankenpflege genießt **Vorrang vor dem gerichtlichen Rechtsschutzverfahren**, so dass auch Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes grundsätzlich hinter diesem Vorrang zurücktreten und deshalb unzulässig sind.
Eine einstweilige Regelungsanordnung, die als **Ausnahme** zum Vorrang des Schiedsverfahrens geboten sein könnte, setzt eine konkrete, akute und anders nicht abwendbare konkrete **Existenzgefährdung** für den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb voraus. Zudem muss dies allein kausal auf die Vergütungsdifferenz zurückzuführen sein. Auch muss die Existenzgefährdung ausschließlich durch die Anhebung der Stundenvergütung abgewendet werden können.

SG Landshut, Beschl. v. 16.10.2013 - S 10 KR 364/13 ER - verpflichtete die Ag., bis zum Abschluss des Schiedsverfahrens eine Vergütung von unverändert 31,50 €/Stunde für Behandlungspflege und von 30,35 €/Stunde für Betreuungs- und Beobachtungszeiten zu zahlen. Das ***LSG*** wies den Antrag ab.

7. Krankentransportunternehmer: Ausreichende Angaben für genehmigungsfreien Transport

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 08.11.2013 - L 1 KR 280/12 **RID 14-01-143**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 60, 133

Wegen der **Genehmigungsfreiheit der Transporte** mit dem Krankentransportwagen nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V unterliegt der verordnende **Arzt** der Verpflichtung, auf dem Verordnungsblatt die medizinische Notwendigkeit des entsprechenden Transports näher zu **begründen**. Der **Krankentransportunternehmer** hat seinerseits die Pflicht, darauf zu achten, dass die medizinische Notwendigkeit des Transports auf dem Verordnungsblatt vollständig und nachvollziehbar begründet worden ist. Erforderlichenfalls muss er bei dem verordnenden Arzt nachfragen und um eine entsprechende Ergänzung der Verordnung bitten, die von dem Arzt auch abzuzeichnen und zu datieren ist, um zu verdeutlichen, dass die Änderung von ihm veranlasst und verantwortet wird (Grundsatz der Formstrenge). Nur unter solchen Voraussetzungen kann ein Krankentransportunternehmer aus einer genehmigungsfreien vertragsärztlichen Verordnung nach § 60 II 1 Nr. 3 SGB V Rechte gegenüber der Krankenkasse herleiten (BSG, Urt. v. 12.09.2012 - B 3 KR 17/11 R - USK 2012-155).
Die **Angaben**, dass die Versicherte unter einer dauerhaften Mobilitätseinschränkung leide. und das Ankreuzen des Kästchens „Merkzeichen“ (außergewöhnliche Gehbehinderung, blind und hilflos im Sinne des Einkommenssteuergesetzes oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt) und die Begründung „Immobilität, Transfer nur mit Hilfe möglich“ reichen aus.

SG Berlin, Urt. v. 08.05.2012 - S 73 KR 2605/10 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 44,42 € zzgl. Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab. Das ***LSG*** verurteilte die Bekl. zur Zahlung von insgesamt 253,26 € und wies im Übrigen die Berufung zurück.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

Nach BSG, Urt. v. 17.12.2013 - ***B 1 KR 50/12 R*** - hat ein Träger der Kinder- und Jugendhilfe keinen **Erstattungsanspruch** gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse, wenn er im Rahmen der Eingliederungshilfe Leistungen durch einen nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Psychotherapeuten erbringt, weil der Versicherte keinen leistungsbereiten Vertragsarzt/vertragsärztlichen Psychotherapeuten zur Krankenbehandlung findet, wenn er in der Sache mit der Verhaltenstherapie **isolierte ambulante Krankenbehandlung**, nicht dagegen eine in eine Komplexleistung der medizinischen Reha eingebundene Psychotherapie bewilligt hat. Die Krankenkasse ist hierfür überhaupt nicht, auch nicht nachrangig zuständig (§§ 104, 105 SGB X). Nach BSG, Urt. v. 12.11.2013 - ***B 1 KR 27/12 R*** - sind die formalen **Verordnungsbestimmungen der Heilmittel-Richtlinien** für eine Erstverordnung im **Erstattungsverhältnis** zwischen einem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und einer gesetzlichen Krankenkasse nach § 105 I 1 SGB X über einen Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln unbeachtlich, wenn die Gesamtverordnungsmenge nicht überschritten wird. Ein Vertragsarzt hätte die Heilmittel nur schrittweise verordnen dürfen, um sich zwischenzeitig von ihrer Notwendigkeit zu überzeugen. Diese Einschränkung dient indes bloß präventiven Zwecken. Sie schließt es nicht aus, dass die verordnete Gesamtmenge notwendig und wirtschaftlich ist. Die Krankenkasse kann im Erstattungsstreit gegenüber dem unzuständigen Träger lediglich geltend machen, die geleisteten Heilmittel seien im Ergebnis nicht notwendig oder unwirtschaftlich gewesen. Andernfalls – bei Anwendung solch präventiv wirkender Regelungen – würde der Erstattungsanspruch über Gebühr zweckwidrig eingeschränkt. Nach BSG, Urt. v. 12.11.2013 - B 1 KR 56/12 R - gilt die generelle gesetzliche **Ausschlussfrist** für Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander (§ 111 S. 1 SGB X) nicht für den speziellen Anspruch auf Aufwendungsersatz für **Übernahme der Krankenbehandlung für nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfänger**.

1. Elektronische Gesundheitskarte

a) Weitere Benutzung der Krankenversichertenkarte

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 01.10.2013 - L 4 KR 57/12 B ER **RID 14-01-144**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 15 II, 291 III, 291a VII; SGG § 86b II

Die Ausstellung der **elektronischen Gesundheitskarte** mit entsprechendem Lichtbild ist gesetzlich vorgesehen (§§ 291, 291a SGB V). Bedenken gegen die **Verfassungsmäßigkeit** dieser Vorschriften oder die staatsrechtliche Legitimation des Gesetzgebers bestehen nicht. Die Rechtslage ist im **einstweiligen Rechtschutzverfahren** nicht abschließend zu klären, da dem Ast. jedenfalls auch ohne den vorläufigen Rechtsschutz keine schweren und unzumutbaren, nicht anders abwendbaren Beeinträchtigungen drohen.

Der von der Krankenkasse ihren Mitgliedern gewährte **Krankenversicherungsschutz** hängt nicht von der Ausstellung der Krankenversichertenkarte bzw. der elektronischen Gesundheitskarte ab. Rechtlich stehen den Versicherten die Leistungen auch ohne eine solche Karte zu.

SG Magdeburg, Beschl. v. 01.06.2012 - S 25 KR 112/12 ER - lehnte den Erlass einer einstweiligen Anordnung, mit welcher der Ast. die weitere Nutzung seiner Krankenversichertenkarte begehrte, ab, das ***LSG*** wies die Beschwere zurück.

b) Weitere Benutzung/Freiwillige Angaben verfassungsgemäß

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 28.11.2013 - L 5 KR 680/13 B ER **RID 14-01-145**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 15 II, 291 III, 291a VII; SGG § 86b II

Kann eine noch bis zum 31.12.2013 gültige Krankenversichertenkarte (§ 291 SGB V) bis zum Ablauf des Jahres 2013 ohne Einschränkungen genutzt werden, so besteht kein **Anordnungsgrund** für die weitere Nutzung der bisherigen Krankenversichertenkarte. Ferner ist zu berücksichtigen, dass sowohl der GKV-Spitzenverband als auch die KBV davon ausgehen, dass Versicherte jedenfalls bis Ende September 2014 eine vertragsärztliche Behandlung bei Vorlage einer (gültigen) Krankenversichertenkarte oder eines anderen Versicherungsnachweises in Anspruch nehmen können.
Die **elektronische Gesundheitskarte** verfügt gegenwärtig über keine weitergehenden Funktionen als die Krankenversichertenkarte nach § 291 SGB V (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 26.09.2013 - L 1 KR 50/13 - RID 13-04-116; LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 30.11.2012 - L 11 KR 4746/12 ER-B - RID 13-01-171; SG Berlin, Beschl. v. 07.11.2013 - S 81 KR 2176/13 ER - RID 13-04-115). Die in § 291a III 1 SGB V genannten sog. freiwilligen Anwendungen führen nicht zu Grundrechtsverstößen.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 10.10.2013 - S 9 KR 1277/13 - lehnte den Antrag der Ast. auf Erlass einer einstweiligen Anordnung, der Ag. aufzugeben, ihr bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens S 9 KR 1178/13 die weitere Nutzung der bisherigen Krankenversichertenkarte zu ermöglichen, ab; das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

2. Anerkennung als DMP-Versicherungszeit setzt vollständige ärztliche Dokumentation voraus

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 05.12.2013 - L 5 KR 27/09 KL **RID 14-01-146**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 137f

Voraussetzung für eine wirksame **Einschreibung** - und damit für die RSA-wirksame Anerkennung als Versicherungszeit - ist eine vollständige **Dokumentation**. Gerade der Aspekt der Rechtssicherheit gebietet es, dass Dokumentationen zur Prüfung der Einschreibevoraussetzungen vollständig und plausibel zu sein haben.

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit der Erhebung eines Korrekturbetrages i.H.v. 1.514.042,21 €, den die Bekl. aufgrund von - ihrer Auffassung nach festgestellten - Fehlern von gemeldeten Versicherungszeiten im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease Management Programm - DMP) für das Berichtsjahr 2003 festgestellt hat. Streitig ist dabei zwischen den Beteiligten insb., welche Anforderungen für die Anerkennung als DMP-Versicherungszeit an die ärztliche Dokumentation zu stellen sind. Das ***LSG*** wies die Klage ab.

3. Vorschlagsliste zu Sozialwahlen: Begrenzter Anteil der Bediensteten

SG Dortmund, Urteil v. 23.10.2012 - S 28 KR 234/11 **RID 14-01-147**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB IV §§ 48, 51 VI Nr. 5 u. 6, 57 II

Der **Anteil der Bediensteten** an einer **Vorschlagsliste** darf unabhängig von dem Mindestquorum des § 48 II SGB IV nicht größer sein als **25 %**. Ein Herausrechnen von Unterschriften käme einer Rücknahme von Unterschriften gleich, die § 15 V SVWO ausschließt (vgl. BSG, Urt. v. 15.11.1973 - 3 RK 63/72 - BSGE 36, 245 = SozR Nr. 1 zu § 11 WO-SozVers). Die Begrenzung des Anteils der Bediensteten an den Unterzeichnern einer Vorschlagsliste hat den Zweck, einer zu starken Einflussnahme der bei den Versicherungsträgern Beschäftigten auf die Zusammensetzung der

Selbstverwaltungsorgane vorzubeugen. Die gesetzliche Regelung begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken.

Die Kl. ist eine Fachgewerkschaft, in der Beschäftigte und frühere Beschäftigte aller Träger der sozialen Sicherung und ihrer Verwendung sowie von Einrichtungen, die mit diesen organisatorisch oder finanziell verbunden sind, gewerkschaftlich organisiert sind. Sie ist Mitglied von DBB-Beamtenbund und -Tarifunion. An den Sozialwahlen 2011 beteiligte sie sich in der Gruppe der Versicherten bei der Bekl. mit einer Vorschlagsliste, die 1.147 Unterschriften umfasste. Der Wahlausschuss der Beklagten wies die Vorschlagsliste zurück. Darüber erteilte die Bekl. der Kl. einen Bescheid unter Bezugnahme auf die Begründung des Wahlausschusses. Die Beschwerde bei dem Landeswahlausschuss war erfolglos, ebs. ein Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes. Das ***SG*** wies die Klage ab.

4. Erstattungsstreitverfahren

a) Unzulässiger Rechtsausübung nach Beratungsfehler

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 08.11.2013 - L 1 KR 268/11 **RID 14-01-148**

Revision anhängig: B 1 KR 12/14 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB X §§ 105, 111 S. 1

Der Einwand **unzulässiger Rechtsausübung** ist auch im Verhältnis zwischen **Sozialversicherungsträgern** zulässig. Bei groben Verletzungen der Pflicht zu enger Zusammenarbeit untereinander nach § 86 SGB X besteht sogar ein „Herstellungsanspruch“ (so BSG, Urt. v. 10.05.2007 B 10 KR 1/05 R - SozR 4-1300 § 111 Nr. 4 = BSGE 98, 238, juris-Rdnr. 20 m.w.N.). Das Ausnutzen einer formalen Rechtsposition unter Missachtung der Rechtslage verletzt das Gesetz im Hinblick auf das Gebot der engen Zusammenarbeit und ist soweit auch rechtsmissbräuchlich.
Ein grober Pflichtverstoß liegt vor, wenn eine Krankenkasse gegen ihre konkrete **Pflicht zur Beratung** eines Versicherten anlässlich dessen Antrages auf freiwillige Versicherung verstößt und ihn nicht auf die kostenlose Familienversicherung hinweist.

Die Beteiligten streiten darum, ob die bekl. Krankenkasse dem Kl. als Sozialhilfeträger Kosten erstatten muss. ***SG Berlin***, Urt. v. 22.07.2012 - S 208 KR 700/09 - wies die Klage ab, das ***LSG*** gab ihr statt und verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 31.102,95 €.

b) Bindung des Leistungsträgers an wirksame Entscheidung eines anderen Trägers

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 12.12.2013 - L 4 KR 56/10 NZB **RID 14-01-149**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB X § 105

Nach der Rspr. des BSG (zuletzt BSG, Urt. v. 26.06.2008 - B 13 R 37/07 R - BSGE 101, 86 = SozR 4-2500 § 51 Nr. 2) muss sich im **Erstattungsstreit** jeder Träger die wirksamen Verwaltungsakte des anderen Trägers entgegenhalten lassen, wenn nicht der Fall einer offensichtlichen Fehlentscheidung vorliegt.

SG Dessau-Roßlau, Urt. v. 24.02.2010 - S 4 KR 47/09 - verurteilte die bekl. Krankenkasse auf Klage der Unfallkasse antragsgemäß, den Erstattungsanspruch nach den leistungsrechtlichen Vorschriften der Bekl. zu befriedigen. Das ***LSG*** wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

c) Keine Kostenerstattung für Kopfpauschale (Gesamtvergütung) nach Mitgliederwechsel

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 12.12.2013 - L 16 KR 557/11 **RID 14-01-150**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB X § 105; SGB I § 11 I 1

Die Klage einer Krankenkasse auf Kostenerstattung nach einem Mitgliederwechsel beinhaltet einen unteilbaren **Streitgegenstand**, der sowohl die unmittelbare ärztliche Behandlung als auch die sonstigen nicht unmittelbar ärztlichen Leistungen umfasst.

Ein **Erstattungsanspruch** nach § 105 SGB X setzt die Erbringung einer Sozialleistung voraus. Weder die von der Krankenkasse an die KV gezahlten **Kopfpauschalen** noch die von der KV an die behandelnden Vertragsärzte gezahlten Vergütungen sind jedoch Sozialleistungen in diesem Sinne.

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten ambulanter ärztlicher Leistungen, die Versicherte nach erfolgtem Kassenwechsel noch unter Verwendung der Krankenversicherungskarte der abgebenden Kasse in Anspruch genommen haben. ***SG Dortmund***, Urt. v. 25.09.2008 - S 40 KR 456/04 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

d) Erstattungspflicht nach dem BVG: Allgemeine Zweckidentität und Leistungsvoraussetzung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 02.10.2013 - L 1 KR 25/11 **RID 14-01-151**

Revision anhängig: B 1 KR 30/13 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 23 II; BVG § 18c V 2 u. 3

§ 18c V 2 **BVG** beschränkt die **Erstattungspflicht** auf das, was der andere Träger ohne Leistungen der Kriegsopferversorgung gewährt hätte (BSG, Urt. v. 30.05.2006 - B 1 KR 17/05 R - SozR 4-3100 § 18c Nr. 2, möglicherweise entgegen dem Urt. v. 16.11.1999 - B 1 KR 17/98 R - SozR 3-3100 § 18c Nr. 3 Rn. 12). In diesem Sinne erweitert § 18c V 2 BVG ungeachtet des dort enthaltenen Wortes „soweit“ nicht die Grundsätze des Erstattungsrecht nach §§ 102 ff. SGB X, die aus demselben Grund hier ausscheiden.

Die bloße **allgemeine Zweckidentität** einer Leistung nach dem sozialen Entschädigungsrecht (hier: Badekur) und SGB V-Leistung führt nicht schon dazu, dass unter dem Blickwinkel des SGB V von einer identischen krankenversicherungsrechtlichen Leistungspflicht der Krankenkasse und ihre Erstattungspflicht gegenüber dem Träger der Kriegsopferversorgung ausgegangen werden muss. Wenn das Recht der sozialen Entschädigung insoweit günstigere Leistungsbedingungen vorsieht als das Krankenversicherungsrecht, ist die von einem Leistungsakt mitbetroffene Krankenkasse über den Umweg des Erstattungsrechts daher keinen umfangreicheren Leistungspflichten ausgesetzt als sie in ihrem originären Bereich des SGB V gegenüber ihren Versicherten allgemein bestehen (BSG, Urt. v. 30.05.2006 -, aaO. Rn. 46).

SG Berlin, Urt. v. 29.06.2010 - S 76 KR 1645/09 - verurteilte die bekl. Krankenkasse, dem Kl. (Träger der Kriegsopferversorgung) die Kosten für die Badekur für die Versicherte UH in der Zeit vom 02.05.2008 bis 30.05.2008 in Höhe von 593,92 € zu erstatten, das ***LSG*** wies die Klage ab.

X. Gemeinsamer Bundesausschuss

1. Rückruf einer Patientenvertreterin durch Entsendeorganisationen

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 12.11.2013 - L 9 KR 262/13 B ER **RID 14-01-152**

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 91, 140f II

Die Ag. haben eine Benennung der Ast. als (ständige) themenbezogene **Vertreterin** nicht widerrufen, da die Ast. nicht unbefristet oder als ständige Vertreterin, sondern nur **sitzungs- und tagesordnungsbezogen benannt** worden war; sie haben nur angekündigt, sie in Zukunft nicht mehr (sitzungs- und tagesordnungsbezogen) als Patientenvertreterin zu benennen. Ob das Vorgehen der Ag., die Ast. nur sitzungs- und tagesordnungsbezogen als Patientenvertreterin zu benennen, rechtlich zu beanstanden ist oder sich als rechtsfehlerfrei erweist, ist im vorliegenden vorläufigen Rechtsschutzverfahren nicht zu untersuchen, weil der Ast. dafür ein eiliges Regelungsbedürfnis und damit ein Anordnungsgrund i.S.d. § 86b II 2 SGG fehlt: Die Klärung dieser Frage ist dem Hauptsacheverfahren vorzubehalten.

Ein Rechtsanspruch der Ast., auch weiterhin als themenbezogene Vertreterin der Diabetiker im Unterausschuss Arzneimittel des GBA sitzungs- und tagesordnungsbezogen benannt zu werden, besteht nicht. Ein **subjektives Recht des Vertreters** ist nicht ersichtlich. Subjektive Rechte kommen den **Entsendeorganisationen** zu (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.02.2013 - L 7 KA 108/11 KL - RID 13-03-68, Revision anhängig: B 6 KA 29/13 R -); eine (beschränkte) Ausnahme davon

enthält nur das hier nicht betroffene Recht bereits benannter Patientenvertreter zur weiteren Mitberatung der spezifischen Themen, für die sie benannt wurden.
Die zur Benennung der Patientenvertreter berechtigten **Organisationen** dürfen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen ihr **Besetzungsrecht** einvernehmlich, aber im Übrigen grundsätzlich frei, also auch nach politischen Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten ausüben, um ihre eingeschränkten Beteiligungsrechte (sie besitzen kein Stimmrecht) effektiv gemeinsam geltend machen zu können. Eine Grenze dürfte ihre Entscheidungsbefugnis allein im grundgesetzlichen **Willkürverbot** aus Art. 3 GG finden. Es spricht jedoch unter Beachtung der dargelegten Benennungsgrundsätze vieles dafür, dass das Willkürverbot nicht verletzt wird, wenn - wie im vorliegenden Fall - die Benennungsberechtigten von der weiteren Benennung eines Patientenvertreters absehen wollen, weil mit diesem ein gemeinsames Auftreten aller Patientenvertreter in den Ausschüssen des GBA wegen des Bestehens **tiefgreifender Meinungsverschiedenheiten** nicht möglich erscheint.

SG Berlin, Beschl. v. 31.07.2013 - S 72 KR 1100/13 ER - wies das Begehren der Ast., die Wirksamkeit des Widerrufs ihrer Benennung als (ständige) themenbezogene Vertreterin für die Gruppe der Diabetiker im Unterausschuss Arzneimittel des GBA bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens aufzuheben, ab. Das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

XI. Verfahrensrecht

1. Einstweiliger Rechtsschutz: Keine Beschwerde unterhalb des Berufungsstreitwerts

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 31.07.2013 - L 4 KR 37/13 B ER **RID 14-01-153**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG § 172 III Nr. 1

Die nach ihrem Wortlaut nicht eindeutige Regelung des § 172 III Nr. 1 SGG ist nach ihrer Systematik dahingehend zu verstehen, dass die **Beschwerde** dann ausgeschlossen - und damit unzulässig - ist, wenn die Berufung in der Hauptsache nicht Kraft Gesetzes ohne weiteres zulässig wäre, sondern erst noch der Zulassung bedürfte.
Der **Beschwerdewert** ist für jedes anhängige Beschwerdeverfahren gesondert zu bestimmen.

SG Halle, Beschl. v. 22.04.2013 - S 20 KR 125/13 ER - lehnte den Antrag, die Ag. im Weg einer einstweiligen Anordnung zu verpflichten, sie mit insgesamt 50 Mono-Flo-Homecare Urin-Drainagesystemen für ein Jahr zu versorgen, ab. Das ***LSG*** verwarf die Beschwerde als unzulässig.

XII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Zahnersatz: Festzuschusserhöhung

BSG, Urteil v. 07.05.2013 - B 1 KR 5/12 R **RID 14-01-154**
SozR 4-2500 § 55 Nr. 2

Leitsatz: Versicherte haben im Falle eines von der Regelversorgung abweichenden gleichartigen **Zahnersatzes** Anspruch gegen ihre Krankenkasse auf Leistung einer nachträglichen **Festzuschusserhöhung** an sich selbst, soweit sie durch eigene Zahlungen an den Vertragszahnarzt die Verpflichtung der Krankenkasse zur Auszahlung der Festzuschusserhöhung an diesen bereits erfüllt haben.

2. Auslandsbehandlung: „Methode Kozijavkin"/Grundrechtsorientierte Auslegung

BSG, Urteil v. 07.05.2013 - B 1 KR 26/12 R **RID 14-01-155**
SozR 4-2500 § 18 Nr. 8 = USK 2013-35

Leitsatz: 1. Es ist nicht zulässig, mittels grundrechtsorientierter Auslegung des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit Versicherter **Schutzmechanismen** zu entziehen, die die Rechtsordnung hierfür vorsieht.
2. Die **grundrechtsorientierte Auslegung** des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung auf **Auslandsbehandlung** erstreckt sich nicht auf Behandlungsmethoden, die Ärzte bei wissenschaftlicher Fundierung auch im Inland anwenden könnten, die sich aber einer möglichen und langjährig geforderten Überprüfung entziehen, indem ihre Anwender die grundsätzlich verfügbaren Daten über

die Methode nicht veröffentlichen, und die dementsprechend im Inland keine wesentliche Rolle spielen.

3. Hilfsmittelverzeichnis: Voraussetzungen für die Streichung von Hilfsmitteln

BSG, Urteil v. 24.01.2013 - B 3 KR 22/11 R **RID 14-01-156**
BSGE 113, 33 = SozR 4-2500 § 139 Nr. 6 = USK 2013-16
Leitsatz: Seit dem 1.4.2007 sind Hilfsmittel aus dem **Hilfsmittelverzeichnis** zu streichen, wenn sie den Aufnahmevoraussetzungen entweder im Zeitpunkt der Streichung nicht mehr genügen oder sie schon bei Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis nicht erfüllt hatten.

4. Krankenhäuser

a) Nicht dem allgemeinen medizinischen Standard entsprechende Behandlungsmethode

BSG, Urteil v. 21.03.2013 - B 3 KR 2/12 R **RID 14-01-157**
SozR 4-2500 § 137c Nr. 6 = KHE 2013/39 = USK 2013-20 = MedR 2013, 820
Leitsatz: Eine nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende **Behandlungsmethode** kann im Krankenhaus auch dann nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss kein Negativvotum zu ihr abgegeben hat.

b) Vergütung nachstationärer Behandlung

BSG, Urteil v. 17.09.2013 - B 1 KR 51/12 R **RID 14-01-158**
BSGE = SozR 4-2500 § 115a Nr. 2 = NZS 2014, 62
Leitsatz: 1. **Nachstationäre Behandlung** ist regelmäßig nicht erforderlich, wenn stattdessen **vertragsärztliche Versorgung** ausreicht.
2. Erforderliche nachstationäre Behandlung darf **ohne vertragsärztliche Verordnung** im Anschluss an rechtmäßige Krankenhausbehandlung erfolgen.
3. Sind nachstationäre Behandlungen nicht bereits mit Fallpauschalen abgegolten, können sie lediglich zu **Zusatzpauschalen** führen.

c) Beginn der Sechs-Wochen-Prüffrist bei ambulant durchführbaren Operationen

BSG, Urteil v. 21.03.2013 - B 3 KR 28/12 R **RID 14-01-159**
SozR 4-2500 § 109 Nr. 29 = KHE 2013/44 = USK 2013-22
Leitsatz: Die **Sechs-Wochen-Frist** zur Einleitung der **Prüfung einer Krankenhausbehandlung** durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung wird bei ambulant durchführbaren Operationen nur in Gang gesetzt, wenn die Krankenkasse vom Krankenhaus über den Grund der stationären Leistungserbringung ordnungsgemäß informiert worden ist.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf und Ruhen der Approbation

a) Widerruf der Approbation

aa) Verurteilungen wegen Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 07.02.2014 - 8 LA 84/13 **RID 14-01-160**

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; BtMG §§ 5, 5a, 13; GG Art. 12 I; VwGO § 124 II Nr. 1

Bei Entscheidungen über den **Widerruf einer Approbation** 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. Strafrechtliche Verurteilungen wegen Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz können daher herangezogen werden.
Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs liegt vor, wenn eine Ärztin in mehreren Fällen vorsätzliche Straftaten, die unmittelbar im Verhältnis des Arztes zu seinem Patienten angesiedelt sind, begeht, wenn sie in einer Vielzahl von Fällen über einen mehrjährigen Tatzeitraum ihren Patienten **Betäubungsmittel verschreibt** und dabei wesentliche und grundlegende gesetzliche Vorschriften über das Verschreiben von Betäubungsmitteln vorsätzlich nicht beachtet, so sie Substitutionsbehandlungen durchführt, ohne das für diese Behandlungen grundlegende Ziel einer Abstinenz des Patienten zu verfolgen, ohne eine fundierte Indikation zu erstellen, ohne ein umfassendes Therapiekonzept zu entwickeln und ohne über eine hinreichende suchttherapeutische Qualifikation zu verfügen.

bb) Heimliche Fotoaufnahmen von nahezu unbekleideten Patientinnen

VG Köln, Urteil v. 17.12.2013 - 7 K 3421/13 **RID 14-01-161**

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Die in einem rechtskräftigen **Strafbefehl** getroffene Feststellung des Vergehens in Form der Verletzung des höchstpersönlichen Lebensbereiches durch Bildaufnahmen in fünf Fällen gemäß § 201a I StGB rechtfertigt den **Widerruf der Approbation** eines in eigener Praxis tätigen Hautarztes. Durch die **heimlichen Fotoaufnahmen** von seinen nahezu unbekleideten Patientinnen im Rahmen von Ganzkörperuntersuchungen hat sich der Arzt einer erheblichen Verfehlung schuldig gemacht, die zu einem schweren Ansehens- und Vertrauensverlust führt.

cc) Freiheitsstrafe wegen Abrechnungsbetrugs

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 23.01.2014 - 13 A 1636/13 **RID 14-01-162**

juris

BÄO § 3 I 1 Nr. 2

Unwürdig ist ein Arzt, wenn er ein Fehlverhalten gezeigt hat, das mit dem Berufsbild und den allgemeinen Vorstellungen von der Persönlichkeit eines Arztes schlechthin nicht zu vereinbaren ist, und er daher nicht mehr das Ansehen und das Vertrauen besitzt, das für die Ausübung seines Berufes unabdingbar nötig ist (vgl. BVerwG, Beschl. v. 15.11.2012 - 3 B 36.12 - juris, Rn. 7, und v. 06.03.2003 - 3 B 10.03 - juris, Rn. 3). Das ist der Fall, wenn zu besorgen ist, dass dessen selbstständige Berufstätigkeit das Vertrauen der Öffentlichkeit in den Berufsstand nachhaltig erschüttern könnte. Maßgeblich für die Beurteilung sind die **konkreten Umstände des Einzelfalls**, insbesondere die Situation des Arztes im Zeitpunkt der Prognosestellung, und sein vor allem durch die Art, Schwere und Zahl der Verstöße gegen die Berufspflichten manifest gewordener Charakter. Auch der zeitliche Abstand zu den die Unwürdigkeit begründenden Verfehlungen ist zu berücksichtigen.

Der zeitliche Abstand ist aber nur ein Faktor unter anderen, dem je nach Lage des Falles eine mehr oder weniger große Bedeutung zukommen kann (vgl. BVerwG, Beschl. v. 15.11.2012 - 3 B 36.12 - juris, Rn. 7, und v. 16.07.1996 - 3 B 44.96 - juris, Rn. 4).
Ein mit einer Gesamtfreiheitsstrafe von drei Jahren strafrechtlich geahndeter **Abrechnungsbetrug** wegen der Ausstellung falscher Abrechnungen stellt eine gravierende berufliche Verfehlung dar.
Dem unter dem Druck des schwebenden Strafverfahrens und des berufsrechtlichen Verfahrens an den Tag gelegten **Wohlverhalten** kann ebenso wie einer behaupteten Reue kein besonderer Wert beigemessen werden.

dd) Betrügerisches Verhalten

VG Köln, Urteil v. 17.12.2013 - 7 K 2302/13 **RID 14-01-163**

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Ein Arzt, der sich wegen **Betruges** in 15 Fällen und des besonders schweren Falles des Bankrotts schuldig gemacht und der durch die betrügerische Erlangung von Krediten von Banken und Sparkassen und der Verheimlichung seiner tatsächlichen Vermögensverhältnisse gegenüber dem Insolvenzverwalter sich erhebliche Einnahmequellen verschafft hat, wodurch er Schäden in Höhe von insgesamt 582.140,76 € verursacht hat, ist die Approbation zu widerrufen.
Die mit dem Innehaben der Approbation vorausgesetzte **Würde** betrifft nicht nur das Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Vielmehr gehört zu einem würdigen Umgang mit der Zugehörigkeit zum Berufsstand der Ärzte auch ein Verhalten in der Öffentlichkeit, dass dem Ansehen des Arztberufes gerecht wird.

ee) Verurteilung wegen Steuerhinterziehung/Berufsausübungserlaubnis

VG München, Urteil v. 24.09.2013 - M 16 K 13.2017 **RID 14-01-164**

juris

ZHG §§ 2 I 1 Nr. 2, 4 II 1; StGB § 70

Die rechtskräftige **Verurteilung wegen Steuerhinterziehung** in sieben selbständigen Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 11 Monaten neben einer Geldstrafe in Höhe von 390 Tagessätzen zu je 100 € mit einem Schaden von nahezu 100.000 € begründet die Unwürdigkeit zur Ausübung des Berufs als Zahnarzt.
Der Gesetzgeber hat mit der Normierung des Tatbestandsmerkmals der **Unwürdigkeit** in § 2 I Nr. 2 ZHG der zuständigen Behörde (auch) die Verfolgung von Zwecken auferlegt, die nicht Gegenstand des strafgerichtlichen Verfahrens und strafrechtlicher Maßregeln sind. Der (Straf-)Gesetzgeber verfolgt mit der Einräumung der Möglichkeit an die Strafjustiz, **Berufsverbote** zu erteilen, den Zweck, rechtswidrige Taten des Verurteilten in der Zukunft zu verhindern. Einen identischen Zweck mag auch der approbationsrechtliche Begriff der Unzuverlässigkeit verfolgen. Die Ahndung der Unwürdigkeit kann das Strafgericht bei der Verhängung eines Berufsverbots gar nicht berücksichtigen.
Der Gesetzgeber hat dem Grundsatz der **Verhältnismäßigkeit** vor allem dadurch Rechnung getragen, dass er u.a. für den Fall des Widerrufs der Approbation wegen des Wegfalls einer der Voraussetzungen des § 2 I Nr. 2 ZHG spezialgesetzlich die Möglichkeit eröffnet hat, einen Antrag auf **Wiedererteilung der Approbation** zu stellen und bei Zurückstellung der Entscheidung über die Approbation durch die zuständige Behörde zunächst eine **Erlaubnis zu einer erneuten Ausübung** des zahnärztlichen Berufs nach § 7a i.V.m. § 13 I ZHG zu erhalten. Eine Frist – vergleichbar etwa § 35 Abs. 6 GewO – ist hierbei nicht einzuhalten, ebenso wenig ist eine bereits „wiedererlangte Würdigkeit“ hierfür Voraussetzung.
Vor dem Hintergrund der besonderen persönlichen und gesundheitlichen Umstände des Kl. sowie der im Übrigen beanstandungsfreien Berufstätigkeit und deren Anerkennung erscheint es sachgerecht, auf entsprechenden kl. Antrag eine **Berufsausübungserlaubnis**, ggf. im rechtlich gesicherten Konsens mit dem Kl., ggf. beschränkt auf angestellte Tätigkeit in der Praxis der Ehefrau, auf Teilzeit und auf Berater-, Anamnese- und Besprechungstätigkeiten bei Spangen und Zahnfehlstellungen, bereits in nahem zeitlichen Abstand zum Eintritt der Bestandskraft des Widerrufs zu erteilen, so dass der Kl.

zumindest diese sehr eingeschränkte zahnärztliche Tätigkeit wiederaufnehmen und in dieser Zeit die von Beklagtenseite thematisierte „Wiedererlangung der vollen Würdigkeit“ eines approbierten Zahnarztes gewährleisten kann.

Die vertrags(zahn)arztrechtliche Anstellung setzt allerdings die Approbation voraus (§ 95 IX SGB V i.V.m. § 3 II a Ärzte-ZV/Zahnärzte/ZV.

b) Anordnung des Ruhens der Approbation

aa) Einleitung staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen wegen Verdachts sexuellen Missbrauchs

VG Köln, Beschluss v. 16.01.2014 - 7 L 2009/13 **RID 14-01-165**

juris

BÄO § 6 I Nr. 1; StGB § 174c; VwGO § 80 III 1, V 1

Die **Anordnung des Ruhens der Approbation** kann nach **Einleitung staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen** wegen des **Verdachts sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses gemäß § 174c StGB** in mehreren Fällen erfolgen. 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.

Allerdings sind an den strafrechtlichen Vorwurf 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, juris).

Diese Anforderung sind erfüllt, wenn auf der Grundlage der bisherigen Ermittlungsergebnisse sich der **strafrechtliche Verdacht** so weit verdichtet hat, dass bei der im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes gebotenen summarischen Prüfung mit erheblicher Wahrscheinlichkeit mit einer Verurteilung zu rechnen ist (hier bejaht).

bb) Verschreibung von Betäubungsmitteln: Sofortige Vollziehung und Verhältnismäßigkeit

OVG Bremen, Beschluss v. 27.09.2013 - 1 B 119/13 **RID 14-01-166**

juris = NordÖR 2013, 488

BtMG §§ 13 I, 29 I Nr. 6, 6 I Nr. 1

Leitsatz: 1. Die sofortige Vollziehung des Ruhens der Approbation ist nur zulässig, wenn konkrete Tatsachen befürchten lassen, dass von dem Arzt Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter ausgehen. Allein der Umstand, dass gegen den Arzt ein **Strafverfahren** eingeleitet worden ist, aus dem sich seine Unzuverlässigkeit oder Unwürdigkeit ergeben kann, reicht hierfür nicht aus.

2. Der Grundsatz der **Verhältnismäßigkeit** verlangt, dass die Behörde vor der Anordnung des Ruhens der Approbation prüft, ob mildere Mittel als Präventionsmaßnahme in Betracht kommen. Dazu kann auch eine **Unterbindung der ärztlichen Tätigkeit nur in bestimmten Bereichen** zählen.

VG Bremen, Beschl. v. 27.05.2013 - 5 V 380/13 - RID 13-03-216 lehnte den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs ab, das ***OVG*** stellte die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Bescheid wieder her.

cc) Aufhebung einer Ruhensanordnung bei Alkoholabhängigkeit: Abstinenz von 6 Monaten

VG München, Urteil v. 06.08.2013 - M 16 K 13.1213 **RID 14-01-167**

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 6 I Nr. 2, II

Kommt ein Gutachter zu dem Ergebnis, dass bei einem Arzt von einer langjährigen und erheblich verfestigten **Alkoholabhängigkeit** bei einer sensitiv und dependent-grüblerischen Persönlichkeit mit hoher Störanfälligkeit auszugehen ist und dass aus Gründen des Patientenschutzes jedenfalls eine ärztlicherseits dokumentierte **Abstinenz** und eine **psychische Stabilisierung** über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten nachzuweisen sind, um zu einer positiven Prognose gelangen zu können, so rechtfertigt dies die weitere Ruhensanordnung.

Mit bestandskräftigem Bescheid vom August 2011 wurde das Ruhen der Approbation angeordnet. Der Anordnung gingen mehrere rechtskräftig abgeschlossene Strafverfahren wegen fahrlässiger und vorsätzlicher Trunkenheit im Verkehr bzw. wegen vorsätzlichen Vollrauschs voraus. Die Ruhensanordnung stützt sich im Wesentlichen auf ein im Verwaltungsverfahren eingeholtes fachärztliches Gutachten. Im Oktober 2012 beantragte der Kl. erfolglos die Aufhebung der Ruhensanordnung. Das ***VG*** wies die Klage ab.

2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen

a) Ermächtigung zur Weiterbildung für intensivmedizinische Versorgung neurologischer Patienten

VG Meiningen, Urteil v. 30.09.2013 - 1 K 86/11 Me **RID 14-01-168**

juris

GG Art. 12 I; HeilBerG Th §§ 27, 28

Leitsatz: 1. Auch wenn nach dem Wortlaut des § 28 Abs. 2 Satz 1 ThürHeilBG die **Befugnis zur Weiterbildung** erteilt werden „kann", wenn das Kammermitglied fachlich und persönlich geeignet ist, steht der Ärztekammer **kein Ermessen** zu, die Weiterbildungsbefugnis auch dann abzulehnen, wenn das darum nachsuchende Kammermitglied geeignet ist.

2. Das Erlernen der **„Grundlagen" einer intensivmedizinischen Versorgung neurologischer Patienten** erfordert den Erwerb von „Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten", die es dem angehenden Neurologen in der künftigen Praxis ermöglichen, intensivmedizinisch zu betreuende/behandelnde Patienten adäquat zu versorgen, wozu eine Konfrontation mit einer möglichst umfangreichen Bandbreite intensivmedizinischer Fälle erforderlich ist.

3. Solche „Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten" können nur in einer Einrichtung vermittelt werden, die nicht nur vereinzelt, sondern in einer Vielzahl von Fällen, das erforderliche **Spektrum unterschiedlicher intensivmedizinischer Versorgungsfälle** aufweist.

b) Weiterbildungsbefugnis für Neonatologie: Mindestfallzahlen

VG Bayreuth, Urteil v. 17.04.2013 - B 4 K 11.870 **RID 14-01-169**

juris

HKG Bay Art. 27 ff.

Es besteht kein Anspruch auf Erteilung einer **Weiterbildungsbefugnis**, wenn die Klinik, an der der Arzt tätig ist, nicht das nach der WBO erforderliche **Versorgungs- und Leistungsspektrum** aufweisen kann. Für das Gebiet der Neonatologie sind in Bayern Fallzahlen von 40 Frühgeburten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g notwendig.

Sieht die WBO eine Ermächtigung des **Vorstands** zu Richtlinien vor und macht dieser durch ein „Beurteilungsraster" hiervon Gebrauch, so kommt dem Beurteilungsraster ein **normativer Charakter nicht** zu.

Die Orientierung an einer **Mindestfallzahl** ist sachgerecht. Einen sachgerechten – vermittelnden – Ansatz sieht das Gericht in der Empfehlung der „Kommission für Weiterbildungs- und Strukturfragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V." zur Struktur von Weiterbildungsstätten, die im mehrjährigen Mittel das 2- bis 3-fache an Patientenzahlen im Verhältnis zu den in der WBO festgelegten Fallzahlen fordert. Für den Schwerpunkt Neonatologie wäre dies eine Spanne zwischen 33 und 50 Frühgeborenen unter 1.500 g pro Jahr.

c) Zulassung zur Facharztprüfung mit Berufserlaubnis

VG Trier, Urteil v. 20.11.2013 - 5 K 647/13.TR **RID 14-01-170**

juris

ÄApprO § 1 II; BÄO § 2

Leitsatz: Zur Frage, ob eine Ärztekammer einem Arzt, der **im nichteuropäischen Ausland studiert** hat und seit Jahren im Besitz einer **Berufserlaubnis** im Sinne des § 10 Abs. 1 BOÄ ist, eine Zulassung zur Facharztprüfung mit der Begründung verweigern darf, dass er keine Gleichwertigkeitsprüfung in Bezug auf seine im Ausland erworbenen ärztlichen Kenntnisse abgelegt habe.

Aus den Gründen:

„(…) Sie ist auch in der Sache begründet, denn die Beklagte hat die Zulassung des Klägers zur Facharztprüfung zu Unrecht abgelehnt, weil es bis zu der unter dem 19. Juni 2013 ausgesprochenen Zulassung des Klägers zur Facharztprüfung, die zur Erledigung des Rechtsstreits geführt hat, an einer **Rechtsgrundlage** dafür **fehlte**, die Teilnahme an der Facharztprüfung vom Bestehen einer Gleichwertigkeitsprüfung abhängig zu machen. (…)

Soweit die Beklagte der Auffassung ist, dass der Kläger vor Bestehen einer Gleichwertigkeitsprüfung die **Berufsausbildung als Arzt nicht abgeschlossen** gehabt habe und deshalb aufgrund der vorgenannten Bestimmungen der Weiterbildungsordnung nicht zu einer Facharztprüfung habe zugelassen werden können, vermag sich das Gericht dem nicht anzuschließen. (…)

In Bezug auf die Frage, wann eine ärztliche Ausbildung abgeschlossen ist, regelt § 1 Abs. 2 der Approbationsordnung für Ärzte – ÄApprO -, was eine ärztliche Ausbildung umfasst, trifft aber keine Regelung in Bezug auf eine ärztliche Ausbildung in **außereuropäischen Ländern**. (…)“

d) Erwerb der Zusatzbezeichnung „Andrologie“

VGH Bayern, Beschluss v. 20.11.2013 - 7 ZB 13.1677 **RID 14-01-171**

juris

HKG Bayern Art. 27, 29 I, 33 IV 1

Für die **Weiterbildung** reicht allein die **ärztliche Tätigkeit** in einem bestimmten Bereich nicht aus, sondern es wird für die Gleichwertigkeit eine abgeschlossene Weiterbildung in einem Weiterbildungsgang vorausgesetzt. Dies verlangt über die entsprechende berufliche Praxis im entsprechenden Bereich hinaus die **gezielte, strukturierte und zu dokumentierende theoretische Unterweisun**g durch einen hierfür nachweislich ausreichend qualifizierten weiterbildenden Arzt. Allein durch Berufspraxis gewonnene Kenntnisse und Erfahrungen in dem betreffenden medizinischen Fachbereich genügen hierfür nicht.

Die erforderliche **Qualifikation des weiterbildenden Arztes** muss nachgewiesen werden.

Das Erfordernis der **strukturierten Weiterbildung** für die Berechtigung, eine Zusatzbezeichnung zu führen, dient dem Vertrauen der Patienten in die durch Anerkennung bestätigte Qualifikation des Arztes in einem Spezialbereich und damit hinreichend gewichtigen **Gründen des Gemeinwohls**. Art. 12 GG wird dadurch nicht verletzt.

Vorausgehend: ***VG Würzburg***, Urt. v. 24.06.2013 - W 7 K 13.199 - RID 13-04-125.

e) Ärztliche Ausbildung in Russland/Erlaubnis zur vorübergehenden Berufsausübung

OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 11.12.2013 - OVG 12 S 118.13 **RID 14-01-172**

juris

BÄO §§ 3 II u. III, 10 V

Leitsatz: Zu den Fragen, ob ein in Russland abgeschlossenes Hochschulstudium der Humanmedizin zur Approbation berechtigt und ob bei in Russland nicht abgeschlossener Arztausbildung eine Erlaubnis zur vorübergehenden Berufsausübung erteilt werden kann.

f) Italienisches Diplom ohne Abschlussprüfungen

VG Köln, Urteil v. 12.03.2013 - 7 K 6961/11 **RID 14-01-173**

juris

BÄO § 3

Soweit ein Antragsteller die Abschlussprüfungen zum Erwerb des **„diploma di abilitazione all'esercizio della medicina e chirurgia“** nicht absolviert hat, bleibt seine in Italien genossene ärztliche Ausbildung unvollständig. Dass er nach der ihm von der Schweiz ausgesprochenen Anerkennung dort - in der Schweiz - die Befähigung zur Tätigkeit als Arzt aufweist, ist ohne Belang, wenn die Schweiz ihm dieses Recht nicht aufgrund der in der Schweiz erlangten Berufsqualifikation,

sondern nur mit Blick auf sein in Italien erworbenes „diploma“ und dessen Anerkennung durch die Tschechische Republik verliehen hat.

3. Kostenumlage für den Notfalldienst nach Strukturreform Westfalen-Lippe rechtmäßig

VG Gelsenkirchen, Urteil v. 20.11.2013 - 7 K 4877/11 **RID 14-01-174**

juris

HeilBerG NRW § 6 IV

Mit der **Strukturreform der KV und der Ärztekammer Westfalen-Lippe zum Jahr 2011** sollte **Ungerechtigkeiten im Notfalldienst** begegnet werden, die sich aus demographischen und regionalen Veränderungen der Vorjahre ergeben hatten. So sollte der Entwicklung entgegengewirkt werden, dass Ärzte in ländlichen Regionen wesentlich häufiger am organisierten Notfalldienst teilnehmen mussten als Ärzte in den Ballungszentren. Zudem sollte verhindert werden, dass anstehende altersbedingte Aufgaben von Praxissitzen zu einer noch stärkeren Belastung der aktiven Kollegen führen. Schließlich sollten die Notfalldienststrukturen durch gleiche Dienstbedingungen und einheitliche Angebote an die Patienten professionalisiert und zugleich eine möglichst gleichmäßige Inanspruchnahme der Notfalldienststrukturen bei hoher Auslastung erreicht werden. Diese Gründe rechtfertigen die im Rahmen der Neustrukturierung des Notfalldienstes ergriffenen **Maßnahmen** (Ausdehnung der Notfalldienste auf die gesamte Woche, Verringerung der Anzahl der Notfalldienstbezirke von 178 auf 32 und Einführung eines Netzes von 67 Notfalldienstpraxen, die in der Regel am oder in einem Krankenhaus eingerichtet sind und in denen im sog. Sitzdienst Patienten versorgt werden, Einführung eines davon getrennt betriebenen sog. Fahrdienstes, bei dem der im Notfalldienst eingesetzte Arzt die Patienten zuhause aufsucht, koordiniert über eine Arztrufzentrale).
Die angegriffene **Kostenumlage für den Notfalldienst** ist rechtmäßig.
Maßgeblich für die Anwendung der **Härtefallkriterien** ist nur der **tatsächliche Umsatz** aus der privatärztlichen Tätigkeit. Steuermindernde Umstände müssen nicht aus diesem Bereich stammen und fußen regelmäßig auf der wirtschaftlichen Entscheidung des Arztes.

4. BVerwG: Approbation als Zahnarzt berechtigt nicht zum Unterspritzen von Falten

BVerwG, Beschluss v. 17.01.2014 - 3 B 48/13 **RID 14-01-175**

juris

ZHG § 1 III; VwGO § 43; EGRL 36/2005 Art. 36

Faltenunterspritzungen sind nicht unter den Begriff der **Zahnheilkunde** nach § 1 III ZHG zu subsumieren, da sie nicht den geforderten Behandlungsbezug zum Bereich der Zähne, des Mundes oder der Kiefer (einschließlich der dazugehörigen Gewebe) aufweisen. Vielmehr sind die Faltenunterspritzungen nach ihrem räumlichen Ansatz und dem Zweck des Eingriffs ausschließlich auf eine Behandlung der Gesichtshaut und der Haut des Halses gerichtet. Diesem Normverständnis steht nicht entgegen, dass für das Bestehen der zahnärztlichen Prüfung u.a. auch Kenntnisse auf dem Gebiet der Dermatologie nachzuweisen sind. Verlangt werden nämlich lediglich solche Kenntnisse der Hautkrankheiten, die für die Ausübung der zahnärztlichen Tätigkeit erforderlich sind (vgl. § 45 der Approbationsordnung für Zahnärzte). Vergleichbares gilt etwa für Kenntnisse auf dem Gebiet der Inneren Medizin oder der Hals-, Nasen-und Ohrenkrankheiten (§§ 44, 46 der Approbationsordnung). Anderes folgt auch nicht aus der EGRL 2005/36 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Der Begriff der **zahnärztlichen Tätigkeit** nach Art. 36 der Richtlinie umfasst ersichtlich keine Verrichtungen, die nicht der Behandlung von Anomalien und Krankheiten der Zähne, des Mundes und der Kiefer dienen.

VG Münster, Urt. v. 19.04.2011 - 7 K 338/09 - RID 11-02-233 wies die Klage ab, ***OVG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 18.04.2013 - 13 A 1210/11 - RID 13-03-224 die Berufung, das ***BVerwG*** die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

5. Schilddrüsen-Op innerhalb des Fachgebiets HNO-Heilkunde

Berufsgericht für Heilberufe Münster, Urteil v. 24.04.2013 - 14 K 2232/11.T **RID 14-01-176**

juris

WBO

Ein **Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**, der operative Eingriffe an der Schilddrüse vornimmt, verstößt nicht gegen seine Fachgebietsgrenzen als HNO-Arzt. Operative Eingriffe an der Schilddrüse werden sowohl im Land Nordrhein-Westfalen als auch im sonstigen Bundesgebiet in zahlreichen Kliniken bzw. Abteilungen der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde durchgeführt.

6. Vertragsrecht

a) BGH: Kein Beweisverfahren über entgangenen Praxisgewinn

BGH, Beschluss v. 27.11.2013 - III ZB 38/13 **RID 14-01-177**

juris

ZPO § 485 II Nr. 1 ZPO; SGB V § 95

Leitsatz: Gegenstand eines Antrages auf schriftliche Begutachtung durch einen **Sachverständigen** gemäß § 485 Abs. 2 Nr. 1 ZPO kann nicht die Begutachtung darüber sein, ob dem Antragsteller durch das Verhalten des Antragsgegners **Gewinne in einer bestimmten Mindesthöhe** entgangen sind.

Vorausgehend: ***OLG Hamm***, Beschl. v. 03.05.2013 - 11 W 25/13 - RID 13-04-134.

b) BGH: Anspruch auf Herausgabe handschriftlicher Aufzeichnungen gegenüber Lehranalytiker

BGH, Urteil v. 07.11.2013 - III ZR 54/13 **RID 14-01-178**

juris

BGB §§ 242, 611, 810, 811; GG Art. 1 I, 2 I

Leitsatz: Zum Recht eines Lehranalysanden auf Herausgabe von Kopien einer während einer Lehranalyse durch den Lehranalytiker gefertigten Dokumentation.

LG Hannover gab der Klage teilweise statt und verurteilte die Bekl., die handschriftlichen Therapieaufzeichnungen an die Kl. herauszugeben, beschränkt durch das Recht der Beklagten, sie selbst betreffende persönlichkeitsbezogene Aufzeichnungen zu schwärzen, Zug um Zug gegen Bezahlung der durch das Kopieren und die Schwärzung entstehenden Kosten. ***OLG Celle***, Urt. v. 14.01.2013 - 1 U 61/12 - RID 13-01-233 wies die Berufungen der Kl. u. der Bekl. der ***BGH*** die Revisionen der Kl. u. der Bekl. zurück.

Aus den Gründen:

(…) 15 Ohne Erfolg bleiben die Rügen der Beklagten gegen die Würdigung des Berufungsgerichts, der Klägerin stehe **aus dem Lehranalysevertrag ein Recht auf Einsichtnahme in die Aufzeichnung der Lehranalyse** zu. Das Berufungsgericht hat rechtsfehlerfrei den Vertrag zwischen den Parteien über die Lehranalyse dahingehend ausgelegt, dass die Klägerin aus dem Vertrag nach § 242 BGB sowie dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht aus Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1 GG ein Recht auf Einsichtnahme in die im Rahmen der Lehranalyse gefertigten handschriftlichen Therapieaufzeichnungen hat.

16 1. Art. 2 Abs. 1 GG gewährleistet in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG das allgemeine Persönlichkeitsrecht. Dieses schützt grundsätzlich vor der Erhebung und Weitergabe von Befunden über den Gesundheitszustand, die seelische Verfassung und den Charakter. Der Schutz ist umso intensiver, je mehr die Daten zur Intimsphäre des Betroffenen gehören, die als unantastbarer Bereich privater Lebensgestaltung gegenüber aller staatlichen Gewalt Achtung und Schutz beansprucht (vgl. BVerfGE 89, 69, 82 f mwN). Der fehlende Zugang zum Wissen Dritter über die eigene Person kann die von Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG geschützte individuelle Selbstbestimmung berühren, so dass das **Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung** auch eine Rechtsposition verschafft, die den Zugang zu den über die eigene Person gespeicherten persönlichen Daten betrifft.

17 Bezogen auf den Zugang zu Krankenunterlagen bedeutet dies, dass es das Recht auf Selbstbestimmung und die personale Würde des Patienten gebieten, **jedem Patienten grundsätzlich einen Anspruch auf Einsicht in die ihn betreffenden Krankenunterlagen gegenüber seinem Arzt oder Krankenhaus einzuräumen** (BVerfG, NJW 2006, 1116, 1117; 1999, 1777). Ärztliche Krankenunterlagen betreffen mit ihren Angaben über Anamnese, Diagnose und therapeutische Maßnahmen den Patienten unmittelbar in seiner Privatsphäre. Deshalb und wegen der möglichen erheblichen Bedeutung der in solchen Unterlagen enthaltenen Informationen für selbstbestimmte Entscheidungen des Behandelten hat dieser generell ein geschütztes Interesse daran zu erfahren, wie mit seiner Gesundheit umgegangen wurde, welche Daten sich dabei ergeben haben und wie man die weitere Entwicklung einschätzt. Dies gilt **im gesteigerten Maße für Informationen über die psychische Verfassung** (BVerfG, NJW 2006, 1116, 1118). Dementsprechend steht dem Patienten grundsätzlich ein Einsichtsrecht in die Krankenunterlagen auch über seine **psychiatrische Behandlung** zu, soweit nicht **ausnahmsweise therapeutische Gründe entgegenstehen** (vgl. BGH, Urteil vom 6. Dezember 1988 - VI ZR 76/88, BGHZ 106, 146, 148 ff mwN).

18 Mit einer vergleichbaren Argumentation hat der Bundesgerichtshof Heimbewohnern ein Einsichtsrecht in die Pflegedokumentation zuerkannt (vgl. BGH, Urteile vom 23. März 2010 - VI ZR 249/08, BGHZ 185, 74 Rn. 12 und vom 26. Februar 2013 - VI ZR 359/11, VersR 2013, 648 Rn. 6 mwN).

19 Inzwischen ist für den **Behandlungsvertrag** mit **§ 630g BGB** durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) das Einsichtsrecht gesetzlich verankert worden.

20 2. Für den **Lehranalysevertrag** zwischen den Parteien hat das Berufungsgericht ohne Rechtsfehler eine Nebenpflicht der Beklagten angenommen, aufgrund derer die Klägerin Einsicht in die vorgenommenen Aufzeichnungen über ihre Lehranalyse nehmen kann. Die dagegen erhobenen Rügen der Beklagten greifen nicht durch.

(…) 22 (…) Das eigene **Persönlichkeitsrecht des Lehranalytikers** ist jedoch zum einen dadurch gewährleistet, dass er die Aufzeichnungen, deren Preisgabe sein eigenes Persönlichkeitsrecht verletzen würde, schwärzen kann. Im Übrigen kann er, da eine Dokumentation nicht gefordert ist, den Umfang der Dokumentation selbst bestimmen und insoweit eine Einsichtnahme durch den Lehranalysanden durch schlichtes Unterlassen der Dokumentation ausschließen. Soweit aber eine Dokumentation von intimen Informationen über den Lehranalysanden erfolgt ist und die Offenbarung nicht das Persönlichkeitsrecht des Lehranalytikers verletzt, weil es nicht um eigene Informationen aus seinem Intimbereich geht, kann das Einsichtsrecht des Lehranalysanden aufgrund des allein schon durch die Dokumentation erfolgten Eingriffs in das allgemeine Persönlichkeitsrecht nicht verneint werden. (…)

24 Vergeblich wendet sich die Klägerin gegen die Auffassung des Berufungsgerichts, die Klägerin könne keine uneingeschränkte Einsicht ohne **Schwärzungen** verlangen. Die Herausgabe der Kopien der Therapieaufzeichnungen ist insoweit beschränkt, als sie den Analytiker betreffende persönlichkeitsbezogene Aufzeichnungen enthalten. Es ist anerkannt, dass auch **grundrechtlich fundierte Interessen des Therapeuten einer Einsichtnahme entgegenstehen können** (vgl. BVerfG, NJW 1999, 1777; BGH, Urteil vom 6. Dezember 1988 - VI ZR 76/88, BGHZ 106, 146, 151). Ohne Erfolg bleibt die Rüge der Klägerin, durch das Recht auf Schwärzung könne der Analytiker das Recht auf Einsicht entwerten. Die Abwägung der beiden grundrechtlich geschützten Interessen bietet jedoch keine andere Möglichkeit, als dem Analytiker das Schwärzungsrecht einzuräumen. Jede anderweitige Kontrolle würde in unverhältnismäßiger Weise in die Rechte des Analytikers eingreifen, weil er zur Prüfung seiner Rechte Dritten Kenntnis von seinen Aufzeichnungen geben müsste und damit eine Verletzung seines allgemeinen Persönlichkeitsrechts unvermeidbar wäre. Eine gewisse Missbrauchsgefahr ist aus praktischen Gründen dabei nicht auszuschließen (vgl. BGH, Urteil vom 23. November 1982 - VI ZR 222/79, BGHZ 85, 327, 338). Dies beschränkt auch nicht in verhältnismäßiger Weise das grundrechtlich gewährleistete allgemeine Persönlichkeitsrecht der Klägerin und das daraus abgeleitete Einsichtsrecht in die therapeutischen Aufzeichnungen, da eine Dokumentationspflicht grundsätzlich nicht besteht, die Analysandin deswegen auch eine Dokumentation nicht verlangen könnte. Die vom grundrechtlichen Schutz umfassten persönlichen Aufzeichnungen des Lehranalytikers berühren das allgemeine Persönlichkeitsrecht der Klägerin auch nicht in gleicher Weise wie die Informationen aus ihrem Intimbereich. Eine doppelte Dokumentationspflicht, wie sie die Klägerin einwendet, um dem Recht auf Schwärzung der von seinem Persönlichkeitsrecht umfassten Aufzeichnung des Lehranalytikers entgegenzutreten, kann die Klägerin schon deshalb nicht fordern, weil beim Lehranalysevertrag überhaupt keine Dokumentationspflicht besteht. Darüber hinaus würde sie bei einer doppelten Dokumentation auch keine weitergehenden Informationen erhalten, als wenn die vom Persönlichkeitsrecht des Klägers umfassten Passagen geschwärzt sind. Die Beklagte trägt auch nicht vor, dass eine doppelte Dokumentation üblich sei (vgl. BGH, Urteil vom 23. November 1982 aaO S. 336).“

c) BGH: Insolvenzverfahren/Wirksamkeit der Vorausabtretung von Honorarforderungen

BGH, Urteil v. 18.04.2013 - IX ZR 165/12 RID 14-01-179

ZIP 2013, 1181 = WM 2013, 1129 = ZInsO 2013, 1146 = ZVI 2013, 225 = NZI 2013, 641 = DZWIR 2013, 384 = MDR

InsO §§ 35 II 1, 91 I; BGB § 185 II 1

Leitsatz: Die Vorausabtretung künftiger, nach Verfahrenseröffnung entstehender Forderungen erlangt infolge Konvaleszenz ihre Wirksamkeit zurück, wenn diese aus einer durch den Insolvenzverwalter freigegebenen selbstständigen Tätigkeit des Schuldners herrühren.

Der Kl., ein selbständiger Facharzt für Orthopädie, trat der bekl. Bank zur Sicherung eines ihm gewährten Darlehens im Jahre 1997 die im Rahmen seines Praxisbetriebs gegen die KV entstehenden Forderungen ab. Am 22.04.2010 wurde über das Vermögen des Schuldners das Insolvenzverfahren eröffnet. Der Insolvenzverwalter gab durch Erklärung vom 28.04.2010 gegenüber dem Kl. das Vermögen aus dessen selbständiger Tätigkeit mit Wirkung „zum Tag der Eröffnung des Insolvenzverfahrens“ frei. Der Kl. begehrt die Feststellung, dass er Inhaber der von ihm seit Eröffnung des Insolvenzverfahrens gegen die KV erworbenen Ansprüche sei. Die Klage ist in den ***Vorinstanzen*** abgewiesen worden. Der ***BGH*** wies die Revision zurück..

d) Rücktritt vom Praxiskaufvertrag bei Zugriff Dritter auf Patientenkartei

LG Flensburg, Urteil v. 05.07.2013 - 4 O 54/11 RID 14-01-180

ZMGR 2013, 434

StGB § 203; BGB §§ 326 I, V, 434 I

Leitsatz (ZMGR): 1. Der Beauftragung eines ehrenamtlich tätigen Dritten mit der Wartung der EDV-Anlage und der Telefonanlage einer Arztpraxis unter Gewährung des uneingeschränkten **Zugriffs auf die Patientenkartei** stellt als Verstoß gegen die **ärztliche Schweigepflicht** einen nicht behebbaren Sachmangel der Arztpraxis dar, der den Käufer zum Rücktritt berechtigt.

2. Die Einhaltung der ärztlichen Berufspflichten insbesondere in Bezug auf die Patientengeheimnisse stellt einen eigenständigen wesentlichen Umstand dar, der auf den guten Ruf und den weiteren **Bestand der Arztpraxis** Einfluss hat, wobei es nicht ausschlaggebend ist, ob sich das Risiko der Verschlechterung des guten Rufs der Praxis realisiert hat, es vielmehr ausreicht, wenn der Mangel im Kern bereits angelegt ist.

e) Unterlassungsverpflichtung in Gemeinschaftspraxisvertrag nach Ausscheiden

LG Heidelberg, Urteil v. 30.09.2013 - 5 O 104/13 **RID 14-01-181**
juris
UWG §§ 3, 8 I, III; BGB § 138 I

Eine in einem Gesellschaftsvertrag niedergelegte **Unterlassungsverpflichtung** ist gemäß § 138 I 1 BGB nichtig, wenn sie die durch Art. 12 I GG geschützte Berufsausübungsfreiheit in unverhältnismäßiger Weise einschränkt. Dies ist der Fall, wenn es der ausscheidenden Chirurgin auch für den Fall des **Ausscheidens ohne Abfindung** untersagt wird, „sich innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren, gerechnet von ihrem Ausscheiden an, innerhalb eines Radius von fünf Kilometern Luftlinie um den Standort R., ... Mannheim niederzulassen oder sich in einem MVZ oder bei einem anderen Arzt/einer anderen Gemeinschaftspraxis anstellen zu lassen."

7. Außerordentliche Kündigung seitens einer privatärztlichen Verrechnungsstelle

OLG Koblenz, Urteil v. 30.04.2013 - 3 U 732 /12 **RID 14-01-182**
juris
ZPO §§ 286, 358a; BGB §§ 312, 387, 389, 626

Leitsatz: Leistet eine **privatärztliche Verrechnungsstelle** an einen selbständigen Arzt im Hinblick auf von diesem behauptete Behandlungen Vorschüsse auf die Arztrechnungen und werden diese von den Patienten nicht beglichen, ist die privatärztliche Verrechnungsstelle berechtigt, den Dienstleistungsvertrag mit dem Arzt **außerordentlich zu kündigen**, wenn dieser der gerichtlichen Beitreibung der ärztlichen Honorarforderungen widerspricht.

8. Insolvenzanfechtung: Anfechtbarkeit des Pfändungspfandrechts an künftigen Honoraransprüchen

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 21.08.2013 - 19 U 80/13 **RID 14-01-183**
juris = ZinsO 2013, 1852 = ZVI 2013, 482
InsO § 133 I

Leitsatz: 1. Werden künftig entstehende Forderungen gepfändet, kann ein **Pfändungspfandrecht** gem. § 133 Abs. 1 InsO **anfechtbar** sein, wenn es dadurch entstanden ist, dass der Schuldner ärztliche Leistungen erbracht hat, die seinen Honoraranspruch entstehen lassen.
2. Die Erhöhung der Aktivmasse durch die zur Entstehung gebrachten Honorarforderungen steht der Annahme der **Gläubigerbenachteiligung** durch das zugleich entstandene Pfändungspfandrecht nicht entgegen.

9. Wettbewerbsrecht

a) Kooperations- und Vermittlungsvertrag: Entgelt für Zuweisung von Patienten

LG Hamburg, Urteil v. 27.08.2013 - 312 O 484/12 **RID 14-01-184**
juris = WRP 2014, 112
UWG § 4 Nr. 11; MBO-Ä § 31 I

Ein Verstoß gegen § 31 I MBO-Ä liegt noch nicht vor, wenn ein Unternehmen den Ärzten **Patienten zuweist** und zusätzlich den Ärzten das **Behandlungshonorar zahlt**. Vorteile, die die kooperierenden Ärzte zusätzlich zu der Patientenzuführung erlangen, unterliegen nicht dem Verbot des § 31 MBO-Ä (vgl. OLG Frankfurt, Beschl. v. 25.07.2012 - 10 W 37/12 -).
Das Anstiften von Ärzten durch den Abschluss und das Anbieten von **Kooperations- und Vermittlungsverträgen** mit einem Unternehmen (und durch das Werben für diese Kooperation), ihm für die Zuweisung von Patienten Vorteile zu gewähren, ist unzulässig. Die Anstiftungshandlung liegt bereits in dem Abschluss des von dem bekl. Unternehmen vorformulierten Kooperations- und Vermittlungsvertrags. Die Zuweisung des Patienten an den Arzt ist darin zu sehen, dass das Unternehmen den Kontakt zwischen den Patienten und den mit ihm kooperierenden Ärzten herstellt.

Der Arzt gewährt dem Unternehmen für diese Zuweisung einen „Vorteil“ i.S.d. § 31 I MBO-Ä, indem er mit dem zugewiesenen Patienten einen Behandlungsvertrag abschließt und die Behandlung durchführt. Denn hierdurch setzt er die Ursache, dass das **Unternehmen vom Patienten ein zusätzliches Honorar erhält**.

Der Kl. ist ein Wettbewerbsverband. Die Bekl. ist ein Unternehmen, das sog. Beauty-Abos vermittelt. Das Abo beinhaltet die kosmetische Behandlung mit Botulinumtoxin („Botox“) für Stirnfalten, Zornesfalten und Lachfalten. Die Bekl. finanziert den Patienten zunächst die gewünschte ärztliche Behandlung. Später zahlen die behandelten Patienten der Bekl. die Behandlungskosten in Raten zzgl. Zinsen und eines Honorars für die Bekl. zurück. Nutzt ein Patient das Angebot der Bekl., kann die Behandlung nur bei einem mit ihr vertraglich verbundenen Arzt in Anspruch genommen werden. Die Bekl. stellt den Kontakt zwischen den Patienten und den kooperierenden Ärzten her. Das ***LG*** verurteilte den Bekl., es zu unterlassen, im geschäftlichen Verkehr Ärzten eine Kooperation anzubieten und/oder für eine solche Kooperation zu werben, in der sie an Ärzte Patienten zur Behandlung durch Botulinumtoxin vermittelt, wenn diese Behandlung von ihr gegenüber den Ärzten direkt vergütet wird.

b) Kostenloses Angebot eines Fahrdienstes einer Augenklinik

OLG Köln, Urteil v. 22.11.2013 - 6 U 91/13 **RID 14-01-185**

Revision anhängig: BGH - I ZR 213/13 -
juris
UWG § 4 Nr. 11; HeilMWerbG § 7 I

Der **Antrag** eines Augenarztes, eine Augenklinik zu verurteilen, es zu unterlassen, im geschäftlichen Verkehr zu Zwecken des Wettbewerbs Patienten, die zur Diagnostik oder zur Operation die Augenklinik aufsuchen müssen, ohne Berechnung von Kosten einen Fahrdienst anzubieten und/oder zur Verfügung zu stellen, bei dem Patienten abgeholt und zur Augenklinik der Beklagten gebracht werden sowie nach der Behandlung wieder nach Hause zurückgebracht werden, ist **zu weit gefasst**, da er auch Verhaltensweisen umfasst, die keinen Unterlassungsanspruch nach §§ 3 I, 8 I, III Nr. 1, 4 Nr. 11 UWG i.V.m. § 7 I HWG auslösen. Auf jeden Fall erfasst der Antrag nicht nur produktbezogene, sondern auch **unternehmensbezogene Werbung**.

c) Unzulässige Werbung mit verkürztem Versorgungsweg: Nichtteilnahme aller Krankenkassen

LG Flensburg, Urteil v. 08.11.2013 - 6 O 87/13 **RID 14-01-186**

juris
UWG §§ 3, 5a II, 8

Das Verschweigen der Tatsache, dass bei der Wahl des **„verkürzten Versorgungswegs“** bei der Hörgeräteversorgung **nicht alle Krankenkassen** sich an den Kosten der Hörgeräteversorgung durch Zahlung eines Festbetrages beteiligen, ist geeignet, die Entscheidung der Verbraucher darüber, wo und von wem sie mit einem Hörgerät versorgt werden wollen, zu beeinflussen und darüber zu täuschen, dass eine erstattungsfähige Krankenkassenleistung erbracht wird. Eine entsprechende Werbung eines HNO-Arztes ist wettbewerbsrechtlich unzulässig.

d) Verweisung des Patienten an einen bestimmten Hörgeräteanbieter

LG Hannover, Urteil v. 20.08.2013 - 18 O 167/12 **RID 14-01-187**

juris = WRP 2013, 1539
UWG § 4 Nr. 10 u. 11; BO Niedersachsen § 34 V

Ein Arzt darf nicht Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken, Geschäfte oder Anbieter von gesundheitlichen Leistungen verweisen. Hiergegen verstößt ein Arzt, der einen bestimmten **Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfiehlt**, ohne vom Patienten darum gebeten worden zu sein (BGH, Urt. v. 13.01.2011 - I ZR 111/08 - NJW 2011, 2211, juris Rn 30, 34) (hier: HNO-Arzt empfiehlt Anbieter für die Versorgung mit einem Hörgerät).

Der Einsatz von **Testpatienten**, die für den Testbesuch ein geringfügiges Honorar (hier: 50 € zzgl. Fahrtkostenersatz) erhalten, zur Feststellung eines solchen Rechtsverstoßes ist nicht zu beanstanden,

wenn der Testperson mitgeteilt worden ist, sie solle sich neutral verhalten und keine Frage stellen. Denn dann liegt kein „Hereinlegen“ i.S.v. § 4 Nr. 10 UWG vor.

e) Werbung für eine Behandlung von Falten und Anti-Aging durch Botulinum-Unterspritzungen

LG Düsseldorf, Urteil v. 30.08.2013 - 38 O 6/13 **RID 14-01-188**

juris = WRP 2013, 1666

UWG §§ 4 Nr. 11, 5 I, 5a III Nr. 2; GOÄ § 5 II 1

Die Werbung für eine **Behandlung von Falten und Anti-Aging durch Botulinum-Unterspritzungen** als **ärztliche Leistung** mit der Angabe „99 statt 350 €“ verstößt, auch wenn die Abrechnung nicht durch den Arzt, sondern die Klinik erfolgt, gegen § 4 Nr. 11 UWG i.V.m. § 5 II 1 GOÄ, der eine individuelle Gebührenberechnung innerhalb des Gebührenrahmens erfordert. Gebühren, die nicht den Bestimmungen von § 5 GOÄ entsprechen, dürfen nicht für berufliche Leistungen eines Arztes beworben werden.
Die Befristung des beworbenen Gutscheins auf 12 Monate erweckt den Eindruck, als sei nach Ablauf dieser Frist kein Anspruch mehr gegeben. Dieser Eindruck ist unzutreffend, da die gesetzlichen Ansprüche frühestens nach Ablauf von drei Jahren verjähren, soweit keine Individualvereinbarung etwas Abweichendes regelt (§ 5 I UWG).

f) Irreführende Werbung für osteopathische Behandlung mangels Wirksamkeitsnachweises

LG Berlin, Urteil v. 25.07.2013 - 52 O 300/12 **RID 14-01-189**

juris = Magazindienst 2013, 870

UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 5; HeilMWerbG § 3 Nr. 1

Angaben mit fachlichen Aussagen sind bei der **gesundheitsbezogenen Werbung** nur zulässig, wenn sie gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnis entspricht (BGH NJW-RR 1991, 1391 - Rheumalind II -). Zwar trägt auch bei gesundheitsbezogenen Werbeaussagen die Darlegungs- und Beweislast für deren Unrichtigkeit der Kl. Wird aber mit einer fachlich umstrittenen Wirksamkeitsangabe geworben, ohne dass der Werbende klarstellt, dass seine Überzeugung von der Wirksamkeit des Produktes oder der Methode nicht unumstritten ist, oder die Gegenmeinung zu erwähnen, ist dies unzulässig. Der Kl. muss dann nur die fachliche Umstrittenheit der Wirksamkeitsbehauptung darlegen, während der Werbende, dadurch dass er ohne Hinweis auf die Gegenmeinung mit einer fachlichen umstrittenen Wirkungsbehauptung geworben hat, die Richtigkeit im Streitfall beweisen muss.
Insb. aus der Zusammenfassung des Standes der Wissenschaft in der Bekanntmachung der Bundesärztekammer „Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren“ (DÄ 2009, 2325 ff. Anlage K 15) geht hervor, dass **manuelle Therapien, wie die Chiropraktik und Osteopathie**, allgemein ohne besondere Bezugnahme auf bestimmte Anwendungsgebiete keine belegbaren, wissenschaftlich nachgewiesenen Wirkungen haben, insbesondere keine Wirkungsweisen für die vom Bekl. aufgeführten Anwendungsgebiete wissenschaftlich erwiesen sind, allenfalls im Bereich der Wirbelsäule, z.B. bei chronischem Schmerzsyndrom der Wirbelsäule einigermaßen zuverlässige Aussagen zur Wirksamkeit osteopathischer Behandlungen vorliegen.

g) Werbung für Zahngesundheitsprogramm als deutschlandweit „einziges Vollprogramm“

OLG Hamm, Urteil v. 24.09.2013 - 4 U 64/13 **RID 14-01-190**

juris

UWG §§ 3, 5, 8

Leitsatz: Die Werbung für ein **Zahngesundheitsprogramm** als deutschlandweit „einziges Vollprogramm“, bei dem der Patient zahnärztliche Leistungen erhält, ist irreführend und damit unzulässig, wenn nicht alle über die gesetzliche Regelversorgung hinausgehenden Leistungen angeboten werden.

Die **Ast.** ist eine Gesellschaft, die auf die Erbringung von **Managementdienstleistungen** im Gesundheitswesen ausgerichtet ist. Sie hat mit über 50 Krankenkassen und Krankenversicherern Verträge über die besondere ambulante Versorgung mit vertragszahnärztlichen Leistungen nach § 73c SGB V abgeschlossen. Mithilfe dieser sog. Selektivverträge können für Teile der zahnärztlichen Versorgung für gesetzlich Krankenversicherte Versorgungsinhalte außerhalb der sog. Regelversorgung vereinbart werden. Als Träger einer Einrichtung, die eine besondere ambulante Versorgung vertragszahnärztlicher Leistungserbringer anbietet (§ 73c III Ziff. 3 SGB V) unterhält sie Verträge mit Zahnärzten, die die zahnärztlichen Leistungen erbringen, und einem Zahnlabor. Wie die Ast. bietet auch die **Ag. Managementdienstleistungen** im Gesundheitswesen an. Sie hat hierfür mit 12 Krankenkassen Verträge über die besondere ambulante vertragszahnärztliche Versorgung nach § 73c SGB V abschlossen.

10. Information von Jugendamt und Landeskriminalamt bei Verdacht einer Kindesmisshandlung

KG Berlin, Urteil v. 27.06.2013 - 20 U 19/12 **RID 14-01-191**

juris = MDR 2013, 1162 = GesR 2013, 656

StGB §§ 34, 203 I Nr. 1; StPO § 70 I; BGB § 823 II; GG Art. 1 I, 2 I

Leitsatz: 1. Kommen Ärzte bei einer Behandlung von Kindern nach ärztlichem Standard zu dem ernstzunehmenden **Verdacht einer Kindesmisshandlung**, so ist die Verletzung der **ärztlichen Schweigepflicht** durch Information des Landeskriminalamtes und des Jugendamtes entsprechend § 34 StGB gerechtfertigt.
2. Zur Rechtfertigung muss eine Misshandlung nicht erwiesen sein, auch ein hinreichender **Tatverdacht** gemäß § 170 Abs. 1 StPO ist nicht erforderlich.
3. Es ist nicht Aufgabe der Ärzte, einen Verdacht auszuermitteln. Ausreichend ist, ob die festgestellten Verletzungen typischerweise durch eine Kindesmisshandlung hervorgerufen werden können, ein **begründetet Verdacht** vorliegt.

11. Strafrecht

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

BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 02.12.2013 - 2 BvR 2419/13 **RID 14-01-192**

juris

StGB §§ 164, 263, 278; GG Art. 13 I

Erginge die beantragte **einstweilige Anordnung**, stellte sich die Verfassungsbeschwerde später aber als unbegründet heraus, würde sich die Auswertung der sichergestellten Beweisgegenstände und damit das gegen den Beschwerdeführer geführte Ermittlungsverfahren lediglich verzögern. Es ist nicht erkennbar, dass wegen dieser Verzögerung ein erheblicher Nachteil für das Wohl der Allgemeinheit zu besorgen wäre. Insbesondere würde der Strafverfolgungsanspruch des Staates nicht gravierend beeinträchtigt, zumal es der Staatsanwaltschaft nicht verwehrt wäre, in der Zwischenzeit anderweitige Ermittlungen im vorliegenden Fall anzustellen. **Unterbliebe** der Erlass einer **einstweiligen Anordnung**, stellte sich die Verfassungsbeschwerde aber später als begründet heraus, wäre dies demgegenüber mit irreparablen Nachteilen verbunden. In diesem Fall würde die bevorstehende Auswertung der sichergestellten Gegenstände irreversibel das Recht auf informationelle Selbstbestimmung des Beschwerdeführers (Art. 2 I i.V.m. Art. 1 I GG) und bei der Auswertung von ebenfalls beschlagnahmten Patientendaten auch deren entsprechende Grundrechte verletzen.

Gegen den Bf. wurde **Strafanzeige** wegen des Verdachts auf falsche Verdächtigung (§ 164 StGB), Betrug (§ 263 StGB) und Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§ 278 StGB) erstattet. In dieser Anzeige wurde behauptet, der Bf. fertige in großem Umfang im Auftrag diverser privater Krankenkassen Gutachten, bei denen er wider besseres Wissen zugunsten der Krankenkassen die medizinische Notwendigkeit von Heilbehandlungen verneine. Zur Bekräftigung dieser Auffassung schilderte der Anzeigeerstatter zwei Fälle seiner Patienten, in denen der Bf. Gutachten für die privaten Krankenkassen erstattet hatte: in einem Fall wurde die Krankenkasse schließlich doch zur Übernahme der Heilbehandlungskosten verurteilt; in dem anderen Fall liegt ein (Gegen-) Gutachten vor, in dem das Gutachten des Bf. als „erschreckend“ und „falsch“ bezeichnet und dem Bf. vorgeworfen wird, der Textinhalt seiner Gutachten sei stets nahezu identisch. Ohne weitere Ermittlungen beantragte die Staatsanwaltschaft Kiel daraufhin den Erlass eines Durchsuchungsbeschlusses, mit dem die

Durchsuchung der Zahnarztpraxis und Wohnräume des Bf. wegen des - nunmehr eingeschränkten - Verdachts des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse angeordnet werden sollte. Dieser wurde vom AG Kiel erlassen und die Durchsuchung vollzogen. Der hiergegen eingelegten Rechtsbehelfe blieben erfolglos. Das ***BVerfG*** untersagte die Sichtung und Auswertung der am 04.09.2013 in der Zahnarztpraxis und den Wohnräumen des Bf. in Vollziehung des mit der Verfassungsbeschwerde angegriffenen Durchsuchungsbeschlusses des AG Kiel sichergestellten Beweisgegenstände bis zur Entscheidung über die Verfassungsbeschwerde des Bf. - längstens für die Dauer von sechs Monaten -.

b) BGH: Substitutionsarzt und Eigenverantwortung drogenabhängiger Patienten

BGH, Beschluss v. 16.01.2014 - 1 StR 389/13 **RID 14-01-193**
http://juris.bundesgerichtshof.de
StGB § 227

Ein **Substitutionsarzt** macht sich auch durch eine Verordnung von Ersatzdrogen oder Schmerzmittel nur dann wegen **Tötung oder Körperverletzung** strafbar (hier: nach § 277 StGB), wenn der Patient die Risiken eines Missbrauchs nicht kennt. Es sind nicht nur die besonderen Kenntnissen des Arztes, sondern auch der **Wissensstand des Geschädigten zu berücksichtigen**. Die Beurteilung der Überlegenheit des Sachwissens setzt Feststellungen zum Wissensstand sowohl des die Selbstgefährdung Fördernden als auch des sich selbst Gefährdenden zwingend voraus (hier: der Geschädigte verfügte über eine lange Suchtkarriere und kannte die grundlegenden Risiken des Drogenkonsums einschließlich des Risikos einer Überdosierung).
Aus dem Umstand, dass der Arzt jedes der ihm vorgelegten Rezepte überprüfte, ehe er es unterzeichnet, ergibt sich **kein gesonderter Tatentschluss**.
Die in Fällen eigenverantwortlicher Selbstverletzung oder -gefährdung für eine Täterschaft wegen vorsätzlicher Körperverletzung aufgestellten Maßstäbe gelten entsprechend, sofern eine Bestrafung des die Selbstgefährdung Fördernden nur wegen **fahrlässiger Körperverletzung bzw. Tötung** in Betracht kommt. Daher bedarf es auch insoweit einer Handlungsherrschaft aufgrund überlegenen Sachwissens oder aufgrund erkennbarer Mängel der Fähigkeit zur eigenverantwortlichen Entscheidung bei dem sich selbst Gefährdenden.
Bei der Körperverletzung im Arzt-Patienten-Verhältnis ist zu berücksichtigen, dass die Annahme, die Art und Weise der Behandlung eines Patienten durch einen Arzt sei nicht am **Wohl des Patienten** orientiert, auch bei medizinisch grob fehlerhaftem Verhalten des Arztes häufig fernliegt. Selbst **erhebliche Sorgfaltspflichtverstöße** schließen eine Verurteilung wegen **nur fahrlässiger Tat** nicht von vornherein aus.

c) Fahrlässige Tötung: Arzt im Praktikum spritzt oral zu verabreichendes Medikament

LG Bielefeld, Urteil v. 14.08.2013 - 11 Ns-16 Js 279/11-11/13 **RID 14-01-194**
juris = ZMGR 2013, 446
StGB § 222

Spritzt ein **Arzt im Praktikum** während seines Praktischen Jahrs einem Säugling ein Medikament, das oral zu verabreichen gewesen wäre, und verstirbt der Säugling aufgrund eines anaphylaktischen Schocks, so liegt eine fahrlässige Tötung vor.
Im Rahmen der Strafzumessung ist nicht zu verkennen, dass Dr. Boos bereits 2007 zur **Vermeidung von Falschapplikationen** vorgeschlagen hatte, für die orale Vergabe von Medikamenten nur Spritzen einzusetzen, die nicht auf liegende Venenkatheter aufgesetzt werden können. Auch hatte er die Beschriftung solcher oral zu verwendenden Spritzen empfohlen. Durch die Verwendung normaler, unbeschrifteter Spritzen für die orale Medikationsvergabe war in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in D. eine gefahrenträchtige Behandlungsmodalität gegeben.

12. Arbeitsrecht

a) Anstellungsverhältnis nur auf vertraglicher Grundlage

LAG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 04.11.2013 - 25 Ta 1813/13 **RID 14-01-195**

juris

ArbGG § 2 I Nr. 3a

Leitsatz: Die Abrechnung von ärztlichen Leistungen einer Ärztin ohne Vertragsarztzulassung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung begründet kein **Arbeitsverhältnis** zwischen der Ärztin und dem Arzt mit Vertragsarztzulassung, durch den die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt ist.

Mit ihrer Klage verlangt die Kl. Zahlungen gemäß den von ihr gestellten Honorarrechnungen für „ärztliche Tätigkeit“ von Januar 2012 bis Juni 2012. Der Bekl., der zu Beginn des Jahres 2012 über eine volle Vertragsarztzulassung verfügte, und die Kl. planten die Führung einer Gemeinschaftspraxis. Hierzu sollte eine Übertragung einer halben Vertragsarztzulassung vom Bekl. auf die Kl., die über keine Vertragsarztzulassung verfügte, erfolgen. Die Kl. erhielt die beantragte Vertragsarztzulassung nach Juni 2012. Die vom Bekl. im November 2011 angemieteten Praxisräume mit zwei Behandlungszimmern mietete die Kl. als Untermieterin ab Januar 2012. Ab Anfang 2012 waren der Bekl. und die Kl. in der Praxis tätig und unterhielten ein gemeinschaftliches Praxiskonto, von dem laufende Kosten bezahlt wurden. Im Februar 2012 schlossen der Bekl. und die Kl. als Arbeitgeber einen Arbeitsvertrag mit Frau B. Die Kl. und der Bekl. arbeiteten zu jeweils unterschiedlichen Zeiten in der Praxis. Die Kl. behandelte sowohl Privatpatienten auf eigene Rechnung als auch Kassenpatienten. Im Juli 2012 übergab die Kl. dem Bekl. sechs Rechnungen, mit denen als „Honorar für Januar 2012“, Februar etc. jeweils für „ärztliche Tätigkeit“ für die Monate Januar 2012 bis Juni 2012 Beträge zwischen 1.320 und 1.740 € pro Monat, insgesamt 9.200 € in Rechnung gestellt wurden. Mit ihrer Klage verlangt die Kl. die Zahlung. Der Rechtsweg zum Arbeitsgericht sei eröffnet. Sie sei für den Bekl. tätig gewesen, indem sie in der Praxis des Bekl. Behandlungen durchgeführt habe, die dieser gegenüber der Krankenkasse abgerechnet habe. Entscheidend sei, dass jede andere Vereinbarung als die eines abhängigen Dienstverhältnisses nach Kassenrecht unzulässig sei, was von den Parteien selbstverständlich nicht gewollt sei. Das ***ArbG*** hat den Rechtsweg zum Arbeitsgericht für nicht gegeben erklärt und den Rechtsstreit an das LG Berlin verwiesen. Das ***LAG*** wies die sofortige Beschwerde zurück.

b) Außerordentliche Kündigung eines Chefarztes: Nebentätigkeit als Vertragsarzt

LAG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.10.2013 - 20 Sa 94/11 **RID 14-01-196**

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: BAG - 2 AZN 2533/12 -

juris = ZMGR 2013, 344 = MedR 2014, 35

BGB §§ 611, 626 II; HGB § 60 I

Leitsatz: 1. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (05. Nov. 1997- 6 RKa 52/ 97 - BSGE 81, 143 = SozR 3-2500 § 95 Nr. 16) kann ein bei einem Krankenhaus angestellter **Chefarzt** (hier: Pathologe) unter bestimmten Voraussetzungen zusätzlich als niedergelassener **Vertragsarzt** mit Krankenhauszulassung tätig sein. Durch einen hierzu geschlossenen Kooperations- und Nutzungsvertrag, der es dem Arzt ermöglicht, gegen eine Kostenbeteiligung Einrichtungen, Arbeitsmittel und Personal des Krankenhauses in Anspruch zu nehmen, wird eine Nebentätigkeit gestattet, die sonst einem vertragsbegleitenden Wettbewerbsverbots unterfallen würde (§ 60 HGB). Ein unmittelbarer Wettbewerb findet allerdings nicht statt, so lange sich die Tätigkeit für das Krankenhaus von der vertragsärztlichen ambulanten Tätigkeit abgrenzen lässt.

2. Wird der Kooperations- und Nutzungsvertrag von einer der Vertragsparteien gekündigt (hier: abredewidrige Verlagerung der vertragsärztlichen Tätigkeit in eigene Praxisräume außerhalb des Krankenhauses und unzulässige Teilkündigung einer Nebenabrede), so verstößt die Fortsetzung der vertragsärztlichen Nebentätigkeit gegen das von jedem Arbeitnehmer einzuhaltende **Wettbewerbsverbot**.

3. Ein solches Verhalten kann auch ohne Abmahnung den Ausspruch einer außerordentlichen **fristlosen Kündigung** des Anstellungsverhältnisses rechtfertigen, wenn der Arzt die Auslastung des von ihm geleiteten Instituts durch aktive Werbemaßnahmen zugunsten seiner Vertragsarztpraxis gefährdet.

c) Änderungskündigung eines Chefarztes: Teilverlust des privaten Liquidationsrechts

LAG Düsseldorf, Urteil v. 30.10.2013 - 12 Sa 692/13 **RID 14-01-197**

www.justiz.nrw.de

BGB § 305; KSchG §§ 1, 2, 4

Leitsatz: 1. **Änderungskündigung** gegenüber dem bisherigen Chefarzt einer einheitlichen Abteilung der Inneren Medizin zur Aufteilung der Abteilung in **zwei getrennte Kliniken** mit den Schwerpunkten Gastroenterologie und Diabetologie einerseits und Kardiologie und konservative Intensivmedizin andererseits mit zwei Chefärzten.
2. Anforderungen an die inhaltliche Ausgestaltung der **Zuordnung der Behandlungsfälle**.
3. Der entschädigungslose **Verlust des privaten Liquidationsrechts** des bisherigen alleinigen Chefarztes für den ihm nicht mehr unterstehenden Bereich nach der Aufteilung führt nicht zur Unwirksamkeit der Änderungskündigung.
4. Die **Entwicklungsklausel** im Chefarztvertrag stand der Änderungskündigung nicht entgegen.

13. Ärzte-Portal

a) Notenbewertungen als Meinungsäußerungen/Kein Löschungsanspruch

LG Kiel, Urteil v. 06.12.2013 - 5 O 372/13 **RID 14-01-198**

juris

BDSG §§ 29, 31; GG Art. 5 I

Die **Notenbewertungen** zu Ärzten stellen sich als Meinungsäußerungen, nicht aber als Tatsachenbehauptungen dar.
Ein Arzt, der sich Bewertungen in einem frei zugänglichen Internetportal ausgesetzt sieht, hat keinen Anspruch gegen den Betreiber des Portals auf **Löschung der Einträge**, auch wenn diese anonym erfolgen (OLG Frankfurt a.M., Urt. v. 08.03.2012 - 16 U 125/11 - RID 12-02-245, NJW 2012, 2896 f.).

b) Patient darf mehr als ärztliche Leistung bewerten

LG München I, Urteil v. 28.05.2013 - 25 O 9554/13 **RID 14-01-199**

juris

BGB § 823 I; GG Art. 1 I, 2 I, 5 I 1

Die **Benotung** einer Behandlung auf einem Arztbewertungsportal darf mehr beinhalten als die reine ärztliche Leistung, wenn sich aus dem dazugehörigen Kommentar die Gründe für die Benotung ergeben. Dies verletzt nicht das allgemeine Persönlichkeitsrecht des betreffenden Arztes (hier: Facharzt für plastische und ästhetische Chirurgie).

14. Unterlassungsanspruch gegen Admin-C einer niederländischen Domain

LG Potsdam, Urteil v. 31.07.2013 - 2 O 4/13 **RID 14-01-200**

juris

BGB §§ 823 I, 1004 I; BDSG § 4

Die gegen den Willen einer Zahnärztin erfolgte und nicht im Einklang mit den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (§ 4 BDSG) stehende **Veröffentlichung ihrer persönlichen Daten** im Internet verletzt diese in ihrem allgemeinen Persönlichkeitsrecht. Dies begründet einen Unterlassungsanspruch gegen den administrativen Ansprechpartner einer niederländischen Domain (Admin-C).

15. KV/KBV

a) KV: Keine Deliktshaftung neben sachlich-rechnerischer Berichtigung

LG Heidelberg, Urteil v. 27.02.2013 - 5 O 259/12 **RID 14-01-201**

Berufung anhängig: OLG Karlsruhe - 19 U 47/13 -
juris
InsO § 302 Nr. 1; BGB § 823 II; StGB § 263

In der Rechtsprechung werden **Beweiserleichterungen** bis hin zur Beweislastumkehr zulasten des Arztes auch bei fehlerhafter Dokumentation angenommen (grundlegend BGHZ 72, 132, 136 ff). Fehlt die gebotene **ärztliche Dokumentation** oder ist sie unzulänglich, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Arzt vermutet, dass die erforderliche Maßnahme unterblieben ist (BGH NJW 1988, 2924; 1999, 863; 3408). Damit ist der Beweis eines Arztfehlers erbracht. Für andere außerhalb des **Arzt-Patient-Verhältnis** Stehende gilt eine solche Vermutung nicht. Bereits bei der Plausibilitätsprüfung einer Abrechnungs-Sammelerklärung geht die Rechtsprechung davon aus, dass eine Beweislastumkehr zu Lasten des geprüften Arztes unzulässig ist. Es ist somit nicht ersichtlich, weshalb eine Beweiserleichterung innerhalb der **Deliktshaftung** für eine **KV** stattfinden sollte. Der Schutzzweck der ärztlichen Dokumentationspflicht (§ 57 BMV-Ä) dient zwar auch der KV, doch hat diese, im Gegensatz zum Patienten, die Möglichkeit, bei bereits einer nur teilweise unrichtigen Sammelerklärung eine Honorarrückforderung nach kassenarztrechtlichen Vorschriften bis zu 100 % auszusprechen (vgl. BSG, Urt. v. 17.09.1997 - 6 RKa 86/95 - MedR 1998, 338, Rn. 18 und Rn. 23).
Auch in einer in Teilen unrichtigen Abrechnungs-Sammelerklärung liegt keine Verwirklichung des **Betrugstatbestandes** hinsichtlich des gesamten aufgrund der Abrechnungs-Sammelerklärung seitens der kassenärztlichen Vereinigung festgesetzten Honorars des Vertragsarztes. Der Betrugstatbestand kann sich jeweils nur auf die einzelne nicht erbrachte oder nicht so erbrachte Leistung und das hierfür geltend gemachte Honorar beziehen.
Eine **Deliktshaftung** aus § 823 II BGB zugunsten der KV kommt neben den öffentlich-rechtlichen Rückforderungstatbeständen nicht in Betracht. § 35 II BMV-Ä ist somit als reine Ausgestaltungsnorm einer Sonderbeziehung zwischen Vertragsarzt und der KV und nicht als Schutzgesetz im Sinne von § 823 II BGB anzusehen.

b) Fristlose Kündigung des Geschäftsbereichsleiters „Haushalt und Finanzen“ der KBV

ArbG Berlin, Urteil v. 20.01.2014 - 33 Ca 7880/13 **RID 14-01-202**

juris
BGB § 626

Leitsatz: 1. Die vom Leiter des Geschäftsbereichs „Haushalt und Finanzen“ der KBV veranlasste **verdeckte Leistung nicht geschuldeter Darlehen** an ein anderes Unternehmen unter Verwendung von für Mietaufwendungen vorgesehenen Haushaltsmitteln, die unter bewusst irreführender Angabe des Verwendungszwecks bei der Überweisung erfolgt, um bei der Berücksichtigung bereits geleisteter Darlehen entstandene Diskrepanzen zwischen den Bilanzen der KBV und dem anderen Unternehmen auszugleichen, ist an sich geeignet, einen **wichtigen Grund** zur fristlosen Kündigung ohne vorherige Abmahnung zu rechtfertigen.
2. Das gilt auch für die fahrlässige oder gar bewusste Veranlassung der **Auszahlung nicht geschuldeter Geldbeträge** erheblicher Größenordnung aus dem Vermögen der KBV an Dritte.
3. Grundsätzlich muss sich eine **juristische Person** im Rahmen des § 626 Abs. 2 BGB auch die **Kenntnisse zurechnen** lassen, die nur bei einem von mehreren Gesamtvertretern bestehen. Allerdings ist die Berufung auf die Ausschlussfrist rechtsmissbräuchlich, wenn ein Organmitglied mit dem Gekündigten gemeinsam zum Nachteil des Arbeitgebers zusammengewirkt hat, um den Kündigungssachverhalt zu verdecken. Daher kann der Umstand, dass die **Kenntnis des Vorstandsvorsitzenden der KBV** von den verdeckten Darlehenszahlungen nicht auszuschließen ist, nicht im Rahmen des § 626 Abs. 2 BGB berücksichtigt werden.

16. Versorgungswerk

a) Tätigkeit in kinderpsychologischer Forschung ist beitragspflichtig

VG Aachen, Urteil v. 21.11.2013 - 5 K 2616/12 **RID 14-01-203**

juris

HeilBerG NRW § 6a

Die **beitragspflichtige berufliche Tätigkeit als Psychotherapeut** ist nicht mit der Berufsausübung im Sinne des bundesrechtlichen Begriffs nach §§ 1 und 2 PsychThG gleichzusetzen. Für den Begriff der Berufsausübung im Bereich des Heilberufsrechts gilt vielmehr, dass dieser regelmäßig weiter auszulegen ist als derjenige im Sinne des **Approbationsrechts** (vgl. OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 24.08.2008 - 5 A 4699/05 - juris; OVG Niedersachsen, Urt. v. 26.04.2007 - 8 LC 13/05 - juris).
Ausgehend hiervon wird die Pflichtmitgliedschaft in der Psychotherapeutenkammer und damit zugleich im Versorgungswerk derselben und daraus folgend eine Beitragspflicht nur durch eine solche berufliche Betätigung begründet, bei der **psychotherapeutische Kenntnisse** eine gewisse Rolle spielen können und die eine gewisse Nähe zur Ausübung heilkundlicher Psychotherapie aufweist. Ausgeschlossen sind danach lediglich solche berufsfremden Tätigkeiten, die in keinem Zusammenhang mehr mit der psychotherapeutischen Ausbildung stehen.
Eine Tätigkeit einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin im Bereich der **kinderpsychologischen Forschung** (hier: Auswertung kleinkindlichen Verhaltens nach einem bestimmten, von ihr erlernten Verfahren im Rahmen einer Forschungsstudie zum Bindungsverhalten von Kleinkindern) ist beitragspflichtig.

b) Anerkennung einer Beitragsschuld durch Zahlung/Hemmung der Verjährung

VG Augsburg, Urteil v. 24.10.2013 - Au 2 K 12.499 **RID 14-01-204**

juris

VersorgG Bayern Art. 24; BGB §§ 212 I Nr. 1, 242

Mit einer Überweisung mit dem Verwendungszweck „für noch festzusetzende Beiträge ab 2005“ erkennt ein Arzt seine **Beitragsschuld** aus dem Jahr 2005 im Vorgriff auf den zu erwartenden endgültigen Beitragsbescheid ausdrücklich an. Eine zuvor ggf. eingetretene Verjährung kann nachträglich nicht mehr geltend machen und die Leistung kann auch nicht mehr zurückgefordert werden (§ 214 II 1 BGB). Durch das **Anerkenntnis einer Forderung** beginnt die Verjährungsfrist im Übrigen erneut zu laufen, soweit die Forderung noch offen ist (vgl. § 212 I Nr. 1 BGB). Der Arzt könnte sich daher auch dann nicht auf die Verjährung der Forderung berufen, wenn er auf die Beitragsschuld lediglich eine Abschlagszahlung geleistet hätte.
Wird noch innerhalb der Verjährungsfrist ein – **vorläufiger – Beitragsbescheid** erlassen, mit dem die Beitragspflicht ab dem Jahr 2005 dem Grunde nach festgestellt wird, kann Verjährung nicht eintreten, da **Hemmung** eintritt (Art. 53 I 1 BayVwVfG).

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Keine Amtshaftung/Befunderhebungsfehler/Haftung für Konsiliararzt

BGH, Urteil v. 21.01.2014 - VI ZR 78/13 **RID 14-01-205**

juris

BGB §§ 278, 823 I, 839 I 2

Leitsatz: 1. Die **ärztliche Heilbehandlung** erfolgt regelmäßig nicht in Ausübung eines öffentlichen Amts; eine **Amtshaftung** kommt in Betracht, wenn der Arzt eine dem Hoheitsträger selbst obliegende Aufgabe erledigt und ihm insoweit ein öffentliches Amt anvertraut ist. Ein Arzt übt nicht deshalb ein öffentliches Amt aus, weil sein Patient im Staatsdienst beschäftigt ist.
2. Erkennt ein Arzt, dass das unklare klinische Beschwerdebild des Patienten umgehend weitere diagnostische Maßnahmen (hier: Hirndiagnostik) erfordert, verschiebt er die wegen unzureichender

Ausstattung der Klinik erforderliche **Verlegung** in ein ausreichend ausgestattetes Krankenhaus aber auf den nächsten Tag, liegt ein **Befunderhebungsfehler**, nicht aber ein **Diagnosefehler** vor.
3. Ein Krankenhausträger haftet einem Patienten für **Arztfehler eines Konsiliararztes** als seines **Erfüllungsgehilfen** aus Vertrag (§ 278 BGB), wenn der Konsiliararzt hinzugezogen wird, weil es dem Krankenhaus an eigenem fachkundigen ärztlichen Personal mangelt, der Krankenhausträger mit den Leistungen des Konsiliararztes seine vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Patienten (hier: im Rahmen einer Schlaganfalleinheit) erfüllt und die Honorierung des Konsiliararztes durch den Krankenhausträger erfolgt.

b) Fenstersturz eines Patienten einer geschlossenen psychiatrischen Station in Suizidabsicht

BGH, Urteil v. 31.10.2013 - III ZR 388/12 **RID 14-01-206**
juris
BGB § 839; GG Art. 34; PsychKG Sachsen-Anhalt § 7; LKreisO Sachsen-Anhalt § 5

Leitsatz: Der Träger einer Städtischen Klinik ist nicht verpflichtet, sämtliche **Fenster** einer **geschlossenen psychiatrischen Station** der Klinik so auszustatten, dass sie auch unter Einsatz von Körperkraft nicht so geöffnet werden können, dass ein Patient hinaussteigen oder -springen kann.

c) Haftungsumfang im Falle eines Gesundheitsschadens (hypoxischer Hirnschaden)

BGH, Urteil v. 05.11.2013 - VI ZR 527/12 **RID 14-01-207**
juris = GesR 2014, 16
BGB § 823 I; ZPO §§ 286, 287

Leitsatz: Zum Umfang der Haftung im Falle eines Gesundheitsschadens aufgrund eines ärztlichen Befunderhebungsfehlers.

d) Aufklärung über Fortsetzung der konservativen Therapie neben Implantation des Spinalkatheters

BGH, Beschluss v. 17.12.2013 - VI ZR 230/12 **RID 14-01-208**
juris
BGB § 823

Steht neben dem **invasiven Vorgehen** durch Implantation des Spinalkatheters die Möglichkeit der Fortsetzung der **konservativen Therapie** mit einer erneuten Änderung der Medikation und einer regelgerechten Psychotherapie medizinisch zur Wahl, so muss der Arzt über beide Behandlungsalternativen mit unterschiedlichen Belastungen - insbesondere durch den operativen Eingriff einerseits und die zu erwartenden Nebenwirkungen andererseits - und auch mit unterschiedlichen Risiken aufklären.

e) Widersprüchliche Gutachten und Bindung des Berufungsgerichts/Mitwirkung des Patienten

BGH, Beschluss v. 02.07.2013 - VI ZR 110/13 **RID 14-01-209**
juris = NJW 2014, 74
ZPO §§ 529 I Nr. 1; BGB § 823 I

Versäumt das Gericht, Unklarheiten oder Widersprüche im Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen aufzuklären, ist das ein Verfahrensfehler (Verstoß gegen § 286 ZPO). Erkennbar **widersprüchliche Gutachten** sind keine ausreichende Grundlage für die Überzeugungsbildung des Gerichts. In der Berufung ist deshalb eine Bindung des Berufungsgerichts an die Feststellungen der ersten Instanz nicht gegeben (§ 529 I Nr. 1 ZPO). Das Urteil unterliegt vielmehr auf Rüge der Aufhebung (vgl. Senat, Urt. v. 08.06.2004 - VI ZR 199/03 - BGHZ 159, 245, 249).

Eine mangelnde **Mitwirkung des Patienten** bei einer medizinisch gebotenen Behandlung schließt einen Behandlungsfehler dann nicht aus, wenn der Patient über das Risiko der Nichtbehandlung nicht ausreichend aufgeklärt worden ist (vgl. Senatsurt. v. 16.06.2009 - VI ZR 157/08 - VersR 2009, 1267).

2. Behandlungsfehler

a) Leitlinien ersetzen kein Sachverständigengutachten (hier: CT nach einem ischämischen Infarkt)

OLG München, Urteil v. 08.08.2013 - 1 U 4124/12 **RID 14-01-210**
juris = GesR 2013, 665
BGB §§ 280 I, 823 I

Nach den **Leitlinien** ist nach einem **ischämischen Infarkt** unverzüglich eine **CT-Untersuchung** durchzuführen. Die Vorgaben in Leitlinien von ärztlichen Fachgremien oder Verbänden können aber nicht unbesehen mit dem zur Beurteilung eines Behandlungsfehlers gebotenen medizinischen Standard gleichgesetzt werden; sie dürfen nicht unbesehen als Maßstab für den Standard übernommen werden und können kein Sachverständigengutachten ersetzen (vgl. BGH BeckRS 2008, 07852). Die Forderung einer unverzüglichen Durchführung einer CT-Diagnostik in der Leitlinie zum akuten ischämischen Schlaganfall ist nach Sinn und Zweck der vorgesehenen zeitlichen Vorgaben zu bewerten. Vorliegend ist nach den Ausführungen des Sachverständigen eine Lyse-Behandlung aufgrund fehlender Beschwerdepersistenz nicht indiziert gewesen und eine Untersuchung zur Lokalisation oder Feststellung der ischämischen Anzeichen erst ca. 2-3 h nach Eintritt des Hirninfarkts sinnvoll. Eine Untersuchung ist dann durchzuführen, wenn der diagnostische und therapeutische Nutzen gewährleistet ist und danach richten sich auch die zeitlichen Rahmen, die je nach Zielrichtung der CT Untersuchung unterschiedlich sind.

b) Abweichen von Richtlinien einer Fachgesellschaft (Gynäkologie und Geburtshilfe)

OLG Köln, Urteil v. 15.05.2013 - 5 U 138/12 **RID 14-01-211**
juris
BGB § 823

Eine **Abweichung von den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe**, die in Grenzsituationen von einer vaginal-operativen Entbindung abrät, rechtfertigt sich im vorliegenden Fall daraus, dass ein vaginal-operativer Entbindungsversuch während der Vorbereitung der Sectio nicht zu einem Zeitverlust führt; als grundsätzlich schnellere Entbindungsmethode führt sie aber zu einer früheren Geburt in der bestehenden akuten Gefahrenlage. **Richtlinien der Fachgesellschaften** stellen keinen stets einzuhaltenden medizinischen Standard dar. Vielmehr kann und darf der behandelnde Arzt in sachlichen begründeten Fällen von ihnen abweichen.

c) Haftung des Hausarztes für Fehleinschätzung des konsultierten Facharztes

OLG Koblenz, Beschluss v. 27.02.2013 - 5 U 76/13 **RID 14-01-212**
juris
BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823, 831; ZPO §§ 263, 264, 525, 533

Leitsatz: 1. Grundsätzlich darf ein **Hausarzt** der ihm mitgeteilten Einschätzung eines **Facharztes** vertrauen, es sei denn, dessen Sicht begegnet nach den sonstigen Erkenntnismöglichkeiten des Hausarztes erheblichen Zweifeln, weil sie nicht mit dessen eigenen Befunden oder sonstigen medizinischen Wahrnehmungen zu vereinbaren sind und daher Rückfragen bei dem Facharzt oder Erörterungen mit dem Patient gebieten.
2. Zur Frage, unter welchen Voraussetzungen ein in erster Instanz nur gegen den Hausarzt geführter **Prozess** erstmals in zweiter Instanz auf den möglicherweise für den Gesundheitsschaden verantwortlichen **Facharzt** erstreckt werden kann.

d) Beweisfolgen verschwundener MRT-Aufnahmen im Arzthaftungsprozess/Schmerzensgeld

OLG Koblenz, Beschluss v. 12.04.2013 - 5 U 4/13 **RID 14-01-213**

juris = GesR 2013, 737

BGB §§ 249, 253, 276, 611, 823; ZPO §§ 286, 287, 421, 422, 426, 427

Leitsatz: 1. Sind **medizinische Befundträger** (hier: MRT-Aufnahmen der Hand) **nicht** mehr **auffindbar**, führt das nicht zu einer Beweislastumkehr, wenn nach sachverständiger Einschätzung ein auf einen groben Behandlungsfehler deutendes Befundergebnis nicht wahrscheinlich ist und zudem kein Anhalt besteht, dass die Behandlungsseite die Unaufklärbarkeit schuldhaft herbeigeführt hat.
2. 3.500 € **Schmerzensgeld** für **Sehnenverletzungen der Hand** durch eine mangels Aufklärung über dieses Risiko rechtswidrige und zudem arthroskopisch statt offen durchgeführte Operation eines erheblich vorgeschädigten Berufskraftfahrers, dessen Grundbeeinträchtigung durch den ärztlichen Eingriff insofern abgrenzbar verschlimmert ist, als Mittel- und Ringfinger der rechten Hand nicht vollumfänglich gestreckt werden können (Rechtshänder).

e) Absehen von weitergehender Diagnostik bei klarem Krankheitsbild

OLG Köln, Beschluss v. 13.11.2013 - 5 U 74/13 **RID 14-01-214**

juris

BGB § 823

Es leuchtet ein und entspricht den Erfahrungen des ständig mit Arzthaftungssachen befassten Senats, dass bei einem Krankheitsbild, welches bereits nach dem anamnestischen und klinischen Befund klar zuzuordnen ist, von einer **weitergehenden Diagnostik abgesehen** werden kann (hier: abdominale Entfernung der Zervix nach dem Ergebnis der Anamnese sowie der klinischen und sonografischen Untersuchung ohne weitere präoperative Diagnostik und ohne die intraoperative Hinzuziehung eines <Viszeral->Chirurgen).
Auch wenn eine **Aufklärung am Vorabend** eines Eingriffs in vielen Fällen einer stationären Behandlung nicht mehr ausreichend ist, ist der entsprechende Aufklärungszeitpunkt im vorliegenden Fall nach den gesamten Umständen nicht zu beanstanden.

OLG Köln, Beschl. v. 03.01.2014 - 5 U 74/13 - RID 14-01-246 wies die Berufung der Kl. zurück.

f) Diagnoseirrtum: Peripartale Kardiomyopathie als banaler Infekt

OLG Köln, Urteil v. 25.09.2013 - 5 U 7/13 **RID 14-01-215**

juris

BGB § 823

Selbst wenn man aber von davon ausginge, der Bekl. sei trotz schon früher erkennbarer **Symptome einer peripartalen Kardiomyopathie** (PPCM) zu einer objektiv unrichtigen Diagnose eines banalen Infekts gelangt, würde die Verkennung der PPCM nicht als Behandlungsfehler zu bewerten sein. **Irrtümer bei der Diagnosestellung** sind häufig nicht Folge eines vorwerfbaren Versehens des Arztes. Die Symptome einer Erkrankung sind nämlich nicht immer eindeutig, sondern können auf die verschiedensten Ursachen hinweisen. Diagnoseirrtümer im Sinne einer Fehlinterpretation von Befunden oder dem Verkennen von Symptomen sind daher nach der st. BGH-Rspr. (vgl. BGH, Urt. v. 08.07.2003 - VI ZR 304/02 - Rn. 8 ff.; Urt. v. 14.07.1981 - VI ZR 35/79 - juris) und des erkennenden Senates nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler zu werten. Eine objektive Fehlerhaftigkeit der Diagnose ist nicht vorwerfbar, wenn es sich um eine in der gegebenen Situation vertretbare Diagnose handelt. Nur wenn die Deutung nicht nur objektiv fehlerhaft, sondern nicht mehr vertretbar ist, weil eindeutige Befunde oder Symptome verkannt werden, ist sie vorwerfbar. Davon ist vorliegend nicht auszugehen. Das Krankheitsbild der PPCM weist keine Symptome auf, die eindeutig und ausschließlich dieser Erkrankung zuzuordnen sind.

g) Dopplersonographie zum Nachweis einer peripheren Arterienverschlusserkrankung

LG Düsseldorf, Urteil v. 23.05.2013 - 3 O 312/09 **RID 14-01-216**

juris = RDG 2013, 294

BGB §§ 252, 253, 278, 280, 280, 611, 823

Ein Behandlungsfehler liegt vor, wenn bei Erkennen des Vorliegens einer **Knochenbruchheilungsstörung** keine **Dopplersonographie** durchgeführt wird.
Die Dopplersonographie ist die einzige Möglichkeit, eine periphere **Arterienverschlusserkrankung** nachzuweisen oder eine solche auszuschließen. Davon befreit nicht das Tasten der Fußpulse. Dies ist zwar in der Praxis ein gängiges Vorgehen, jedoch keine sichere Methode zur Feststellung einer derartigen Erkrankung, da die Beurteilung des Befundes hier sehr abhängig ist vom jeweils untersuchenden Arzt.
Die Kammer hält vor dem Hintergrund der vom Kläger hierdurch erlittenen Folgen ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 7.000 € für angemessen.

h) Grober Behandlungsfehler: Gipsschiene entgegen Vorgaben der chirurgischen Literatur

OLG Köln, Urteil v. 12.03.2013 - 5 U 88/12 **RID 14-01-217**

juris

BGB § 823

Ärzten fällt ein **grober Behandlungsfehler** zur Last, wenn die Hand und die Langfinger mittels der **Gipsschiene** in einer den eindeutigen Vorgaben der chirurgischen Literatur widersprechenden Weise ruhig gestellt worden sind.
Lässt sich dagegen nicht feststellen, dass das Auftreten des **M. Sudeck** auf der fehlerhaften Ruhigstellung und der hierdurch verursachten Bandverkürzung/Bewegungseinschränkung der Finger beruht, und handelt es sich weder um einen Primär- noch um einen typischen Sekundärschaden, gilt die aus einem groben Behandlungsfehler hinsichtlich der Kausalität folgende Beweislastumkehr insoweit nicht.

i) Bruch eines Kirschnerdrahtes/Stellung eines MDK-Gutachters

OLG Koblenz, Beschluss v. 15.05.2013 - 5 U 1528/12 **RID 14-01-218**

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823; ZPO §§ 286, 373, 404, 411, 412

Leitsatz: 1. Für eine den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechende, allerdings nicht alternativlose **Materialwahl zur Refixierung von Fußknochen** haftet der Arzt ebenso wenig wie für den Bruch eines Kirschnerdrahtes und die unterbliebene sofortige Entfernung des abgebrochenen Drahtteils, wenn dafür keine akute Indikation bestand.
2. Hat der gerichtliche Sachverständige die Feststellungen und Schlussfolgerungen eines vorprozessual eingeholten MDK-Gutachtens überzeugend entkräftet, ist es nicht erforderlich, ein weiteres Gutachten einzuholen. Für die daneben beantragte mündliche Anhörung des **MDK-Gutachters** fehlt eine gesetzliche Grundlage, da er weder gerichtlich bestellter Sachverständiger noch sachverständiger Zeuge ist.

j) Kein Rückschluss von einer Sepsis auf Missachtung hygienischer Standards

OLG Köln, Urteil v. 06.11.2013 - 5 U 36/13 **RID 14-01-219**

juris

BGB § 823

Aus dem Umstand, dass es zu einer Sepsis kommt, lässt sich nicht auf eine Missachtung **hygienischer Standards** zurückschließen. Dies gilt schon deshalb, weil der Erreger bei fehlendem Keimnachweis in Blut, Stuhl, Urin und Liquor aus dem kindlichen oder mütterlichen Keimspektrum stammen kann, mithin aus einem vom Krankenhaus keinesfalls voll beherrschbaren Bereich.

Es kann nicht angenommen, dass die sich entwickelnde **Sepsis** seitens der Bekl. **zu spät erkannt** und behandelt worden ist.

k) Unterlassung einer Thromboseprophylaxe kein ärztlicher Fehler

OLG Hamm, Urteil v. 18.10.2013 - 26 U 119/12 **RID 14-01-220**

www.justiz.nrw.de

BGB §§ 253, 280, 611, 823

Leitsatz: Eine durch Knieverletzungen infolge eines Skiunfalls bei einer 64jährigen Patientin ausgelöste Thrombose kann zu einer Lungenembolie führen, an deren Folge die Patientin verstirbt, ohne dass dem Orthopäden, der die Patientin 2 Tage vor der Lungenembolie behandelt, eine unzureichende **Thromboseprophylaxe** vorgeworfen werden kann.

l) Verspätete Diagnose von Brustkrebs: Unauffällige Tast- und Sonografiebefunde

OLG Hamm, Urteil v. 17.09.2013 - 26 U 88/12 **RID 14-01-221**

juris

BGB §§ 280, 611, 823

Leitsatz: Ein Frauenarzt handelt nicht behandlungsfehlerhaft, wenn er bei der im Jahre 2007 durchgeführten **Brustkrebsvorsorge** einer 40jährigen Patientin, die keine Risikopatientin ist, nach **unauffälligen Tast- und Sonografiebefunden** keine weiteren Untersuchungen veranlasst.

m) Dialysepflichtige Nierenerkrankung nach Hormontherapie bei Prostatakrebs

OLG Hamm, Urteil v. 10.12.2013 - 26 U 62/13 **RID 14-01-222**

juris

BGB §§ 280, 611, 823

Leitsatz: Ein Patient, bei dem nach diagnostizierten **Prostatakrebs** eine medikamentöse **Hormontherapie** begonnen wird, kann vom behandelnden Urologen keinen Schadensersatz verlangen, wenn er in der Folge einer bei der Behandlung auftretenden Niereninsuffizienz dialysepflichtig wird und es keinen nachweisbaren medizinischen Zusammenhang zwischen medikamentöser Behandlung und der Nierenerkrankung gibt.

n) Indikation für Bandscheiben-Op/Verletzung der Dura (Rückenmarkshaut) kann unvermeidbar sein

OLG Köln, Urteil v. 18.11.2013 - 5 U 41/13 **RID 14-01-223**

juris

BGB § 823

Bei einem nachgewiesenen **Bandscheibenprolaps**, dessen neurologischen Auswirkungen im Bereich des Fußes und dem Scheitern der konservativen und invasiven Behandlungen, ist eine **Operation**, bei der Spinalkanal und Nervenwurzeln in Höhe L 4/5 dekomprimiert wurden, medizinisch **indiziert**.
Der Umstand, dass der Operateur die **Dura (Rückenmarkshaut) mit der Fräse verletzt** hat, weist nicht darauf hin, dass beim Ansetzen der Fräse nicht sorgfältig genug gearbeitet wurde. Eine Verletzung der Dura geschieht durchaus häufig, kann aber in der Regel genäht werden und bleibt folgenlos. Wenn allerdings Nervenstränge direkt an der Rückenmarkshaut innen anliegen, werden bei Verletzung der Rückenmarkshaut auch die innen liegenden, kleinen Nerven verletzt. Je nach örtlicher Lage der Nerven ist eine Verletzung nicht vermeidbar.

o) Beweislast bei Spondylodiszitis nach einer Bandscheibenoperation

OLG Koblenz, Beschluss v. 19.02.2013 - 5 U 1428/12 **RID 14-01-224**
juris = GesR 2013, 733
BGB §§ 249, 253. 276, 280, 611, 823, 831

Leitsatz: Bleibt offen, ob schadenstiftende Keime aus dem Organismus des Patienten oder aus einer Sphäre stammten, die dem Kernbereich ärztlichen Handelns zuzuordnen ist, kommt eine **Beweiserleichterung** nach den Rechtsprechungsgrundsätzen zu voll beherrschbaren Risiken nicht in Betracht.

p) Indicis-Plastik bei einer auf Degeneration beruhenden Ruptur der Indicis-Sehne

OLG Köln, Urteil v. 13.11.2013 - 5 U 31/12 **RID 14-01-225**
juris
BGB § 823

Die Indicis-Plastik stellt gerade bei einer auf Degeneration beruhenden Ruptur der Indicis-Sehne die einzig ernsthaft in Betracht kommende Alternative dar.

q) Umstellungsosteotomie in Kniegelenk/Aufklärung (Schlittenprothese)

OLG Hamm, Urteil v. 08.10.2013 - 26 U 61/12 **RID 14-01-226**
juris
BGB §§ 253, 278, 280, 823 I, 831

Leitsatz: Eine in einem **Kniegelenk** mit dem Ziel der Neutralstellung durchgeführte **Umstellungsosteotomie** ist bei einem 52jährigen Patienten nicht behandlungsfehlerhaft und nicht ohne ausreichende ärztliche Aufklärung durchgeführt worden, weil dem Patienten keine Operation mit einer Schlittenprothese empfohlen wurde.

r) Erstimplantation einer Hüfttotalendoprothese mit Keramikbestandteilen

OLG Koblenz, Beschluss v. 26.02.2013 - 5 U 1474/12 **RID 14-01-227**
juris = GesR 2013, 735
BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823; ProdHaftG §§ 1, 3, 4, 10; MPG § 10 II; MPSV § 11

Leitsatz: 1. Aus der unterbliebenen **Aufklärung** über die Materialwahl des Inlays einer Hüftgelenkpfanne (hier: Keramik) ergibt sich keine Haftung des Arztes, wenn das (eingetretene) Risiko einer Fraktur des Gelenkkopfs bei der alternativ in Betracht kommenden Kunststoffauskleidung nicht geringer gewesen wäre.
2. Auch die Zusammenfügung eines Hüftprothesenschafts mit dem Gelenkkopf ist Herstellung eines Medizinprodukts im Sinne von § 4 Abs. 1 Satz 1 ProdHaftG. **Beweispflichtig** dafür, dass eine **implantierte Prothese** von ihrem Material oder ihrer Zusammenfügung her mit einem Fehler i.S.v. § 3 ProdHaftG behaftet war, ist der Patient.
3. **Entsorgt** die Behandlungsseite eine aus dem Körper entfernte **Prothese**, ergibt sich daraus kein Beweisvorteil für den Patienten, wenn eine Beeinträchtigung seiner Beweischancen auszuschließen ist.
4. Eine **fehlende CE-Kennzeichnung** eines Medizinprodukts ist bei tatsächlich erfolgter CE-Zertifizierung unerheblich.

BGH, Beschl. v. 17.09.2013 - VI ZR 142/13 - BeckRS 2013, 17711 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

s) Unzureichende Kontrolle einer bestehenden Infektion

OLG Hamm, Urteil v. 12.11.2013 - 26 U 107/11 **RID 14-01-228**
juris
BGB §§ 253, 611, 823

Leitsatz: Die unzureichende **Kontrolle** einer bestehenden **Infektion** verstößt gegen den ärztlichen Standard. Wird die Kontrolle bei einer Infektion in der Fußsohle vom Arzt nicht täglich, sondern erst für 5 Tage später angeordnet, so ist dies inakzeptabel und stellt einen **groben Behandlungsfehler** dar. Sind wegen des Behandlungsfehlers mehrere Operationen erforderlich mit erheblicher Beeinträchtigung des Fußes, so kann dies ein **Schmerzensgeld** von 30.000,00 € rechtfertigen.

t) Infektion nach operativer Entfernung der Gebärmutter

OLG Hamm, Urteil v. 07.10.2013 - 3 U 109/11 **RID 14-01-229**
juris
BGB § 823

Leitsatz: Eine 40jährige Patientin, die nach **operativer Entfernung ihrer Gebärmutter** eine **Infektion** erleidet und sich weiteren Unterleibsoperationen unterziehen muss, kann wegen des ersten operativen Eingriffs kein Schadensersatz verlangen, weil weder Behandlungs- noch Aufklärungsfehler bewiesen sind.

u) Infektion mit Noro-Viren nach Leistenbruch-Op einer Dreijährigen

OLG Hamm, Urteil v. 01.10.2013 - 26 U 183/12 **RID 14-01-230**
juris
BGB §§ 280, 611, 823

Leitsatz: Wird bei der Operation eines beidseitigen Leistenbruchs einer Dreijährigen die Blasenwand verletzt und infiziert sich die Patientin nach der Operation mit Noro-Viren, muss kein ärztlicher Behandlungsfehler vorliegen.

v) Beweislast für einen Verstoß gegen Hygienestandards

OLG Köln, Urteil v. 29.07.2013 - 5 U 8/13 **RID 14-01-231**
juris
BGB § 823

Die **Beweislast** für einen Verstoß gegen **Hygienestandards** (bei einer Injektion) trägt die Patientin, denn sie muss zur Begründung ihres Anspruches einen der Bekl. zurechenbaren und schadensursächlichen Behandlungsfehler nachweisen.
Ist die orale Verabreichung von Schmerzmitteln in der konkreten Behandlungssituation keine echte Alternative zur intramuskulären Injektion, so muss darüber nicht **aufgeklärt** werden.

w) Lagerungsschaden: Lagerung des Kopfes auf einem Kopfring mit Gelkissen

OLG Köln, Beschluss v. 25.02.2013 - 5 U 152/12 **RID 14-01-232**
juris
BGB §§ 823

Die Rechtsprechung wendet (vor allem bei zeitlich weiter zurück liegenden Entscheidungen) die **Grundsätze des voll beherrschbaren Risikobereichs**, wonach eine objektive Pflichtverletzung und ein Verschulden des Behandlers vermutet werden, wenn ein Schaden aus einem Bereich stammt, dessen Risiken durch Anwendung der gebotenen Sorgfalt in vollem Umfang beherrschbar sind, auch auf Fälle von **Lagerungsschäden** an (vgl. etwa BGH NJW 1984, 1408; BGH NJW 1995, 1618; und viele weitere, auch OLG Köln VersR 1991, 695; jüngst OLG Jena OLGR 2007, 677 ff.). Dem zugrunde liegt die medizinische Grundannahme, dass bei technisch richtiger Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch, die Beachtung der dabei einzuhaltenden Regeln und die Kontrolle der

Lagerung durch die operierenden Ärzte es sich um Maßnahmen handelt, die „voll beherrschbar“ sind. Das ist indes keineswegs automatisch und für jede Form von lagerungsbedingter Schädigung der Fall. Insb. Drucknekrosen sind sehr häufig auch durch Anwendung größtmöglicher Sorgfalt nicht zu vermeiden, wie dem Senat aus einer Vielzahl vergleichbarer Fälle bekannt ist. Demnach gilt, dass ein Lagerungsschaden eine Umkehr der Beweislast nur dann rechtfertigt, wenn es sich um eine **vollständig beherrschbare Komplikation** handelt, deren Entstehung zwingend auf einen Behandlungsfehler hinweist (OLG Oldenburg VersR 1995, 1194 f.) (hier: verneint für Lagerung des Kopfes auf einem Kopfring mit Gelkissen).

x) Sturz einer Patientin aus dem Krankenbett

OLG Düsseldorf, Urteil v. 16.05.2013 - 8 U 82/12 **RID 14-01-233**

juris

BGB § 823

Kann nicht festgestellt werden, dass der **Sturz der Patientin aus dem Krankenbett** auf eine unzureichende Betreuung und/oder Beaufsichtigung zurückzuführen ist, so besteht kein Haftungsanspruch gegen das Krankenhaus.

3. Aufklärung/Einwilligung

a) Kein Nachweis eines ursächlichen Behandlungsgeschehens

OLG Naumburg, Urteil v. 15.08.2013 - 1 U 32/13 **RID 14-01-234**

juris

BGB § 823

Leitsatz: Kann nicht festgestellt werden, dass geklagte Beschwerden überhaupt auf dem Behandlungsgeschehen und nicht auf der Verletzung selbst beruhen, fehlt es an der Kausalität zwischen einem - zugunsten zu unterstellenden - Aufklärungsmangel und dem eingetretenen Schaden.

b) Einwilligung zur Blutentnahme mit Diagnostik umfasst HIV-Test

LG Magdeburg, Urteil v. 19.11.2013 - 2 S 140/13 **RID 14-01-235**

juris

BGB V §§ 253, 823 I

Es entspricht herrschender Lehre und Rechtsprechung, dass das **allgemeine Persönlichkeitsrecht** als sonstiges Recht i.S.d. § 823 BGB anzusehen und geschützt ist. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung als Unterfall des allgemeinen Persönlichkeitsrechts beinhaltet das Recht des Einzelnen, selbst über die Angelegenheiten zu bestimmen, die der eigenen Persönlichkeitssphäre zugeordnet sind und damit u.a. auch zu entscheiden, ob und ggfls. welche **medizinischen Untersuchungen** an ihm vorgenommen werden. Weder Krankheit noch ärztlicher Heilauftrag begründen ein eigenständiges Behandlungsrecht des Arztes, weshalb ein ärztlicher Heileingriff immer den objektiven Tatbestand einer Körperverletzung erfüllt, der die Rechtswidrigkeit indiziert. Diese entfällt allerdings bei wirksamer **Einwilligung** des Patienten, die auch konkludent erteilt werden kann und eine umfangreiche Aufklärung des Arztes voraussetzt, die dem Patienten eine zutreffende Vorstellung davon verschafft, worauf er sich einlässt, wenn er der vorgesehenen Behandlung zustimmt.
Von einer wirksamen **Einwilligung** des Patienten ist auszugehen, wenn ihm vor der Blutentnahme gesagt wird, „wir machen jetzt Diagnostik“, wogegen er keine Einwände erhebt und damit konkludent seine Einwilligung in die **Blutabnahme** und die Untersuchung seines Blutes erteilt.
Die **Einwilligung in die Blutentnahme zur allgemeinen Diagnostik** umfasst auch die Einwilligung in einen **HIV-Test**. Insofern haben sich die Aufklärung und Behandlungsmöglichkeiten seit den 1980er Jahren erheblich verbessert. Es besteht daher keine Notwendigkeit, die Einwilligung in einen HIV-Test anders zu behandeln als die in die Untersuchung auf andere schwere Infektionskrankheiten, wie z.B. Hepatitis C, für die jedenfalls bei medizinischer Indikation keine ausdrückliche Einwilligung

erforderlich ist (so auch LG Karlsruhe, Urt. v. 25.06.2009 - 5 O 36/09 -, bestätigt durch OLG Karlsruhe, Beschl. v. 20.04.2010 - 7 U 136/09 -).

c) Keine Aufklärung über nicht als Standard anerkannte Methode

OLG Koblenz, Urteil v. 30.01.2013 - 5 U 336/12 **RID 14-01-236**
juris = GesR 2013, 653
BGB §§ 249, 253, 280, 611, 823; ZPO §§ 138, 286

Ist die Implementierung einer inversen Prothese nicht indiziert (hier: die Verwendung der inversen Endoprothese im Jahre 2004 nach einer Humeruskopfmehrfragmentfraktur war nicht als Standardmethode anerkannt), so fehlt es an einer echten **Behandlungsalternative** und muss über diese nicht aufgeklärt werden.

d) Computergestützte Implantation einer Hüftgelenkstotalendoprothese (CASPAR)

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 08.11.2013 - 25 U 79/12 **RID 14-01-237**
juris
BGB § 823 I

Die Anwendung einer **nicht allgemein anerkannten Heilmethode** (hier: CASPAR-Operationsmethode im Jahr 1999) ist grundsätzlich erlaubt und führt nicht ohne weiteres zu einer Haftung des Behandlers (BGH NJW 2007, 2774 Rn. 12 f. m.w.N.).
Hat sich die **Gefahr von Muskelverletzungen nicht realisiert**, so kann dahinstehen, ob der Patient im Rahmen der Grundaufklärung darauf hätte hingewiesen werden müssen, dass die Hüftgelenksoperation als solche unabhängig von der Anwendung der CASPAR-Operationsmethode die Gefahr von Muskelverletzungen mit sich bringt. Allerdings geht der BGH im Grundsatz davon aus, dass **Aufklärungsdefizite**, unabhängig davon, ob sich ein aufklärungsbedürftiges Risiko verwirklicht oder nicht, nicht anders als bei einem eigenmächtigen ärztlichen Vorgehen ohne jede Einwilligung den ärztlichen Eingriff insgesamt mangels ausreichender Einwilligung des Patienten rechtswidrig machen und deshalb bei einem Verschulden des Arztes grundsätzlich zu einer Haftung für alle Schadensfolgen führen (BGH NJW 1989, 1533, 1535; NJW 1991, 2346, 2347).
Will der Arzt keine allseits anerkannte Standardmethode, sondern eine relativ neue und noch **nicht allgemein eingeführte Methode** mit neuen, noch nicht abschließend geklärten Risiken anwenden, so hat er den Patienten unmissverständlich darauf hinzuweisen, dass unbekannte Risiken derzeit nicht auszuschließen sind (BGH NJW 2006, 2477, 2478 Rn. 14 - Robodoc).

e) Aufklärung über alternative Methoden der Knochenentnahme

OLG Köln, Urteil v. 25.11.2013 - 5 U 164/12 **RID 14-01-238**
juris
BGB §§ 253 II, 280 I, 823 I

Wird Knochenmaterial aus dem linken Unterkiefer zum Aufbau des Knochens im Oberkiefer entnommen, so ist über **alternative Methoden der Knochenentnahme** (hier: Knochenentnahme aus dem Beckenkamm) aufzuklären. Hätte sich die Patientin bei ordnungsgemäßer Aufklärung in einem Entscheidungskonflikt befunden, so steht dies der Annahme einer **hypothetischen Einwilligung** entgegen.

f) Eingriffs- und Risikoaufklärung durch Medizinstudenten im praktischen Jahr

OLG Karlsruhe, Urteil v. 29.01.2014 - 7 U 163/12 **RID 14-01-239**
juris
BGB § 823

Leitsatz: Die ärztliche Aufgabe der **Eingriffs- und Risikoaufklärung** kann einem **Medizinstudenten im praktischen Jahr** übertragen werden, wenn sie seinem Ausbildungsstand entspricht und unter

Anleitung, Aufsicht und Verantwortung des ausbildenden Arztes stattfindet. Dies setzt nicht unbedingt voraus, dass der Arzt bei jedem Aufklärungsgespräch anwesend ist.

g) Versorgung in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung/Verlegung

OLG Hamm, Urteil v. 19.11.2013 - 26 U 25/13 **RID 14-01-240**

juris

BGB §§ 253, 280, 611, 823

Leitsatz: 1. Kann in einem **Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung** bei einer Operation der **medizinische Standard** gewahrt werden, so muss der Patient nicht darauf hingewiesen werden, dass diese Operation auch von einem **Krankenhaus der Maximalversorgung** durchgeführt werden kann.
2. Eine **Verlegung in eine Klinik der Maximalversorgung** ist vor einer Operation nur dann geboten, wenn absehbar ist, dass der medizinische Standard in der Klinik der Grund- und Regelversorgung nicht eingehalten werden kann.

h) Aufklärungsumfang bei einer medizinisch nur relativ indizierten Laseroperation

LG Bochum, Urteil v. 24.07.2013 - 6 O 252/12 **RID 14-01-241**

juris

BGB § 823

Es ist in der Rechtsprechung anerkannt, dass bei einer medizinisch nur relativ indizierten **Laseroperation** hohe Anforderungen an die Aufklärung zu stellen sind. Der Patient muss auf die **Risiken** deutlich und schonungslos hingewiesen werden. Je weniger ein ärztlicher Eingriff medizinisch geboten ist, umso ausführlicher und eindrücklicher muss der Patient, dem dieser Eingriff angeraten wird und den er selbst wünscht, über dessen Erfolgsaussichten und etwaige schädliche Folgen informiert werden. Insb. wenn die Lasertherapie in die Nähe einer kosmetischen Operation rückt, ist eine intensive und schonungslose Aufklärung des Patienten zu fordern. Bei einer erheblichen Kurzsichtigkeit besteht ein erhöhtes Risiko. Anzusprechen ist, dass selbst dann, wenn nach aktuellem Befund keine besonderen Anhaltspunkte für eine besondere Gefährdung vorlägen, immer Komplikationen auftreten können, die dann zum endgültigen oder weitgehenden Verlust des Augenlichtes führen können (vgl. OLG Köln, Beschl. v. 12.08.2009 - 5 U 47/09 - RID 10-04-207). Die Erwähnung des Risikos im vorgedruckten Text des Aufklärungsbogens reicht nicht aus. Hinzuweisen ist auch auf die Komplikation des sog. tränenden Auges.
Es ist nicht zulässig, die Risikoaufklärung auf **nichtärztliches Personal** zu übertragen.
Aufgrund der unzureichenden Aufklärung der Kl. mit den dargestellten Folgen erachtet die Kammer ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 15.000 € für angemessen, aber auch ausreichend.

i) Chefarztbehandlung und Vertreterregelung

OLG Hamm, Urteil v. 21.10.2013 - 3 U 17/12 **RID 14-01-242**

juris

BGB §§ 280 I, 611, 823

Leitsatz: Ein Patient kann für die **Schädigung seiner Hoden** keinen Schadensersatz vom Krankenhausträger einer Klinik verlangen, in der er an der Leiste operiert wurde, nachdem die Leistenbruchrezidivoperation weder behandlungsfehlerhaft durchgeführt noch der Kläger unzureichend aufgeklärt worden ist. Allein aus dem Abschluss eines Zusatzvertrages über eine Chefarztbehandlung kann jedenfalls dann nicht grundsätzlich eine Beschränkung der Einwilligung auf eine Vornahme der Operation durch den Chefarzt selbst hergeleitet werden, wenn der Zusatzvertrag eine **Vertreterregelung** enthält.

j) Unwirksame Einwilligungserklärung bei unangekündigter Operation durch Chefarztvertreter

OLG Braunschweig, Urteil v. 25.09.2013 - 1 U 24/12 **RID 14-01-243**

juris

BGB §§ 253, 280, 308 Nr. 4, 611, 613 S. 1

Leitsatz: 1. Vereinbart der Patient vor einem geplanten Heileingriff gegen zusätzliches Honorar die **Behandlung durch den Chefarzt** der Klinik, so ist seine **Einwilligungsaufklärung** auf die Durchführung der Operation durch den Chefarzt persönlich beschränkt (vgl. BGH, Urteil vom 11. Mai 2010, VI ZR 252/08, Rn. 7).
2. Wird die **Operation** in einem solchen Fall durch einen selbst vorher namentlich aufgelisteten **Vertreter des Chefarztes** durchgeführt, so ist der Eingriff mangels Einwilligungsaufklärung gleichwohl rechtswidrig, wenn nicht der Patient zuvor von der - tatsächlich bestehenden und der Behandlungsseite nachzuweisenden - unvorhergesehen Verhinderung des Chefarztes informiert worden ist.
3. Bezahlt ein Patient in einer solchen Situation in dem Wissen, dass sich bei der durch den Vertreter des Chefarztes durchgeführten Operation eingriffspezifische Risiken verwirklicht haben, so liegt in einer **Bezahlung der Arztrechnung** keine konkludente nachträgliche **Billigung** der Behandlersubstitution (entgegen OLG Köln, Urteil vom 12. Oktober 1995, 5 U 234/94 = VersR 1997, 115). Dem eine Chefarztrechnung bezahlenden Patienten fehlt regelmäßig das erforderliche Erklärungsbewusstsein, die Durchführung der Operation durch den Vertreter des Chefarztes nachträglich zu genehmigen.
4. Ist die Frage der **Stellvertretung** - wie hier - in **AGB** geregelt, ist zur wirksamen Vertreterregelung gemäß § 308 Nr. 4 BGB nur eine solche Klausel zulässig, in der der Eintritt eines Vertreters des Wahlarztes auf die Fälle beschränkt ist, in denen dessen Verhinderung im Zeitpunkt des Abschlusses der Wahlleistungsvereinbarung nicht bereits feststeht, etwa weil die Verhinderung (Krankheit, Urlaub etc.) selbst noch nicht absehbar oder weil noch nicht bekannt ist, dass ein bestimmter verhinderter Wahlarzt, auf den sich die Wahlleistungsvereinbarung erstreckt, zu Behandlung hinzugezogen werden muss. Überdies ist eine Stellvertretervereinbarung in AGB nach § 308 Nr. 4 BGB nur dann wirksam, wenn darin als Vertreter der ständige ärztliche Vertreter bestimmt ist. Außerdem muss auch der ständige ärztliche Vertreter in der Vereinbarung namentlich benannt sein (Anschluss an BGH, Urteil vom 20. Dezember 2007, III ZR 144/07, Rn. 9-11).
5. Sämtliche vorgenannten Grundsätze gelten unabhängig davon, ob es um einen **Honoraranspruch** des Arztes oder um einen gegen den Arzt gerichteten behandlungsvertraglichen **Haftungsanspruch** des Patienten geht.

4. Sachverständige

a) Haftung des Sachverständigen

aa) Fehlender Nachweis über Tatsachen einer Aufklärungspflichtverletzung

OLG Hamm, Beschluss v. 22.10.2013 - 9 U 235/12 **RID 14-01-244**
juris
BGB § 839a

Leitsatz: Zu den Voraussetzungen der Inanspruchnahme eines gerichtlichen medizinischen Sachverständigen nach § 839a BGB.

bb) Ausschöpfung von Einwendungen und Rechtsmitteln

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 24.06.2013 - 8 U 45/13 **RID 14-01-245**
juris = MedR 2013, 734
BGB §§ 839 III, 839a; ZPO § 522 II

Leitsatz: Ein medizinischer **Sachverständiger** kann gemäß § 839a BGB erst dann wegen vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Erstellung eines unrichtigen Gutachtens in Anspruch genommen werden, wenn im Rahmen des ursprünglich geführten **Arzthaftungsprozesses** sämtliche **Einwendungen** gegen die **Richtigkeit seines Gutachtens** vorgetragen worden sind. Dazu gehört auch die Einlegung der zur Verfügung stehenden Rechtsmittel.

b) Mündliche Informationen haben nicht Qualität eines Privatgutachtens

OLG Köln, Beschluss v. 03.01.2014 - 5 U 74/13 **RID 14-01-246**

juris
BGB § 823

Die **Qualität eines Privatgutachtens**, welches das Gericht wie ein von ihm eingeholtes Gutachten in seine Beweiswürdigung einzubeziehen hat, haben **mündliche oder fernmündliche Informationen** eines Arztes an eine Partei nicht. Weder lässt sich für das Gericht beurteilen, ob der Arzt den maßgeblichen Sachverhalt vollständig gekannt und erfasst hat, noch lässt sich seine medizinische Beurteilung auf Schlüssigkeit, Widerspruchsfreiheit und Plausibilität prüfen.

Zum Hinweisbeschl. s. OLG Köln, Beschl. v. 13.11.2013 - 5 U 74/13 - RID 14-01-214.

c) Besorgnis der Befangenheit: Versäumung der Frist für einen Ablehnungsantrag

OLG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 11.06.2013 - 10 W 29/13 **RID 14-01-247**

juris = NJW-RR 2014, 93
ZPO § 406 II 1; BGB § 121

Leitsatz: Meint eine Partei aus Äußerungen des Sachverständigen während seiner Untersuchung auf dessen **Befangenheit** schließen zu können, so hat sie dies **unverzüglich** geltend zu machen. Wartet sie ab, ob das Gutachten für sie negativ ausgeht und lehnt dann erst den Sachverständigen als befangen ab, so ist sie mit dieser Begründung ausgeschlossen.

Die **Tätigkeit eines Sachverständigen** erschöpft sich nicht in der Wiedergabe der Erkenntnisse Dritter aus der Fachliteratur. Seine Aufgabe besteht vielmehr darin, aufgrund besonderer eigener Sachkunde das Gericht darin zu unterstützen, aus einem Sachverhalt zutreffende Rückschlüsse zu ziehen. Das schließt **subjektive Wertungen**, Schlussfolgerungen und Hypothesen ein.

5. Amtshaftung: Ausübung eines öffentlichen Amtes durch einen Durchgangsarzt

OLG Hamm, Urteil v. 27.02.2013 - 11 U 84/11 **RID 14-01-248**

juris
BGB §§ 253 II, 839; ZPO § 141; GG Art. 34

Die **Verordnung von Heilmitteln** ist grundsätzlich dem Durchgangsarzt vorbehalten und kann von anderen Ärzten nur mit vorheriger Zustimmung des Unfallversicherungsträgers erfolgen.

Wenn der **Durchgangsarzt** die Behandlung des Patienten selbst in die Hand nimmt, begründen alle ihm nach der Entscheidung über das „Ob“ und „Wie“ der Behandlung unterlaufenen Fehler bei der Behandlung des Patienten seine **persönliche Haftung** und gehen nicht mehr zu Lasten der Berufsgenossenschaft (so auch BGH, Urt. v. 28.06.1994 - VI ZR 153/93 - BGHZ 126, 297 = NJW 1994, 2417, juris Rn. 12). Fehler, die dem Durchgangsarzt dagegen - wie hier geltend gemacht - gerade bei der Entscheidung über das „Ob“ und „Wie“ der Behandlung zur Last fallen, betreffen dagegen immer die in Ausübung seines öffentlichen Amtes als Durchgangsarzt obliegende Tätigkeit, für die er nicht persönlich haftet, sondern die **Berufsgenossenschaft** (BGH, Urt. v. 09.12.2008 - VI ZR 277/07 - BGHZ 179, 115 = NJW 2009, 993, juris Rn. 17). Dies gilt auch für die vom Durchgangsarzt bei jeder Nachschau erneut zu treffende Entscheidung, ob weiterhin die allgemeine Heilbehandlung ausreichend oder die besondere Heilbehandlung einzuleiten ist (BGH, Urt. v. 09.03.2010 - VI ZR 131/09 - MDR 2010, 623 = GesR 2010, 251, juris Rn. 11).

Besteht keine zwingende Indikation für eine sofortige **operative Versorgung**, sondern war angesichts der mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegenden Ruptur der Supraspinatussehne sowohl eine konservative als auch eine operative Behandlung möglich, so liegt kein Behandlungsfehler vor.

6. Sturzunfall des Patienten während des Heimtransports nach der Entlassung

LG Wiesbaden, Urteil v. 27.09.2013 - 7 O 55/13 **RID 14-01-249**

juris

BGB §§ 278, 280; BPflV § 2 II Nr. 2

Der **Heimtransport eines Patienten** nach Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung gehört nicht zum Pflichtenkreis des Krankenhauses aus dem Krankenhausvertrag (vgl. OLG Hamm, Urt. v. 01.02.2006 - 3 U 182/05 - juris Rn. 19 m.w.N.).

7. Keine Hemmung der Verjährungsfrist bei Widerspruch zu Verfahren vor der Gutachterkommission

OLG Köln, Beschluss v. 01.07.2013 - 5 U 44/13 **RID 14-01-250**

juris

BGB §§ 195, 199, 203, 204

Das Verfahren vor der **Gutachterkommission** der Ärztekammer bewirkt eine **Hemmung** der **Verjährungsfrist** nur dann, wenn der Schuldner an dem Verfahren beteiligt ist und sich auf dieses einlässt. Unabhängig von der Frage, ob sich der Hemmungstatbestand aus § 203 BGB oder aus § 204 I Nr. 4, 2. Alt. BGB ergibt, setzt die Hemmung voraus, dass die Parteien das Verfahren im Einvernehmen betreiben. Dies ist dann nicht der Fall, wenn eine Partei, aus welchen Gründen auch immer, dem Verfahren widerspricht.

8. Unterlassungsanspruch auf Observation gegen Haftpflichtversicherung

LG Köln, Beschluss v. 21.08.2013 - 34 T 179/13 **RID 14-01-251**

juris

BGB §§ 823, 1004

Eine **geschädigte Patientin** hat gegen die **Haftpflichtversicherung der operierenden Ärzte** und des Krankenhauses einen Anspruch auf Unterlassung einer heimlichen, mehrtägigen **Observation** in ihrem Wohnumfeld. Das Betreten und Verlassen der Wohnung betrifft bereits die Privatsphäre.

9. Befangenheit einer Kammervorsitzenden nach Ablehnung einer Terminsverlegung

OLG Naumburg, Urteil v. 28.08.2013 - 10 W 18/13 **RID 14-01-252**

juris

ZPO § 42 I

Hat die Kammervorsitzende in einer komplexen Arzthaftungssache mehreren **Terminverlegungsanträgen** aus unterschiedlichen Gründen stattgegeben, aber schließlich einem Terminverlegungsantrag wegen Urlaubs des Prozessbevollmächtigten einer Partei nicht mehr, dann ist sie befangen, weil der Grund hinreicht und die Partei auch anders behandelt wurde wie die Gegenseite. In derartigen Fällen empfehlen sich Terminabsprachen mit den Parteien und Sachverständigen sowieso.

10. Zahnärztliche Behandlung

a) Zahnbeschwerden im Oberkieferfrontbereich: Vitalitäts- und Perkussionsprüfung erforderlich

OLG Hamm, Urteil v. 08.11.2013 - 26 U 51/13 **RID 14-01-253**

juris

BGB §§ 253, 280, 823

Leitsatz: Ein Zahnarzt, den ein Patient mit **Zahnbeschwerden im Oberkieferfrontbereich** aufsucht, handelt grob fehlerhaft, wenn er den Patienten zur Befunderhebung nur röntgt und eine Vitalitäts- und Perkussionsprüfung der schmerzenden Zähne versäumt.

b) Geeignete Röntgenaufnahmen nach Sturz mit zwei Platzwunden

OLG Köln, Urteil v. 22.01.2014 - 5 U 86/13 **RID 14-01-254**

juris

BGB § 823

Nach einem Sturz mit der Folge von zwei Platzwunden am Kinn und Zertrümmerung der oberen Schneide- und Eckzähne ist der Verdacht einer Unterkieferfraktur durch **geeignete Röntgenaufnahmen** auszuschließen oder zu bestätigen. Röntgenaufnahmen in zwei Ebenen stellen die Region, in der die Unterkieferbrüche tatsächlich vorliegen, nicht überlagerungsfrei dar.

c) Umfang eines Schadensersatzanspruchs: Anrechnung der Honorarersparnis bei Erstbehandlung

OLG Koblenz, Urteil v. 30.01.2013 - 5 U 406/12 **RID 14-01-255**

juris = GesR 2013, 655

BGB §§ 249, 253, 280, 281, 611, 626, 628, 633, 634, 823

Schlechtleistungen eines Zahnarztes gehen kostenmäßig nicht stets zu Lasten des Patienten. Dauert das Behandlungsverhältnis noch an und kündigt der Patient vor dessen Ende, wozu er gemäß § 627 BGB uneingeschränkt befugt ist, zieht § 628 BGB eine Grenze: Der Vergütungsanspruch des Zahnarztes entfällt dann insoweit, als seine bisherigen Arbeiten infolge der Kündigung kein Interesse mehr für den Patienten haben (§ 628 I 2 BGB). Voraussetzung ist freilich, dass eine mehr als nur geringfügige Fehlleistung des Zahnarztes Anlass zu der Kündigung gegeben hat (BGH NJW 2011, 1674). Hat der Patient das nicht geschuldete Honorar bereits entrichtet, steht ihm ein Rückforderungsrecht zu (Senat VersR 2008, 537). Darüber hinaus kann er **Schadensersatz** für die Aufwendungen verlangen (§ 628 II BGB), die für die Abhilfe durch einen anderen Zahnarzt erforderlich werden. Den Aufwendungen für die Ersatzvornahme ist die Honorarersparnis bei der Erstbehandlung gegenzurechnen, so dass es regelmäßig an einer ausgleichsfähigen finanziellen Belastung fehlen wird.

d) Schmerzensgeldbemessung bei fehlerhafter Implantatversorgung

OLG Koblenz, Beschluss v. 25.11.2013 - 5 U 1202/13 **RID 14-01-256**

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 611, 823

Leitsatz: Hat der Zahnarzt eine falsche Bezugsebene für die Längenbestimmung gewählt und ein **zu großes Implantat** eingebracht, was zu 6-tägigen starken Nervenschmerzen und hiernach zu einer dauerhaften Gefühlsbeeinträchtigung im Behandlungsbereich führt, ist ein **Schmerzensgeld** von 5.000 € angemessen.

e) Reichweite eines haftungsrechtlichen Feststellungsurteils

OLG Köln, Urteil v. 13.01.2014 - 5 U 66/10 **RID 14-01-257**

juris

BGB § 823

Nach ständiger Rechtsprechung führt die **Rechtskraft eines Feststellungsurteils**, in dem die Schadensersatzpflicht des in Anspruch genommenen Schädigers festgestellt worden ist, dazu, dass Einwendungen, die sich auf Tatsachen stützen, welche schon zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung vorgelegen haben, nicht mehr berücksichtigt werden dürfen, soweit sie das Bestehen des festgestellten Anspruchs betreffen (BGH VersR 1988, 1139; NJW-RR 2005, 1517 f.). Dies bedeutet, dass Einwendungen und Erwägungen, die sich auf den festgestellten Behandlungsfehler, die haftungsbegründende Kausalität und den festgestellten Primärschaden beziehen, unbeachtlich sind, während es des Beweises von Sekundärschäden und der haftungsausfüllenden Kausalität nach dem Maßstab des § 287 I ZPO bedarf.

III. Arzneimittel/Hilfsmittel/Heilmittel

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Arzneimittelwerbung in einer Google-Adwords-Anzeige: Elektronischer Verweis zu Pflichtangaben

BGH, Urteil v. 06.06.2013 - I ZR 2/12 **RID 14-01-258**
juris = A&R 2013, 293
UWG §§ 3, 4 Nr. 11; HeilMWerbG § 4

Leitsatz: Pflichtangaben im Internet
Eine **Google-Adwords-Anzeige** für ein **Arzneimittel** verstößt nicht allein deshalb gegen § 4 HWG, weil die Pflichtangaben nicht in der Anzeige selbst enthalten sind. Es ist vielmehr ausreichend, dass die Anzeige einen eindeutig als solchen klar erkennbaren elektronischen Verweis enthält, der unzweideutig darauf hinweist, dass der Nutzer über ihn zu den Pflichtangaben gelangt; der elektronische Verweis muss zu einer Internetseite führen, auf der die Pflichtangaben unmittelbar, das heißt ohne weitere Zwischenschritte leicht lesbar wahrgenommen werden können.

b) Angaben auf äußerer Umhüllung eines Arzneimittels mit Werbecharakter

BGH, Urteil v. 13.12.2012 - I ZR 161/11 **RID 14-01-259**
juris = GRUR 2013, 857 = MDR 2013, 1299 = PharmR 2013, 491
UWG §§ 3 I, 4 Nr. 11; AMG § 10; EGRL 83/2001 Art. 1 Nr. 23 bis 25, 54, 56, 62; GG Art. 103 II

Leitsatz: Voltaren
1. Die in **§ 10 AMG** enthaltenen Bestimmungen stellen **Marktverhaltensregelungen** im Sinne von § 4 Nr. 11 UWG dar, deren Verletzung geeignet ist, die Interessen der Verbraucher spürbar im Sinne von § 3 Abs. 1 UWG zu beeinträchtigen.
2. Auf der äußeren Umhüllung eines Arzneimittels angebrachte Angaben, die **Werbecharakter** haben können, sind unabhängig davon unzulässig, ob sie dort unauslöschlich aufgeführt oder nur - etwa mit Klebepunkten - ablösbar angebracht sind und ob sie den Eindruck erwecken, dass sie mit der übrigen Etikettierung eine Einheit bilden.
3. Das in Art. 103 Abs. 2 GG statuierte **Bestimmtheitsgebot** schlägt zwar dann auf die wettbewerbsrechtliche Beurteilung durch, wenn die Marktverhaltensregelung, auf die wettbewerbsrechtliche Ansprüche gemäß § 4 Nr. 11 UWG gestützt werden, selbst eine Vorschrift des Straf- oder Ordnungswidrigkeitenrechts ist, nicht aber dann, wenn die Einhaltung der Marktverhaltensregelung auch straf- oder bußgeldbewehrt ist (im Anschluss an BVerfG, Kammerbeschluss vom 13. Juli 1992, 1 BvR 303/90, NJW 1993, 1969).

c) Medizinprodukt: Ausrichtung auf medizinischen Zweck

BGH, Beschluss v. 17.04.2013 - I ZR 53/09 **RID 14-01-260**
juris = GRUR 2013, 1261 = WRP 2013, 1592
EWGRL 42/93 Art. 1 II Buchst. a; EGRL 47/2007 § 3 Nr. 1 Buchst. c

Leitsatz: Messgerät II
Ein Gegenstand, der von seinem Hersteller zur Anwendung für Menschen zum Zwecke der Untersuchung eines physiologischen Vorgangs konzipiert wurde, fällt dann nicht unter den Begriff **„Medizinprodukt“**, wenn der Hersteller eine Verwendung des Gegenstands für medizinische Zwecke mit hinreichender Deutlichkeit ausschließt, ohne dabei willkürlich zu handeln.
Vorausgehend: ***EuGH***, Urt. v. 22.11.2012 - C-219/11 - RID 13-02-208 auf das Vorabentscheidungsersuchen des ***BGH***, Beschl. v. 07.04.2011 - I ZR 53/09 - RID 11-02-291.

d) Strafbarkeit des Inverkehrbringens von Arzneimitteln zu Dopingzwecken im Sport

aa) Placebos als Arzneimittel/Falsch gekennzeichnete Arzneimittel/Vollendung der Tat

BGH, Urteil v. 18.09.2013 - 2 StR 535/12 **RID 14-01-261**

juris

AMG §§ 4 XVII, 95 I Nr. 2a u. 3a

Leitsatz: Vollendetes Inverkehrbringen von Arzneimitteln durch Abgabe an andere setzt bei einer Versendung voraus, dass die Sendung in den Zugriffsbereich des Empfängers gelangt.

bb) Verwendung von Anabolika zur Leistungssteigerung beim Bodybuilding/Blankettstrafnorm

BGH, Urteil v. 18.09.2013 - 2 StR 365/12 **RID 14-01-262**

juris

AMG §§ 6a I, II 1, 95 I Nr. 2a; GG Art. 103 II

Leitsatz: Regelt der Gesetzgeber die Strafbarkeit eines Verhaltens durch eine **Blankettstrafnorm**, die auf eine außergesetzliche Bestimmung Bezug nimmt, so muss die vorrangige Bestimmungsgewalt des Gesetzgebers erhalten bleiben. Dies ist bei der Bezugnahme von § 95 Abs. 1 Nr. 2a i.V.m. § 6a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 AMG in der Fassung vom 22. Dezember 2010 auf den jährlich aktualisierten Anhang zu dem **Übereinkommen des Europarats gegen Doping** vom 16. November 1989 jedenfalls insoweit der Fall, als der Gesetzgeber bei Aktualisierungen der Verweisungsnorm des § 6a AMG in der Fassung vom 22. Dezember 2010 die dann aktuellen Verbotslisten in seinen Willen aufgenommen hat.

2. Apothekenrecht

a) Widerruf der Approbation

aa) Verurteilung wegen gefährlicher Körperverletzung

VG Köln, Urteil v. 29.10.2013 - 7 K 7077/11 **RID 14-01-263**

juris

ApoG §§ 2 I Nr. 4, 4 II

Ein Apotheker ist aufgrund einer strafrechtlichen Verfehlung als **unzuverlässig** zur Ausübung des Apothekerberufs anzusehen, wenn er nach den Feststellungen des Landgerichts in einer Gaststätte **zwei Gäste mit einer Phosphorsäure-Lösung bespritzt** und die Phosphorsäure-Lösung aus seinem Laborbedarf zur Tatbegehung verwendet hat.

bb) Unzuverlässigkeit wegen langjähriger Säumnis der Steuerschulden

VG Augsburg, Urteil v. 15.10.2013 - Au 1 K 13.1078 **RID 14-01-264**

juris

ApoG §§ 2 I Nr. 4, 4 II

Unzuverlässigkeit zum Betreiben einer Apotheke besteht auch bei **Steuerrückständen** sowie Zahlungsrückständen gegenüber anderen öffentlichen Stellen, die geeignet sind, einen Gewerbetreibenden als unzuverlässig erscheinen zu lassen. Dies ist dann der Fall, wenn sie sowohl ihrer absoluten Höhe nach als auch im Verhältnis zur Gesamtbelastung seines Betriebs unter Berücksichtigung seiner Betriebsgröße von Gewicht sind. Zu berücksichtigen ist auch die Zeitdauer, während der der Gewerbetreibende seinen steuerlichen Verpflichtungen nicht nachgekommen ist (BVerwG, Urt. v. 29.01.1988, GewArch 1988, 162 ff.). Keine Rolle spielt es, ob sich die Steuerschulden aus exakt ermittelten Besteuerungsgrundlagen ergeben oder im Hinblick auf die Verletzung von Erklärungspflichten des Steuerpflichtigen auf Schätzungen beruhen (VG München, Urt .v. 18.05.2010 - M 16 K 10.1539 -). Es ist auch nicht Aufgabe des Verwaltungsgerichts oder der Behörde, die Rechtmäßigkeit der Steuerfestsetzung nachzuprüfen, sofern die Steuerschuld fällig und

die Steuerbescheide vollziehbar sind (hier: Steuerverbindlichkeiten in Höhe von über 30.000 €, Steuererklärungspflichten langjährig nicht nachgekommen, Leistungsunfähigkeit dokumentiert).

cc) Kein vorbeugender Rechtsschutz gegen drohenden Widerruf der Apothekenerlaubnis

VG Augsburg, Urteil v. 15.10.2013 - Au 1 K 13.792 **RID 14-01-265**
juris
ApoG § 2

Eine Apothekerin kann keinen **vorbeugenden Rechtsschutz** gegen einen drohenden Widerruf ihrer Apothekenerlaubnis beanspruchen (s. Kammerbeschl. v. 11.07.2013 sowie VGH Bayern, Beschl. v. 02.08.2013 - 22 C 13.1463 -).

b) Apothekenbetriebserlaubnis: Widerruf der Apothekenbetriebserlaubnis wegen Steuerhinterziehung

VG Ansbach, Urteil v. 26.11.2013 - AN 4 K 13.01021, AN 4 K 13.01022 **RID 14-01-266**
juris
ApoG §§ 2 I Nr. 4, 4 II 1

Ein Apotheker, der sich durch jahrelange **Manipulation des Kassenwarenwirtschaftssystems** und die sich daran für die besagten Zeiträume anschließenden bewusst inhaltlich unrichtigen Feststellungs-, Gewerbesteuer- und Umsatzsteuererklärungen gegenüber dem Finanzamt in Form von **Steuerhinterziehungen** strafbar macht, ist für die Leitung einer Apotheke ungeeignet.

c) BVerwG: Kein Verkauf von Magnetschmuck in der Apotheke

BVerwG, Urteil v. 19.09.2013 - 3 C 15.12 **RID 14-01-267**
juris
ApBetrO § 1a X

Leitsatz: 1. **Magnetschmuck** ist keine **apothekenübliche Ware** im Sinne von § 1a Abs. 10 ApBetrO 2012 und darf daher nicht in Apotheken angeboten und verkauft werden.
2. Ein Gegenstand ist der Gesundheit von Menschen unmittelbar dienlich oder förderlich (§ 1a Abs. 10 Nr. 2 ApBetrO), wenn er aus der Sicht eines verständigen Verbrauchers objektiv geeignet ist, zur Erhaltung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes beizutragen.

d) Ausschluss des Widerrufsrechts im Versandhandel zulässig

LG Halle, Urteil v. 08.01.2013 - 8 O 105/12 **RID 14-01-268**
juris = A&R 2013, 301
UWG § 4 Nr. 11; BGB § 312d IV Nr. 1

Leitsatz: Der Ausschluss des Widerrufsrechts im Versandhandel mit Arzneimitteln ist nach § 312d Abs. 4 Nr. 1 BGB zulässig.

e) Abgabe von aus dem EU-Ausland bezogenen Arzneimitteln in einer inländischen Apotheke

VGH Bayern, Urteil v. 11.11.2013 - 9 BV 10.706 **RID 14-01-269**
Revision zugelassen
juris = A&R 2014, 40
AMG §§ 43, 69 I, 73, 78; AMPreisV; ApoG § 7; ApoBetrO §§ 2 II, 4 I, 12, 17, 20 I

Eine inländische **Apotheke** kann **aus Ungarn bezogene Arzneimittel** mit einer Rechnung der ungarischen Apotheke an Kunden abgeben.
Der den Kunden angebotene **Rabatt** auf verschreibungspflichtige Arzneimittel aus Ungarn ist unzulässig. Nach Gemeinsamer Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes, Beschl. v. 22.08.2012 -

Gms-OGB 1/10 gelten die deutschen Vorschriften für den Apothekenabgabepreis auch für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die Apotheken mit Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union im Wege des Versandhandels nach Deutschland an Endverbraucher abgeben.
Verschreibungspflichtige Arzneimittel können nicht abgegeben werden, ohne auf der **Verschreibung** den Namen des Apothekers oder den Namen der Apotheke und deren Anschrift anzugeben.

Zum wettbewerbsrechtlichen Verfahren s. ***BGH***, Urt. v. 12.01.2012 - I ZR 211/10 - RID 12-04-194.

f) Kein Anspruch eines Apothekers auf behördliches Einschreiten bei mangelnder Substantiierung

VG Augsburg, Urteil v. 15.10.2013 - Au 1 K 13.1211 **RID 14-01-270**

juris

ApoG § 11 I

Eine Apothekerin hat keinen **Anspruch auf hoheitliches Einschreiten** des Landratsamtes gegen (nicht konkret benannte) Dritte im Rahmen seiner Zuständigkeiten nach dem Apothekengesetz.

3. Strafbarkeit der Auslieferung von Hilfsmitteln durch Ärztedepots

AG Landsberg am Lech, Urteil v. 16.01.2013 - 6 Ls 200 Js 141129/08 **RID 14-01-271**

www.kkh.de/fileserver/kkh2013/files/3899.pdf = MedR 2013, 735

SGB V § 128; StGB § 263

Die nach dem Rahmenvertrag unzulässige **Auslieferung von Hilfsmitteln** durch Ärzte und deren Abrechnung durch die Einreichung von Rezepten begründet keinen Vergütungsanspruch und den Betrugstatbestand.

Der Angekl. ist Geschäftsführer eines Sanitätshauses H ohne eigenes Ladenlokal. Er entwickelte ein **Strukturnetz** und baute **Hilfsmitteldepots** im gesamten deutschen Raum in einer Vielzahl von Arztpraxen und sonstigen Einrichtungen auf. Dabei lieferte er vor allem Bandagen, Vorfußentlastungsschuhe und Kompressionsstrümpfe. Die von verschiedensten Ärzten aus dem ganzen Bundesgebiet durch Rezept verordneten Hilfsmittel wurden den jeweiligen Patienten jeweils in den dortigen Arztpraxen oder daran angegliederten Einrichtungen vor Ort von Ärzten oder deren Personal aus Depots abgegeben. Die Rezepte wurden von den Ärzten oder deren Personal den Patienten zur Quittierung des Empfangs der Hilfsmittel vorgelegt und anschließend an H zur Abrechnung mit der jeweiligen Krankenkasse versandt. Das ***AG*** verurteilte den Angekl. wegen 941 tatmehrheitlicher Vergehen des Betruges (Gesamtabrechnungswert: 542.607,91 €) in einem besonders schweren Fall zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 1 Jahr und 6 Monaten. Die Vollstreckung der Gesamtfreiheitsstrafe setzte es zur Bewährung aus.

4. Unterlassungsanspruch ggüb. Empfehlungen risikobehafteter Medizinprodukte (Brustimplantate)

VG Köln, Beschluss v. 14.10.2013 - 7 L 936/13 **RID 14-01-272**

juris

BGB § 1004; GG Art. 12 I, 14 I; Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung § 23

Leitsatz: 1. Zu den Voraussetzungen des **Informationshandelns des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte** (BfArM) bei Empfehlungen zu Explantation risikobehafteter Medizinprodukte (hier: einstweiliger Rechtsschutz).
2. Das BfArM ist rechtlich nicht gehindert, TiBREEZE-**Brustimplantate** in seine Explantationsempfehlung betreffend Brustimplantate der Firma PIP einzubeziehen.

5. Versagung der arzneimittelrechtlichen Nachzulassung: Begründungsmangel („AHP 200“)

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.11.2013 - 13 A 692/10 **RID 14-01-273**

juris

AMG §§ 25 II, 105 IVf 1, IX 1

Die Versagung der arzneimittelrechtlichen **Verlängerung der (fiktiven) Zulassung** für das Fertigarzneimittel „AHP 200“ in Form von Filmtabletten zur Therapie degenerativer Gelenkkrankheiten ist rechtmäßig. Dem Nachzulassungsantrag stehen die Versagungsgründe nicht ausreichender **Begründung** der therapeutischen Wirksamkeit nach § 25 II 1 Nr. 4 2. Alt. AMG und des nicht ausreichenden wissenschaftlichen **Erkenntnismaterials** nach § 25 II 1 Nr. 2 2. Alt. AMG entgegen.

6. Wettbewerbsrecht

a) Unzulässige gesundheitsbezogene Angaben für sog. Botanicals

OLG Hamm, Urteil v. 04.07.2013 - 4 U 20/13 **RID 14-01-274**

Revision anhängig: BGH - I ZR 165/13 -

juris = WRP 2013, 1491 = GRUR-RR 2014, 84

EGV 1924/2006

Leitsatz: Wird für ein **Nahrungsergänzungsmittel** mit Aussagen geworben, die in der erforderlichen Gesamtbetrachtung in mehrfacher Hinsicht einen positiven Einfluss des Mittels auf die Funktion von Körpergelenken zum Inhalt haben, handelt es sich um **gesundheitsbezogene Angaben** im Sinne des Art. 2 Abs. 1 Buchst. b HCVO. Dies gilt auch dann, wenn sie sich auf verschiedene Inhaltsstoffe beziehen, denen als solche nicht nur eine gesundheitsfördernde Wirkung in Form der Unterstützung der natürlichen Beweglichkeit der Gelenke beigelegt wird, sondern zugleich auch eine entzündungshemmende und schmerzlindernde Wirkung bei bestimmten Krankheiten. Die gesundheitsbezogenen Angaben verstoßen selbst dann gegen Art. 3, 5, 10 Abs. 1 HCVO, wenn es sich bei den Wirkstoffen auch um so genannte **Botanicals** handelt und die Positivliste nach Art. 13 Abs. 3 HCVO insoweit noch nicht abschließend erstellt ist. Auch in Bezug auf solche Inhaltsstoffe sind jedenfalls solche Wirkungsangaben nicht zulässig, bei denen es - wie hier - schon an der allgemein anerkannten Absicherung eines Wirkungszusammenhangs im Sinne des Art. 6 HCVO fehlt.

b) Werbung für ein Bach-Blütenprodukt mit gesundheitsbezogenen Angaben

LG Bielefeld, Urteil v. 27.08.2013 - 15 O 59/13 **RID 14-01-275**

juris = Magazindienst 2013, 1057

UWG §§ 3, 4 Nr. 11; Verordnung (EG) Nr. 1924/2006 über nährwert- und gesundheitsbezogene Angaben über Lebensmittel

Bei der Werbung für ein Bach-Blütenprodukt mit Aussagen wie „wird gerne in emotional aufregenden Situationen verwendet“ oder „können unterstützen, emotionalen Herausforderungen zu begegnen“ handelt es sich um Werbung mit **gesundheitsbezogenen Angaben**, weil zwischen Gesundheit und Lebensmittel eine Verbindung in Form einer Wirksamkeit suggeriert wird. Dies ist unzulässig, da hierfür ein Beleg durch allgemein anerkannte wissenschaftliche Nachweise fehlt. Darlegungspflichtig ist immer derjenige, der die Aussage tätigt.

c) Mundspüllösung als zulassungspflichtiges Funktionsarzneimittel

OLG Hamm, Urteil v. 05.12.2013 - 4 U 70/13 **RID 14-01-276**

juris

UWG §§ 3, 4, 8; HeilMWerbG §§ 2, 3a, 21; AMG § 2

Leitsatz: Eine **Mundspüllösung** kann ein **zulassungspflichtiges Funktionsarzneimittel** sein. Wird dieses ohne arzneimittelrechtliche Zulassung vertrieben, liegt unlauterer Wettbewerb vor.

d) Irreführende Werbung für Laser-Geräte: Low-Laser-Therapy oder Midlaser-Therapie

LG Berlin, Urteil v. 11.07.2013 - 52 O 304/12 **RID 14-01-277**
juris = Magazindienst 2013, 878
UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 5; HeilMWerbG § 3 Nr. 1

Die Werbung der Ag. versteht der verständige und aufmerksame Leser der Werbung dahingehend, dass die von der Ag. angebotenen **Laser-Geräte** und die damit auszuführende **Low-Level bzw. Midlaser-Therapie** eine wissenschaftlich anerkannte Methode zur Behandlung der in der beanstandeten Werbung aufgeführten Beschwerden und Krankheiten ist. Die Werbung ist irreführend, denn die Ag. hat nicht darzulegen vermocht, dass es bei der Low-Laser-Therapy oder Midlaser-Therapie mit dem von ihr vertriebenen Lasergerät der Cueb-Serie um eine bei den von ihr beworbenen Krankheiten und Beschwerden **wissenschaftlich anerkannte Methode** zur Behandlung handelt.

e) Irreführende Werbung für Kinesio-Taping mit ungesicherten Wirkungsbehauptungen

LG Konstanz, Urteil v. 08.07.2013 - 9 O 26/13 KfH **RID 14-01-278**
juris
UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 5 I Nr. 1, 8 I; HeilMWerbG § 3

Irreführende Werbung für Kinesio-Taping mit ungesicherten Wirkungsbehauptungen
Die **Werbung für sog. Kinesio-Tapes** unter Angabe bestimmter Anwendungsgebiete und Einsatzmöglichkeiten, insb. bei Kopfschmerzen, Migräne, Arthrose, muskulärer Hartspann, Bandscheibenproblemen, Lymphödemen und Menstruationsbeschwerden, ist irreführend, weil die Wirksamkeit des Kinesio-Taping in der medizinischen Wissenschaft umstritten ist und der Werbende die Gegenmeinung nicht erwähnt.

7. Beihilfe

a) Keine Beihilfe für Permanent-Make-Up bei Haarverlust einer Polizeibeamtin

VG Düsseldorf, Urteil v. 02.10.2013 - 10 K 4151/13 **RID 14-01-279**
juris
BhV NRW §§ 3 I Nr. 1, IV, 4 I Nr. 10

Leitsatz: Keine Beihilfe für Permanent-Make-Up (Rekonstruktion von Augenbrauen und Wimpern) bei Haarverlust einer Polizeibeamtin.

b) Keine Beihilfe für Medizinprodukt „Go-On“ (Fertigspritzen mit Hyaluronsäure als Injektionslösung)

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 12.12.2013 - 1 A 1127/11 **RID 14-01-280**
juris
BBhV § 22 I; AMG § 2; MPG § 3

Leitsatz: Medizinprodukte sind keine Arzneimittel im Sinne des § 22 Abs. 1 Satz 1 BBhV in der bis zum 23. Dezember 2009 geltenden Fassung.

c) Fertigspritzen „Suplasyn“ nicht beihilfefähig

VG München, Urteil v. 07.11.2013 - M 17 K 13.3117 **RID 14-01-281**
juris
BBhV § 22 I 2

Bei **Fertigspritzen „Suplasyn“** handelt es sich um **Medizinprodukte**. Damit sind sie gem. § 22 I 2 BBhV i.V.m. § 31 I 2 und 3 SGB V nur beihilfefähig, wenn sie in der Anlage V zum Abschnitt J der Arzneimittelrichtlinie aufgeführt sind, was jedoch nicht der Fall ist.

d) Beschränkung krankengymn. Behandl./Höchstbetragsregelung für manuelle Lymphdrainage

VG Karlsruhe, Urteil v. 31.10.2013 - 9 K 2747/11 **RID 14-01-282**

juris

GG Art. 3 I, 33 V; BhV BW §§ 5 I 1, 6 I Nr. 3

Leitsatz: Die nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 BVO in Verbindung mit Nummer 1.4.1 der Anlage zur Beihilfeverordnung durch Verweis auf die bei der laufenden Nummer 15 des Leistungsverzeichnisses in Anlage 4 (jetzt Anlage 9) zur Bundesbeihilfeverordnung angebrachte Fußnote 12 vorgenommene **Beschränkung** der Beihilfefähigkeit bestimmter **krankengymnastischer Behandlungen**, Bewegungsübungen und Massagen, die neben der gerätegestützten Krankengymnastik erbracht werden, ist dergestalt auszulegen, dass es für jede dieser Heilbehandlungen einer eigenständigen ärztlichen Verordnung und einer speziellen Diagnose bedarf, und dass beides im Zeitpunkt der Vornahme der Heilbehandlung vorliegen muss. Diese Beschränkung ist ebenso wie die Höchstbetragsregelung für **manuelle Lymphdrainage** mit höherrangigem Recht vereinbar.

e) Mehrere Heilbehandlungen für mehrere Diagnosen

VG Karlsruhe, Urteil v. 28.11.2013 - 9 K 2843/12 **RID 14-01-283**

juris

BG BW § 78 II; BhV BW §§ 5 I 1, 6 I Nr. 3

Leitsatz: Eine ärztliche Verordnung, in welcher **mehrere Heilbehandlungen** verordnet werden und in welcher **mehrere Diagnosen** vermerkt sind, kann dann dahingehend ausgelegt werden, dass jeweils eine der Heilbehandlungen zur Behandlung speziell einer der vermerkten Diagnosen verordnet wurde, wenn sich eine solche Zuordnung für einen objektiven Dritten aus der Verordnung selbst oder aus einer mit der Verordnung hinreichend verbundenen schriftlichen Erklärung des verordnenden Arztes ergibt (zur Auslegung von Nummer 1.4.1 der Anlage zur Beihilfeverordnung in Verbindung mit der bei der laufenden Nummer 15 des Leistungsverzeichnisses in Anlage 4 - jetzt Anlage 9 - zur Bundesbeihilfeverordnung angebrachten Fußnote 12; Fortentwicklung der Rechtsprechung der Kammer, siehe Urteil vom 31.10.2013 - 9 K 2747/11 - RID 14-01, juris).

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. Schickschuld: Verpflichtung zur Herausgabe einer Kinderleiche nach durchgeführter Obduktion

OLG München, Urteil v. 14.03.2013 - 1 U 3995/12 **RID 14-01-284**

juris

BGB §§ 270, 280

Die Vereinbarung in einem **ärztlichen Behandlungsvertrag**, nach der der behandelnde Arzt die vertragliche Verpflichtung übernimmt, alle organisatorischen Fragen für den **Transport einer Kinderleiche** zu erledigen, stellt die Vereinbarung einer Schickschuld dar, die dadurch erfüllt wird, dass der Arzt die Leiche sowie sämtliche Organe und Organteile des Kindes dem beauftragten Transporteur bzw. Bestatter übergibt (hier: zwecks Rücktransports nach Russland nach durchgeführter Obduktion). Gegen eine Bringschuld spricht weiter, dass es sich um eine Nebenpflicht aus einem Behandlungsvertrag und um eine für einen Behandlungsvertrag völlig atypische Nebenpflicht gehandelt hat.

2. Private Krankenversicherung

a) Protonentherapie zur Behandlung eines Prostatakarzinoms

LG Berlin, Urteil v. 12.06.2013 - 23 O 184/13 **RID 14-01-285**

GesR 2013, 762

BGB § 242

Die **Protonentherapie** ist zur Behandlung eines Prostatakarzinoms geeignet und besser geeignet als eine Strahlentherapie.
Zur **Abrechnung** der Protonentherapie nach der GOÄ.

b) Hyperthermiebehandlung bei einem ausgedehnten Bronchialkarzinom ungeeignet

OLG Köln, Urteil v. 16.08.2013 - 20 U 38/13 **RID 14-01-286**

juris

RB/KK §§ 1 II, 4 VI

Ein voraussetzungsloses Wahlrecht des Patienten zwischen mehreren Behandlungsmöglichkeiten besteht nicht. Im Grundsatz müssen **Methoden der alternativen Medizin** vielmehr in ihrer Wirksamkeit - wenigstens im Großen und Ganzen - einer ebenfalls zu Gebote stehenden Methode der Schulmedizin gleichkommen (Senat, Urt. v. 15.06.2012 - 20 U 45/11 - v. 12.07.2013 - 20 U 58/13 -; OLG Stuttgart, NJOZ 2010, 882).
Es ist nicht nachgewiesen, dass die **Hyperthermiebehandlung** überhaupt zur Behandlung bei einem ausgedehnten Bronchialkarzinom geeignet ist.

c) Sachverständigenladung/Alternative Behandlungsmethode (Immunbehandl. mit dendrit. Zellen)

BGH, Beschluss v. 30.10.2013 - IV ZR 307/12 **RID 14-01-287**

juris

ZPO §§ 397, 402; GG Art. 103 I; MB/KK 2009 § 1 Teil 1 II

Leitsatz: 1. Hat das Gericht erster Instanz dem Antrag einer Partei auf **Ladung des Sachverständigen** zur Erläuterung seines Gutachtens in mündlicher Verhandlung zu Unrecht nicht entsprochen, muss das Berufungsgericht dem im zweiten Rechtszug wiederholten Antrag stattgeben. Anderenfalls verletzt es den Anspruch der Partei auf **rechtliches Gehör** (Fortführung des Senatsbeschlusses vom 15. März 2006, IV ZR 182/05, VersR 2006, 950 Rn. 6-8).
2. Zu den Anforderungen an die **Erfolgsaussichten einer alternativen Behandlungsmethode** für die Beurteilung ihrer medizinischen Notwendigkeit bei unheilbarer, lebenszerstörender Krankheit des Versicherungsnehmers (hier: Immunbehandlung eines metastasierenden Prostatakarzinoms mit dendritischen Zellen).

d) Abrechenbarkeit einer Probeexzision (Nr. 2402 GOÄ)

VG Stuttgart, Urteil v. 06.11.2013 - 12 K 4437/12 **RID 14-01-288**

juris

GOÄ Nr. 200, 2084, 2121, 2257, 2402, 2404

Leitsatz: Der Ansatz der Nr. 2402 GOÄ ist zulässig, wenn eine **Probeexzision** aus dem Bereich des Operationsfeldes während einer anderen Operation erfolgt, um aus der histologischen Untersuchung der Probeexzision Konsequenzen für die weitere Durchführung der Operation zu ziehen oder wenn die Entnahme gesonderter Probeexzisionen erforderlich ist, um daraus Entscheidungen für das postoperative therapeutische Vorgehen zu treffen (wie Urteil vom 29.11.2012 - 12 K 3019/12 - RID 13-01-333).

e) Anrechnung hälftigen Kostenersatzes für künstliche Befruchtung

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 03.12.2013 - 2 S 544/13 **RID 14-01-289**

juris

BhV BW §§ 5 I 1, IV Nr. 1, 6 I Nr. 1; SGB V § 27a III 3

Leitsatz: 1. Eine hochgradige **Spermiogrammeinschränkung** ist eine Krankheit i.S. des Beihilferechts. Die zur Behandlung eingesetzten Maßnahmen dienen dazu, die durch die Krankheit behinderte Körperfunktion zu ersetzen. Dies hat zur Folge, dass die gesamten im Rahmen der künstlichen Befruchtung ergriffenen Maßnahmen, auch soweit sie die Behandlungsschritte bei der gesunden Ehefrau umfassen, dem Ehemann zuzurechnen und somit grundsätzlich beihilfefähig sind (Verursacherprinzip, wie VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 29.06.2009 - 4 S 1028/07 - juris. m.w.N.).
2. Der Gewährung von Beihilfe steht in einer solchen Situation der **Beihilfeausschluss** des § 5 Abs. 4 Nr. 1 BVO entgegen, wenn die gesetzlich versicherte Ehefrau für die bei ihr durchgeführten Maßnahmen gemäß § 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V Sachleistungen in Form **hälftigen Kostenersatzes** erhalten hat.
3. Für eine einschränkende Auslegung von § 5 Abs. 4 Nr. 1 BVO derart, wonach nur solche Sachleistungen zum Beihilfeausschluss führen könnten, die dem Beihilfeberechtigten selbst erbracht wurden oder zustanden, finden sich weder im Wortlaut der Norm noch nach den sonstigen Auslegungskriterien hinreichende Anhaltspunkte; eine einschränkende Auslegung wird auch nicht durch höherrangiges Recht (Art. 3 Abs. 1 GG bzw. die Fürsorgepflicht gem. Art. 33 Abs. 5 GG) veranlasst.

f) Keine Abrechnung einer Sachkostenpauschale im Rahmen einer Dialysebehandlung

OLG Bamberg, Beschluss v. 11.03.2013 - 1 U 165/12 **RID 14-01-290**

juris = VersR 2013, 1162

GOÄ §§ 4 III, 10, 12

Leitsatz (VersR): Die Abrechnung einer Sachkostenpauschale für eine Dialyse (hier: 275 Euro pro Nachtdialyse und 161,20 Euro pro Tagdialyse) steht mit der GOÄ nicht in Einklang. Die GOÄ enthält insoweit auch keine Regelungslücke.

Das ***OLG*** wies mit Beschl. v. 19.04.2013 - juris die Berufung des Kl. zurück.

g) Hörgeräteversorgung und berufliche Besonderheiten

LG Düsseldorf, Urteil v. 22.03.2013 - 20 S 27/11 **RID 14-01-291**

juris = VersR 2013, 1255

MB KK 94 §§ 1 Ia, II 1, 5 II

Leitsatz (VersR): 1. Bei der Beurteilung der **medizinischen Notwendigkeit** kommt es nicht auf individuelle Besonderheiten bestehender Lebensverhältnisse - wie beispielsweise Berufswahl - des Versicherten an.
2. Der Versicherer ist gem. § 5 Abs. 2 MBKK 94 nur zur eingeschränkten Erstattung einer **Hörgeräteversorgung** verpflichtet, wenn die angeschafften Hörgeräte Ausstattungsmerkmale enthalten, die zur Behandlung der Schwerhörigkeit aus medizinischer Sicht nicht notwendig sind, und andere Hörgeräte ohne diese Ausstattungsmerkmale, aber mit gleicher medizinischer Wirkung, zu einem niedrigeren Preis erhältlich waren.

h) Auslandskrankenrücktransportversicherung: Keine Beschränkung auf Kostenerstattung

OLG Stuttgart, Urteil v. 07.11.2013 - 7 U 3/13 **RID 14-01-292**

juris

BGB §§ 253 II, 280 I, 306, 307

Leitsatz: 1. Eine Klausel bei einer **Auslandskrankenrücktransportversicherung**, die für den Versicherungsnehmer auch für Fälle von erheblichen Erkrankungen im Ausland nur einen Anspruch auf **Kostenerstattung** gegen den Versicherer vorsieht, ist unwirksam, § 307 Abs. 1 S. 1 i.V.m. Abs. 2 Nr. 2 BGB. Ein Versicherer verstößt mit einer solch einschränkenden Klausel in erheblichem Maße

gegen den Zweck einer Rücktransportversicherung für den Fall der Erkrankung im Ausland, weil der Vertragszweck durch Einschränkung auf die bloße - nachträgliche - Kostenerstattungspflicht gefährdet ist (sog. Aushöhlung).
2. Eine zusätzliche Klausel bei einer Auslandskrankenrücktransportversicherung, die den Versicherungsanspruch davon abhängig macht, dass der Transport oder dessen medizinische Notwendigkeit von einer **„ärztlichen Anordnung“** oder einem „ärztlichen Attest“ vor Beginn des Rücktransports als ärztlichen Nachweis abhängig ist, benachteiligt einen Versicherungsnehmer ebenfalls unangemessen gem. §§ 307 Abs. 1 S. 1 i.V.m. Abs. 2 Nr. 2 BGB (Anschluss: OLG Saarbrücken, VersR 2002, 837 f.).
3. Die **ergänzende Vertragsauslegung** ergibt, dass der Versicherer im Versicherungsfall auch die **Organisation des Auslandskrankenrücktransportes** schuldet.

i) Selbstbehalt: Verrechnungsabrede im Krankenversicherungsvertrag

AG Saarbrücken, Urteil v. 19.11.2013 - 121 C 263/13 (09) **RID 14-01-293**
juris
BGB § 286; MB/KK

Wird in einem Krankenversicherungsvertrag **Verrechnung mit dem Selbstbehalt** vereinbart, so besteht kein Zahlungsanspruch des Krankenversicherers auf den Selbstbehalt, wenn er eine Krankenhausrechnung vollständig ohne Berücksichtigung des Selbstbehalts unmittelbar mit dem Krankenhaus abgerechnet hat. Der Versicherer hat durch die Zuvielzahlung lediglich einen vertraglichen Anspruch auf Verrechnung erworben. Dieser ist nicht zur Zahlung fällig, sondern nur eine Verrechnungsposition.

j) Heilbehandlung bereits fehlender Zähne beginnt mit Befunderhebung

OLG Köln, Urteil v. 18.10.2013 - 20 U 125/13 **RID 14-01-294**
juris
MB/KK 2009 § 1 I, II

Eine **Heilbehandlung** hinsichtlich der bereits **fehlenden Zähne** liegt in einer Befunderhebung, wenn das Fehlen der Zähne festgestellt worden ist, ohne dass es darauf ankommt, ob bereits zum damaligen Zeitpunkt von dem Zahnarzt oder dem Versicherten die Notwendigkeit von Zahnersatz gesehen wurde. Liegt die Heilbehandlung vor Versicherungsbeginn, so besteht kein Versicherungsschutz.

3. Beihilfe

a) Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)

aa) Heterologe In-vitro-Fertilisation beihilfefähig

BVerwG, Urteil v. 10.10.2013 - 5 C 32.12 **RID 14-01-295**
juris
BhV BW §§ 5 I 1, 6 I Nr. 1; BGB § 1592 I Nr. 1

Leitsatz: Beamte des Landes Baden-Württemberg, die an Zeugungsunfähigkeit leiden, können nach dem derzeitigen Beihilferecht des Landes für ihre **berücksichtigungsfähige Ehefrau**, deren Empfängnisfähigkeit gestört ist, grundsätzlich eine Beihilfe zu den Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung unter Verwendung der Samenzellen eines Spenders (heterologe In-vitro-Fertilisation) beanspruchen.

VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 14.02.2012 - 2 S 3010/11 - RID 12-02-363 bestätigte das klageabweisende Urteil des VG Sigmaringen; das ***BVerwG*** wies auf Revision des Kl. die Sache an den VGH zurück.

bb) Bundeswehrsoldatin: Anspruch auf Kostenübernahme für künstliche Befruchtung

BVerwG, Urteil v. 25.10.2013 - 5 C 29.12 **RID 14-01-296**

juris

BBesG § 69 II 1, IV; SG § 30 I 2

Leitsatz: 1. Die Bestimmungen über die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zu § 69 Abs. 2 BBesG genügen nicht den Anforderungen des verfassungsrechtlichen **Gesetzesvorbehalts**. Sie sind jedoch grundsätzlich für eine **Übergangszeit** weiter anzuwenden.
2. Nicht übergangsweise anwendbar sind die Bestimmungen der zuvor genannten Verwaltungsvorschrift, die Maßnahmen der **künstlichen Befruchtung** ausnehmen und die truppenärztliche Versorgung auf den Zweck begrenzen, der Erhaltung und Wiederherstellung der Dienst- und Einsatzfähigkeit der Soldatinnen und Soldaten zu dienen.
3. Die **homologe In-vitro-Fertilisation** ist als medizinische Behandlung einer Erkrankung grundsätzlich notwendig (im Sinne des derzeitigen Rechts der truppenärztlichen Versorgung), wenn damit der regelwidrige Körperzustand einer organisch bedingten Sterilität überwunden und der oder dem Betroffenen zu einem genetisch eigenen Kind verholfen werden soll (Bestätigung des Urteils vom 27. November 2003 - BVerwG 2 C 38.02).

VG Sigmaringen gab der Klage statt, ***VGH Baden-Württemberg***, Urt. v. 02.08.2012 - 2 S 786/12 - RID 12-04-232 wies die Berufung zurück, das ***BVerwG*** verwarf die Revision.

b) Keine Beihilfefähigkeit einer Augenoperation bei nur gering beeinträchtigter Sehschärfe

VG Ansbach, Urteil v. 12.11.2013 - AN 1 K 12. 02151 **RID 14-01-297**

juris

BhV Bay § 7 I Nr. 1, V

Nach § 7 V Nr. 2 BhV i.V.m. der Anl. 1 Nr. 2 sind Aufwendungen für eine chirurgische **Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung** nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur der Sehfähigkeit durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. Dies ist nicht zu beanstanden.
Eine **Sehschärfe** von 0,7/0,63 ist keine Indikation für einen operativen Eingriff (Beseitigung eines beginnenden Grauen Stars <Cataracta incipiens>, eines Astigmatismus und einer Fehlsichtigkeit).

c) LASIK-Operation

VGH Bayern, Beschluss v. 30.10.2013 - 14 ZB 11.1202 **RID 14-01-298**

juris

BhV Bay § 7 I, V Nr. 2

Eine operative laserunterstützte Hornhautkorrektur („Laser in situ Keratomeleusis“ - LASIK-Operation) ist, wenn nicht durch eine entsprechende augenärztliche Feststellung nachgewiesen wird, dass eine Korrektur durch **Brillen oder Kontaktlinsen** nicht möglich ist, nicht beihilfefähig.

d) Beihilfefähigkeit einer interstitiellen Brachytherapie zur Behandlung eines lokalen Prostatakarzinoms

VG Halle, Urteil v. 29.05.2013 - 5 A 154/12 **RID 14-01-299**

juris

BBhV § 6

Leitsatz: Aufwendungen für eine interstitielle Brachytherapie zur Behandlung eines lokalen Prostatakarzinoms sind beihilfefähig.

e) Abrechnung neben einer Implantation einer zementierten Knietotalendoprothese

VG Regensburg, Urteil v. 22.07.2013 - RN 8 K 13.12 **RID 14-01-300**
juris
BG Bay Art. 96; BhV Bay § 7 I; GOÄ § 4 II 1, IIa

Neben einer Implantation einer zementierten **Knietotalendoprothese** nach Ziff. 2153 GOÄ (Einbau Alloarthroplastik, Kniegelenk) ist eine gesonderte Abrechnung der Ziff. 2254 GOÄ (Implantation von Knochen), der Ziff. 2103 GOÄ analog (Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk, Weichteilbalancing), und der Ziff. 2064 GOÄ (Sehnen-, Faszien oder Muskelverlängerung, laterales Release) jeweils mangels selbständiger ärztlicher Leistung bzw. mangels eigenständiger medizinischer Indikation im Verhältnis zur Zielleistung Einbau Alloarthroplastik nicht zulässig.

f) Psychotherapie: Erstbericht keine schriftliche Äußerung mit ungewöhnlichem Aufwand

VG München, Urteil v. 24.10.2013 - M 17 K 13.3243 **RID 14-01-301**
juris
GOÄ Nr. 85, 808

Der für die Einleitung des Gutachterverfahrens für eine Psychotherapie bei der Beihilfestelle erforderliche **Bericht** ist nicht nach Nr. 85 GOÄ (schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand – gegebenenfalls mit wissenschaftlicher Begründung), sondern nach der Nr. 808 (Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten oder der analytischen Psychotherapie – einschließlich Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht im Rahmen des Gutachterverfahrens, gegebenenfalls einschließlich Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten) abzurechnen. Dies ergibt sich bereits aus dem Wortlaut dieser Nummern.

S.a. VG Ansbach, Urteil v. 24.09.2013 - AN 1 K 12.01487 - RID 13-04-217.

g) Ambulante psychotherapeutische Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz

VG Halle, Urteil v. 08.05.2013 - 5 A 171/11 **RID 14-01-302**
juris
BBhV §§ 6 III 1, 12 I

Leitsatz: Rechnet ein **Krankenhaus Leistungen der psychiatrischen Versorgung nach GOÄ** ab, so sind die Aufwendungen auch dann beihilfefähig, wenn dieselben Leistungen **gegenüber Krankenkassen nach Pauschalsätzen** als psychiatrische Institutsambulanz erbracht werden.

h) Keine Psychotherapie durch Heilpraktiker

VG München, Urteil v. 21.11.2013 - M 17 K 13.3754 **RID 14-01-303**
juris
BhV Bay §§ 9, 10, 11, 12, 13

Nach der bayerischen Beihilfeverordnung können Behandlungsleistungen nur von (Fach-)Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als beihilfefähig anerkannt werden. Liquidationen von anderen Therapeuten, insb. von **Heilpraktikern**, sind dagegen nicht beihilfefähig. Dies verstößt nicht gegen Art. 3 I GG.

Parallelverfahren:
VG München, Urteil v. 21.11.2013 - M 17 K 13.4149 **RID 14-01-304**
juris

i) Belegarzt: Ausschluss von Doppelerstattungen der Sachkosten

VG Regensburg, Urteil v. 11.11.2013 - RO 8 K 13.1251 **RID 14-01-305**
juris
BhV Bay §§ 7 I 1, 28; KHEntgG § 18 II; BG Bay Art. 96; GOÄ §§ 6 II, 10

Leitsatz: Um Doppelerstattungen der Sachkosten in der Fallpauschale und im ärztlichen Honorar auszuschließen, darf ein **Belegarzt** - trotz der Regelung in § 2 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG - neben den nach § 10 Abs. 1 GOÄ geminderten Gebühren Auslagen nicht berechnen.

j) Durchführung der Rehabilitation vor Anerkennung

VG München, Urteil v. 24.10.2013 - M 17 K 13.2884 **RID 14-01-306**
juris
BBhV § 36

Gemäß § 36 Abs. 1 BBhV sind Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1 Nrn. 1, 2 und 4 BBhV nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle auf entsprechenden Antrag die Beihilfefähigkeit **vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt** hat. Sie hat hierzu grundsätzlich ein Gutachten eines Amtsarztes oder eines beauftragten Arztes einzuholen. Gegen dieses Erfordernis bestehen auch unter dem Gesichtspunkt der Fürsorgepflicht keine rechtlichen Bedenken (BayVGH, Beschl. v. 12.10.2011 - 14 ZB 10.2064 - juris Rn. 4; VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 17.12.2009 - 4 S 1909/07 - juris Rn. 37).

k) Aufwendungen für Fahrten zu Kontrolluntersuchungen (Leukämieerkrankung)

VG Ansbach, Urteil v. 10.12.2013 - AN 1 K 12. 00737 **RID 14-01-307**
juris
BhV Bay § 26 S. 1 Nr. 5

Aufwendungen für **Fahrten zu Kontrolluntersuchungen** (Leukämieerkrankung) sind nicht beihilfefähig.

l) Ausschluss der Beihilfefähigkeit bei Kostenerstattung nach dem SGB V

VG Karlsruhe, Urteil v. 19.12.2013 - 9 K 200/12 **RID 14-01-308**
juris
SGB V § 13 II

Leitsatz: 1. Die Wahl der **Kostenerstattung** nach § 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) führt nicht ausnahmslos zu einem Ausschluss der Beihilfefähigkeit der dadurch entstehenden Aufwendungen nach § 8 Abs. 4 Satz 2 Alt. 2 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV).
2. Aufwendungen, die einem in der gesetzlichen Krankenversicherung **pflichtversicherten Beihilfeberechtigten** beziehungsweise einem in der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Angehörigen dadurch entstehen, dass er die ihm zustehende Sach- und Dienstleistung nicht in Anspruch nimmt, und der nicht zu einem der in § 8 Abs. 4 Satz 3 BBhV ausdrücklich benannten Personenkreise gehört, sind grundsätzlich beihilfefähig.

m) Stationäre Behandlung

aa) Beihilfefähigkeit gesondert in Rechnung gestellter ärztlicher Leistungen

OVG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 10.12.2013 - 2 A 11169/12 **RID 14-01-309**
juris
BPflV § 22; BhV §§ 24, 25, 26

Leitsatz: 1. Gesondert in Rechnung gestellte ärztliche Leistungen, die im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung in einer **Privatklinik** erbracht werden, können gemäß § 26 Abs. 3 Nr. 1 BVO als Leistungen, die **Wahlleistungen** entsprechen (funktionale Wahlleistungen), beihilfefähig sein.

2. § 26 BVO regelt die Beihilfefähigkeit von allgemeinen **Krankenhausleistungen**, die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einer Privatklinik erbracht werden, abschließend.

bb) Mehrwertsteuer bei der Vergleichsberechnung nicht gesondert beihilfefähig

VG Ansbach, Urteil v. 12.11.2013 - AN 1 K 13.00284 **RID 14-01-310**

juris
BhV Bay § 28 II 1 Nr. 1

Beihilfefähige Aufwendungen für den Aufenthalt in einer **Privatklinik** sind von vornherein der Höhe nach durch eine anzustellende **Vergleichsberechnung** begrenzt. Von mehreren medizinisch gleichermaßen geeigneten Behandlungen kann aus Gründen der Kostenersparnis die Erstattungsfähigkeit auf die preisgünstigste beschränkt werden. Die **Mehrwertsteuer** ist dabei als krankheitsbedingte Aufwendung des Beamten grundsätzlich beihilfefähig, fließt aber in die anzustellende Vergleichsberechnung mit ein. Nicht beihilfefähig ist jedoch die Mehrwertsteuer an sich (BayVGH, Urt. v. 19.11.2008 - 14 B 06.1909 -; BVerwG, Beschl. v. 19.08.2009 - 2 B 19/09 - RID 09-04-218).

n) Zahnärztliche Behandlung

aa) Überschreitung des Schwellenwertes: Patientenbezogene Umstände

VG Köln, Urteil v. 24.05.2013 - 19 K 899/12 **RID 14-01-311**

juris
GOZ § 5

Die **Überschreitung des Schwellenwertes** ist nur dann gerechtfertigt, wenn aufgrund patientenbezogener Umstände abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle schwerwiegende Besonderheiten auftreten, die bei der Mehrzahl vergleichbarer Behandlungsfälle so nicht auftreten, und deshalb erheblich überdurchschnittliche Leistungen erbracht worden sind.
Der Verweis auf die **Verwendung von Core Paste** ist unschlüssig, denn Core Paste ist seit Jahrzehnten das meistverwendete Präparat zum Aufbau von Kern- und Zahnstumpf, sie wird seit über 20 Jahren in der Brücken- und Kronenprothetik favorisiert. Es handelt sich damit um ein Standardpräparat in der Kronenprothetik, eine Atypik oder ein Sonderfall lässt sich mit der Verwendung dieser Paste nicht begründen. Gleiches gilt für die zur Begründung angeführte „**Total Etch and Bond Technik**“. Der Einsatz eines besonderen Verfahrens kann eine Schwellenwertüberschreitung allenfalls dann rechtfertigen, wenn dieser seinen Grund in Besonderheiten hat, die in der Person des jeweiligen Patienten liegen.
Der im Zusammenhang mit den Ziff. 405 und 203 GOZ angeführte **erhöhte Zeitaufwand** allein ist bereits durch den 2,3fachen Satz abgedeckt.
Eine starke **gingivale Blutung** und ein schwieriger distaler Abschluss mit einem um 75 % erhöhten Aufwand bei der PV-Herstellung und in der Gesamtschau rechtfertigen bei Ziff. 227 GOZ den 3,5fachen Satz.
Eine Abrechnung der **Ziff. 801, 802, 805 und 808** neben Ziff. 221 GOZ ist möglich.
Die **Labor- und Materialkosten** für das Modell sind bereits mit Ziff. 802 GOZ abgegolten.

bb) Keine Beihilfe für Implantate auch bei kontraindizierter Brückenversorgung

VG Aachen, Urteil v. 14.11.2013 - 7 K 1729/11 **RID 14-01-312**

juris
BBhV § 15 I

Leitsatz: 1. **Fürsorgegründe** allein rechtfertigen im Regelfall keine weitere Beihilfegewährung bei **Implantaten**, wenn kein Indikationsfall gegeben ist.
2. Dies gilt grundsätzlich auch dann, wenn im Einzelfall eine **Brückenversorgung** medizinisch **kontraindiziert** ist, weil man beim Herausnehmen oder Einsetzen der Brücke auf die Hilfe Dritter angewiesen ist.

cc) Beihilfefähigkeit implantologischer Leistungen: Nichterhaltungsfähiger Restzahnbestand

OVG Sachsen, Urteil v. 23.10.2013 - 2 A 448/09 **RID 14-01-313**
juris
BhV Sachsen § 6 I Nr. 1, Anl. 2 Nr. 4

Leitsatz: Der Beihilfetätigkeit **implantologischer Leistungen** steht es nicht entgegen, wenn bei Beginn der zahnärztlichen Behandlung im prothetisch zu versorgenden Bereich noch Zähne vorhanden sind, soweit diese mangels Erhaltungsfähigkeit im Laufe der Behandlung gezogen werden müssen.

dd) Voranerkennungsverfahren für Implantatversorgung

VG Köln, Urteil v. 08.07.2013 - 19 K 6797/12 **RID 14-01-314**
juris
BhV NRW § 3

Leitsatz: Einzelfall einer erfolglosen Klage auf Gewährung von Beihilfe zu Kosten zahnärztlicher Behandlung
- Abrechenbarkeit der Ziffern 2381, 2382 GOÄ - hier Vorrang der Abrechnung nach Ziff. 412 GOZ
- **Implantatversorgung**: fehlendes Voranerkennungsverfahren; Unkenntnis des Klägers in Bezug auf die maßgebenden Vorschriften unerheblich; keine Ausnahme (Dringlichkeit).

ee) Zahnimplantate: Vorlage eines Kostenvoranschlags und einer Anerkennung

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 02.07.2013 - 1 A 1327/13 **RID 14-01-315**
juris
BhV NRW § 4

Für **Zahnimplantate** ist nach nordrhein-westfälischem Beihilferecht die Vorlage eines Kostenvoranschlags und einer Anerkennung der Notwendigkeit der beabsichtigten Maßnahme und der Angemessenheit der Kosten durch die Festsetzungsstelle vor Behandlungsbeginn erforderlich.

V. Verschiedenes

1. Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte (EMGR)

a) Verweigerung nicht zugelassener Medikamente gegen Krebs

EGMR, Urteil v. 13.11.2012 - 47039/11, 358/12 **RID 14-01-316**
NJW 2014, 557
EMRK Art. 2, 3, 8, 13, 34, 35 I, III, 37 I

Hristozov u.a. ./. Bulgarien
Leitsatz (NJW): 1. Art. 34 EMRK (**Individualbeschwerden**) verlangt grundsätzlich, dass der Beschwerdeführer geltend machen kann, selbst Opfer einer Konventionsverletzung zu sein. Dieser Grundsatz muss aber flexibel angewendet werden. Dem Beschwerdeführer Nahestehende können ein berechtigtes Interesse daran haben, ein Urteil noch nach seinem Tod zu erhalten. Das trifft im vorliegenden Fall zu. Es würde dem Auftrag des Gerichtshofs widersprechen, nicht über die von den Verstorbenen eingelegten Beschwerden zu entscheiden, nur weil sie wegen ihrer schweren Krankheit nicht die Kraft und Zeit hatten, die Beendigung des Verfahrens abzuwarten.
2. Aus Art. 2 EMRK (Recht auf Leben), Art. 3 EMRK (Verbot der Folter) und Art. 8 EMRK (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens) können sich auch positive **Schutzpflichten** ergeben.
3. Art. 2 S. 1 EMRK kann nicht so ausgelegt werden, dass die Staaten den **Zugang zu nicht zugelassenen Medikamenten** für Kranke im Endstadium in einer bestimmten Weise regeln müssen.
4. Auch Art. 3 EMRK ist nicht verletzt. Die Weigerung, die Verwendung des in der Erprobung befindlichen Medikaments zu erlauben, hat den Beschwerdeführern zwar psychisches Leid verursacht, weil sie daran gehindert wurden, auf ein Mittel zurückzugreifen, von dem sie annahmen, dass es ihre Heilungs- und Überlebenschancen verbessern könnte, insbesondere weil es offenbar in anderen Ländern ausnahmsweise zur Verfügung steht. Die Weigerung der Behörden erreichte aber nicht den Grad an Schwere, um sie als unmenschliche oder **erniedrigende Behandlung** einzustufen.

5. Die **Gesundheitspolitik** fällt grundsätzlich in den Ermessensspielraum der staatlichen Behörden und Gerichte, die am besten dazu in der Lage sind, Prioritäten, die Verwendung von Ressourcen und soziale Bedürfnisse zu beurteilen. Angesichts des weiten Ermessensspielraums in diesem Bereich verstößt die bulgarische Regelung nicht gegen Art. 8 EMRK.

b) Keine Entlassung aus Sicherungsverwahrung bei Verweigerung einer Therapie

EGMR, Urteil v. 22.03.2012 - 36035/04 **RID 14-01-317**
juris = NJW 2013, 3709
MRK Art. 5 I

Ostermünchner/Deutschland
Der **erfolgreiche Abschluss einer Therapie** stellt als wesentliche Voraussetzung für die Freilassung eines **Sexualstraftäters** aus der **Sicherungsverwahrung** eine vernünftige Bedingung dar. Eine geeignete Therapie darf aber nicht verwehrt werden. Lehnt der Sicherungsverwahrte das Therapieangebot ab, kann die Schlussfolgerung, dass er für die Allgemeinheit nicht mehr gefährlich ist, nicht gezogen werden.

c) Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

EGMR, Urteil v. 16.05.2013 - 20084/07 **RID 14-01-318**
juris = EuGRZ 2013, 584 = NJW 2014, 369
EMRK Art. 5 I, 35 I, III

Radu/Deutschland
Leitsatz (NJW): 1. Art. 5 EMRK (Recht auf Freiheit und Sicherheit) enthält in seinem Absatz 1 eine erschöpfende Aufzählung der Gründe, aus denen eine Freiheitsentziehung angeordnet werden kann, und keine Freiheitsentziehung ist rechtmäßig, es sei denn, sie beruht auf einem von ihnen. Nur eine enge Auslegung dieser Gründe ist mit Ziel und Zweck von Art. 5 EMRK vereinbar, den Einzelnen gegen willkürliche Freiheitsentziehung zu schützen.
2. Die Unterbringung des Beschwerdeführers in einem **psychiatrischen Krankenhaus** wurde nach § 63 StGB durch das LG Gießen zusammen mit seiner Verurteilung wegen Totschlags angeordnet, also „nach Verurteilung“ im Sinne von Art. 5 I Buchst. a EMRK.
3. Im Verfahren zur **Überprüfung der Unterbringung**, das der Beschwerdeführer mit seiner Beschwerde angreift, sind die Gerichte der rechtlichen Bewertung der zutreffend festgestellten Tatsachengrundlage des LG Gießen nicht gefolgt, sahen sich aber wegen der Rechtskraft seiner Entscheidung daran gebunden.
4. Die Konvention achtet den Grundsatz der **Rechtskraft von Urteilen**, der Rechtssicherheit als Teil des Rechtsstaatsprinzips garantiert. Eine fehlerhafte Verurteilung macht eine Freiheitsentziehung nur rechtswidrig im Sinne von Art. 5 I EMRK, wenn sie das Ergebnis einer flagranten Rechtsverweigerung ist. Das ist hier nicht der Fall.
5. Im Übrigen haben die deutschen Gerichte geprüft, ob der Beschwerdeführer nach § 67 d II StGB auf **Bewährung** entlassen werden könne, das aber abgelehnt, weil er nach wie vor eine Gefahr für die Allgemeinheit sei. Diese Entscheidung war mit den Gründen des LG Gießen bei Anordnung der Unterbringung 1995 vereinbar. Insoweit bestand zwischen der Verurteilung 1995 und der Fortdauer der Unterbringung noch ein hinreichender Kausalzusammenhang im Sinne von Art. 5 I Buchst. a EMRK.
6. Die (Nicht-)Anwendung von § 67 d VI StGB in diesem Fall war angesichts der ständigen Rechtsprechung der deutschen Gerichte auch vorhersehbar. Die Rechtsgrundlage für die **Fortdauer der Unterbringung** des Beschwerdeführers hatte daher auch die nach Art. 5 I EMRK erforderliche Qualität.

2. Europäischer Gerichtshof (EuGH)

a) Apothekenzulassung nach starren demografischen Kriterien unzulässig

EuGH, Urteil v. 13.02.2014 - C-367/12 **RID 14-01-319**

juris = www.curia.europa.eu

AEUV Art. 49

Vorabentscheidungsersuchen nach Art. 267 AEUV, eingereicht vom Unabhängigen Verwaltungssenat des Landes Oberösterreich (Österreich) mit Entscheidung vom 24. Juli 2012, in dem Verfahren Susanne Sokoll-Seebacher

Art. 49 AEUV, insbesondere das Gebot der Kohärenz bei der Verfolgung des angestrebten Ziels, ist dahin auszulegen, dass er einer mitgliedstaatlichen Regelung wie der im Ausgangsverfahren fraglichen, die als essenzielles Kriterium bei der Prüfung des **Bedarfs** an einer neu zu errichtenden öffentlichen **Apotheke** eine **starre Grenze** von „weiterhin zu versorgenden Personen“ festlegt, entgegensteht, weil die zuständigen nationalen Behörden keine Möglichkeit haben, von dieser Grenze abzuweichen, um örtliche Besonderheiten zu berücksichtigen.

b) Verbot, Arzneimittel in einer Verkaufsstelle für parapharmazeutische Produkte zu verkaufen

EuGH, Urteil v. 05.12.2013 - C-159/12, C-160/12, C-161/12 **RID 14-01-320**

juris = curia.europa.eu

AEUV Art. 49

Alessandra Venturini gegen ASL Varese u.a. (C-159/12), Maria Rosa Gramegna gegen ASL Lodi u.a. (C-160/12) und Anna Muzzio gegen ASL Pavia u.a. (C-161/12).

Ersuchen um Vorabentscheidung: Tribunale amministrativo regionale per la Lombardia - Italien.

Art. 49 AEUV ist dahin auszulegen, dass er einer nationalen Regelung wie der in den Ausgangsverfahren fraglichen nicht entgegensteht, die es einem **Apotheker**, der zwar zugelassen und bei der Berufskammer eingetragen, jedoch nicht Inhaber einer im „Organisationsplan“ aufgenommenen Apotheke ist, nicht erlaubt, in einer Verkaufsstelle für parapharmazeutische Produkte, deren Inhaber er ist, auch diejenigen verschreibungspflichtigen Arzneimittel im Einzelhandel zu vertreiben, deren Kosten nicht vom nationalen Gesundheitsdienst, sondern vollständig vom Käufer getragen werden.

3. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)

a) Amtsenthebung einer ehrenamtlichen Sozialrichterin: Grobe Amtspflichtverletzung

BVerfG, 2. Sen. 1.Ka., Beschluss v. 26.08.2013 - 2 BvR 225/13 **RID 14-01-321**

juris = NVwZ-RR 2014, 1 = NZS 2014, 105

GG Art. 3 I, 97 I 1, 103; DRiG § 44; SGG § 22 I 2

Die für die **Amtsenthebung eines ehrenamtlichen Sozialrichters** gemäß § 22 I 2 SGG erforderliche **grobe Amtspflichtverletzung** liegt grundsätzlich nur bei einer schwerwiegenden Zuwiderhandlung gegen die Pflichten eines ehrenamtlichen Richters vor. Außerdienstliches Verhalten des ehrenamtlichen Richters kann nur dann als grobe Amtspflichtverletzung angesehen werden, wenn dadurch das Vertrauen in die Integrität des Richters erschüttert wird. Das gilt etwa dann, wenn der ehrenamtliche Richter gegen seine Pflicht zur besonderen Verfassungstreue verstößt, indem er aus einer der Verfassung widersprechenden Überzeugung Folgerungen für seine Einstellung gegenüber der verfassungsmäßigen Ordnung, für die Art der Erfüllung seiner Dienstpflichten oder für politische Aktivitäten im Sinne seiner politischen Überzeugung zieht (für § 27 Satz 1 ArbGG: BVerfGK 13, 531 <540 f.>).

Seinem Wortlaut nach bezieht sich Art. 97 II 1 GG nur auf die „hauptamtlich und planmäßig angestellten Richter“. Auch den ehrenamtlichen Richtern ist aber als ein **Mindestmaß an persönlicher Unabhängigkeit** garantiert, dass sie vor Ablauf ihrer Amtszeit gegen ihren Willen nur kraft richterlicher Entscheidung und nur unter den im Gesetz vorgesehenen Voraussetzungen aus ihrem Amt abberufen werden können (BVerfGE 14, 56 <70>; 18, 241 <254 f.>; 26, 186 <198 f.>; 27, 312 <322>; 42, 206 <209 f.>; 87, 68 <85>). Diesen Grundsatz hebt § 44 DRiG noch einmal besonders

hervor. Er wird für die Sozialgerichtsbarkeit durch § 22 SGG einfachrechtlich ausgeformt (BVerfGE 27, 312 <322>).
Das **Festhalten an einer Rechtsansicht** ohne Hinzutreten weiterer Umstände als grobe Amtspflichtverletzung zu beurteilen, ist objektiv unhaltbar. Das bloße Vertreten einer - wenn auch möglicherweise unzutreffenden - Rechtsansicht kann die Enthebung aus dem Amt nicht rechtfertigen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die Aufgabe des ehrenamtlichen Richters beeinträchtigt wird, seine Entscheidungen unabhängig zu treffen, ohne durch Vorgaben oder Drohungen mit amtsrechtlichen Konsequenzen zu bestimmten Auffassungen oder einem bestimmten Verhalten veranlasst zu werden.

b) Prozesskostenhilfe vor Einlegung des Rechtsbehelfs

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 05.11.2013 - 1 BvR 2544/12 **RID 14-01-322**
juris
BVerfGG § 93a; ZPO § 117 I 2

Im Falle der Mittellosigkeit kann im **Verfassungsbeschwerdeverfahren** Wiedereinsetzung nach Gewährung von Prozesskostenhilfe aber nur dann gewährt werden, wenn die mittellose Partei alles Zumutbare getan hat, um das bestehende Hindernis alsbald zu beheben. Die Fristversäumung ist daher grundsätzlich nur dann unverschuldet, wenn der Beschwerdeführer innerhalb der Frist des § 93 I 1 BVerfGG alle für die Entscheidung über das Prozesskostenhilfegesuch wesentlichen Angaben und Unterlagen vorlegt. Dazu gehört auch, dass er entsprechend § 117 I 2 ZPO wenigstens im Kern deutlich macht, welche **verfassungsrechtliche Beanstandung** er gegen die mit der Verfassungsbeschwerde angegriffene(n) Entscheidung(en) erheben will. Unverzichtbar ist mithin jedenfalls eine einigermaßen plausible Minimalbegründung.
Mit dem Institut der **Prozesskostenhilfe** ermöglicht der Gesetzgeber auch Unbemittelten einen weitgehend gleichen Zugang zu den Gerichten. Nach übereinstimmender Rechtsprechung aller obersten Gerichtshöfe des Bundes kann ein - potenzieller - Rechtsbehelfsführer Prozesskostenhilfe für den beabsichtigten Rechtsbehelf beantragen, dabei **von der Einlegung des Rechtsbehelfs zunächst absehen** und **nach der Entscheidung über die Prozesskostenhilfe den Rechtsbehelf einlegen**, verbunden mit einem **Antrag auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand**. Diesem Antrag ist zur Vermeidung der Benachteiligung einer mittellosen Partei grundsätzlich zu entsprechen, wenn die Partei fristgerecht einen vollständigen Prozesskostenhilfeantrag gestellt hat. Dies gilt im Übrigen unabhängig von der Frage, ob Gerichtskosten entstehen, das Rechtsmittel einem Anwaltszwang unterliegt oder der Amtsermittlungsgrundsatz gilt. Danach hätte das Landessozialgericht den Antrag des Beschwerdeführers auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe für die beabsichtigte Einlegung und Begründung von Anhörungsrügen und Gegenvorstellungen nicht mit der Begründung verwerfen dürfen, Prozesskostenhilfe dürfe für beabsichtigte zukünftige Rechtshandlungen nicht bewilligt werden.

c) Anordnung der Fortdauer der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 12.12.2013 - 2 BvR 1690/13 **RID 14-01-323**
juris
GG Art. 2 II, 20 III

Fehlt der Anordnung der Fortdauer der **Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus** die im Rahmen des verfassungsrechtlich Gebotenen ausreichende Konkretisierung der vom Bf. ausgehenden **Gefahr** künftiger erheblicher rechtswidriger Taten und wird in den angegriffenen Beschlüssen nicht ausreichend dargelegt, dass die von dem Bf. ausgehende Gefahr das angesichts der Dauer der Unterbringung zunehmende Gewicht seines Freiheitsanspruchs aufzuwiegen vermag, und fehlt auch eine Befassung mit der Frage, ob dem Sicherungsinteresse der Allgemeinheit nicht auch durch den Bf. **weniger belastende Maßnahmen** Rechnung hätte getragen werden können, so liegt eine Verletzung des Art. 2 II 2 i.V.m. Art. 20 III GG vor.

d) Medizinische Zwangsbehandlung eines Untergebrachten mit Neuroleptika

BVerfG, 2. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 28.11.2013 - 2 BvR 2784/12 **RID 14-01-324**
juris
GG Art. 2 II 1, 19 IV

Die medizinische Behandlung eines Untergebrachten gegen seinen natürlichen Willen (kurz: **Zwangsbehandlung**) greift in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 II 1 GG) ein (vgl. BVerfGE 128, 282 <300>). Die Eingriffsqualität entfällt nicht bereits dann, wenn der Betroffene der abgelehnten Behandlung keinen physischen Widerstand entgegensetzt und eine Durchsetzung der Behandlungsmaßnahme mit physischem Zwang sich erübrigt (vgl. BVerfGE 128, 282 <300 f.>; 129, 269 <280>; BVerfG, Beschl. des 2. Sen. v. 20.02.2013 - 2 BvR 228/12 - NJW 2013, 2337 <2337>). Das bloße Unterbleiben einer bestimmten Form des Protests kann nicht ohne Weiteres als Zustimmung gedeutet werden. Die medizinische Behandlung eines Untergebrachten, die ihrer Art nach das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit berührt, greift in dieses Grundrecht allenfalls dann nicht ein, wenn sie von der frei, auf der Grundlage der gebotenen ärztlichen Aufklärung, erteilten Einwilligung des Untergebrachten gedeckt ist. Dies setzt voraus, dass der Untergebrachte einwilligungsfähig ist (vgl. BGHZ 29, 46 <51>; 154, 205 <210>) und keinem unzulässigen Druck ausgesetzt wurde, etwa durch das Inaussichtstellen von Nachteilen im Falle der Behandlungsverweigerung, die sich nicht als notwendige Konsequenzen aus dem Zustand ergeben, in dem der Betroffene unbehandelt voraussichtlich verbleiben oder in den er aufgrund seiner Weigerung voraussichtlich geraten wird (vgl. BVerfGE 128, 282 <300 f.>; s. auch BVerfGK 19, 140 <147>, m.w.N.).
Bei der medizinischen Zwangsbehandlung eines Untergebrachten mit **Neuroleptika** handelt es sich um einen besonders schwerwiegenden Grundrechtseingriff. Ungeachtet der Schwere des Eingriffs ist es dem Gesetzgeber nicht prinzipiell verwehrt, solche Eingriffe zuzulassen. Die Zwangsbehandlung eines Untergebrachten ist jedoch, wie jeder andere Grundrechtseingriff, nur auf der Grundlage eines Gesetzes zulässig, das die Voraussetzungen für die Zulässigkeit des Eingriffs hinreichend klar bestimmt (vgl. BVerfGE 128, 282 <302, 317>; BVerfG, BVerfG, Beschl. des 2. Sen. v. 20.02.2013 - 2 BvR 228/12 -, NJW 2013, S. 2337 <2337 f.>).
Ein formell und materiell rechtfertigungsbedürftiger Eingriff in das Grundrecht eines Untergebrachten aus Art. 2 II 1 GG durch die Verabreichung von Medikamenten liegt nicht erst dann vor, wenn die Medikamentengabe entweder unter Einsatz von Mitteln körperlichen Zwangs oder an einen von vornherein Widerstandsunfähigen erfolgt. Die medizinische Behandlung eines Untergebrachten, die ihrer Art nach das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit berührt, greift in das Grundrecht allenfalls dann nicht ein, wenn sie von der frei, auf der Grundlage der gebotenen ärztlichen Aufklärung, erteilten **Einwilligung des Untergebrachten** gedeckt ist. Dies setzt voraus, dass der Untergebrachte **einwilligungsfähig** ist und keinem **unzulässigen Druck** ausgesetzt wurde. Die **Gerichte** haben diesen Sachverhalt **aufzuklären**.

e) Zulässigkeit einer Verfassungsbeschwerde: Anhörungsrüge bei möglichem Gehörsverstoß

BVerfG, Beschluss v. 16.07.2013 - 1 BvR 3057/11 **RID 14-01-325**
juris = NJW 2013, 3506
GG Art. 19 IV

Leitsatz: 1. Wird die **Rüge einer Gehörsverletzung** weder ausdrücklich noch der Sache nach zum Gegenstand der Verfassungsbeschwerde gemacht oder wird die zunächst wirksam im Verfassungsbeschwerdeverfahren erhobene Rüge einer Gehörsverletzung wieder zurückgenommen, hängt die Zulässigkeit der **Verfassungsbeschwerde** unter dem Gesichtspunkt des Gebots der Rechtswegerschöpfung nicht von der vorherigen Durchführung eines fachgerichtlichen Anhörungsrügeverfahrens ab.
2. Aus Gründen der Subsidiarität müssen Beschwerdeführer allerdings zur Vermeidung der **Unzulässigkeit einer Verfassungsbeschwerde**, bei der sie sich nicht auf eine Verletzung des Art. 103 Abs. 1 GG berufen, eine **Anhörungsrüge** oder den sonst gegen eine Gehörsverletzung gegebenen Rechtsbehelf ergreifen, wenn den Umständen nach ein Gehörsverstoß durch die Fachgerichte nahe

liegt und zu erwarten wäre, dass vernünftige Verfahrensbeteiligte mit Rücksicht auf die geltend gemachte Beschwer bereits im gerichtlichen Verfahren einen entsprechenden Rechtsbehelf ergreifen würden.

f) Überlange Dauer eines Zivilprozesses: Reichweite des Richterspruchprivilegs (§ 839 II BGB)

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 22.08.2013 - 1 BvR 1067/12 **RID 14-01-326**
juris = NJW 2013, 3630
BGB § 839; GG Art. 2 I, 20 III, 34 I

Die Gerichte haben zudem die Gesamtdauer des Verfahrens zu berücksichtigen; sie müssen sich mit zunehmender Dauer nachhaltig um eine **Verfahrensbeschleunigung** bemühen
Dem verfassungsrechtlich verankerten Beschleunigungsgebot wird Rechnung getragen, indem nach § 839 II 2 BGB eine gerichtliche Untätigkeit oder Verfahrensverzögerung nicht dem **Haftungsprivileg** unterfällt und der Kreis der vom Haftungsprivileg umfassten vorbereitenden Maßnahmen restriktiv nur soweit zu ziehen ist, wie dies durch die im Rechtsstaatsprinzip verankerten Grundsätze der Rechtssicherheit und des Rechtsfriedens geboten ist. Zudem ist bei der Prüfung der Verfahrensführung außerhalb des privilegierten Bereichs zu beachten, dass eine Verzögerung durch eine nach § 839 II 1 BGB nicht überprüfbare Maßnahme in der Folge zur Pflicht führen kann, sich nachhaltig um eine Förderung und Beendigung des Verfahrens zu bemühen.
Die Annahme des BGH, die sachgerechte Führung des Prozesses sei **außerhalb des Anwendungsbereiches des Richterspruchprivilegs** aus § 839 II 1 BGB in der Regel in das Ermessen des verantwortlichen Richters gestellt und könne im Amtshaftungsprozess nicht auf ihre Richtigkeit, sondern nur auf ihre **Vertretbarkeit** geprüft werden, wobei er den Zeitfaktor nicht als allein entscheidend ansieht, beruht nicht auf einer unzutreffenden Einschätzung der Verpflichtung, Gerichtsverfahren in angemessener Zeit zu einem Abschluss zu bringen.
Es ist von Verfassungs wegen nicht zu beanstanden, dass in den angegriffenen Entscheidungen der bloße **Vortrag einer langen Dauer des Ursprungsverfahrens** nicht als ausreichend erachtet wurde, eine sekundäre Darlegungslast des an sich nicht darlegungs- und beweisbelasteten Staates anzunehmen. Denn dem Anspruchsteller ist es nicht faktisch unmöglich, anhand des ihm bekannten Verlaufs des eigenen Verfahrens konkrete Verhaltensweisen der im Vorprozess tätigen Richter oder bei deren Überlastung ein Organisationsversäumnis substantiiert zu behaupten.
Zwar ist es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, die Gewährung **rechtlichen Gehörs zum Sachverständigengutachten** anstelle einer sofortigen Terminierung dem Richterspruchprivileg zuzuordnen. Es ist jedoch von Verfassungs wegen nicht mehr vertretbar, dies als Rechtfertigung einer viermonatigen Verfahrensverzögerung heranzuziehen.

4. BSG: Anspruch eines Behinderten (Asperger-Syndrom) auf barrierefreie Kommunikation

BSG, Beschluss v. 14.11.2013 - B 9 SB 5/13 B **RID 14-01-327**
juris
ZPO § 403; SGG § 103

Mangelnde **Mitwirkung** entbindet das Gericht nicht von der Pflicht, die noch möglichen Ermittlungen anzustellen (vgl. BSG SozR 4-1500 § 103 Nr. 5 Rn. 14 f). Dies gilt insbesondere, wenn die vom Gericht als erforderlich angesehene Mitwirkung für den Beteiligten aufgrund besonderer Umstände unzumutbar ist. Anhaltspunkte dafür liegen vor, wenn der Kläger aufgrund einer bei ihm bestehenden **Erkrankung** (Asperger-Syndrom) nicht die Fähigkeit besitzt, die von ihm bislang geforderte Art und Weise der Mitwirkung bei der veranlassten Begutachtung zumutbar zu bewältigen und er eine ihm zumutbare Beweiserhebung ausdrücklich nicht abgelehnt hat.

5. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Gehörsverletzung durch Nichtverwertung zur Beweiswürdigung gehaltenen Vortrags

BGH, Beschluss v. 31.07.2013 - VII ZR 11/12 **RID 14-01-328**
juris = NZBau 2013, 633 = NJW-RR 2013, 1240 = ZfSch 2013, 632
juris
ZPO § 286; GG Art. 103

Wird der zur **Beweiswürdigung** einer Zeugenaussage gehaltene **Vortrag** einer Partei in der Berufungsbegründung in keiner Weise verarbeitet, ist anzunehmen, dass das Gericht die Ausführungen nicht zur Kenntnis genommen, jedenfalls nicht in Erwägung gezogen hat, was einen Verstoß gegen Art. 103 I GG begründet (vgl. BVerfG, Beschl. v. 15.05.2012 - 1 BvR 1999/09 - juris Rn. 14).

b) Keine unangemessene Verfahrensdauer eines amtsgerichtlichen Strafverfahrens

BGH, Urteil v. 14.11.2013 - III ZR 376/12 **RID 14-01-329**
juris
GVG §§ 198, 201; GG Art. 2 I, 19 IV, 20 III, 97 I

Leitsatz: Unangemessene Verfahrensdauer
1. Ob die **Dauer eines Gerichtsverfahrens** unangemessen im Sinne von § 198 Abs. 1 Satz 1 GVG ist, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalles.
2. **Unangemessen** im Sinne von § 198 Abs. 1 Satz 1 GVG ist die Verfahrensdauer dann, wenn eine insbesondere an den Merkmalen des § 198 Abs. 1 Satz 2 GVG ausgerichtete und den Gestaltungsspielraum der Gerichte bei der Verfahrensführung beachtende Gewichtung und Abwägung aller bedeutsamen Umstände des Einzelfalles ergibt, dass die aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 20 Abs. 3 GG und Art. 19 Abs. 4 GG sowie Art. 6 Abs. 1 EMRK folgende Verpflichtung des Staates, Gerichtsverfahren in angemessener Zeit zum Abschluss zu bringen, verletzt ist.
3. Bei der Beurteilung des Verhaltens des Gerichts darf der verfassungsrechtliche Grundsatz **richterlicher Unabhängigkeit** (Art. 97 Abs. 1 GG) nicht unberücksichtigt bleiben. Dem Gericht muss in jedem Fall eine angemessene Vorbereitungs- und Bearbeitungszeit zur Verfügung stehen. Es benötigt einen Gestaltungsspielraum, der es ihm ermöglicht, dem Umfang und der Schwierigkeit der einzelnen Rechtssachen ausgewogen Rechnung zu tragen und darüber zu entscheiden, wann es welches Verfahren mit welchem Aufwand sinnvollerweise fördern kann und welche Verfahrenshandlungen dazu erforderlich sind.

c) Kostenvergleich bei Factoring ärztlicher Honorarforderungen

BGH, Urteil v. 20.02.2013 - I ZR 175/11 **RID 14-01-330**
juris = GRUR 2013, 1058 = Magazindienst 2013, 822 = WRP 2013, 1333 = MDR 2013, 1239
UWG §§ 5, 6; EGRL 114/2006 Art. 7 Buchst. a

Leitsatz: Kostenvergleich bei Honorarfactoring
1. Wendet sich ein Unternehmer dagegen, dass ein von ihm an einen bestimmten Kunden gerichtetes Angebot für einen Preisvergleich verwendet wird, trägt er jedenfalls im Bereich standardisierter Dienstleistungen (hier: **Factoring ärztlicher Honorarforderungen**) grundsätzlich die Darlegungs- und Beweislast dafür, dass der für ihn im Preisvergleich genannte Preis nicht sein in entsprechenden Fällen regelmäßig verlangter Preis ist.
2. Die **Darlegungspflicht** ist dabei begrenzt auf die Offenlegung repräsentativer Beispiele für die Preisbildung, die sich auf dieselben Leistungsmerkmale wie der Preisvergleich beziehen.

6. Bundesfinanzhof (BFH)

a) Entschädigungsklage: Beschränkung d. Rechtsfolgenausspruchs auf Feststellung der Verzögerung

BFH, Urteil v. 17.04.2013 - X K 3/12 **RID 14-01-331**
juris = BFHE 240, 516
GVG §§ 198, 200

Leitsatz: 1. Wird ein FG in einem einfach gelagerten Klageverfahren zwischen dem Eingang des letzten Schriftsatzes eines der Beteiligten und der Anberaumung der mündlichen Verhandlung **fünfeinhalb Jahre lang** - abgesehen von einer Aktenanforderung und einer kurzen Anfrage an den Kläger - nicht tätig, ist die Verfahrensdauer als unangemessen anzusehen.
2. War die finanzgerichtliche **Klage unschlüssig**, d.h. bereits nach dem eigenen Tatsachenvortrag des Klägers erkennbar unbegründet, hatte das verzögerte Verfahren für den Entschädigungskläger objektiv keine besondere Bedeutung. In einem solchen Fall genügt für die erforderliche Wiedergutmachung die **Feststellung der Verfahrensverzögerung** durch das Entschädigungsgericht; der Zuerkennung einer Geldentschädigung für immaterielle Nachteile bedarf es nicht.
3. Das Entschädigungsgericht kann eine Verfahrensverzögerung auch dann feststellen, wenn eine **Verzögerungsrüge** gar nicht oder - in den Übergangsfällen des Art. 23 Satz 2 ÜberlVfRSchG - nicht unverzüglich erhoben worden ist.
4. Hat der Kläger die Zuerkennung einer Geldentschädigung beantragt, beschränkt sich das Entschädigungsgericht aber auf die bloße Feststellung einer unangemessenen Verfahrensdauer, ist dem Beklagten gleichwohl der weitaus überwiegende Teil (75 %) der **Kosten des Entschädigungsklageverfahrens** aufzuerlegen, wenn tatsächlich eine erhebliche Verfahrensverzögerung gegeben ist, deren Größenordnung weitgehend mit derjenigen Zeitspanne deckungsgleich ist, die der Kläger seiner monetären Entschädigungsforderung zugrunde gelegt hat, und der Kläger die Höhe seiner Entschädigungsforderung auf den gesetzlichen Regelbetrag des § 198 Abs. 2 Satz 3 GVG beschränkt hat.
5. Eine Entschädigungsklage wegen der Dauer eines Verfahrens vor dem FG Berlin-Brandenburg ist gegen das **Bundesland** zu richten, gegen dessen Verwaltungshandeln sich der spätere Entschädigungskläger in dem von ihm eingeleiteten finanzgerichtlichen Verfahren gewandt hat. Die Anordnung, dass das beklagte Bundesland in Entschädigungsklageverfahren durch den Präsidenten des FG vertreten wird, bedarf keiner Regelung durch ein Gesetz.

b) Unangemessene Dauer eines finanzgerichtlichen Klageverfahrens

BFH, Urteil v. 07.11.2013 - X K 13/12 **RID 14-01-332**
BFHE = DB 2013, 2906 = BFH/NV 2014, 259
GVG § 198

Leitsatz: 1. Die Dauer eines Gerichtsverfahrens ist nur dann **„unangemessen"** i.S. des § 198 GVG, wenn eine deutliche Überschreitung der äußersten Grenze des Angemessenen feststellbar ist.
2. Die gemäß § 198 Abs. 1 Satz 2 GVG im Vordergrund stehende **Einzelfallbetrachtung** schließt es aus, konkrete Fristen für die Gesamtdauer eines Verfahrens zu bezeichnen, bei deren Überschreitung die Verfahrensdauer als unangemessen anzusehen ist. Allerdings spricht bei einem finanzgerichtlichen Klageverfahren, das im Vergleich zu dem bei derartigen Verfahren typischen Ablauf keine wesentlichen Besonderheiten aufweist, eine Vermutung dafür, dass die Dauer des Verfahrens angemessen ist, wenn das Gericht gut **zwei Jahre** nach dem Eingang der Klage mit **Maßnahmen** beginnt, die das Verfahren einer Entscheidung zuführen sollen, und die damit begonnene Phase der gerichtlichen Aktivität nicht durch nennenswerte Zeiträume unterbrochen wird, in denen das Gericht das Verfahren unbearbeitet lässt.
3. Die genannte **Angemessenheitsvermutung** steht stets unter dem Vorbehalt der Betrachtung der besonderen Umstände des Einzelfalls. Sie gilt insbesondere nicht, wenn ein Verfahrensbeteiligter das Gericht rechtzeitig und in nachvollziehbarer Weise auf Gründe hinweist, die für eine **besondere Eilbedürftigkeit** des Verfahrens sprechen. Unabhängig davon verdichtet sich mit zunehmender

Verfahrensdauer die Pflicht des Gerichts, sich nachhaltig um eine Förderung, Beschleunigung und Beendigung des Verfahrens zu bemühen.
4. In einem Verfahren, das im Zeitpunkt des **Inkrafttretens des ÜberlVfRSchG** (3. Dezember 2011) bereits verzögert war, gilt eine Verzögerungsrüge als unverzüglich nach Inkrafttreten dieses Gesetzes erhoben und wahrt damit gemäß Art. 23 Satz 2 und 3 ÜberlVfRSchG Entschädigungsansprüche auch für die Zeit vor Inkrafttreten des Gesetzes, wenn sie spätestens drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes beim Ausgangsgericht eingeht.

7. Krankenhäuser

a) BVerwG: Mehrleistungsabschlag/Schiedsstelle und Verwaltungsrechtsweg

BVerwG, Urteil v. 30.05.2013 - 3 C 16.12 **RID 14-01-333**
juris = BVerwGE 146, 369 = KHE 2013/26
KHG §§ 18 V. 18a VI; KHEntgG § 4 I, IIa

Leitsatz: 1. Der **Mehrleistungsabschlag** nach § 4 Abs. 2a des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) war im Jahre 2011 nicht gemäß § 14 Abs. 1 KHEntgG genehmigungsbedürftig.
2. Gegen **Festsetzungen der Schiedsstelle** nach § 13 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG i.V.m. § 18a KHG, die keiner Genehmigung bedürfen, können die Vertragsparteien unmittelbar den **Verwaltungsrechtsweg** nach § 40 Abs. 1 Satz 1 VwGO beschreiten.

b) Beschränkung einer Landesbehörde bei Überprüfung einer Schiedsstellenentscheidung

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 07.02.2014 - 13 A 1900/13 **RID 14-01-334**
juris
VwGO § 124 II Nr. 2

In der Rechtsprechung ist geklärt (vgl. BVerwG, Urt. v. 30.04.2013 - 3 C 16.12 - juris Rn. 15), dass das Krankenhausentgeltgesetz der zuständigen **Landesbehörde** ausschließlich die **Alternative** zubilligt, die Vereinbarung oder schiedsgerichtliche Festsetzung zu genehmigen oder die Genehmigung wegen Verstoßes gegen die Vorschriften des Krankenhausentgeltgesetzes oder sonstiges Recht zu versagen. **Inhaltliche Festlegungen** sind ausschließlich Sache der Vertragsparteien, denen im gesetzlichen Rahmen Gestaltungsfreiheit zukommt. Sie bestimmen mit ihrem Genehmigungsantrag das Genehmigungssubstrat, das die Behörde von sich aus nicht verändern kann. Entsprechend ist die gerichtliche Kontrolle auf die Wahrung des rechtlichen Rahmens beschränkt.

c) Krankenhausleistungen durch nicht angestellte Ärzte

VG Köln, Urteil v. 19.11.2013 - 7 K 6350/11 **RID 14-01-335**
juris
KHEntgG 2 I, II, 7 I, 14 I 2, 18 I; Ärzte-ZV § 20 II

Die **Genehmigung des Schiedsspruches** nach § 14 I 2 KHEntgG ist durch den betroffenen Krankenhausträger selbständig gerichtlich **anfechtbar**.
Unzweideutiger Wortlaut und Sinn der Neuregelung in § 2 I KHEntgG schließen es aus, bei der Zuordnung ärztlicher Krankenhausleistungen auf die Frage der arbeits- oder dienstvertraglichen Qualität der Tätigkeit eines **auswärtigen Arztes** abzustellen. Erfasst sind ausdrücklich auch nicht angestellte Ärzte. Für eine Anwendung der Hilfsbegriffe wie Direktionsrecht, Weisungsbefugnis oder Gesamtverantwortung des Krankenhauses, für die sich im Gesetz kein zureichender Anhaltspunkt findet, bleibt hiernach kein Raum. Maßgebend ist vielmehr, ob es sich um Krankenhausleistungen handelt, mithin um solche, die innerhalb der Organisationsstruktur des Krankenhauses erbracht werden, was bei medizinischen Eingriffen bei Patienten des Krankenhauses auf Veranlassung dieses Krankenhauses nicht in Zweifel steht. Dies gilt auch bereits für die vor 2013 (hier: im November 2010) geltende Gesetzesfassung.
Die Ausweisung einer **chirurgischen Fachabteilung** umfasst bei sachgerechter Auslegung auch gefäßchirurgische Eingriffe.

d) Klinikkrankenschwester trotz freiem Mitarbeitervertrag in abhängiger Beschäftigung

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 25.04.2013 - L 1 R 132/12 **RID 14-01-336**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV §§ 2, 7, 7a

Leitsatz: Unabhängig von anderslautenden vertraglichen Vereinbarungen („freier Mitarbeitervertrag“) kann die **Tätigkeit als Krankenschwester in einer Klinik** regelmäßig nur im Rahmen eines **abhängigen Arbeitsverhältnisses** ausgeübt werden. Diese Tätigkeit unterliegt den Weisungen von der Stationsleitung als auch der behandelnden Ärzte und muss in den Organisationsablauf des Klinikbetriebes integriert sein. Die aushilfsweise Übernahme von Tätigkeiten, die normalerweise von festangestellten Mitarbeitern durchgeführt werden, bei Personalengpässen (Krankheit oder Urlaub), spricht auch für das Vorliegen einer abhängigen Beschäftigung.

e) Aufnahme eines bloß im Entwurfsstadium existierenden Krankenhauses in den Krankenhausplan

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 05.12.2012 - 9 S 2770/10 **RID 14-01-337**
juris = KHE 2012/144 = MedR 2013, 800
KHG §§ 1 I, 2, 8 I u. II; KHG BW §§ 2a, 7 I u. II, 25 I

Leitsatz: 1. Voraussetzung für die **Aufnahme** eines lediglich als Entwurf existierenden Krankenhauses in den **Krankenhausplan** ist das Vorliegen eines hinsichtlich seines Inhalts und seiner Realisierbarkeit hinreichend konkretisierten schlüssigen Konzepts.
2. Dieses **Konzept** muss eine an § 2 Nr. 1 KHG ausgerichtete Beschreibung des Krankenhauses wie auch die Beurteilung seiner Leistungsfähigkeit anhand seiner personellen, räumlichen und medizinischen Ausstattung ermöglichen und erkennen lassen, dass die Finanzierung des Vorhabens hinreichend gesichert ist.

f) Wettbewerbsverstoß durch Verlagerung des sog. Kühlmanagements auf Bestattungsunternehmen

LG Wiesbaden, Urteil v. 27.03.2013 - 11 O 61/12 **RID 14-01-338**
juris = KHE 2013/54
UWG §§ 2 I Nr. 1, 4 Nr. 2, 7, 8 I u. III Nr. 2

Ein Krankenhaus, das früher mit der Aufbewahrung der Verstorbenen in einer krankenhauseigenen Leichenhalle oder in einem Leichenraum eine gesetzlich nicht näher geregelte öffentliche Aufgabe wahrgenommen und das sog. **Kühlmanagement** infolge des Kostendruckes auf ein **Bestattungsunternehmen** ausgelagert hat, das frisch Verstorbene ohne Auftrag der Hinterbliebenen in einem Zeitraum von 2 Stunden nach ärztlicher Feststellung des Eintritts des Todesfalles abholt und in die Kühlräume des Bestattungsunternehmens verbringt, handelt gemäß § 4 Nr. 2 UWG wettbewerbswidrig.

g) Vorläufiger Rechtsschutz des Konkurrenten im Krankenhausplanungsrecht

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 10.12.2013 - 13 ME 168/13 **RID 14-01-339**
juris
KHG § 8; VwGO §§ 42 II, 80a

Leitsatz: 1. Ordnet das Verwaltungsgericht auf Antrag eines Krankenhausbetreibers gemäß §§ 80a Abs. 3 Satz 1, Abs. 1 Nr. 1, 80 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 VwGO die **sofortige Vollziehung** eines diesen begünstigenden **Feststellungsbescheides** nach § 8 Abs. 1 Satz 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) über die Aufnahme in den Krankenhausplan an, so hängt die Zulässigkeit der dagegen gerichteten Beschwerde eines anderen Krankenhausbetreibers, der ebenfalls in den Krankenhausplan aufgenommen werden will, aus Gründen des Rechtsschutzbedürfnisses davon ab, inwieweit dessen gegen den Bescheid gerichtete **Drittanfechtungsklage zulässig** ist.

2. Die **Klagebefugnis** (§ 42 Abs. 2 VwGO) für eine solche Klage gegen die fremde Begünstigung fehlt dem anderen Krankenhausbetreiber, wenn die Behörde keine **Auswahlentscheidung** zwischen den beiden Versorgungsangeboten (§ 8 Abs. 2 Satz 2 KHG) getroffen hat; ferner, soweit er eine eigene Begünstigung klageweise nicht oder ohne hinreichende Erfolgsaussichten erstrebt, d.h. eine Versagungsgegenklage nicht erhoben hat, diese unzulässig oder offensichtlich unbegründet ist.

8. Rettungsdienst

a) Genehmigung qualifizierter Krankentransporte

VG Oldenburg, Urteil v. 11.12.2013 - 11 A 101/13 **RID 14-01-340**
juris
GWB § 97; Niedersachsen RettDG §§ 5 II, 19, 22 I 2

Leitsatz: Zu den Anforderungen des § 114 Satz 2 VwGO im Falle der Nachbesserung der Funktionsbeeinträchtigungsprüfung und der **Ermessensausübung** nach § 22 Abs. 1 Satz 2 NRettDG im gerichtlichen Verfahren.
Maßgeblicher **Entscheidungszeitpunkt** bei Verfahren betreffend die Genehmigung zum qualifizierten Krankentransport ist derjenige der gerichtlichen Entscheidung.
Im Hinblick auf § 136 Abs. 3 Nr. 2 NKomVG dürfen die Rettungsdienstträger im qualifizierten Krankentransport im Verhältnis zu Privatunternehmen **nicht nur subsidiä**r tätig werden.
Hat der Rettungsdienstträger seinen Rettungsdienst erst während des Antragsverfahrens verändert, so dass der bisherige Bedarf an privaten Krankentransportleistungen entfallen ist, sind an die Prüfung der Frage, ob zur Vermeidung der **Unverträglichkeit** eine (erneute) Umstrukturierung des Rettungsdienstes möglich ist, höhere Anforderungen zu stellen. Der bloße Verweis auf das Mehrzweckfahrzeugsystem ist insoweit nicht ausreichend.
Hat der **private Krankentransportunternehmer** durch eine Umstrukturierung des öffentlichen Rettungsdienstes erhebliche wirtschaftliche Nachteile erlitten, ist dies bei der Ermessensentscheidung nach § 22 Abs. 1 Satz 2 NRettDG in Rechnung zu stellen.

b) Ausnahmen vom Notarztaufenthaltsort: Keine Bindung an Einvernehmen der KV

VG Regensburg, Urteil v. 12.11.2013 - RN 4 K 13.659 **RID 14-01-341**
juris
RettDGAV Bay § 3 II

Leitsatz: 1. Die Versorgung der Notfallpatienten von einem abweichenden **Notarztaufenthaltsort** aus ist mit der Versorgung vom festgesetzten Notarztstandort aus zu vergleichen.
2. Der Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung ist bei der Entscheidung über die Erteilung einer Ausnahmegenehmigung nicht an die **Einvernehmenserteilung der Kassenärztlichen Vereinigung** gebunden.

Parallelverfahren:
VG Regensburg, Urteil v. 12.11.2013 - RN 4 K 13.537 **RID 14-01-342**
juris

c) Entgelte für die Heranziehung der Berufsfeuerwehr im Rahmen der Landrettung

VG München, Urteil v. 19.03.2013 - M 16 K 12.2761 **RID 14-01-343**
juris
RettDG Bay Art. 4 S. 3, 34 II, VI, 48

Leitsatz: 1. Eine **Berufsfeuerwehr**, deren Krankenkraftwagen für Einsätze zur Spitzenabdeckung im Rahmen der **Landrettung** herangezogen wird, ist faktisch Durchführende des Rettungsdienstes und hat in entsprechender Anwendung des Art. 34 Abs. 2 Sätze 1 und 3 BayRDG einen Anspruch auf ein einsatzbezogenes Entgelt.
2. Bei Streitigkeiten über die Höhe des einsatzbezogenen Entgelts für Einsätze zur Spitzenabdeckung im Rahmen der Landrettung kann der faktisch Durchführende die **Entgeltschiedsstelle** anrufen.

9. Hebammen: Unzulässiges Wettbewerbsverbot in „Vertrag über freie Mitarbeit“

OLG München, Urteil v. 15.01.2014 - 20 U 3001/13 **RID 14-01-344**

juris

BGB § 611; HGB § 74 II

Ist ein „Vertrag über freie Mitarbeit“ in Wirklichkeit ein **Kooperationsvertrag** sui generis, wonach eine Hebamme vor allem die Praxis einer anderen Hebamme und die Praxiseinrichtung nutzt und dafür u.a. einen Kostenbeitrag zu leisten hat und es schon an den Grundvoraussetzungen für ein Dienstvertragsverhältnis, zu denen gehört hätte, dass die Hebammenleistungen für eine Vergütung erbracht und nicht auf eigene Rechnung gegenüber den Patientinnen abgerechnet werden, so handelt es sich um eine **Praxisgemeinschaft**.
Ein Wettbewerbsverbot, an das die **Vertragsstrafenregelung** anknüpft, ist aber gemäß § 138 I BGB i.V.m. Art. 12 I GG gerade deshalb, weil die Parteien nebeneinander selbstständig tätig waren und sich nur im Rahmen eines Kooperationsvertrages vertraglich verbunden hatten, unwirksam. Wettbewerbsverbote sind nach ständiger Rechtsprechung des BGH nur wirksam, wenn sie nach Ort, Zeit und Gegenstand nicht über die schützenswerten Interessen des Begünstigten hinausgehen und den Verpflichteten nicht übermäßig beschränken (vgl. BGH NJW 2010, 1206 Rn. 13 m.w.N.).

10. Rentenversicherungspflicht selbständig tätiger Physiotherapeuten

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 27.05.2013 - L 1 R 29/11 **RID 14-01-345**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

GG Art. 3 I; SGB IV § 8 I Nr. 1; SGB VI § 2

Leitsatz: 1. **Selbständig tätige Physiotherapeuten** sind als Pflegepersonen in der Krankenpflege nach § 2 S. 1 Nr. 2 SGB VI grundsätzlich versicherungspflichtig, weil sie ihre selbständige Tätigkeit in Abhängigkeit von Heilkundigen ausüben.
2. Die Frage, ob **Rentenversicherungspflicht** besteht oder wegen der Beschäftigung eines versicherungspflichtigen Arbeitnehmers nicht besteht, bestimmt sich in den Fällen einer selbständigen Tätigkeit nach § 2 S. 1 Nr. 1, 2, 7 und 9 SGB VI in der Ausübungsform der GbR allein nach dem Umfang der Beschäftigung des Arbeitnehmers, in dem er dem zu beurteilenden selbständig tätigen Gesellschafter wirtschaftlich jeweils zuzurechnen ist.

11. Versicherungspflicht selbständiger Ökotrophologen: Tätigwerden auf Grund ärztlicher Versordnung

SG Kassel, Urteil v. 27.02.2013 - S 6 R 271/10 **RID 14-01-346**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB VI § 2 S. 1 Nr. 2

Leitsatz: Selbstständige **Ökotrophologen**, die überwiegend auf Grund von **Notwendigkeitsbescheinigungen** tätig werden, unterliegen der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung.

12. Irreführende Werbung für kostengünstigen Zahnersatz aus Philippinen

LG Düsseldorf, Urteil v. 23.07.2013 - 38 O 113/13 **RID 14-01-347**

juris

UWG §§ 3, 5 I 2 Nr. 1 u. 2

Die **Werbung für kostengünstigen Zahnersatz**, der nach den Behauptungen des Bewerbers „in deutscher Qualität“ von „einem erfahrenen deutschen Dentallabor“ hergestellt wird, das mit zahlreichen zahnärztlichen Partnerpraxen in jeweiliger Kundennähe zusammenarbeitet, ist irreführend, wenn der Zahnersatz tatsächlich in einem Zahnlabor unter deutscher Leitung auf den Philippinen hergestellt wird.

13. Zahlung einer Aufwandsentschädigung an Blutspender

OVG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 19.12.2013 - 6 A 10608/13 **RID 14-01-348**

juris

AMG §§ 64 III, 69 I 1; TFG §§ 3 II, 10; UWG §§ 3 I, 4 Nr. 11

Leitsatz: 1. Da § 3 Abs. 2 TFG es den **Blutspendeeinrichtungen** überlässt, die Einzelheiten ihrer Zusammenarbeit und gegenseitigen Unterstützung in einer Vereinbarung festzulegen, kommen **aufsichtsbehördliche Maßnahmen** im Interesse eines Beteiligten wegen des Verstoßes einer Spendeeinrichtung gegen diese Verpflichtung nur in besonders gelagerten Fällen in Betracht.
2. Die **Aufwandsentschädigung**, die Blutspendern für die **Spendeentnahme** gewährt werden kann, dient nicht nur dem Ausgleich von Vermögensnachteilen, sondern insbesondere auch der Honorierung der Bereitschaft, im Interesse der Allgemeinheit den mit dem Spenden von Blut verbundenen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und die damit verbundenen Risiken und Unannehmlichkeiten auf sich zu nehmen, sich zum Ort der Blutspende zu begeben sowie die hierfür und für die Spendeentnahme erforderliche Zeit aufzuwenden.
3. Die Gewährung einer Aufwandsentschädigung für Blutspender kann durch Zahlung eines **Pauschalbetrags** - im konkreten Fall in Höhe von 26,00 EUR - erfolgen.

14. Abrechnungsbetrug durch nicht vertragsgemäß durchgeführte Pflegekurse

OLG Rostock, Beschluss v. 19.12.2013 - Ws 320/13 **RID 14-01-349**

juris

StGB §§ 2, 73a, 73c, 263; StPO §§111, 111b, 111e

Leitsatz: 1. Zum **Abrechnungsbetrug** zum Nachteil von Krankenkassen als Pflegekassen durch Anbieter von durch Rahmenverträge nach Teilnehmer- und Dozentenauswahl standardisierter **Pflegekurse** durch Einreichung darauf Bezug nehmender Rechnungen für nicht vertragsgemäß durchgeführte Kurse.
2. **Sicherstellung** zur **Rückgewinnungshilfe**:
a) Keine Verlängerungsanordnung nach § 111b Abs. 3 Satz 2 StPO erforderlich, sobald „dringende Gründe“ vorliegen. Im Beschwerdeverfahren ist insoweit allein auf den Zeitpunkt der Beschwerdeentscheidung abzustellen.
b) Das nach der Rechtsprechung des BGH bei der Fristenregelung in § 111i Abs. 3 StPO zu beachtende materiell-rechtliche Rückwirkungsverbot (§ 2 Abs. 3 und 5 StGB) gilt nicht für vorläufige Sicherstellungen nach § 111b StPO.
c) Kriterien für die Verhältnismäßigkeit bei lang andauernden Sicherstellungen, insbesondere wenn die Geschädigten keine eigenen Sicherungsmaßnahmen ergreifen.

15. Therapiebescheinigung als Gesundheitszeugnis

OLG Stuttgart, Urteil v. 25.09.2013 - 2 Ss 519/13 **RID 14-01-350**

juris = VerkMitt 2013, Nr. 80 = GesR 2014, 24

StGB §§ 277, 278, 279

Leitsatz: 1. Die Bescheinigung einer approbierten Medizinalperson ist ein **Gesundheitszeugnis** i.S.d. §§ 277 ff. StGB, wenn sie Aussagen über den gegenwärtigen Gesundheitszustand eines Menschen, über frühere Krankheiten sowie ihre Spuren und Folgen oder über Gesundheitsaussichten trifft, wobei auch Angaben tatsächlicher Natur, so etwa über erfolgte Behandlungen bzw. deren Ergebnis erfasst sind. Die Angabe einer konkreten Diagnose ist nicht erforderlich.
2. Ein Gesundheitszeugnis ist **falsch** i.S.v. § 279 StGB, wenn es **objektiv unzutreffende Angaben** über tatsächliche Umstände macht, die wesentliche Grundlage einer medizinischen Bewertung sind, so etwa über tatsächlich nicht erfolgte ärztliche oder therapeutische Behandlungen. Auf die Richtigkeit einer daraus resultierenden Diagnose kommt es in diesen Fällen nicht mehr an.
3. Die **Vorlage einer gefälschten Therapiebescheinigung** bei einer privatrechtlich organisierten **Begutachtungsstelle für Kraftfahreignung** erfüllt den Tatbestand des § 279 StGB nicht, da diese Norm das „Gebrauch machen“ gegenüber einer Behörde voraussetzt.

16. Heilpraktiker

a) Erteilung einer beschränkten Heilpraktikererlaubnis für Psychotherapie

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 30.01.2014 - 13 A 1800/13 **RID 14-01-351**

juris

HeilprG § 1

Die Erteilung einer **Heilpraktikererlaubnis** beschränkt auf das Gebiet der **Psychotherapie** an eine Diplom-Psychologin setzt nicht den Nachweis einer erfolgreich durchlaufenen Aus,- Fort- oder Weiterbildung voraus. Es bedarf allein der Feststellung, dass die Ausübung der Heilkunde durch den Betreffenden keine **Gefahr** für die Volksgesundheit bedeuten wird.

b) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut: Heilpraktikererlaubnis für Psychotherapie

VG Berlin, Urteil v. 22.01.2014 - 14 K 124.12 **RID 14-01-352**

juris

HeilPrG §§ 1, 2; PsychThG §§ 1 II, 5 II; SGB V § 28 III

Leitsatz: 1. Ein **approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut** muss sich für die Erteilung einer **Heilpraktikererlaubnis für Psychotherapie**, die ihn zur Therapie von Erwachsenen legitimieren würde, grundsätzlich der behördlichen **Überprüfung seines individuellen Kenntnisstandes** unterziehen. Für eine Gleichstellung mit Absolventen des Universitätsstudiengangs Psychologie mit dem Fach Klinische Psychologie als Prüfungsfach, denen auf Antrag eine solche Heilpraktikererlaubnis ohne weitere Überprüfung erteilt wird, fehlt es an einer Vergleichbarkeit der maßgeblichen Ausbildungsinhalte.
2. Gesichtspunkte der **Verhältnismäßigkeit** gebieten es nicht, auf eine Überprüfung der erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten zu verzichten und den damit verbundenen Gefahren für die Gesundheit der Bevölkerung mit einer Nebenbestimmung zu begegnen (Abweichung vom Urteil des Oberverwaltungsgerichts Rheinland-Pfalz vom 28. April 2009 - 6 A 10050/08, juris).

c) Voraussetzungen einer auf Physiotherapie beschränkten Heilpraktikererlaubnis

OVG Niedersachsen, Urteil v. 14.11.2013 - 8 LB 225/12 **RID 14-01-353**

juris

HeilprG § 1; HeilprGDV 1 § 2; GG Art. 12 I

Leitsatz: 1. Für die Erlangung einer auf den Bereich der **Physiotherapie beschränkten Heilpraktikererlaubnis** ist neben der erfolgreich abgeschlossenen Ausbildung zum Physiotherapeuten erforderlich, dass der Berufsbewerber ausreichende diagnostische Fähigkeiten in Bezug auf die einschlägigen Krankheitsbilder, Kenntnisse über die Abgrenzung der heilkundlichen Tätigkeit als Physiotherapeut gegenüber der den Ärzten und den allgemein als Heilpraktiker tätigen Personen vorbehaltenen heilkundlichen Behandlungen und Kenntnisse in Berufs- und Gesetzeskunde einschließlich der rechtlichen Grenzen der nichtärztlichen Ausübung der Heilkunde hat.
2. **Diagnostische Fähigkeiten** in Bezug auf die einschlägigen Krankheitsbilder erfordern Kenntnisse über Krankheiten, die mit Beschwerden des Bewegungsapparates im Zusammenhang stehen und mit denen ein Physiotherapeut in der Praxis konfrontiert wird, und Kenntnisse über diagnostische Verfahren zur Feststellung dieser Krankheiten beim Patienten.
3. Kenntnisse über die **Abgrenzung der heilkundlichen Tätigkeit** als Physiotherapeut gegenüber den den Ärzten und den allgemein als Heilpraktiker tätigen Personen vorbehaltenen heilkundlichen Behandlungen setzen voraus, dass der Berufsbewerber um die tatsächlichen Grenzen seiner Befugnisse zur selbständigen heilkundlichen Ausübung der Physiotherapie weiß.
4. Der Berufsbewerber muss hierzu einerseits die **Grenzen** der eigenen Diagnosefähigkeiten und andererseits die Grenzen des Einsatzes physiotherapeutischer Behandlungsmethoden kennen.
5. Er muss indes nicht die Diagnose einer konkreten anderen Erkrankung als einer solchen des **Bewegungsapparates** stellen können.
6. Kenntnisse im Bereich der **Berufs- und Gesetzeskunde** einschließlich der rechtlichen Grenzen der nichtärztlichen Ausübung der Heilkunde umfassen grundlegende Kenntnisse zum Heilpraktikergesetz

und zu der hierzu erlassenen 1. Durchführungsverordnung und zu straf-, zivil- und öffentlich-rechtlichen Vorschriften, die bei der selbständigen Berufsausübung von Bedeutung sind, darunter insbesondere Aufklärungs- und Dokumentationspflichten.

d) Heilpraktikerprüfung: Ausreichende medizinische Kenntnisse

VGH Bayern, Beschluss v. 09.01.2014 - 21 ZB 13.1190 **RID 14-01-354**
juris
VwGO § 124

Ungenügende Kenntnisse zur Erkrankung Herpes zoster, des Diabetes mellitus und in der Anatomie der Wirbelsäule rechtfertigen das Nichtbestehen der Heilpraktikerprüfung.
Eine selbständig tätige Heilpraktikerin kann sich beim Patienten nicht durch Gegenfragen im Ausschlussverfahren an die richtige **Diagnose** herantasten, sondern muss diese stellen.

17. Impfschaden: Zusammenhang zwischen Hepatitis-B-Impfung und Guillain-Barre-Syndrom

SG Dortmund, Urteil v. 13.11.2013 - S 7 VJ 601/09 **RID 14-01-355**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
IfSG §§ 2 Nr. 11, 60 I Nr. 1;

Es besteht die wissenschaftlich anerkannte Möglichkeit eines **Ursachenzusammenhangs zwischen einer Hepatitis-B-Impfung und einem Guillain-Barre-Syndrom**, da die STIKO für eine Minderzahl der Fälle eine impfbedingte Verursachung des Guillain-Barre-Syndroms anerkennt.
Aus der **statistischen Wahrscheinlichkeit**, dass 2/3 aller Guillain-Barre-Syndrome durch einen vorangegangenen Infekt ausgelöst wurden, kann nicht geschlossen werden, dass ein Infekt als wahrscheinliche Ursache anzusehen ist. Ist aber ein **Infekt** zumindest mit sehr, sehr hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen, dann muss die nachweisliche Impfung zumindest als wahrscheinlicher Auslöser eines Guillain-Barre-Syndroms angesehen werden.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger ein Versorgungsanspruch wegen eines Impfschadens nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz zusteht. Streitig ist die Frage, ob als Ursache des bei dem Kl. im Juni 2007 diagnostizierten Guillain-Barre-Syndroms wahrscheinlich die vorangegangene Impfung oder ein Infekt anzunehmen ist. Das ***SG*** verurteilte den Bekl., bei dem Kl. ab Januar 2009 die gesundheitlichen Folgen des Guillain-Barre-Syndroms als Impfschaden anzuerkennen und ihm Beschädigtenversorgung nach dem IfSG i.V.m. dem BVG zu gewähren.

18. Hörgeräteversorgung durch Rentenversicherungsträger

a) Keine ordnungsgemäße Anpassung der zuzahlungsfreien Geräte

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.11.2013 - L 33 R 550/12 **RID 14-01-356**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12 II, 13; SGB IX §§ 14, 26 II Nr. 6, 31 I Nr. 3; SGB VI § 15 I

Ist der Rentenversicherungsträger nicht der **erstangegangener Träger** im Sinne des § 14 SGB IX, ist er nicht zuständig. Die Krankenkasse bleibt als erstangegangene Träger zuständig, auch wenn eine weitergehende Kostenerstattung mit der Notwendigkeit eines besseren Hörverständnisses gerade bei der Arbeit begründet wird.
Ein an die Krankenkasse gerichteter **Antrag auf Versorgung** mit einem Hörgerät ist jedenfalls auch auf Leistungen zur Teilhabe im Sinne von §§ 1, 4 und 5 SGB IX gerichtet.
Ausschließlich **berufliche und arbeitsplatzspezifische Gebrauchsvorteile** sind für die Hilfsmittelversorgung nach dem SGB V grundsätzlich unbeachtlich (hier im Übrigen verneint).
Erfolgt **keine ordnungsgemäße Anpassung der zuzahlungsfreien Geräte**, sondern entscheidet sich eine Versicherte ohne eine solche vergleichende Anpassung nur nach Klangbeispielen für das dann angeschaffte Gerät und dies keineswegs nur wegen eines – zumindest subjektiv so empfundenen – besseren Hörverständnisses, sondern auch aus ästhetischen Gründen und wegen unbefriedigender

Trageeigenschaften, so hat sie damit nicht das ihr Zumutbare getan, um die notwendige Leistung zur Vermeidung unnötiger Kosten zu ermitteln.

b) Einstweilige Anordnung gegen erstangegangenen Rehabilitationsträger

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 04.11.2013 - L 2 R 438/13 ER **RID 14-01-357**
juris
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, II, 33 I, 36, 40 IV, 70; SGB VI §§ 9, 15, 16; SGG § 86b II

Leitsatz: Zu den Voraussetzungen einer **einstweiligen Anordnung**, mit der ein erstangegangener Rehabilitationsträger zur Versorgung des Versicherten mit höherwertigen und daher nicht zum sog. Festbetrag erhältlichen Hörgeräten verpflichtet wird.

c) Leistungsantrag: Übergabe der vertragsärztlichen Hörgeräteverordnung

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 23.10.2013 - L 6 R 425/11 **RID 14-01-358**
Revision anhängig: BSG - B 5 R 8/14 R -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12 I, 15 I, 33 Va 1, 73 II 1 Nr. 7; SGB IV § 19 S. 1; SGB IX §§ 14, 15, 26, 31; SGB VI §§ 9 I, 15 I

Leitsatz: Allein in der Übergabe der dem Versicherten ausgestellten vertragsärztlichen Hörgeräteverordnung an den Hörgeräteakustiker ist **kein Leistungsantrag** gegenüber der Krankenkasse zu sehen (Entgegen BSG vom 24.1.2013 - B 3 KR 5/12 R = BSGE 113, 40 = SozR 4-3250 § 14 Nr. 19, juris Rdnr. 20).

d) Ursachenzusammenhang zwischen Ablehnung und entstandenen Kosten

LSG Bayern, Urteil v. 20.02.2013 - L 1 R 801/11 **RID 14-01-359**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 III; SGB IX §§ 14, 15

Leitsatz: Der Anspruch auf **Erstattung der Kosten** für ein Hörgerät setzt grundsätzlich voraus, dass mit dem **Rehabilitationsträger** Kontakt aufgenommen und dessen Entscheidung abgewartet worden ist, bevor sich der Versicherte das Hörgerät selbst beschafft hat.

19. Keine Fortführung ambulanter Langzeitpsychotherapie als Rehaleistung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.04.2013 - L 21 R 1212/09 **RID 14-01-360**
Revision anhängig: B 5 R 26/13 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB VI §§ 9, 13 II Nr. 1, 15

Leitsatz: Fortführung ambulanter Langzeitpsychotherapie als Leistung der medizinischen Rehabilitation nicht möglich.

20. Blindengeld: Zweifel am Vorliegen von Blindheit

LSG Bayern, Urteil v. 27.11.2013 - L 15 BL 4/11 **RID 14-01-361**
juris
BlindG Bay Art. 1

Leitsatz: Wenn in den Fällen **umfangreicher cerebraler Schäden** bereits **Zweifel am Vorliegen von Blindheit** bestehen, kommt es auf das Erfordernis einer spezifischen Störung des Sehvermögens nicht mehr an.

21. Opferentschädigungsrecht: Manipulation im Vaginalbereich während ärztl. Ultraschalluntersuchung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 14.11.2013 - L 10 VE 29/12 **RID 14-01-362**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 9 V 2/14 B

juris

OEG § 1

Ein **Patient** wird unter Berücksichtigung des Schutzzwecks des OEG nur dann zum **Gewaltopfer**, wenn ein als vorsätzliche Körperverletzung strafbarer ärztlicher Eingriff objektiv - also aus der Sicht eines verständigen Dritten - in keiner Weise dem Wohl des Patienten dient. Dies ist insb. der Fall, wenn sich der Arzt bei seiner Vorgehensweise im Wesentlichen von eigenen finanziellen Interessen leiten lässt und die gesundheitlichen Belange des Patienten hintanstellt (vgl. BSG, Urt. v. 29.04.2010 - B 9 VG 1/09 R - BSGE 106, 91 = SozR 4-3800 § 1 Nr. 17).

Ein **rechtswidriger tätlicher Angriff** liegt nicht vor, wenn eine Patientin während einer **Ultraschalluntersuchung des Arztes** von diesem mit dem Ultraschallgerät an den Genitalien berührt wird - der Arzt ist mit dem Ultraschallgerät bis in den Vaginalbereich gekommen und ist dann mit dem Gerät immer hin- und hergegangen; nach Einschätzung der Patientin dauerte diese Manipulation im Vaginalbereich ungefähr 30 bis 45 Minuten plus/minus 15 Minuten -, da es an einer „körperlichen Gewaltanwendung“ fehlt.

22. Schadensersatz bei Verbrühung eines demenzkranken Heimbewohners durch heißen Tee

OLG Schleswig, Urteil v. 31.05.2013 - 4 U 85/12 **RID 14-01-363**

juris = RDG 2013, 243 = PflR 2013, 630 = PaPfleReQ 2013, 104 = Sozialrecht aktuell 2013, 262

BGB §§ 280, 823 I; HeimG § 11 II

Leitsatz: 1. In einer Pflegeeinrichtung mit großenteils **demenzerkrankten Heimbewohnern** ist dem Personal nicht abzuverlangen, ständig **Aufsicht** über diese zu führen. Dies widerspräche dem Postulat des § 11 Abs. 2 HeimG, wonach Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der Heimbewohner zu wahren und zu fördern ist.

2. Es stellt aber eine Verletzung der Obliegenheitspflicht dar, wenn die Heimbewohner in einem Aufenthaltsraum mit mit heißem **Tee gefüllten Thermoskannen** allein gelassen werden. So wäre es ohne weiteres möglich gewesen, das hier dann eingetretene Schadensereignis, die erheblichen Verbrühungen einer Bewohnerin, abzuwenden, wenn die Kannen vom Personal beim Verlassen des Raumes mitgenommen worden wären.

23. Steuerrecht

a) Bundesfinanzhof (BFH)

aa) Körperschaftsteuerbefreiung für Abgabe von Zytostatika durch Krankenhausapotheke

BFH, Urteil v. 31.07.2013 - I R 82/12 **RID 14-01-364**

juris = DB 2013, 2898

SGB V §§ 39 I 1, 107 I, 116: AO §§ 52, 65, 66 II, 67; KStG § 5 I Nr. 9

Leitsatz: 1. Die Abgabe von **Zytostatika** durch die **Krankenhausapotheke** an ambulant behandelte Patienten des Krankenhauses zur unmittelbaren Verabreichung im Krankenhaus ist dem Zweckbetrieb Krankenhaus zuzurechnen. Dies gilt auch dann, wenn die **Ermächtigung** zur Durchführung ambulanter Behandlungen nicht dem Krankenhaus im Wege einer sog. Institutsermächtigung, sondern dem **Chefarzt** des Krankenhauses erteilt wird, der die Behandlungen als Dienstaufgabe durchführt.

2. Die **Körperschaftsteuerbefreiung** für Krankenhäuser ist eine bestehende Beihilfe („Alt-Beihilfe“), für die das Durchführungsverbot des Art. 108 Abs. 3 Satz 3 AEUV nicht gilt

bb) Körperschaft-/Gewerbesteuerbefreiung für Abgabe von Zytostatika durch Krankenhausapotheke

BFH, Urteil v. 31.07.2013 - I R 31/12 **RID 14-01-365**

juris

SGB V §§ 39 I, 107 I, 129a; GewStG § 3 Nr. 6; KStG § 5 I Nr. 9

Leitsatz: 1. NV: Die Abgabe von Zytostatika durch die Krankenhausapotheke an im Krankenhaus ambulant behandelte Patienten des Krankenhauses zu unmittelbarer Verabreichung ist dem Zweckbetrieb Krankenhaus zuzurechnen.
2. NV: Die **Körperschaftsteuerbefreiung** und **Gewerbesteuerbefreiung** für Krankenhäuser ist eine bestehende Beihilfe ("Alt-Beihilfe"), für die das Durchführungsverbot des Art. 108 Abs. 3 Satz 3 AEUV nicht gilt.

cc) Abweichende Angaben in Einkommensteuer- und Gewinnfeststellungserklärung

BFH, Urteil v. 23.07.2013 - VIII R 32/11 **RID 14-01-366**

juris = BFHE 242, 21 = DB 2013, 2123 = DStR 2013, 1999 = BFH/NV 2013, 1831 = BB 2013, 2721 = BFH/PR 2013, 471

AO §§ 150, 153, 155, 169, 175, 378

Leitsatz: Deklarieren Kläger ihre **Einkünfte aus selbständiger Arbeit** aus ihrer **Arztpraxis** in ihrer **Gewinnfeststellungserklärung** in zutreffender Höhe, geben sie in der zeitgleich abgegebenen **Einkommensteuererklärung** die Einkünfte der Klägerin aber nur in hälftiger Höhe an, kann darin eine leichtfertige Steuerverkürzung liegen

dd) Ermäßigter Steuersatz für Kapitalleistungen berufsständischer Versorgungseinrichtungen

BFH, Urteil v. 23.10.2013 - X R 3/12 **RID 14-01-367**

juris

EStG §§ 10 I Nr. 2, 22 Nr. 1 3 Buchstabe a, 34 I

Leitsatz: 1. Kapitalleistungen, die von **berufsständischen Versorgungseinrichtungen** nach dem 31. Dezember 2004 gezahlt werden, sind als „andere Leistungen“ mit dem Besteuerungsanteil gemäß § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchst. a Doppelbuchst. aa EStG zu besteuern.
2. Die durch das AltEinkG begründete Steuerpflicht von Kapitalleistungen verstößt weder gegen den **Gleichheitssatz** noch gegen das **Rückwirkungsverbot**.
3. Die Kapitalleistungen berufsständischer Versorgungseinrichtungen können gemäß § 34 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 Nr. 4 EStG **ermäßigt besteuert** werden.

ee) Steuerpflicht von Rentenabfindungen berufsständischer Versorgungswerke

BFH, Urteil v. 23.10.2013 - X R 11/12 **RID 14-01-368**

juris

EStG § 22 Nr. 1 S. 3

Leitsatz: (nicht amtlich veröffentlicht) 1. **Rentenabfindungen**, die von berufsständischen Versorgungseinrichtungen nach dem 31. Dezember 2004 ausgezahlt werden, werden gemäß § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchst. a Doppelbuchst. aa EStG besteuert.
2. Soweit die Rentenabfindungen auf Beiträgen beruhen, die **vor dem 1. Januar 2005** oberhalb der Beitragsbemessungsgrenzen der gesetzlichen Rentenversicherung geleistet wurden, führt die Anwendung der Öffnungsklausel insoweit zur Nichtbesteuerung der Rentenabfindung.

b) Umsatzsteuer

aa) BFH: Zur Steuerbefreiung heilberuflicher Leistungen

BFH, Beschluss v. 29.10.2013 - V B 58/13 **RID 14-01-369**

juris

FGO § 115 II Nr. 1 u. 2; UStG § 4 Nr. 14

Leitsatz (nicht amtlich veröffentlicht): Die Rechtsfrage, ob die Steuerbefreiung heilberuflicher Leistungen analog § 4 Nr. 14 Satz 2 UStG auf infrastrukturelle Leistungen von einem Arzt oder einer ärztlichen Gemeinschaft an einen anderen Arzt zur unmittelbaren Durchführung ärztlicher Leistung zu gewähren ist, ist weder klärungsbedürftig noch wäre sie in einem Revisionsverfahren klärbar.

bb) BFH: Umsatzsteuerfreiheit eines für KV betriebenen ärztlichen Notfalldienstes

BFH, Urteil v. 09.08.2013 - V R 13/12 **RID 14-01-370**

juris = DStR 2013, 2506

UStG § 4 Nr.16 u. 18; EWGRL 388/77

Leitsatz: 1. Die Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 16 UStG geht der Steuerbefreiung für Leistungen von **Wohlfahrtsverbänden** und deren Mitgliedern in § 4 Nr. 18 UStG als lex specialis vor.
2. Zur Vermeidung eines Verstoßes gegen das **Neutralitätsgebot** kommt § 4 Nr. 18 UStG nur eine durch den Anwendungsbereich des § 4 Nr. 16 UStG begrenzte Wirkung zu.
3. Eine derartige durch den Anwendungsbereich des § 4 Nr. 16 UStG begrenzte Wirkung des § 4 Nr. 18 UStG kommt aber nur in Betracht, wenn die betreffenden Leistungen im Falle ihrer Ausführung durch privat-rechtliche Einrichtungen mit Gewinnstreben ihrer Art nach von § 4 Nr. 16 UStG umfasst werden könnten.

Der BFH hat entschieden, dass die Leistungen eines ärztlichen Notfalldienstes als Einheit behandelt werden und unter Umständen umsatzsteuerfrei sind. Der **Kl.**, ein eingetragener Verein und Mitglied eines amtlich anerkannten Verbands der freien Wohlfahrtspflege, betrieb für eine KV nachts sowie an den Wochenenden und Feiertagen einen **ärztlichen Notfalldienst**. Dazu unterhielt er mit Funk ausgerüstete Kraftwagen mit je einem ausgebildeten Rettungshelfer als Fahrer zur Beförderung von Notfallärzten zu Notfallpatienten sowie eine Leitzentrale, die Notfallanrufe entgegennahm, an die diensthabenden Ärzte weiterleitete und ggf. Rettungs- oder Krankenfahrzeuge anforderte. Im Falle eines Einsatzes wurde der diensthabende Arzt in seiner Wohnung oder Praxis abgeholt und zu den Notfallpatienten gebracht. Auf Wunsch des Arztes begleiteten die Fahrer ihn in die Wohnung des Patienten und assistierten dem Arzt. Das **Finanzamt** unterwarf die Umsätze des Kl. aus dem ärztlichen Notfalldienst der Umsatzsteuer. Das ***Finanzgericht*** gab der Klage statt. Der ***BFH*** hat das Urteil des Finanzgerichts bestätigt. Nach Auffassung des BFH sind die beim Betrieb des Notfalldienstes ausgeführten Leistungen umsatzsteuerrechtlich als Einheit zu betrachten. Der Umsatz war im Streitfall auch steuerfrei, weil der Verein Mitglied eines amtlich anerkannten Verbands der freien Wohlfahrtspflege sei und auch die übrigen Voraussetzungen des § 4 Nr. 18 UStG erfülle, insb. weil er auch personenbezogene Leistungen erbringe, die den begünstigten Personen unmittelbar zugutekommen. (Pressemitteilung des BFH)

cc) BFH: Steuerbefreiung setzt heilberufliche Qualifikation voraus/Krankenanstalt

BFH, Urteil v. 08.08.2013 - V R 8/12 **RID 14-01-371**

juris

UStG § 4 Nr. 14 u. 16 Buchstabe b; Richtlinie 77/388/EWG

Leitsatz: 1. Der **Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 UStG** steht nicht entgegen, wenn der Unternehmer seine Leistungen nicht selbst gegenüber den Patienten ausgeführt und abgerechnet hat. Der **Subunternehmer** muss dann aber über einen eigenen nach § 4 Nr. 14 UStG erforderlichen **Befähigungsnachweis** verfügen.
2. Zu den personenbezogenen Voraussetzungen des **§ 4 Nr. 16 Buchst. b UStG** gehört, dass der Steuerpflichtige entweder eine Einrichtung des öffentlichen Rechts ist oder eine **Krankenanstalt** im Sinne dieser Bestimmung betreibt, die unter in sozialer Hinsicht vergleichbaren Bedingungen tätig ist.
3. Eine unmittelbare Berufung auf Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. g der **Richtlinie 77/388/EWG** (bzw. Art. 132 Abs. 1 Buchst. g MwStSystRL) setzt voraus, dass der Steuerpflichtige „eng mit der Sozialfürsorge und der sozialen Sicherheit verbundene“ Dienstleistungen ausgeführt hat und vom jeweiligen Mitgliedstaat als Einrichtung mit sozialem Charakter anerkannt ist.

dd) Laborarzt: Umsatzsteuerfreie Befundung von Gewebeproben

FG Hamburg, Urteil v. 23.10.2013 - 2 K 349/12 **RID 14-01-372**

Revision anhängig: BFH - XI R 48/13 -

juris

UStG § 4 Nr. 14a; EGRL 112/2006 Art. 132 I

L**eitsatz**: Umsätze eines **Laborarztes**, der Gewebeproben anderer Ärzte und/oder Krankenhäuser analysiert und befundet, sind als Heilbehandlungsleistungen nach § 4 Nr. 14 Buchst. a) UStG steuerfrei.

ee) Nichtraucherseminar ist umsatzsteuerfrei

FG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.10.2013 - 2 K 2055/11 **RID 14-01-373**

juris

UStG § 4 Nr. 14

Ein von einem Psychotherapeuten mit Heilpraktikererlaubnis angebotenes Nichtraucherseminar ist umsatzsteuerfrei.

ff) Unterkunft und Verpflegung für Begleitpersonen von Patienten umsatzsteuerpflichtig

FG Münster, Urteil v. 19.11.2013 - 15 K 2352/10 U **RID 14-01-374**

juris

UStG § 4 Nr. 15 u. 16

Ein Rentenversicherungsträger ist durch die Gewährung von **Unterkunft und Verpflegung gegenüber Begleitpersonen von Patienten** und der Verpflegung von Mitarbeitern in seinen Reha-Kliniken unternehmerisch tätig und erbringt umsatzsteuerpflichtige Leistungen. Umsätze betreffend die Aufnahme und Verpflegung von Begleitpersonen von Patienten sind nicht hoheitlich und somit umsatzsteuerbar. Diese Umsätze sind nicht gem. § 4 Nr. 15 UStG als Umsätze eines Trägers der gesetzlichen Sozialversicherung gegenüber Versicherten oder als mit dem Krankenhausbetrieb eng verbundene Umsätze nach § 4 Nr. 16 UStG umsatzsteuerfrei. Die Umsätze betreffend die **Verpflegung von Mitarbeitern** sind als Umsätze eines Trägers der gesetzlichen Sozialversicherung gegenüber Versicherten nicht im Sinne des § 4 Nr. 15 UStG umsatzsteuerfrei.

c) Krankheitskosten als außergewöhnliche Belastungen: Biophysikalische Informations-Therapie

FG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 20.09.2013 - 3 K 1443/12 **RID 14-01-375**

juris

EStG § 33 I; EStGDV § 64 I Nr. 2 Buchstabe f

Leitsatz: Zur Berücksichtigung von Krankheitskosten als außergewöhnliche Belastungen, hier: Biophysikalische Informations-Therapie.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 10.02.2014. 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				
Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses für 2009	B 6 KA 4/13 R **Termin:** 11.12.2013	Verstoßen die im nordrheinischen Honorarverteilungsvertrag bestehenden Regelungen zur Zuweisung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens und die dem zugrundeliegenden Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008 bzw des Bewertungsausschusses vom 17.10.2008 gegen höherrangiges Recht?	***SG Düsseldorf***, Urt. v. 25.07.2012 - S 33 KA 115/09 -	13-01-1
Augenärztliches RLV: Kein Anspruch auf Vergütung jeder einzelnen Leistung	B 6 KA 6/13 R **Termin:** 11.12.2013	Hat der einzelne Arzt einen subjektiven Rechtsanspruch auf Vergütung jeder einzelnen Leistung? Verstoßen die Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vom 27./28.8.2008, 17.10.2008 und 23.10.2008 gegen höherrangiges Recht?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 17.01.2013 - L 7 KA 67/11	13-02-2
Quotierung der Vergütung freier Leistungen zulässig	B 6 KA 45/12 R **Termin:** 17.07.2013	Verstößt eine Regelung im Rahmen einer Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung, die sogenannte freie Leistungen unter Berücksichtigung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 20.4.2009 = DÄ 2009, A 942 und vom 22.9.2009 = DÄ 2009, A 2103 einer Quotierung unterzieht, gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 24.10.2012 - L 5 KA 3046/12 -	13-01-180
Individualbudgetierung ab Quartal II/05 (KV Niedersachsen)	B 6 KA 32/12 R B 6 KA 31/12 R B 6 KA 33/12 R **Termin:** 05.06.2013	Verstoßen Honorarverteilungsregelungen gegen die Vorgaben des § 85 Abs 4 S 7 und 8 SGB 5 idF des GMG vom 14.11.2003 wie auch der Übergangsregelung des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004, wenn sie Untergruppen bisher durchschnittlich bzw über- oder unterdurchschnittlich abrechnender Ärzte festlegen?	***Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 21.12.2011 - L 3 KA 111/10 - - L 3 KA 117/10, 61/09 -	12-02-14
KV Niedersachsen: Rechtswidrige Unterteilung homogener Arztgruppen in Untergruppen	B 6 KA 16/13 R **Termin:** 19.02.2014	Verstoßen Honorarverteilungsregelungen gegen die Vorgaben des § 85 Abs 4 S 7 und 8 SGB 5 idF des GMG vom 14.11.2003 wie auch der Übergangsregelung des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004, wenn sie Untergruppen bisher durchschnittlich bzw über- oder unterdurchschnittlich abrechnender Ärzte festlegen?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 27.02.2013 - L 3 KA 113/10 -	13-02-9
Psychotherapeuten: Zulässige Abweichung von Bewertungsausschuss (KV Hamburg, I/00 – III/05)	B 6 KA 37/12 R **Termin:** 17.07.2013	Entspricht es den Vorgaben des Bewertungsausschusses für einen regionalen Mindestpunktwert für antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen, wenn zur Ermittlung des durchschnittlichen Vergleichsertrags die Quartalshonorare der nach der Fachgruppenzugehörigkeit relevanten Praxen für ein Jahr zusammengezogen werden?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 07.06.2012 - L 1 KA 21/10 -	12-03-11
Vergütung von Leistungen aus Bereich § 115a SGB V aufgrund Ermächtigung	B 6 KA 14/12 R **Termin:** 17.07.2013	Schließen die Regelungen des § 115a Abs 1 Nr 2 SGB 5 iVm § 8 Abs 2 S 3 Nr 3 KHEntgG eine ambulante Nachbehandlung durch einen ermächtigten Krankenhausarzt aus, wenn sie innerhalb von 14 Tagen nach Ende der vollstationären Behandlung erfolgt?	***LSG Hessen***, Urt. v. 13.07.2011 - L 4 KA 69/10 -	11-04-13 NZB
Vergütung für Notfallbehandlungen durch Krankenhaus	B 6 KA 30/13 R	Dürfen ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus niedriger vergütet werden als vertragsärztliche Behandlungen außerhalb des organisierten Not(fall)dienstes?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 25.04.2013 - L 1 KA 20/10 -	13-03-9
Umwälzung der Kreditkosten für vorläufige Rückzahlung von	B 6 KA 1/13 R **Termin:** 30.10.2013	Darf eine Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung die Kosten eines Kredits, der zur Finanzierung der (vorübergehenden) Rückzahlung von Honorareinbehalten an	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 14.03.2012	12-03-19 NZB

Honorareinbehalten		Vertrags(zahn)ärzte aufgenommen wurde, auf die hiervon begünstigten Ärzte bzw Zahnärzte umlegen?	- L 7 KA 116/09 -	
Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen	B 6 KA 2/14 R	Ist die Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen im BEMA-Z (juris: EBM-Z) ab dem 1.1.2004 rechtmäßig?	***SG Magdeburg***, Urt. v. 17.07. 2013 - S 13 KA 109/09 -	14-01-13
Zahnärzte: Degressionsberechnung nach Wechsel von Gemeinschafts- in Einzelpraxis	B 6 KA 3/13 R **Termin:** 30.10.2013	Führt ein Statuswechsel von einer vertragszahnärztlichen Gemeinschaftspraxis in Einzelpraxen dazu, dass die Degressionsberechnung - abweichend von der gesetzlich vorgegebenen Jahresbezogenheit - quartalsbezogen erfolgen muss?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 19.12.2012 - L 3 KA 82/09 -	13-01-16
Honoraransprüche gegen die K(Z)V nach „modifizierter" Freigabe durch Insolvenzverwalter	B 6 KA 45/13 R	Hat ein Vertrags(zahn)arzt, der seine künftigen Honoraransprüche im Voraus abgetreten hatte und über dessen Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet wurde, einen Anspruch auf Auszahlung des in der Zeit zwischen der Freigabe seiner vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit nach § 35 Abs 2 InsO und einem später ergangenen Beschluss des Insolvenzgerichts über die Unwirksamkeit der Freigabeerklärung bereits an den Insolvenzverwalter geleisteten Honorars?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 20.12.2012 - L 7 KA 51/11 -	14-01-10
Sachlich-rechnerische Berichtigung				
Job-Sharing: Zeitlich begrenzter lokaler Sonderbedarf und Regelungslücke in BedarfsplRL-Ä	B 6 KA 43/12 R **Termin:** 28.08.2013	Ist eine sachlich-rechnerische Richtigstellung rechtswidrig, wenn bei einer Jobsharing-Praxis das festgesetzte Gesamtpunktzahlvolumen überschritten wurde, die Kassenärztliche Vereinigung aber eine befristete Ausnahme von der Fallzuwachsbegrenzung zur Sicherstellung der Versorgung erteilt hatte?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 26.09.2012 - L 5 KA 4604/11 -	13-01-22
Kein Vertrauensschutz durch Duldung der Überschreitung der Punktzahlobergrenzen	B 6 KA 17/13 R **Termin:** 28.08.2013	Inwieweit ist eine sachlich-rechnerische Richtigstellung nach § 106a Abs 2 S 1 SGB 5 durch eine Kassenärztliche Vereinigung durch Vertrauensgesichtspunkte eingeschränkt?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 29.08.2012 - L 5 KA 5456/10 -	13-02-18 NZB
Vertrauensschutz bei nachträglicher Berichtigung	B 6 KA 50/12 R **Termin:** 28.08.2013	Inwieweit ist eine sachlich-rechnerische Richtigstellung nach § 106a Abs 2 S 1 SGB 5 durch eine Kassenärztliche Vereinigung durch Vertrauensgesichtspunkte eingeschränkt?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 24.10.2012 - L 5 KA 5778/11 -	13-01-24
Überweisungsverbot in § 24 II 4 BMV-Ä/§ 27 II 4 EKV-Ä auch für Hochschulambulanzen	B 6 KA 20/13 R	Gilt die Regelung der §§ 24 Abs 2 S 4 BMV-Ä bzw 27 Abs 2 S 4 EKV-Ä, wonach Überweisungen durch eine ermächtigte Krankenhausfachambulanz nicht zulässig sind, wenn die betreffenden Leistungen in dieser Einrichtung oder in Polikliniken und Ambulatorien als verselbständigte Organisationseinheiten desselben Krankenhauses erbracht werden können, auch für Hochschulambulanzen nach § 117 Abs 1 SGB 5 oder verstößt dies gegen höherrangiges Recht?	***LSG Sachsen***, Urt. v. 14.11.2012 - L 8 KA 26/10 -	13-02-23
Abrechnung der Kostenpauschale nach Nr. 40120 neben der nach Nr. 40100 EBM 2008	B 6 KA 14/13 R B 6 KA 18/13 R Termin: 11.12.2013	Greift der Abrechnungsausschluss in der Anmerkung zu Nr 40120 EBM-Ä 2008 nur dann ein, wenn eine Versendung, ein Transport bzw. die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen an den auftragserteilenden Arzt erfolgt, und die Kostenpauschale nach der Nr 40100 EBM-Ä 2008 bereits abgerechnet worden ist oder gilt er auch in den Fällen, wenn die Versendung bzw. der Transport an einen dritten Arzt (Hausarzt) erfolgte?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 17.01.2013 - L 7 KA 36/12 - - L 7 KA 37/12 -	13-02-28 13-02-29
Übermittlung der unverschlüsselten Arzt- bzw. Zahnarztnummer	B 6 KA 19/13 R	Haben die Krankenkassen im Rahmen der Abrechnungsprüfung nach § 106a SGB 5 einen Anspruch auf Übermittlung der unverschlüsselten Arzt- bzw Zahnarztnummer?	***LSG Bayern***, Urt. v. 17.10.2012 - L 12 KA 5021/09 -	13-03-71 NZB
Arzt-/Psychotherapeutenregister				
Psychotherapeutenregister: Kein Fachkundenachweis für Gasthörerin an Ausbildungsinstitut	B 6 KA 7/13 R	Zum Anspruch einer Psychologischen Psychotherapeutin auf Eintragung in das Arztregister bei Streit über den Umfang der erforderlichen Fachkunde einschließlich der Notwendigkeit ausreichender Dokumentation der Behandlungsfälle.	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 29.08.2012 - L 11 KA 91/08 -	13-02-36

Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notfalldienst

Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtung ohne Zweigpraxisgenehmigung	B 6 KA 28/12 R **Termin:** 05.06.2013	In welchem Verhältnis stehen die Genehmigung der Durchführung künstlicher Befruchtungen durch die Landesbehörde und die Ermächtigung zum Betrieb einer Zweigpraxis durch die Zulassungsgremien zueinander? Muss das Vorgehen der Behörden aufeinander abgestimmt werden, indem zB das eine Verfahren ausgesetzt oder eine aufschiebende Bedingung beigefügt wird?	***LSG Hessen***, Urt. v. 08.06.2011 - L 4 KA 102/08 -	11-03-34 NZB
Kein Ausschluss von Aphereseleistungen für Transfusionsmediziner	B 6 KA 38/12 R **Termin:** 19.02.2014	Ist die Genehmigung zur Durchführung von LDL-Apheresen und Apheresen bei rheumatoider Arthritis (EBM-Ä 2005 Nrn 13620 und 13621) nur Ärzten mit der Schwerpunktbezeichnung "Nephrologie" vorbehalten, oder sind aus verfassungsrechtlichen Gründen auch Ärzte mit dem Zulassungsstatus des Facharztes für Transfusionmedizin als dafür leistungs- und abrechnungsberechtigt anzusehen?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 30.05.2012 - L 7 KA 121/08 -	12-03-46
Abrechnungsgenehmigung für MRT des Herzens nicht ohne spezielle Gebietsbezeichnung	B 6 KA 24/13 R	Können Abrechnungsgenehmigungen für MRT-Leistungen des Herzens und der Blutgefäße nur Ärzte mit den in § 4 Abs 1 Nr 2 der Kernspintomographie-Vereinbarung bzw § 3 Abs 1 Nr 1 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs 2 SGB 5 zur MR-Angiographie genannten Gebietsbezeichnungen, dh insbesondere Radiologen, erhalten oder ist eine erweiternde Auslegung zugunsten von Zusatzqualifikationen für fachgebundene MRT- zB im Bereich Kardiologie - möglich?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 20.02.2013 - L 7 KA 60/11 -	13-02-32
Widerruf einer Ultraschallgenehmigung nach Qualitätsmängeln	B 6 KA 15/13 R	Erstreckt sich die Sicherstellungsfunktion einer Nebenbestimmung bei Verwaltungsakten mit Dauerwirkung auch auf den künftigen Fortbestand seiner gesetzlichen Voraussetzungen?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 07.06.2012 - L 1 KA 65/09 -	12-03-49 NZB
Aufhebung der Genehmigung zur Akupunktur für Gynäkologen wegen Fachfremdheit	B 6 KA 1/14 R	Berechtigen Abrechnungsgenehmigungen nach § 135 Abs 2 SGB 5 zu einer Überschreitung der Fachgebietsgrenzen? Ist eine Abrechnungsgenehmigung von Anfang an unwirksam, wenn die genehmigten Leistungen für den Vertragsarzt fachfremd sind?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 25.04.2013 - L 1 KA 1/12 -	13-03-25 NZB
Drittschutz nach § 121a SGB V?	B 6 KA 5/13 R **Termin:** 30.10.2013	Ist ein Vertragsarzt (hier: Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin) gegen eine erteilte Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a SGB 5 an ein Medizinisches Versorgungszentrum im Rahmen der defensiven Konkurrentenklage anfechtungsberechtigt?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 05.12.2012 - L 5 KA 2791/12 -	13-02-35
Notdienst: Heranziehung eines im MVZ mit 10 Wochenstunden angestellten Arztes	B 6 KA 39/12 R **Termin:** 11.12.2013	Sind angestellte Ärzte in einem Medizinischen Versorgungszentrum mit einem Anrechnungsfaktor von 0,25 zur Teilnahme am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet, sofern sie nicht davon befreit sind?	***SG Dresden***, Urt. v. 20.06.2012 - S 11 KA 162/09 -	12-04-19
Abzug eines Betriebskostenanteils: Beschluss der Notdienstgemeinschaft	B 6 KA 34/12 R **Termin:** 17.07.2013	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung berechtigt, gegenüber einem privatärztlich tätigen Arzt einen Betriebskostenanteil von 35 % bezogen auf die im Notdienst erarbeiteten Honorare zur Finanzierung des organisierten Notdienstes zu erheben?	***LSG Hessen***, Urt. v. 19.10.2011 - L 4 KA 15/10 -	12-01-51 NZB

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Eingeschränkte Einzelfallprüfung: Unzureichende Vorlage der Unterlagen und Prüfquote unter 20 %	B 6 KA 41/13 R	Entspricht eine vom Beschwerdeausschuss für die Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgenommene repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung hinsichtlich der in die Prüfung einbezogenen Behandlungsfälle grundsätzlich den Vorgaben der Rechtsprechung des BSG, wenn keine vollständige Vorlage der zu prüfenden Behandlungsunterlagen durch den Vertragsarzt erfolgte?	***LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 04.09.2013 - L 7 KA 96/11 -***	13-04-24
Zuständigkeit des	B 6 KA 25/13 R	Greift der Ausschluss des Vorverfahrens nach § 106 Abs 5 S 8 SGB 5 ein, wenn der	***SG Dresden***,	13-02-44

Beschwerdeausschusses für Ausnahmefall bei Verordnungsausschluss	B 6 KA 26/13 R	Vertragsarzt gegenüber einem Regress wegen Verstoßes gegen einen Verordnungsausschluss durch eine Richtlinie nach § 92 SGB 5 die Befugnis einwendet, gemäß § 31 Abs 1 S 4 SGB 5 ausnahmsweise das ausgeschlossene Arzneimittel in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen zu dürfen?	Urt. v. 27.02.2013 - S 18 KA 141/11 -	juris
Ausnahmsweise Ermessensentscheidung bei Regress wegen unzulässiger Off-Label-Use-Verordnung	B 6 KA 2/13 R **Termin:** 30.10.2013	Muss der Beschwerdeausschuss bei einem Arzneikostenregress, der wegen Unzulässigkeit einer bestimmten Verordnung festgestellt worden ist, Ermessen hinsichtlich der Regresshöhe ausüben?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 19.04.2012 - L 7 KA 45/09 -	13-01-39 NZB
Vereinbarung über individuelle Richtgröße vor Festsetzung eines Regresses	B 6 KA 46/12 R **Termin:** 28.08.2013	Kann eine Vereinbarung über eine individuelle Richtgröße gem § 106 Abs 5d SGB 5 in einem Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren nur vor der Festsetzung eines Regresses geschlossen werden? Unterwirft § 106 Abs 5d SGB 5 die Prüfgremien einem Kontrahierungszwang oder lediglich einer Verhandlungspflicht, die durch ein entsprechendes Begehren des Vertragsarztes ausgelöst werden muss?	***LSG Sachsen***, Urt. v. 30.05.2012 - L 1 KA 13/11	12-04-22
Hemmung einer Prüfung nach Durchschnittswerten wegen Vorrangs der Richtgrößenprüfung	B 6 KA 13/13 R	Tritt eine Hemmung der vierjährigen Ausschlussfrist bei Verordnungsregressen (hier: Heilmittel) ein, wenn der Beschwerdeausschuss aus Rechtsgründen an der Durchführung einer Prüfung nach Durchschnittswerten wegen der Vorrangigkeit einer Richtgrößenprüfung gehindert war?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 17.01.2013 - L 7 KA 14/11 -	13-02-45
Abänderung eines Regressbescheids zu Ungunsten des Arztes	B 6 KA 38/13 R	Unter welchen Voraussetzungen darf der Beschwerdeausschuss seinen Beschluss zu Lasten des Arztes ändern, wenn noch keine Bestandskraft eingetreten ist?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 17.01.2013 - L 7 KA 29/11 -	13-04- NZB
Mängelgutachten: Kostentragung durch Vertragszahnarzt möglich	B 6 KA 39/13 R B 6 KA 46/13 R B 6 KA 47/13 R	Ist eine Kassenzahnärztliche Vereinigung bei Mängeln im Rahmen der prothetischen Versorgung verpflichtet, eine Ermessensentscheidung darüber zu treffen, ob dem betroffenen Vertragszahnarzt die Kosten der Begutachtung durch einen Sachverständigen auferlegt werden?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 31.07.2013 - L 3 KA 38/12 -, - L 3 KA 29/12 -, L 3 KA 69/12	 13-04-35 14-01-40 14-01-41
Abgrenzung zur Insolvenzforderung/Praxisbesonderheiten	B 6 KA 40/13 R	Ist der Beschwerdeausschuss befugt, während eines noch anhängigen Insolvenzverfahrens gegen einen Vertragsarzt persönlich eine Regressforderung aus einer Richtgrößenprüfung festzustellen?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 15.05.2013 - L 11 KA 147/11 -	13-04-27
Zulassung und Ermächtigung				
Sonderbedarfszulassung: Psychotherapeut u. Beherrschung einer besonderen Kommunikationsmethode	B 6 KA 33/13 R	Begründet die Beherrschung einer besonderen Methode zur Verständigung mit sprachbehinderten Menschen (hier: augmentative alternative Kommunikation) einen Anspruch auf Sonderbedarfszulassung als Psychologischer Psychotherapeut?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 17.09.2012 - L 7 KA 38/10 -	13-01-48 NZB
Missbrauchskontrolle bei Nachbesetzung/Auswahlkriterien	B 6 KA 49/12 R **Termin:** 11.12.2013	Zu den bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes zu berücksichtigenden Auswahlkriterien.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 12.09.2012 - L 7 KA 70/11 -	13-01-51
Nachbesetzung einer ärztlichen Psychotherapeutenstelle mit Psychologischer Psychotherapeutin	B 6 KA 23/13 R	Muss im Rahmen der Nachbesetzung einer Arztstelle in einem Medizinischen Versorgungszentrum zwischen dem ausscheidendem - psychotherapeutisch tätigen - Vertragsarzt und seinem präsumtiven Nachfolger - einem Psychologischen Psychotherapeuten - eine völlige Fachgebietsidentität bestehen oder reicht es aus, wenn das Tätigkeitsspektrum des neuen Angestellten dem des vorigen im Wesentlichen entspricht?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 12.12.2012 - L 11 KA 65/11 -	13-02-59
	B 6 KA 22/13 R	Muss im Rahmen der Nachbesetzung einer Arztstelle in einem Medizinischen Versorgungszentrum zwischen dem ausscheidendem Vertragsarzt und seinem präsumtiven Nachfolger eine völlige Fachgebietsidentität bestehen oder reicht es aus, wenn das Tätigkeitsspektrum des neuen Angestellten dem des vorigen im Wesentlichen entspricht?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 12.12.2012 - L 11 KA 64/11 -	13-02-60

Zulassung als Belegarzt: Spezialisiertes Anforderungsprofil	B 6 KA 48/13 R	Zur Frage der Berücksichtigung der Interessen von im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärzten bei der Ausschreibung der Angebote zum Abschluss von Belegarztverträgen iS von § 103 Abs 7 SGB 5.	***LSG Baden-Württemberg,*** Urt. v. 20.11.2013 - L 5 KA 2647/12 -	14-01-46
Konkurrentenklage gegen Genehmigung einer BAG	B 6 KA 43/13 R B 6 KA 44/13 R	Kann der unterlegene Konkurrent in einem Nachbesetzungsverfahren die Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft erhalten?	***SG Hannover***, Urt. v. 30.10.2013 - S 65 KA 189/12 - - S 65 KA 370/12 -	14-01-42 14-01-43
Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung für MVZ durch GmbH	B 6 KA 36/13 R	Kann die nach § 96 Abs 2 S 6 SGB 5 erforderliche selbstschuldnerische Bürgschaft von einer GmbH abgegeben werden, die die einzige Gesellschafterin eines wiederum in der Rechtsform einer GmbH betriebenen Medizinischen Versorgungszentrums ist oder ist die Bürgschaftserklärung von den dahinter stehenden nicht in ihrer Haftung beschränkten Personen abzugeben	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 15.05.2013 - L 11 KA 45/12 -	13-04-37
Genehmigung neuropädiatrischer Leistungen für Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung	B 6 KA 49/13 R	Können die Zulassungsgremien einem an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung die Genehmigung zur Erbringung von Leistungen erteilen, deren Abrechnung nach dem EBM-Ä Kinderärzten mit Schwerpunktbezeichnung vorbehalten ist?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 17.06.2013 - L 5 KA 483/13 -	14-01-51 NZB
Job-Sharing: Rückwirkende Erhöhung der Punktzahlobergrenze	B 6 KA 36/12 R **Termin:** 28.08.2013	Hat eine Gemeinschaftspraxis mit angestellten Ärzten einen Anspruch für rückwirkende Neuberechnung der Gesamtpunktzahlvolumina, wenn sich im Rahmen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä) oder vertraglicher Vereinbarungen Änderungen ergeben, die für die Fachgruppe dieser Ärzte maßgebend sind oder ist dies nur mit Wirkung für die Zukunft möglich?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 26.10.2011 - L 5 KA 4267/10 -	12-03-73 NZB

Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV

Kein genereller Genehmigungsvorbehalt für Abschluss von Selektivverträgen	B 6 KA 48/12 R **Termin:** 30.10.2013	Ist die Versagung der Satzungsgenehmigung durch eine Aufsichtsbehörde rechtens, wenn die beantragte Satzungsänderung einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung den Abschluss von Einzelverträgen nach § 73c Abs 3 SGB 5 unabhängig vom Gegenstand des jeweiligen Vertrages von der Genehmigung der Vertreterversammlung abhängig macht?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 26.09.2012 - L 5 KA 3060/11 KL -	13-01-62
Aufnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel in AMR (Buscopan® Dragées)	B 6 KA 21/13 R	Ist die Ablehnung des Gemeinsamen Bundesausschusses der Aufnahme eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels (Buscopan Dragees) zur Behandlung von leichten bis mäßig starken Spasmen des Magen-Darm-Trakts sowie Behandlung spastischer Abdominalbeschwerden beim Reizdarmsyndrom in die Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie rechtmäßig?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 24.10.2012 - L 7 KA 1/10 KL -	13-02-68
GBA: Bedeutung eines Therapiehinweises (Wirkstoff „Strontiumranelat“)	B 6 KA 42/13 R	Zur Frage der Rechtmäßigkeit von Therapiehinweisen des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Wirkstoff „Strontiumranelat“ in der Anl IV Abschn H der Arzneimittel-Richtlinie.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 19.07.2013 - L 7 KA 164/09 KL -	13-04-49
Aufnahme in die OTC-Liste: Homöopathische Arzneimittel zur Behandlung von Schwindelzuständen (Vertigoheel)	B 6 KA 34/13 R	Ist die Ablehnung der Aufnahme eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels (Vertigoheel) zur Behandlung von Schwindelzuständen verschiedener Genese in die Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Begründung rechtmäßig, dass Schwindelzustände keine schwerwiegende Erkrankung iS von § 34 Abs 1 S 2 SGB 5 darstellen?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 27.03.2013 - L 7 KA 44/10 KL -	13-03-61
Aufnahme in die OTC-Liste: Aufnahme homöopathischer Arzneimittel (Zeel comp N) für	B 6 KA 35/13 R	Ist die Ablehnung der Aufnahme eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels (Zeel comp N) zur Behandlung von rheumatischen Gelenkbeschwerden in die Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit der	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 27.03.2013 - L 7 KA 45/10 KL -	13-03-62

rheumatische Gelenkbeschwerden		Begründung rechtmäßig, dass rheumatische Gelenkbeschwerden keine schwerwiegende Erkrankung iS von § 34 Abs 1 S 2 SGB 5 darstellen?		
Defensive Konkurrentenklage gg. Neue Behandlungsmethode (Photosoletherapie u. Bade-PUVA)	B 6 KA 28/13 R	Können Anbieter von Behandlungssystemen aus ihrem Grundrecht aus Art 12 Abs 1 GG heraus verlangen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss konkurrierende Behandlungsmethoden (hier die asynchrone Photosoletherapie und Bade-PUVA als Balneophototherapie) nicht in die Anlage 1 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (juris: MVVRL) aufnimmt?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 19.12.2012 - L 7 KA 74/09 KL -	13-03-67
Eigenes Antragsrecht der Patientenvertreter im GBA	B 6 KA 29/13 R	Steht das Antragsrecht nach § 140f Abs 2 S 5 SGB 5 gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss nur den in der PatBeteiligungsV anerkannten Organisationen zu oder haben auch weitere sachkundige Personen ein Antragsrecht?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 27.02.2013 - L 7 KA 108/11 KL -	13-03-68
GBA: Erhebung einer Gebühr für die Zurückweisung eines Widerspruchs	B 6 KA 27/13 R	Verstößt die Gebühr bei einem Widerspruchsverfahren nach § 8 der Gebührenordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erhebung von Gebühren im Antragsverfahren nach § 34 Abs 6 S 6 SGB 5 (Aufnahme von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in die OTC-Übersicht bzw -Ausnahmeliste) gegen höherrangiges Recht?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 27.02.2013 - L 7 KA 114/11 KL -	13-03-69
Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei Ausschusswahlen einer Vertreterversammlung	B 6 KA 4/14 R	Wird der vom Bundesverfassungsgericht aufgestellte Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei Wahlen verletzt, wenn der prozentuale Anteil bestimmter Fraktionen bei der Besetzung des Haupt-, Finanz- und des Satzungsausschusses einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) 20 Prozent beträgt, obwohl in diesen Fraktionen insgesamt 40 Prozent der Mitglieder der KZV zusammengeschlossen sind?	***SG Münster***, Urt. v. 09.12.2013 - S 2 KA 5/11 -	14-01-58
Sonstiges/Verfahrensrecht				
Nur eingeschränkter Auskunftsanspruch einer KV gegenüber KBV (Ost-West-Ausgleich 1999)	B 6 KA 41/12 R B 6 KA 42/12 R **Termin:** 28.08.2013	Besteht für die Klage einer Kassenärztlichen Vereinigung auf Erteilung einer Auskunft im Zusammenhang mit einem West-Ost-Ausgleichsverfahren Rechtsschutzbedürfnis, wenn der beklagten Kassenärztlichen Bundesvereinigung die begehrte Auskunft nicht aufgrund eigener Datenerhebung bekannt ist, sondern sie diese zuvor von einem Dritten erhalten hat, gegen den der Klägerin ebenfalls ein Auskunftsanspruch zusteht?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 30.05.2012 - L 7 KA 55/09 - - L 7 KA 86/09 -	12-04-39 u. 40
EHV der KV Hessen				
Verpflichtung eines MVZ zur „Beitragszahlung“ an EHV	B 6 KA 8/13 R **Termin:** 19.02.2014	Ist ein Medizinisches Versorgungszentrum verpflichtet, zugunsten der bei ihm angestellten Ärzte Beiträge zur erweiterten Honorarverteilung zu leisten?	***LSG Hessen***, Urt. v. 25.07.2012 - L 4 KA 15/12 -	12-04-33 NZB
EHV-Reform 2006: Nachhaltigkeitsfaktor	B 6 KA 9/13 R B 6 KA 10/13 R B 6 KA 11/13 R **Termin:** 19.02.2014	War die im Jahr 2006 erfolgte Umgestaltung der sog erweiterten Honorarverteilung (Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Hessische Vertragsärzte) - mit Verringerung der Altersbezüge der sog inaktiv gewordenen Ärzte - mit Bundesrecht vereinbar? Durfte bzw musste das LSG seine Prüfung über die streitigen Quartale III und IV/2006 hinaus auf eine weiter reichende Gesamtbetrachtung (in welchem Umfang?) erstrecken?	***LSG Hessen***, Urt. v. 27.06.2012 - L 4 KA 45/11 - - L 4 KA 43, 46/11 -	12-03-79 NZB 12-03-80, 78 NZB
	B 6 KA 12/13 R **Termin:** 19.02.2014	War die im Jahr 2006 erfolgte Umgestaltung der sog erweiterten Honorarverteilung (Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Hessische Vertragsärzte) - mit Verringerung der Altersbezüge der sog inaktiv gewordenen Ärzte - mit Bundesrecht vereinbar? Durfte bzw musste das LSG seine Prüfung über die streitigen Quartale II/2007 und II/2008 hinaus auf eine weiter reichende Gesamtbetrachtung (in welchem Umfang?) erstrecken?	***LSG Hessen***, Urt. v. 27.06.2012 - L 4 KA 47/11 -	12-03-77 NZB

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 10.02.2014. 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				
Kein Anspruch auf Zahnimplantatversorgung trotz Conterganschädigung	B 1 KR 6/13 R	Sind die Regelungen des § 28 Abs 2 S 9 SGB 5 iVm Teil B Abschn VII Nr 2 S 4 Buchst a der Behandlungsrichtlinien (juris: ZÄVersorgRL) erweiternd dahingehend auszulegen, dass ein Versicherter, der zum Kreis der Contergangeschädigten gehört, einen Anspruch gegen seine Krankenkasse auf Kostenerstattung für eine Zahnimplantatversorgung hat?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 24.01.2013 - L 5 KR 95/11 -	13-01-106
Keine Implantatversorgung bei Belastbarkeit des Prothesenlagers trotz Zahnverlustes	B 1 KR 19/12 R **Termin:** 07.05.2013	Hat ein Versicherter, bei dem genetisch bedingt nur sechs bleibende Zähne im Oberkiefer und vier bleibende Zähne im Unterkiefer angelegt sind, Anspruch auf implantologische Leistungen?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 01.03.2012 - L 5 KR 81/11 -	12-03-118
Versorgung mit Goldinlays bei Allergiker und fehlender Alternative	B 1 KR 3/13 R	Besteht gemäß § 28 Abs 2 SGB 5 für Versicherte ein Anspruch auf Versorgung der Zähne mit Goldinlays, wenn die vergleichbar preisgünstigsten plastischen Zahnfüllungen Allergien auslösen?	***LSG Sachsen***, Urt. v. 25.01.2012 - L 1 KR 87/10 -	12-01-118 NZB
Kein erhöhter Zuschuss für besonders schwere Fälle bei Zahnersatz (Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte)	B 1 KR 12/13 R	Verstoßen die krankenversicherungsrechtlichen Bestimmungen im Bereich des Zahnersatzes, die einen nicht möglichst vollständigen Ausgleich einer bestehenden Behinderung, sondern nur eine teilweise Erstattung der tatsächlich entstehenden Kosten für die Regelversorgung vorsehen, gegen höherrangiges Recht?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 16.04.2013 - L 11 KR 4024/11 -	13-03-115
Kostenerstattung				
Erstattung der vollen Kosten für ärztliche Injektion von Lucentis	B 1 KR 65/12 R	Hat eine Krankenkasse im Falle unaufschiebbarer Leistungen die Kosten für ein selbstbeschafftes Arzneimittel (hier: Lucentis) sowie für die ärztliche Injektion dieses Arzneimittels und für die Nachbehandlung insgesamt und in voller Höhe zu erstatten, wenn sie Teile dieser Leistungen im Rahmen der Sachleistungsgewährung nicht erbringen konnte?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 15.11.2012 - L 5 KR 330/11 -	13-01-107
Stationäre Behandlung				
Beidseitige Mamma-Augmentationsplastik bei Intersexualität mit phänotypischer Entwicklung zur Frau	B 1 KR 69/12 R	Besteht bei Intersexualität mit phänotypischer Entwicklung zu einer Frau ein Anspruch auf Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung für eine Mamma-Augmentation, wenn ein Brustwachstum (Körbchengröße A bis B) vorliegt, das zwar hauptsächlich aus Fettgewebe gebildet wird, im Aussehen aber mit dem Regelzustand vergleichbar ist?	***LSG Bayern***, Urt. v. 28.06.2012 - L 4 KR 96/10 -	13-03-113 NZB
Auslandskrankenbehandlung				
Augenbehandlung in Kuba	B 1 KR 4/13 R	Kostenerstattung für eine Augenbehandlung in Kuba bei Retinitis Pigmentosa?	***LSG Mecklenburg-Vorpommern***, Urt. v. 16.11.2011 - L 6 KR 16/10 -	13-04-66 NZB
Arzneimittel				
Behandlung mit Lucentis (Makuladegeneration): Keine Beschränkung auf ausgeeinzeltes Arzneimittel	B 1 KR 11/13 R	Kann der Leistungsanspruch eines Versicherten auf Injektionsbehandlungen mit dem Fertigarzneimittel Lucentis zur Behandlung der feuchten altersbedingten Makuladegeneration (AMD) auf eine Kostenübernahme oder -erstattung für die Behandlung mit ausgeeinzeltem Lucentis begrenzt werden?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 28.02.2013 - L 5 KN 182/10 KR -	13-03-126

Hilfsmittel/Heilmittel				
Unterschenkelprothese zur Teilnahme an Freizeit- und Sportaktivitäten	B 3 KR 3/12 R **Termin:** 21.03.2013	Hat ein unterschenkelamputierter Versicherter neben der Ausstattung mit einer Modular-Unterschenkelprothese aus Gießharz mit einem Carbonfederfuß einen Anspruch auf Versorgung mit einer Unterschenkelprothese mit Oberschenkelhülse in Silikonschafttechnik zur Teilnahme an Freizeit- und Sportaktivitäten?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 02.02.2012 - L 5 KR 203/11 -	12-02-127
Schwenkbarer Autositz	B 3 KR 13/13 R	Besteht ein Anspruch gegen die Krankenkasse auf Versorgung mit einem Autoschwenksitz, wenn die demenzkranke, gehunfähige Versicherte viermal wöchentlich von ihrem Ehemann mit dem PKW zur Tagespflege und zurück transportiert wird?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 08.03.2013 - L 16 KR 267/12	13-03-133 NZB
Rauchmelder für Gehörlose	B 3 KR 8/13 R	Umfasst die Leistungspflicht der Krankenkassen die Versorgung gehörloser Versicherter mit für sie geeigneten Rauchmeldern?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 27.09.2012 - L 1 KR 147/11 -	13-01-122 NZB
Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe				
An- und Ablegen eines Gilchristverbandes	B 3 KR 2/13 R	Gehört das An- und Ablegen eines Gilchristverbandes zum Leistungsspektrum der häuslichen Krankenpflege?	***LSG Sachsen***, Urt. v. 23.05.2012 - L 1 KR 48/10 -	13-01-128 NZB
Fahrkosten				
Zuzahlung zu jeder Fahrt auch bei ambulanter Serienbehandlung	B 1 KR 8/13 R	Ist die Zuzahlungspflicht eines Versicherten zu Fahrkosten zu und von den Behandlungsterminen im Rahmen einer ambulanten Strahlentherapie auf die erste und die letzte Fahrt beschränkt?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 17.01.2013 - L 5 KR 180/12 -	13-02-127
Zuzahlung				
Rehabilitationsmaßnahmen				
Kein Wahlrecht des Versicherten über Rehabilitationsmaßnahme	B 1 KR 12/12 R **Termin:** 07.05.2013	Führt § 40 Abs 2 S 2 SGB 5 idF des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26.3.2007 (BGBl I 2007, 378) zu einem uneingeschränkten Wahlrecht der Versicherten bei der Auswahl einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 19.01.2012 - L 5 KR 542/11 -	12-02-135
Teilkostenerstattungsanspruch für selbstbeschaffte stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme	B 1 KR 53/12 R **Termin:** 07.05.2013	Hat eine Versicherte zumindest analog § 40 Abs 2 S 2 SGB 5 einen Teilkostenerstattungsanspruch für eine innerhalb des Leistungserbringungsystems selbstbeschaffte stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, wenn die Krankenkasse aufgrund des vorliegenden Krankheitsbildes, entgegen dem Wunsch der Versicherten, eine andere Rehabilitationseinrichtung mit den dortigen Therapiemöglichkeiten ausgewählt bzw bewilligt hat?	***LSG Hessen***, Urt. v. 11.08.2011 - L 8 KR 334/10 -	13-02-124 NZB
Krankenhauskosten				
QualitätssicherungsRL und Vergütungsabschlag	B 1 KR 15/13 R	Stehen Verstöße eines zugelassenen Krankenhauses gegen die Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma einem Vergütungsanspruch entgegen?	***LSG Hessen***, Urt. v. 15.04.2013 - L 1 KR 383/12 -	13-03-159
Mindestmengenregelung: Prognose am Jahresanfang ausreichend	B 1 KR 33/13 R	Welche Anforderungen sind an die Prognose zu stellen, dass die nach § 137 Abs 3 S 1 Nr 2 SGB 5 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen von einem Krankenhaus voraussichtlich nicht erreicht wird?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 27.09.2012 - L 1 KR 383/11 -	13-04-92 NZB
Keine Vergütung orthopädischer Krankenhausleistungen im Fachgebiet Chirurgie	B 3 KR 1/13 R B 3 KR 3/13 R	Umfasst der Versorgungsauftrag eines 2003 mit dem Fachgebiet Chirurgie in den Krankenhausplan des Landes Brandenburg aufgenommenen Krankenhauses aufgrund der Neufassung der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer seit 2005 auch orthopädische Eingriffe (hier: Implantation einer Knieendoprothese)?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 17.04.2012 - L 9 KR 354/10 - - L 9 KR 84/11 -	12-04-109 12-04-107 NZB
Fehlerhafte Hauptdiagnose und Sechs-Wochen-Frist	B 1 KR 34/13 R	Greift der Einwendungsausschluss nach § 275 Abs 1c S 2 SGB 5 ein, wenn das Krankenhaus eine interkurrente Erkrankung - hier Sturz mit Fraktur - als Hauptdiagnose kodiert, erst nach Ablauf der Sechs-Wochen-Frist dem MDK die Behandlungsunterlagen	***LSG Hamburg***, Urt. v. 21.11.2013 - L 1 KR 158/11 -	14-01-89

		zur Abrechnungsprüfung überlässt und die Krankenkasse auch durch die Berufsgenossenschaft von dem Sturz ihrer Versicherten erfährt?		
Mitteilungspflicht auch für Leistungen zur medizinischen Frührehabilitation	B 1 KR 26/13 R B 1 KR 25/13 R B 3 KR 15/13 R	Fallen Leistungen zur Frührehabilitation iS des § 39 Abs 1 S 3 SGB 5 unter die medizinische Rehabilitation iS des § 301 Abs 1 S 1 Nr 8 SGB 5 und hindert die fehlende Mitteilung dieser Leistungen durch den Krankenhausträger den Eintritt der Fälligkeit von Vergütungsansprüchen gegenüber der Krankenkasse? Wie ist der Begriff fachärztliche Behandlungsleitung (OPS 8-550) auszulegen?	***SG Magdeburg,*** Urt. v. 30.07.2013 - S 45 KR 101/11 WA - - S 45 KR 75/11 WA - - S 45 KR 89/11 WA -	13-04-103 14-01-121 14-01-122
Notfallbehandlung nach telefonisch abgesprochener Verlegung?	B 3 KR 9/13 R	Zur Auslegung des Notfallbegriffs bei stationärer Versorgung in einem Krankenhaus außerhalb seines Versorgungsauftrags.	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 18.07.2012 - L 4 KR 468/09 -	13-03-161 NZB
Öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch für Kosten aufgrund Verordnungen Dritter	B 1 KR 22/12 R **Termin:** 12.11.2013	Zählen interkurrente Behandlungen (hier: ambulante Vorstellungen einschließlich Arzneimittelverordnungen) während eines stationären Krankenhausaufenthalts zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs 2 KHEntgG bzw § 2 Abs 2 BPflV?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 19.01.2012 - L 5 KR 14/11 -	12-02-138
Keine Überprüfung der Behandlungsmethode durch MDK	B 1 KR 70/12 R **Termin:** 17.12.2013	Ist Eine Krankenhausleistung, die sich noch im Stadium ihrer medizinisch-wissenschaftlichen Erforschung befindet und deswegen noch nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, bereits dann zu vergüten, wenn sie nicht offensichtlich ungeeignet ist, das mit ihr angestrebte Behandlungsziel zu erreichen? Kann die Vergütung einer Krankenhausleistung mit dem Einwand abgelehnt werden, die angewandte Methode entspreche noch nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse, weshalb die Teilnahme an einer Studie nachzuweisen sei, obwohl kein Negativvotum des Gemeinsamen Bundesausschusses vorliegt?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 13.11.2012 - L 11 KR 2254/10 -	13-01-135
Aufrechnung 1 Jahr nach Begleichung einer Krankenhausrechnung ohne MDK-Prüfung	B 1 KR 24/13 R	Kann eine Krankenkasse ohne MDK-Prüfung mehr als 1 Jahr nach Begleichung einer Krankenhausrechnung wegen einer fehlerhaften Kodierung mit der daraus resultierenden Erstattungsforderung die Vergütung im Wege der Aufrechnung kürzen oder ist dies wegen Verletzung des Grundsatzes von Treu und Glauben ausgeschlossen?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 08.08.2013 - L 5 KR 97/13 -	14-01-116
Überprüfung der Krankenhausabrechnung nach vier Jahren	B 3 KR 19/13 R	Kann eine Krankenkasse vier Jahre nach Bezahlung einer Krankenhausrechnung einen Erstattungsanspruch mit der Behauptung geltend machen, eine stationäre Krankenhausbehandlung sei weder medizinisch erforderlich gewesen noch tatsächlich erfolgt (hier: rehabilitative stationäre Behandlung)?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 10.10.2013 - L 16 KR 813/12 -	14-01-117
Verjährungshemmung durch MDK-Prüfung	B 3 KR 31/12 R B 3 KR 30/12 R **Termin:** 19.09.2013 B 1 KR 59-61/12 R **Termin:** 17.12.2013	Hemmt die Mitteilung der Prüfung einer Krankenhausrechnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nach § 275 Abs 1 SGB 5 in entsprechender Anwendung des § 204 Abs 1 Nr 8 BGB die Verjährung des Rückzahlungsanspruchs einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus?	***LSG Sachsen***, Urt. v. 16.05.2012 - L 1 KR 115/10 - - L 1 KR 112-114, 116/10 -	12-04-102 12-04-106
	B 1 KR 71/12 R	Hemmt die Einleitung eines MDK-Prüfverfahrens nach § 275 Abs 1 SGB 5 den Eintritt der Verjährung eines Anspruchs einer Krankenkasse auf Erstattung geleisteter Krankenhausvergütung?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 27.04.2012 - L 1 KR 267/11 -	13-01-142 NZB
Verwirkung eines öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch der Krankenkasse	B 1 KR 27/13 R	Unter welchen Voraussetzungen kann ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch der Krankenkasse gegenüber einem Krankenhaus verwirkt sein? Unter welchen Voraussetzungen führt eine Verletzung des Prüfverfahrens vor Einführung des § 275 Abs 1c SGB 5 bei einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch in einem Krankenhausabrechnungsstreit zu einem völligen Einwendungausschluss?	***LSG Sachsen-Anhalt***, Urt. v. 26.06.2013 - L 4 KR 108/11 -	14-01-120

Keine Verwirkung vor Ablauf der Regelverjährung von vier Jahren	B 1 KR 47/12 R	Ist der Anspruch eines Krankenhauses gegenüber einer Krankenkasse auf Vergütung für einen stationären Aufenthalt verwirkt, wenn das Krankenhaus nach mehr als 1 1/2 Jahren den ungekürzten Betrag geltend macht, der der Krankenkasse von Anfang an in Rechnung gestellt worden war?	***SG Darmstadt***, Urt. v. 23.04.12 - S 8 KR 77/11 -	12-03-154
Nachträgliche Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung	B 1 KR 2/13 R	Unter welchen Voraussetzungen kann ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch der Krankenkasse gegenüber einem Krankenhaus verwirkt sein?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 22.11.2012 - L 16 KR 600/11 -	13-01-156
Vorstationäre Krankenhausbehandlung	B 1 KR 67/12 R **Termin:** 17.09.2013	Ist eine vorstationäre Krankenhausbehandlung gegenüber einer entsprechenden vertragsärztlichen Behandlung subsidiär?	***LSG Berlin Brandenburg***, Urt. v. 16.07.2012 - L 1 KR 118/11 -	13-01-133 13-01-132
Abgrenzung vorstationäre Behandlung/Ambulantes Operieren	B 1 KR 28/13 R	Schließt eine gemäß § 115b Abs 1 S 1 Nr 2 SGB 5 in Verbindung mit dem AOP-Vertrag nach den Regelungen des EBM (juris: EBM-Ä) vergütete ambulante Operation im Krankenhaus den Anspruch auf Vergütung für eine vorherige stationäre Behandlung aus?	***LSG Bayern***, Urt. v. 18.09.2012 - L 5 KR 473/10 -	13-01-134 NZB
Vorstationäre Behandlung/Keine weitere Vergütung neben Fallpauschale	B 1 KR 2/12 R **Termin:** 17.09.2013	Zur Frage des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses für vorstationäre Behandlungen, wenn es zu einer Überschreitung der 5-Tage-Frist nach § 115a Abs 2 S 1 SGB 5 aus vom Krankenhaus nicht zu vertretenden Gründen gekommen war und die für die anschließenden stationären Behandlungen abrechenbaren Krankenhausleistungen vollumfänglich vergütet wurden.	***LSG Bayern***, Urt. v. 27.09.2011 - L 5 KR 81/08	12-01-163
Vorstationäre Behandlung setzt gute Möglichkeit der vollstationären Behandlung voraus	B 1 KR 21/12 R **Termin:** 17.09.2013	Hat ein Krankenhaus Anspruch auf Vergütung vorstationärer Krankenhausbehandlung, wenn es die vertragsärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung eines GKV-Versicherten prüft und verneint?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 09.02.2012 - L 5 KR 52/11 -	12-02-148
Fortführung einer Strahlentherapie als nachstationäre Behandlung (§ 115a SGB V)	B 3 KR 26/12 R (B 1 KR 51/12 R **Termin:** 17.09.2013)	Steht dem Anspruch auf Vergütung einer nachstationären Behandlung, die innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus durchgeführt wird, entgegen, dass die Behandlung auch im Rahmen einer zugleich bestehenden Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung hätte erbracht werden können?	***LSG Mecklenburg-Vorpommern***, Urt. v. 15.02.2012 - L 6 KR 34/10 - - L 6 KR 35/10 -	12-03-150 12-03-151
Kosten für allein erreichbares Thrombozyten-Apheresekonzentrat	B 3 KR 11/13 R	Muss die Krankenkasse die Kosten eines vom Krankenhaus verwendeten teuren Thrombozyten-Apheresekonzentrats übernehmen, wenn bei der OP auch die Gabe eines preiswerteren gepoolten Thrombozytenkonzentrats medizinisch ausreichend gewesen wäre, dieses aber bei der Blutbank gar nicht vorrätig gewesen ist?	***LSG Saarland***, Urt. v. 22.08.2012 - L 2 KR 39/09 -	13-03-154 NZB
Fallpauschalen: Kein Verlegungsabschlag bei Voraufenthalt in ausländischem Krankenhaus	B 1 KR 57/12 R **Termin:** 17.12.2013	Ist ein Verlegungsabschlag gem § 3 Abs 2 iVm Abs 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2008 von der Vergütungsforderung des aufnehmenden inländischen Krankenhauses vorzunehmen, wenn die Vorbehandlung durch ein ausländisches Krankenhaus erfolgt ist, das seinerseits nicht den deutschen Abrechnungsbestimmungen unterliegt?	***LSG Hessen***, Urt. v. 28.06.2012 - L 1 KR 347/10 -	12-03-156
DRG-Fallpauschalen als aufteilbare Abrechnungseinheit/Kostenträger	B 1 KR 18/13 R	Sind auch mit Fallpauschalen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups abrechenbare Krankenhausleistungen als teilbare Leistungen anzusehen?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 04.07.2013 - L 1 KR 77/11 -	13-03-162
Behandungsfall und mehrere Krankenhausaufenthalte	B 3 KR 14/13 R	Zu den Voraussetzungen der Zusammenfassung mehrerer Krankenhausaufenthalte eines Versicherten zu einem Behandlungsfall.	***LSG Hamburg***, Urt. v. 04.07.2013 - L 1 KR 21/11 -	14-01-123
Fallzusammenführung nach akutem Myocardinfarkt	B 1 KR 62/12 R	Regelt die Vorschrift des § 2 der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 - Fallpauschalenverordnung 2004 (juris: KPFV 2004) = BGBl I 2003, 1995 abschließend, in welchen Fällen eine Fallzusammenfassung der Falldaten und Neueinstufung in eine Fallpauschale geboten ist und scheidet somit eine erweiternde Auslegung aus?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 23.08.2012 - L 16 (5) KR 168/08 -	12-04-112
Fallzusammenführung: Wiederaufnahme innerhalb von 30	B 3 KR 33/12 R **Termin:** 28.11.2013	Sind zwei Krankenhausbehandlungen wegen derselben Grunderkrankung nach § 2 Abs 2 Fallpauschalenvereinbarung 2006 (juris: KFPVbg 2006) zu einem Behandlungsfall	***LSG Saarland***, Urt. v. 18.04.2012	12-03-157 NZB

Kalendertagen		zusammenzufassen, wenn die Wiederaufnahme des Versicherten erst am 33. Tag nach der Erstaufnahme erfolgt ist, aber schon bis zum 30. Tag hätte erfolgen können?	- L 2 KR 127/09	
Fallzusammenführung: Chemotherapie als Nebenwirkung einer Komplikation	B 3 KR 6/12 R **Termin:** 18.07.2013	Stellt die infolge einer Chemotherapie aufgetretene Nebenwirkung eine Komplikation iS des § 2 Abs 3 FPV 2007 (juris: KFPVbg 2007) dar?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 04.08.2011 - L 5 KR 200/10 -	12-04-113 NZB
Fallpauschale: Verantwortlichkeit i.S. des OPS-Kodes 8-918 (Multimodale Schmerztherapie)	B 3 KR 7/12 R **Termin:** 18.07.2013	Genügt für die Kodierung der Prozedur 8-918 (Multimodale Schmerztherapie) nach dem für das Jahr 2007 geltenden Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) die Übertragung des ärztlichen Verantwortungsbereichs oder ist die tatsächliche Möglichkeit der Ausübung der ärztlichen Verantwortung im Sinne einer regelmäßigen persönlichen Anwesenheit des verantwortlichen Arztes im Krankenhaus notwendig?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 01.03.2012 - L 5 KR 191/10 -	12-02-160
Intensivmedizinische Komplexbehandlung: Ständige ärztliche Anwesenheit auf Intensivstation	B 3 KR 25/12 R **Termin:** 18.07.2013	Sind die Voraussetzungen für die Kodierung nach 8-980 OPS Version 2008 (intensivmedizinische Komplexbehandlung), bei der eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation gewährleistet sein muss, nicht erfüllt, wenn der anwesende Arzt gleichzeitig Aufgaben auf der internistischen Hauptstation wahrnehmen muss?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 19.01.2012 - L 5 KR 97/11 -	12-02-161 NZB
Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Transportentfernung (DRG B70C)	B 3 KR 20/13 R	Kann die neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls nach der DRG-Fallpauschale B70C abgerechnet werden, wenn das kooperierende Krankenhaus, das "in höchstens halbstündiger Transportentfernung unabhängig vom Transportmittel" erreichbar sein muss, bei Krankentransporten außerhalb eines Notfalleinsatzes nur in frühestens 34 Minuten zu erreichen ist?	***LSG Thüringen***, Urt. v. 25.06.2013 - L 6 KR 193/10 -	14-01-18 NZB
Behandlungsnotwendigkeit über Grenzverweildauer hinaus und Verlegung	B 3 KR 18/13 R	Zur Frage der medizinischen Notwendigkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs 1 S 2 SGB 5 für die Abrechnung tagesbezogener Entgelte zusätzlich zur Fallpauschale nach einer Überschreitung der Grenzverweildauer.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 20.09.2013 - L 1 KR 161/11 -	13-04-97
Kein Zwang zur Beauftragung des MDK	B 3 KR 32/12 R **Termin:** 16.05.2013	Darf eine Krankenkasse selbst medizinische Befunde beim Krankenhaus erheben, ohne den MDK einzuschalten?	***LSG Sachsen-Anhalt***, Urt. v. 17.01.2012 - L 4 KR 17/11 -	13-01-148
Prüfverfahren: Keine ausschließliche Zuständigkeit des MDK eines bestimmten Bundeslandes (Leistungsfall)	B 1 KR 52/12 R **Termin:** 17.12.2013	Kann ein Krankenhaus die Herausgabe der medizinischen Unterlagen eines Behandlungsfalls zur Abrechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ablehnen, wenn nicht der MDK des Bundeslandes, in dem der zu prüfende Leistungsfall stattgefunden hat, die Prüfung vornimmt?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 31.05.2012 - L 5 KR 409/11 -	12-03-160
Prüffrist/Prüfung, ob stationär	B 3 KR 34/12 R **Termin:** 19.09.2013	Liegt eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nur bei einer Aufenthaltsdauer von mindestens 24 Stunden vor?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 01.11.2012 - L 1 KR 130/11-	13-01-153
Prüffrist gilt auch im Bereich ambulanten Operierens	B 1 KR 1/13 R	Bewirkt die Fristversäumnis nach § 275 Abs 1c S 2 SGB 5 nicht nur einen teilweisen Einwendungsausschluss, der auf diejenigen Abrechnungspositionen beschränkt ist, die ausschließlich einer rechtlichen Prüfung und damit nicht einer Einschaltung des MDK bedurft hätten, sondern einen einheitlichen Ausschluss aller Einwendungen gegenüber der gesamten, vom Krankenhaus zur Abrechnung übermittelten Rechnung?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 27.11.2012 - L 4 KR 339/10 -	13-01-154
Prüfantrag durch Krankenkasse	B 3 KR 7/13 R	Kann entgegen dem Wortlaut des § 275 Abs 1c S 2 SGB 5, wonach die Einleitung der Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse "durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen" ist, auch die Krankenkasse selbst die Anzeige fristwahrend vornehmen?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 31.01.2013 - L 1 KR 150/11 -	13-02-137
Anlass zur Einleitung einer MDK-Einzelfallprüfung	B 3 KR 4/13 R **Termin:** 28.11.2013	Kann ein Krankenhaus die Aufwandspauschale für die Überprüfung seiner Abrechnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung dann nicht beanspruchen, wenn die vom Krankenhaus mitgeteilten Diagnosen auf das Vorliegen von Unstimmigkeiten schließen lassen können?	***LSG Hessen, Urt. v. 29.11.2012 - L 8 KR 118/10 -***	13-01-147

Aufwandspauschale: Anlass zur Einleitung einer MDK-Einzelfallprüfung unerheblich?	B 3 KR 16/13 R	Kann ein Krankenhaus die Aufwandspauschale für die Überprüfung seiner Abrechnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung dann nicht beanspruchen, wenn die vom Krankenhaus mitgeteilten Diagnosen auf das Vorliegen von Unstimmigkeiten schließen lassen können?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 23.08.2013 - L 1 KR 295/12 -	13-04-99
Freiwillige Teilnahme am Prüfverfahren trotz Erweiterung	B 1 KR 29/13 R	Unter welchen Voraussetzungen liegt ein zweiter selbstständiger Prüfauftrag nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB 5 vor (hier: Prüfung der Hauptdiagnose nach Prüfung der Notwendigkeit/untere Grenzverweildauer)? Kann ein Krankenhaus die erneute Herausgabe von Patientenunterlagen verweigern und sich darauf berufen, dass ein zweiter selbstständiger Prüfauftrag der Krankenkasse dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nach Ablauf der Sechs-Wochenfrist des § 275 Abs 1c S 2 SGB 5 erteilt worden sei, wenn das Krankenhaus freiwillig und vorbehaltlos am Prüfverfahren mitgewirkt und dem MDK die Patientenunterlagen zur Verfügung gestellt hat?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 19.09.2013 - L 5 KR 343/12 -	14-01-132
Kann Aufwandspauschale wiederholt anfallen?	B 1 KR 14/13 R **Termin:** 17.12.2013	Kann eine Aufwandspauschale gem § 275 Abs 1c S 3 SGB 5 erneut anfallen, wenn die auf dieselbe Abrechnung bezogene erneute MDK-Prüfung auf einen Prüfauftrag beruht, der nach Ablauf der Frist des § 275 Abs 1c S 2 SGB 5 erfolgte?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 18.04.2013 - L 5 KR 200/12 -	13-03-164
Aufwandspauschale auch bei Entbindungen?	B 3 KR 10/13 R	Findet § 275 Abs 1c S 3 SGB 5 auch auf Krankenhausbehandlungen zur Entbindung nach §§ 195 Abs 1 Nr 3, Abs 2, 197 RVO Anwendung?	***SG Darmstadt***, Urt. v. 27.02.2013 - S 10 KR 763/11-	13-03-166
Zahlung der Aufwandspauschale bei geringfügiger Abrechnungskorrektur (Bagatellprinzip)	B 3 KR 5/13 R **Termin:** 19.09.2013	Besteht ein Anspruch auf eine Aufwandspauschale nach § 275 Abs 1c S 3 SGB 5 bei einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit Blick auf das Bagatellprinzip auch dann, wenn die MDK-Prüfung zur Erforderlichkeit der Verweildauer bei einer auf 1.810,01 € lautenden Krankenhausrechnung zu einer Kürzung nur um den Investitionszuschlag in Höhe von 5,62 € führt?	***LSG Sachsen-Anhalt***, Urt. v. 24.10.2012 - L 4 KR 54/12 -	13-01-149
Zeitnahe Prüfung nur innerh. v. 12 Wochen/Einwendungsausschluss	B 3 KR 21/12 R **Termin:** 18.07.2013	Ist eine Prüfung zeitnah im Sinne des § 275 Abs 1c S 1 SGB 5, wenn sie innerhalb von 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens abgeschlossen ist?	***LSG Saarland***, Urt. v. 21.03.2012 - L 2 KR 57/11 -	12-02-167
Kein Verlangen nach medizinischen Unterlagen nach 3 1/2 Jahren	B 3 KR 22/12 R **Termin:** 18.07.2013 B 1 KR 48/12 R	Kann eine Krankenkasse die Herausgabe medizinischer Unterlagen eines Krankenhauses an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Überprüfung der Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung nach § 275 SGB 5 für eine vor dem 1.4.2007 stattgefundene stationäre Behandlung verlangen, wenn sie rund vier Jahre nach Rechnungsstellung und -begleichung das Krankenhaus auffordert, Unterlagen zur Verfügung zu stellen?	***LSG Saarland***, Urt. v. 18.04.2012 - L 2 KR 24/11 - - L 2 KR 32/11 -	12.03-163 12-03-164
Arzneikosten ambulanter Behandlung bei anschließender stationärer Notfallaufnahme	B 3 KR 12/13 R	Sind die Kosten für Arzneimittel, die im Rahmen einer ambulanten Behandlung durch einen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Krankenhausarzt verordnet und verabreicht wurden (hier: Chemotherapie) bereits von der Vergütung für eine unmittelbar anschließende, wegen Komplikationen notwendig gewordene stationäre Behandlung umfasst und daher nicht mehr gesondert abzugelten?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 06.06.2013 - L 5 KR 326/12 -	13-04-102

Ambulante Versorgung

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

Retaxierung bei Verstoß gegen Pflicht zur Abgabe eines rabattbegünstigten Arzneimittels	B 1 KR 49/12 R B 1 KR 5/13 R **Termin:** 02.07.2013 Verfassungsbeschwerden: 1 BvR 3571 u.	Begründet ein Verstoß des Apothekers gegen die Pflicht zur Abgabe eines rabattbegünstigten Arzneimittels das Recht der Krankenkasse, einen entstandenen Vergütungsanspruch im Rahmen der Retaxierung in vollem Umfang abzusetzen?	***SG Lübeck***, Urt. v. 02.02.2012 - S 3 KR 761/09 - ***SG Kiel***, Urt. v. 24.08.2012 - S 3 KR 301/09 -	12-04-120 13-02-140

	3572/12 R			
Herstellerabschlag bei fehlerhafter Lauertaxe (Pamidronat Mayne)	B 1 KR 18/12 R **Termin:** 02.07.2013	Was ist der Herstellerabgabepreis (Abgabepreis der pharmazeutischen Unternehmen) im Sinne des § 130a Abs 1 SGB 5? Zur Frage der Berechnung des Herstellerrabattes nach § 130a SGB 5 wenn der pharmazeutische Unternehmer für ein Fertigarzneimittel irrtümlich eine zu niedrige Herstellerpreisangabe zur Publikation in der Lauertaxe übermittelt und diese Angabe später korrigiert.	***LSG Hessen***, Urt. v. 30.06.2011 - L 8 KR 198/08 -	12-02-171 NZB
Abschlagsfreiheit bei Patentschutz	B 1 KR 9/13 R	Zur Auslegung des Begriffs "patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel" iS des § 130a Abs 3b S 1 SGB 5.	***SG Berlin***, Urt. v. 21.11.2012 - S 208 KR 99/11 -	13-01-162
Festbetrag für Arzneimittel mit Wirkstoff Paliperidon (Invega®) rechtswidrig	B 1 KR 54/12 R **Termin:** 17.09.2013	Verstoßen die Festbetragsfestsetzungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vom 26.8.2009 und vom 9.5.2012 für "Antipsychotika, andere, Gruppe 1" hinsichtlich des Wirkstoffs Paliperidon gegen höherrangiges Recht?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 22.06.2012 - L 1 KR 296/09 KL -	12-03-166
Hilfsmittelerbringer: Festbetrags-festsetzung/Klage eines Innungsverbandes	B 3 KR 19/11 R **Termin:** 22.11.2012	Zur Rechtmäßigkeit der Festsetzung von Festbeträgen für Einlagen, Inkontinenzhilfen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie und Stomaartikel durch die Allgemeinverfügungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 1.12.2004 und 23.10.2006?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 19.01.2011 - L 9 KR 530/07 -	11-02-187 NZB
Hilfsmittellieferanten: Stufenklage auf Auskunft und Verjährung bei Abrechnungsbetrug	B 3 KR 24, 27/12 R **Termin:** 28.11.2013	Hat eine Krankenkasse im Wege der Stufenklage Anspruch auf Vorlage aller auf einzelne Versicherte bezogene Unterlagen gegenüber einem Hilfsmittelerbringer, wenn damit die Richtigkeit von Abrechnungen aus den Jahren 2001 bis 2003 geprüft werden soll?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 16.05.2012 - L 1 (16) KR 265/09 - - L 1 KR 18/10 -	12-03-168 juris
Unzulässiges „Outsourcing“ der Erbringung von Heilmitteln aus Krankenhaus	B 3 KR 8/12 R **Termin:** 19.09.2013	Kann eine in der Trägerschaft eines Klinikums stehende Gesellschaft eine Zulassung zur Abgabe von Heilmitteln beanspruchen, um neben den im Krankenhaus anfallenden Aufgaben auch Leistungen der ambulanten Heilmittelversorgung anbieten zu können?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 15.02.2012 - L 5 KR 243/11 -	12-02-179
Schiedsverfahren Heilmittelerbringer	B 1 KR 10/13 R	Können im Fall der Nichteinigung die Durchführung eines Schiedsverfahrens nicht nur "der zuständige Berufsverband", sondern auch die einzelnen Leistungserbringer oder doch jedenfalls die in § 125 Abs 2 S 1 neben den Verbänden und den einzelnen Leistungserbringern genannten "sonstigen Zusammenschlüsse" der Leistungsbringer verlangen?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 01.03.2012 - L 1 KR 18/10 -	12-02-180 NZB
Auswahl der Schiedsperson (Häusliche Krankenpflege)	B 3 KR 6/13 R	Zur Frage, wann sich ein auf die Bestimmung einer Schiedsperson nach § 132a Abs 2 S 7 SGB 5 gerichteter Verwaltungsakt erledigt hat. Zu den Anforderungen an die Ermessensausübung im Rahmen der Bestimmung einer Schiedsperson nach § 132a Abs 2 S 7 SGB 5.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 16.11.2012 - L 1 KR 341/11 -	13-03-172
Krankenkassen				
Kein Sachleistungsanspruch ohne elektronische Gesundheitskarte	B 1 KR 35/13 R	Ist die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte mit Lichtbild mit den bestehenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen und dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten vereinbar? Können Versicherte die Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte wegen ihrer (zukünftig möglichen) Online-Funktion wirksam ablehnen?	***LSG Hessen***, Urt. v. 26.09.2013 - L 1 KR 50/13 -	13-04-116
Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich): Ausgleichsverpflichtung	B 1 KR 2/14 R (alt: B 12 KR 7/13 R) B 1 KR 3/14 R (alt: B 12 KR 8/13 R) B 1 KR 4/14 R (alt: B 12 KR 10/13 R/B 1 A	Sind die Bestimmungen des § 33b RSAV zur Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds mit den gesetzlichen Vorgaben des § 272 SGB 5 vereinbar?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 22.11.2012 - L 16 KR 88/09 KL - - L 16 KR 249/09 KL - - L 16 KR 647/10 KL -	 13-01-170 13-02-144 13-01-169

	8/13 R)			
	B 1 KR 5/14 R (alt: B 12 KR 18/13 R)	Verstoßen die §§ 29, 31 RSAV bzw das vom Bundesversicherungsamt festgelegte Klassifikationsmodell gegen die Ermächtigungsgrundlage des § 268 Abs 2 S 1 SGB 5?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 08.06.2013 - L 16 KR 24/09 KL -	13-03-173
	B 1 KR 7/14 R (alt: B 12 KR 24/13 R)	Verstoßen die Festlegungen des Bundesversicherungsamtes nach § 31 Abs 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2011 wegen ihres Verzichts auf die Annualisierung der Kosten unterjährig verstorbener Versicherter gegen § 266 Abs 1 S 2, § 268 Abs 1 S 1 Nr 3 SGB 5 iVm § 31 RSAV?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 04.07.2013 - L 16 KR 732/12 KL -	13-04-113
	B 1 KR 6/14 R (alt: B 12 KR 22/13 R) B 1 KR 11/14 R (alt: B 12 KR 28/13 R)	Vorinstanz: LSG Essen, L 16 KR 641/12 KL Verstoßen die Festlegungen des Bundesversicherungsamtes nach § 31 Abs 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2012 wegen ihres Verzichts auf die Annualisierung der Kosten unterjährig verstorbener Versicherter gegen § 266 Abs 1 S 2, § 268 Abs 1 S 1 Nr 3 SGB 5?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 04.07.2013 - L 16 KR 641/12 KL - - L 16 KR 756/12 KL -	13-04-112
	B 1 KR 8/14 R (alt: B 12 KR 25/13 R)	Verstoßen die Festlegungen des Bundesversicherungsamtes nach § 31 Abs 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2013 wegen ihres Verzichts auf die Annualisierung der Kosten unterjährig verstorbener Versicherter gegen § 266 Abs 1 S 2, § 268 Abs 1 S 1 Nr 3 SGB 5 iVm § 31 RSAV?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 04.07.2013 - L 16 KR 774/12 KL -	13-04-111
Keine Beanstandung eines 2007 geschlossenen Vertrags wegen Verstoßes gegen Vergaberecht	B 1 A 3/13 R	Rechtfertigt der Verstoß allein gegen die haushaltsrechtliche Ausschreibungspflicht eine aufsichtsrechtliche Anordnung, den unter diesem Verstoß geschlossenen Vertrag umgehend zu kündigen?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 29.11.2012 - L 1 KR 50/11 KL -	13-01-175
	B 1 A 1/13 R	Darf die zuständige Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse dazu verpflichten, einen 1999 geschlossenen und 2002 geänderten Vertrag zu beenden, der die entgeltliche Zurverfügungstellung von Seiten in einer periodisch erscheinenden Zeitschrift zur Mitgliederinformation vorsieht? Darf die zuständige Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse dazu verpflichten, dem Amt für amtliche Veröffentlichungen der EU die Auftragsvergabe durch den 1999 geschlossenen, 2002 geänderten Vertrag mitzuteilen, der die entgeltliche Zurverfügungstellung von Seiten in einer periodisch erscheinenden Zeitschrift zur Mitgliederinformation vorsieht?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 29.11.2012 - L 1 KR 49/11 KL -	13-01-177
	B 1 A 2/13 R	Darf die zuständige Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse dazu verpflichten, einen 2004 geschlossenen Vertrag umgehend zu beenden, der entgeltliche System-Dienstleistungen für ein Bonusprogramm vorsieht? Darf die zuständige Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse dazu verpflichten, dem Amt für amtliche Veröffentlichungen der EU die Auftragsvergabe für den 2004 geschlossenen Vertrag mitzuteilen, der entgeltliche System-Dienstleistungen für ein Bonusprogramm vorsieht?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 29.11.2012 - L 1 KR 48/11 KL -	13-01-174
	B 1 A 4/13 R	Darf die zuständige Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse dazu verpflichten, einen 2007 geschlossenen Vertrag zu beenden, der entgeltliche Serviceleistungen des Interessenten, Neu- und Bestandskundenmanagements für die Krankenkasse vorsieht? Darf die zuständige Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse dazu verpflichten, dem Amt für amtliche Veröffentlichungen der EU die Auftragsvergabe durch den 2007 geschlossenen Vertrag mitzuteilen, der entgeltliche Serviceleistungen des Interessenten, Neu- und Bestandskundenmanagements für die Krankenkasse vorsieht?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 29.11.2012 - L 1 KR 51/11 KL -	13-01-173
	B 1 A 5/13 R	Darf die zuständige Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse dazu verpflichten, einen 2000	***LSG Hamburg***,	13-01-176

		geschlossenen Vertrag zu beenden, der die entgeltliche Übernahme von Aufgaben der Presse-, Marketing- und Öffentlichkeitsarbeit der Krankenkasse vorsieht? Darf die zuständige Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse dazu verpflichten, dem Amt für amtliche Veröffentlichungen der EU die Auftragsvergabe für den 2000 geschlossenen Vertrag mitzuteilen, der die entgeltliche Übernahme von Aufgaben der Presse-, Marketing- und Öffentlichkeitsarbeit der Krankenkasse vorsieht?	Urt. v. 29.11.2012 - L 1 KR 47/11 KL -	
Ausgleichsordnung des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen	B 1 KR 1/14 R (alt: B 12 KR 12/12 R)	Verstößt die aufgrund des § 265a Abs 1 SGB 5 idF vom 24.3.1998 beschlossene Ausgleichsordnung des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen zur Gewährung finanzieller Hilfen an andere Mitgliedskassen in besonderen Notlagen festgesetzte Umlageverpflichtung einzelner Mitgliedskassen gegen höherrangiges Recht?	***LSG Bayern***, Urt. v. 27.09.2011 - L 5 KR 302/08 -	12-02-191
Amtsenthebung eines Verwaltungsratsmitglieds wegen Amtspflichtverletzungen	B 1 A 6/13 R	Unter welchen Voraussetzungen darf die zuständige Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse dazu verpflichten, ihren Verwaltungsvorsitzenden seines Amtes zu entheben oder zu entbinden?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 29.11.2012 - L 1 KR 132/11 KL -	13-01-179
Gründung von Tochterunternehmen durch Krankenkasse	B 1 A 7/13 R	Unter welchen Voraussetzungen darf die zuständige Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse dazu verpflichten, eine von ihr gegründete Tochtergesellschaft im Hinblick auf den verfolgten Gesellschaftszweck aufzulösen und die Liquidation einzuleiten?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 29.11.2012 - L 1 KR 156/11 KL -	13-01-180
Unbeachtlichkeit formaler Verordnungsbestimmungen der Heilmittel-RL im Erstattungsverhältnis	B 1 KR 27/12 R **Termin:** 12.11.2013	Sind die formalen Verordnungsbestimmungen der Heilmittel-Richtlinien für eine Erstverordnung im Erstattungsverhältnis zwischen einem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und einer gesetzlichen Krankenkasse nach § 105 Abs 1 S 1 SGB 10 über einen Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln unbeachtlich, wenn die Gesamtverordnungsmenge nicht überschritten wird?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 24.04.2012 - L 11 KR 3036/10 -	12-03-174
Keine Kostenerstattung des Jugendhilfeträgers für Verhaltenstherapie in Privatpraxis	B 1 KR 50/12 R **Termin:** 17.12.2013	Hat ein Träger der Kinder- und Jugendhilfe einen Erstattungsanspruch gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse, wenn er im Rahmen der Eingliederungshilfe Leistungen durch einen nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Psychotherapeuten erbringt, weil der Versicherte keinen leistungsbereiten Vertragsarzt / vertragsärztlichen Psychotherapeuten zur Krankenbehandlung findet?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 26.06.2012 - L 11 KR 3457/10 -	12-03-178
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Behinderte durch Rentenversicherungsträger	B 1 KR 7/13 R	Sind die persönlichen Anspruchsvoraussetzungen des § 10 SGB 6 zur Bewilligung von Rehabilitationsleistungen durch (erwerbsunfähige) Behinderte, die in einer Werkstätte für behinderte Menschen nach § 1 S 1 Nr 2 Buchst a SGB 6 versicherungspflichtig beschäftigt sind, erfüllt?	***LSG Bayern***, Urt. v. 04.12.2012 - L 4 KR 235/10 -	13-02-146
Ausschlussfrist bei Erstattungsansprüchen	B 1 KR 56/12 R (alt: B 8 SO 22/12 R) **Termin:** 12.11.2013 B 1 KR 58/12 R	Ist § 111 SGB 10 als Ausschlussfrist bei der Geltendmachung von Erstattungsansprüchen im gesetzlichen Auftragsverhältnis nach § 264 Abs 2 bis 7 SGB 5 anwendbar?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 11.07.2012 - L 2 SO 2371/11 - ***LSG Bayern***, Urt. v. 03.05.2012 -L 18 SO 15/08 -	12-03-177 12-04-125
Nachträgliche Leistungszuständigkeit der KK und Rückabwicklung	B 1 KR 20/13 R	Gelten für die Rückerstattung von Erstattungszahlungen nach § 264 Abs 7 SGB 5 die Vorschriften der §§ 102ff SGB 10, insbesondere die Ausschlussfrist des § 111 SGB 10?	***SG Dresden***, Urt. v. 22.05.2013 - S 18 KR 577/10	13-03-175
Erstattung von Krankengeld	B 1 KR 23/13 R (alt: B 11 AL 14/12 R)	Ist die Bundesagentur für Arbeit gem §§ 102 ff SGB 10 verpflichtet, der Krankenkasse Krankengeld zu erstatten, welches wegen weiter andauernder Arbeitsunfähigkeit nach einer stationären Rehabilitationsmaßnahme gezahlt wurde, wenn die Arbeitslosengeldbewilligung vor der Rehabilitationsmaßnahme wegen Ruhens des Anspruchs bei Übergangsgeldbezug vollständig aufgehoben wurde und eine Fortzahlung	***SG München***, Urt. v. 13.04.2012 - S 36 AL 1154/09 -	juris

		des Arbeitslosengeldes nach § 126 SGB 3 mangels erneuten Antrags des Leistungsberechtigten tatsächlich nicht erfolgte?		
Erstattungspflicht nach dem BVG: Allgemeine Zweckidentität und Leistungsvoraussetzung	B 1 KR 30/13 R	Zu den Voraussetzungen eines Erstattungsanspruchs der Versorgungsverwaltung nach § 18c Abs 5 S 2 BVG gegenüber einer Krankenkasse wegen einer Vorsorgeleistung (hier: gewährte Badekur, wobei nach Auffassung des LSG allenfalls eine ambulante Vorsorgeleistung nach § 23 Abs 2 SGB 5 in Betracht gekommen wäre).	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 02.10.2013 - L 1 KR 25/11 -	14-01-151
GBA				
Mindestmengenregelung: Prognose am Jahresanfang	B 1 KR 33/13 R	Welche Anforderungen sind an die Prognose zu stellen, dass die nach § 137 Abs 3 S 1 Nr 2 SGB 5 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen von einem Krankenhaus voraussichtlich nicht erreicht wird?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 27.09.2012 - L 1 KR 383/11 -	13-04-92 NZB
Sonstiges				
Pflicht zum Leistungsantrag: Entfallen der aufschiebende Wirkung von Rechtsbehelfen	B 1 KR 31/13 R B 1 KR 32/13 R	Entfällt die aufschiebende Wirkung von Widerspruch, Klage, Berufung, Nichtzulassungsbeschwerde bei Aufforderungen zum Rehabilitationsantrag im Rahmen des § 51 SGB 5 ex tunc oder ex nunc ab Rechtskraft der letztinstanzlichen Entscheidung?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. 31.01.2013 - L 5 KR 4702/11 -; v. 27.05.2013 - L 5 KR 547/13 -	14-01-111 14-01-112
Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige	B 1 KR 13/13 R (alt: B 8 SO 4/13 R)	Ist § 111 SGB 10 als Ausschlussfrist bei der Geltendmachung von Erstattungsansprüchen im gesetzlichen Auftragsverhältnis nach § 264 Abs 2 bis 7 SGB 5 anwendbar?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 19.12.2012 - L 2 SO 2960/12 -	juris
AOP-Vertrag 2005: System der pauschalierten Sachkostenerstattung	B 1 KR 16/13 R (alt: B 6 KA 32/13 R)	Verstoßen die im Vertrag für ambulantes Operieren und sonstige stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag) getroffenen Regelungen zur Erstattung der Sachkosten bei ambulantem Operieren im Krankenhaus gegen das Gebot einheitlicher Vergütungen von Vertragsärzten und Krankenhäusern bei Erbringung ambulanter Operationsleistungen nach § 115b Abs 1 S 1 Nr 2 SGB 5?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 27.03.2013 - L 7 KA 87/10 -	13-03-72