

Rechtsprechungsinformationsdienst 14-04

REDAKTION	8
EDITORISCHE HINWEISE	8
A. VERTRAGSARZTRECHT	9
I. Honorarverteilung	9
1. Vergütung ab Quartal I/09	9
a) Zuordnung zur Arztgruppe der Reproduktionsmediziner	9
b) „Sonstige Hilfen“ nach Kap. 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 EBM im Regelleistungsvolumen	10
c) QZV 60 MRT für Radiologen: Voraussetzungen einer Ausnahmeregelung	10
d) Zuschlag für konservativ tätige Augenärzte (Nr. 06225 EBM) nicht rechtswidrig (ab Quartal I/12)	10
e) Praxisbesonderheiten	10
aa) Regelung im HVV erforderlich	10
bb) Spezielle Leistungen aus unterschiedlichen Bereichen	11
cc) Praxisbesonderheit im aktuellen Quartal	11
f) Quotierung von Leistungen	12
aa) Unzulässige Quotierung von Laborleistungen einer Laborgemeinschaft	12
bb) Zulässige Quotierung von Laborleistungen	12
cc) Zulässige Quotierung von Dialyseleistungen (Quartal IV/09)	13
dd) Zulässige Quotierung von Dialyseleistungen (Quartal III/10)	13
g) Kostenpauschale Nr. 40100 EBM/Quotierung von Labor- und humangenetischen Leistungen	13
h) Konvergenzregelung nur für RLV-Praxen/Monatsfrist für Härtefallausgleich	13
i) Letzte Auffangregelung: Abrechnungsmodus und unterdurchschnittliche Fallzahlen	14
2. Vergütung bis 2008	14
a) Psychotherapeuten: Keine Pflicht des Bewertungsausschusses zur Vergütungsanpassung (2007)	14
b) Individueller Anpassungsfaktor zum Regelleistungsvolumen (KV Saarland)	14
3. Keine nachträgliche Erteilung der Genehmigung für Psychotherapieleistung	15
4. Substantiierungspflicht hinsichtlich einer behaupteten fehlerhaften Kontoübersicht	15
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	15
1. Pauschalierende Umlegung des Defizitanteils wegen Nachvergütung für Psychotherapeuten	15
2. Vertretung	16
a) Nach Ausscheiden eines MVZ-Angestellten keine Vertretung möglich	16
b) Keine rückwirkende Genehmigung einer Vertretung	17
c) Kein Honoraranspruch bei Tätigkeit eines nicht genehmigten Vertreters	17
3. Plausibilitätsprüfung	17
a) Implausibilität nach Job-Sharing und weitere Honorarkürzung/Umfang einer Job-Sharing-Anstellung	17
b) Patientenbezogene Plausibilitätsprüfung: Hoher Anteil gemeinsamer Patienten	18
4. Zahnärzte	19
a) Vollständiger Leistungsnachweis durch Vertragszahnarzt	19
b) Kein Beweiswert einer nicht zeitnah erstellten Dokumentation	19
III. Zweigpraxis/Notdienst/Belegarzt	19
1. Zweigpraxis	19
a) Drittwidersprüche gegen Zweigpraxisgenehmigung ohne aufschiebende Wirkung	20
b) Anfechtungsbefugnis: Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte zur Dialysebehandlung	20
2. Notdienst: Keine Befreiung einer Psychotherapeutin trotz Innenohrschwerhörigkeit	20
3. Anerkennung als Belegarzt: Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft/Fahrzeit von 40 Minuten	21
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	21
1. Richtgrößenprüfung	22
a) Kein einstweiliger Rechtsschutz gegen Festsetzung einer individuellen Beratung	22
b) Individualvereinbarung: Beweislast für Verhandlungsbeginn	23
c) Unzureichende Begründung	23
2. Arzneikostenregress: WHO-Stufenschema und Morphinsulfat Sevredol	24
3. Zahnärzte: Leistungen der Individualprophylaxe: Prüfung nach Durchschnittswerten zulässig	24
V. Zulassungsrecht	24
1. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	25
a) Nachbesetzung einer Angestelltenstelle durch nur noch teilzeitbeschäftigten Arzt	25

b) Unzulässigkeit einer Verschiebung von MVZ-Arztstühlen in anderes MVZ _____	26
2. Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen gemäß § 121a SGB V _____	27
3. Konkurrentenklage gegen Anstellungsgenehmigung nach Sonderbedarfszulassung _____	27
4. Fortsetzungsfeststellungsklage: Erledigung im Widerspruchsverfahren (Sonderbedarfszulassung) _____	28
5. Teil-Berufsausübungsgemeinschaft: Fehlende gemeinsame Berufsausübung _____	28
6. Ermächtigungen _____	29
a) Keine GKV-Leistung (Behandlung von chronischer Migräne mit Botox) _____	29
b) HNO-Ärzte ohne Kompetenz zur Überweisung an ein Sozialpädiatrisches Zentrum _____	29
c) Bedarfsunabhängige Ermächtigung des Leiters einer nephrologischen Schwerpunktabteilung _____	30
d) Keine Drittanfechtung gegen Ermächtigung des Leiters einer nephrolog. Schwerpunktabteilung _____	30
7. Eine Verfahrensgebühr bei Antrag einer BAG auf Genehmigung einer Arztstelle _____	30
8. Zulassungsentziehung: Acht Jahre alte Verfehlungen begründen keine nachhaltige Vertrauensstörung _____	31
VI. Gesamtvergütung _____	31
1. Anspruch der Krankenkasse auf sachlich-rechnerische Berichtigung _____	32
a) Keine Fortgeltung einer gesamtvertraglichen Bagatellgrenze nach Vertrag nach § 106a V SGB V _____	32
b) Anspruch einer Krankenkasse auf Abrechnungsprüfung (Chronikerpauschale Nr. 03212 EBM 2008) _____	33
c) Influenza A/H1N1 („Schweinegrippe“) nur bei nachgewiesenen Infektionen abrechnungsfähig _____	33
d) Schwangerenbetreuungspauschale nach Nr. 01770 EBM: Behandlung durch mehrere Ärzte _____	34
2. Verringerung der Gesamtvergütung: KV hat für Richtgrößenregresse einzustehen _____	34
3. Verteilung einzelner Erhöhungen der Gesamtvergütung auf einzelne Krankenkassen _____	35
VII. Verfahrensrecht _____	35
1. Keine Akteneinsicht außerhalb eines laufenden Verwaltungsverfahrens durch Rechtsanwalt _____	35
2. Substantiierungspflicht im einstweiligen Rechtsschutzverfahren _____	36
VIII. Streitwert/Rechtsanwaltsgebühren _____	36
1. Honoraranspruch: Geltend gemachtes Honorar unabhängig von sachlicher Prüfung _____	36
2. Untätigkeitsklagen: Dauer der Untätigkeit _____	36
3. Zeitpunkt für die Wertberechnung _____	37
4. Kostengrundsentscheidung Widerspruchsverfahren/Defensive Konkurrentenklage gegen Ermächtigung _____	37
5. Steigerungssatz von 2,5 im Widerspruchsverfahren gegen Richtgrößenregress Arztkosten _____	38
IX. Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV) _____	38
1. Leistungsbezieher: Fehlerhafte Berechnung des Punktwerts/Einbeziehung von Sonderverträgen _____	38
2. Heranziehung der Einnahmen aus Sonderverträgen zur EHV ist rechtmäßig (Quartal IV/11) _____	39
3. Heranziehung zur EHV/Kostenanteile/Beitragsklassen (Quartale III/12-II/13) _____	39
4. Heranziehung von MVZ zur EHV weiterhin zulässig/Zuflussprinzip _____	39
5. Heranziehung von Berufsausübungsgemeinschaft für Angestellte zur EHV weiterhin zulässig _____	40
X. Bundessozialgericht (BSG) _____	40
1. BVerfG: Unterdurchschnittlich abrechnende Praxen/Aufbaupraxis _____	40
2. Keine höhere Vergütung für Notfallbehandlungen durch Krankenhaus _____	40
3. Sachl.-rech. Berichtigung: Missbräuchliche Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft _____	41
4. Genehmigungen _____	41
a) Kein Ausschluss von Aphereseleistungen für Transfusionsmediziner _____	41
b) Widerruf einer Ultraschallgenehmigung nach Qualitätsmängeln _____	42
c) Keine Verlängerung des Zeitraums der genehmigungsfreien Vertretung _____	42
5. Wirtschaftlichkeitsprüfung _____	42
a) Keine Hemmung wegen fehlender Übermittlung der Verordnungsdaten _____	42
b) Richtgrößenprüfung: Begründungsumfang zu Nichtanerkennung von Praxisbesonderheiten _____	43
6. Zulassungsrecht _____	43
a) Auswahlentscheidung nach teilweiser Entsperrung _____	43
b) Ermächtigte Hochschulambulanzen: Beschränkung der Überweisungsbefugnis _____	43
7. Übermittlung der unverschlüsselten Arzt- bzw. Zahnarztnummer _____	44
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT _____	45
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung _____	45
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden _____	45
a) Kopforthese Teil einer Helmorthesenbehandlung/Kein Systemversagen _____	45
b) Niederfrequente Hyperthermie (sog. Elektrohyperthermie oder Onkothermie) _____	45
c) Autologe dendritische Zellen: Fehlende Behandlungsalternative _____	46
d) Schlaf-Apnoe-Behandlung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene _____	46
2. Überschreitung der Höchstgrenzen der Psychotherapie-Richtlinien _____	46
3. Keine Behandlung durch nicht approbierte psychologische Psychotherapeutin _____	47
4. Einsatz einer Hormon-Spirale _____	47

5. Zahnärztliche Behandlung	47
a) Keine Erstattung einer Implantatversorgung trotz fortgeschrittener Kieferatrophie	47
b) Anspruch auf eine kieferorthopädische Behandlung	48
c) Keine Befreiung vom Eigenanteil wegen früherer Verwendung von Amalgam	48
II. Kostenerstattung	49
1. Sonderrechtsnachfolge/Erlöschen des Kostenerstattungsanspruchs	49
2. Kostenerstattung für Zahnersatz in der Türkei setzt genehmigten Heil- und Kostenplan voraus	49
III. Stationäre Behandlung	49
1. Liposuktion: Fehlende Empfehlung des GBA	49
2. Magenbypass-Operation	49
IV. Arzneimittel	50
1. Ausstellung eines Privatrezepts bei Verweigerung eines Kassenrezepts	50
2. Instant-Dickungsmittel Thick & Easy kein Arzneimittel	50
3. Off-Label-Use: Sandostatin LAR 20mg bei polyzystischer Lebererkrankung/Folgenabwägung	50
V. Hilfsmittel	51
1. Elektrorollstuhl mit Stehfunktion/Genehmigungsfiktion	51
2. Stehrollstuhl	51
3. Easy Rider Therapierad	52
4. Turnmatte für ein schwerbehindertes Kleinkind	52
5. Neues Produkt: Klimaschaff „Symphonie“	52
6. Folgeversorgung mit einer Oberschenkelprothese mit Genium-Kniegelenk	52
7. Keine neuen Unterschenkelprothesen im einstweiligen Anordnungsverfahren	53
8. Hörgeräteversorgung	53
a) Unzumutbarkeit der Erprobung weiterer Hörsysteme	53
b) Beweislastrisiko der Krankenkasse für günstigeres Hörgerät (Festbetrag)	53
9. Blindenführhund: Benennung der Führhundeschulen durch Krankenkasse	54
10. System zur kontinuierlichen Messung des Gewebezuckers (Continuous Glucosemonitoring/CGM)	54
VI. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe/Reha-Maßnahmen/Fahrkosten	54
1. Häusliche Krankenpflege	55
a) Einrichtung ohne Vergütungsvereinbarung: Zusicherung für Höhe der Vergütung	55
b) Vollstationäre Behinderteneinrichtungen	55
aa) „Geeigneter Ort“: Kein Anspruch auf Behandlungspflege gegen Einrichtungsträger	55
bb) Selbstzahlerklausel/Kein Anspruch auf Behandlungspflege	55
c) Behandlungspflege während stationären Krankenhausaufenthaltes (Einstweiliger Rechtsschutz)	56
2. Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft und Entbindung	56
3. Reha-Maßnahmen	57
a) Stationäre Rehabilitationsmaßnahme mit dem Ziel einer Gewichtsreduzierung	57
b) Medizinische Notwendigkeit einer Mutter-Kind-Kur/§ 13 IIIa SGB V nur für Antragsverfahren	57
c) Folgenabwägung im einstweiligen Anordnungsverfahren	57
4. Fahrkosten	58
a) Nichtinanspruchnahme der nächst erreichbaren Ärzte	58
b) Keine Fahrkostenerstattung zur ambulanten Psychotherapie für Selbstfahrerin	58
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	58
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	60
a) Fallenlassen von Einwendungen	60
b) Fehlende Kassenmitgliedschaft des Patienten/Kassenwahlrecht	60
c) Aufrechnung und Leistungszeitbestimmung/Diagnose M96.6	61
2. Fallpauschalen	61
a) Belegabteilung und Hauptabteilung/Analogieverbot	61
b) Hauptdiagnose und Abgrenzung zu Diagnose R04.0 (Blutung aus der Nase)	61
c) Multimodale Schmerztherapie: Unzureichende Anwesenheit des Schmerztherapeuten	62
3. Neue Behandlungsmethode: Kathetergeführte Aortenklappenimplantation (TAVI)	62
4. Ambulantes Operieren	62
a) Nach vorstationärer Behandlung (Abklärungsuntersuchung)	62
b) Augenärztliche Grundpauschale Nr. 06212 EBM	63
5. Aufwandspauschale	63
a) Nur eine Aufwandspauschale/Fehlerhafte Abrechnung des Krankenhauses	63
b) Anlass zu Einleitung der MDK-Prüfung unerheblich/Kausalität/Verzugszinsen	63
6. Schlichtungsverfahren	64
a) Keine Aussetzung des Klageverfahrens bei Leistungsklage und fehlendem Schlichtungsausschuss	64
b) Kein Schlichtungsverfahren bei unstreitiger Forderung trotz streitiger Aufrechnung	64

c) Nordrhein-Westfalen: Vorhandener Schlichtungsausschuss ist zuständig _____	65
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern _____	65
1. Apotheken _____	65
a) Belieferung mit Zytostatika _____	65
aa) Apothekenwahlrecht gilt auch bei Zytostatikvereinbarung („Exklusivvertrag“) _____	65
bb) Apothekenwahlrecht und Vergütungsanspruch der Apotheke der Wahl _____	66
cc) Abgabe der Rezeptur aufgrund Anforderungsscheins der Krankenhaus-Apotheke _____	66
b) Vergütungsanspruch setzt Vorlage der Ordnungsblätter voraus _____	67
c) Keine weitere Vergütung der Apotheker für im Jahre 2009 abgegebene Arzneimittel _____	67
2. Arzneimittelherstellern/-importeure: Meldung eines Rabattvertrages in den IFA-Datenbanken _____	68
3. Hilfsmittelerbringer: Unterlassungsanspruch gegen Lieferungen ohne Versorgungsvertrag _____	68
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen _____	69
1. Satzungsleistungen: Kostenerstattung für Begleitperson im Elternzimmer bei Schwangerschaft _____	70
2. Erstattungsstreitigkeit: Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung _____	70
3. Krankenkasse nicht passivlegitimiert für Anspruch auf Einsichtnahme in Patientenakte _____	70
4. Krankenversicherungskarte nur für Berechtigungsnachweis _____	71
X. Verfahrensrecht _____	71
1. Keine Aussetzung wegen eines Parallelverfahrens _____	71
2. Aufforderung zur Stellung eines Rehabilitationsantrags _____	71
XI. Bundessozialgericht (BSG) _____	72
1. Rauchmelder für Gehörlose _____	72
2. Häusliche Krankenpflege: An- und Ablegen eines Gilchristverbandes _____	72
3. Beziehungen zu Krankenhäusern _____	72
a) Keine Verwirkung der Vergütungsforderung eines Krankenhauses innerhalb vierjähriger Verjährung _____	72
b) Keine Aufwandspauschale bei Entbindungen _____	72
4. Hilfsmittellieferanten: Stufenklage auf Auskunft und Verjährung bei Abrechnungsbetrug _____	72
5. Eröffnung des Rechtswegs zu den Sozialgerichten bei Klage einer Gebärdensprachdolmetscherin _____	73
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE _____	74
I. Ärztliches Berufsrecht _____	74
1. Widerruf der Approbation _____	74
a) Überdosierte Verschreibung von Benzodiazepinen für drogenabhängigen Patienten _____	74
b) Mengenmäßig überhöhte Arzneimittelverschreibung (Valium) für Zeitraum von weniger als 4 Wochen _____	74
c) Unwürdigkeit: Strafrechtliche Verurteilungen wegen Wirtschaftsvergehen _____	74
2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen _____	74
a) Weiterbildungsbefugnis für Kieferorthopädie: Ordnungsgemäße Dokumentation _____	74
b) Rücknahme einer gesetzlichen Weiterbildungsermächtigung _____	75
c) Zulassung zur Facharztprüfung (Plastische und Ästhetische Chirurgie) _____	75
3. Berufsrecht/Berufspflichten _____	75
a) Im Regelfall kein berufsrechtlicher Überhang bei sexuellem Missbrauch nach § 174c StGB _____	75
b) Berufsrechtlicher Überhang bei Abrechnungsbetrug gegenüber KZV _____	76
c) Bestimmtheitserfordernis bzgl. Abstinenzgebot/Sorgfaltswidriges verkehrsmedizinisches Gutachten _____	76
d) Behandlungsfehler als Berufspflichtverletzung/Pflicht zu Dokumentation/Auskunftspflicht _____	76
e) Erneute Aufforderung zur Stellungnahme wegen Patientenbeschwerde _____	77
f) Notdienst _____	77
aa) BVerwG: Teilnahmepflicht aller niedergelassenen Ärzte am allgemeinen Notdienst _____	77
bb) Heranziehung zum (zahn-)ärztlichen Notdienst bei Anstellung von (Zahn-)Ärzten _____	77
g) Berufspflichtverletzung: Berufsgerichtliche Nachprüfung einer Rüge _____	78
h) Beschränkung der Berufung auf das Strafmaß zulässig _____	78
4. Strafbarkeit der Abgabe von Betäubungsmitteln durch Substitutionsarzt _____	78
5. Wettbewerbsrecht: Unzulässige Empfehlung eines Hörgeräteakustikergeschäfts _____	79
6. Irreführende Werbung mit Preisnachlass auf Eigenanteil für Zahnersatz _____	79
7. Beihilfenrechtliche Zulässigkeit der Gründung und des Betriebs eines MVZ (Konkurrentenklage) _____	79
8. BGH: Kein Anspruch auf Löschung des Arztprofils in Ärztebewertungsportal _____	80
9. Kritik an Selektivvertrag nach § 73c SGB V ist zulässig _____	80
10. Unwirksamkeit einer Abtretungsvereinbarung über (zahn)ärztliche Honorarforderungen _____	80
11. Sachverständigenvergütung _____	81
a) Plausibilitätsprüfung und Ermittlung des objektiv erforderlichen Zeitaufwands _____	81
b) Zeithonorar eines Sachverständigen/Plausibilitätsprüfung/Aktenstudium _____	81
c) Abgrenzung der Honorargruppen M 2 und M 3 nach JVEG (Rentenstreitigkeit) _____	81
d) Diagnoseunabhängige Tagespauschale bei stationärer Begutachtung _____	82
e) Übersendung von Arztunterlagen an das Gericht allein per Telefax _____	82

12. Arbeits- und Sozialrecht	82
a) Selbständiger Honorararzt im Krankenhaus	82
b) Zahnärztlicher Vorbereitungsassistent als Arbeitnehmer	83
c) Externer Gutachter zur Prüfung von Pflegebedürftigkeit für den MDK als Selbständiger	83
13. Versorgungswerk	84
a) Kein Anspruch auf Überleitung von Versorgungsabgaben an andere Ärzteversorgung	84
b) Nachweis der Berufsunfähigkeit bei wechselnder Berufstätigkeit	84
II. Arzthaftung	84
1. Bundesgerichtshof (BGH)	84
a) Kein Übergehen eines erheblichen Beweisantritts	84
b) Forderungsübergang auf Sozialversicherungsträger: Krankenkassenwechsel u. Verjährungshemmung	85
2. Behandlungsfehler	85
a) Diagnosefehler ohne nachteilige gesundheitliche Folgen/Selbstbestimmungsrecht des Patienten	85
b) Unterlassen von Maßnahmen zur Bekämpfung einer Infektion	85
c) Darlegungs- und Beweiserleichterungen bei „voll beherrschbarem Risiko“	86
d) Nichterkennen einer Schulterdystokie bei Geburt	86
e) Nichterkennen eines Schlaganfalls	86
f) Risikoabwägung zwischen Schlaganfall und Hirnblutung	86
g) Alternativloses Legen eines zentralen Venenkatheters/Thrombosetherapie	87
h) Krebsvorsorge: Tastbefund der Brust ohne Überweisung zur Mammografie	87
i) Abgrenzung Diagnosefehler/Befunderhebungsversäumnis bei Vaginalfistel	87
j) Fixateur externe bei einem Bruch des Sprunggelenks mit Weichteilverletzungen	87
k) Fehlbehandlung eines Verkehrsunfallopfers: Schädigung des nervus radialis bei Humerus-Reposition	88
l) Diagnose- und Befunderhebungsfehler bei Missdeutung knöcherner Mikrofrakturen	88
m) Indikation einer Nasennebenhöhlen- und Nasenmuscheloperation/Bestimmter Arzt	88
n) Krankenhausarzt in der Notfallambulanz: Fehldeutung einer Carbamazepin-Unverträglichkeit	89
o) Einsatz eines Medizinstudenten im 10. Semester als alleinige postoperative Nachtwache	89
3. Aufklärung/Einwilligung	89
a) Risiko eines AV-Blocks mit lebenslanger Herzschrittmacher-Notwendigkeit für achtmonatigen Säugling	89
b) Mögliches Paravasat bei Chemotherapie nach Entfernung eines Mammakarzinoms	90
c) Hypothetische Einwilligung: Einholung einer Zweitmeinung bei bösartigem Tumor unerheblich	90
d) Unterbliebener Hinweis auf Koloskopie zur Abklärung eines Darmkrebsrisikos	90
4. Schadensansprüche eines Soldaten im Rahmen der truppenärztlichen Versorgung	91
5. Anspruchsübergang (119 SGB X): Nach dem Schadensereignis eingetretene Versicherungspflicht	91
6. Beschwer bei Verurteilung des Bekl. zur Zahlung eines Schmerzensgelds über Mindestbetrag	91
7. Beginn der Verjährung: Kenntnis einer Krankenkasse	91
8. Sachverständige	92
a) Abweichung von Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften	92
b) Pflicht zur Berücksichtigung privatgutachterlicher Kritik/Eingriffs- und Risikoaufklärung	92
c) Mündliche Anhörung des Sachverständigen/Sturzverletzung nach Wannenbad in Klinik	92
d) Maßnahmen nach § 409 Abs. 1 ZPO gegen Gerichtssachverständigen/Beschwerdeverfahren	93
e) Gründe einer möglichen Befangenheit können ausgeräumt werden	93
9. Streitgegenstand im Arzthaftungsrecht	93
10. Richterwechsel zwischen Beweisaufnahme und Urteilserlass (Prozess um Geburtsschäden)	93
11. Zahnärztliche Behandlung	94
a) Abstehende Kronenränder/Entlassung mit nachbesserungsbedürftiger Brücke	94
b) Funktionelle Therapie bei craniomandibulärer Dysfunktion vor prothetischer Versorgung	94
c) Bisserrhöhung ohne Austestung mit Aufbisssschiene/Honorarrückzahlung	94
d) Fehlerhafte Implantatversorgung	94
e) Hirnblutung bei einer Implantatversorgung	95
f) Implantatverankerung: Durchtränken mit Eigenblut/Aufklärungsgespräch	95
III. Arzneimittel/Hilfsmittel/Heilmittel	95
1. BVerwG: Zulassung pflanzlicher Kombinationsarzneimittel (Phytopharmaka)/Begründungsanforderungen	95
2. Bundesgerichtshof (BGH)	96
a) EuGH-Vorlage/Arzneimittelbegriff: Gesundheitsschädliche Stoffzusammensetzungen	96
b) Unzulässiger Garantie-Bonus von 3% von ausländischer Versandapotheke	96
3. Apothekenrecht	96
a) Bundesgerichtshof (BGH)	96
aa) Belieferung im Krankenhaus durch Kooperationsapotheke	96
bb) Inverkehrbringen einer als Spirituose gekennzeichneten Bach-Blüten-Essenz	97
b) Medienäußerungen eines Landesdatenschutzbeauftragten zum bayerischen Apothekenrechenzentrum	97
c) Kein Totalverbot gegenüber Apotheker, Fertigarzneimittel neu zu verblistern	98
d) Beachtung des einheitlichen und verbindlichen Apothekenabgabepreises	98
e) Berufspflichtverletzung bei Verstoß gegen Arzneimittelpreisbindung	98
f) Betrugsserie durch Apotheker: Keine Aussetzung zur Bewährung	99
4. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht	99

a) Werbung für Biosimilar: Bezugnahme auf wissenschaftliche Studie	99
b) Kostenlose Abgabe eines Fertigarzneimittels an Apotheker „zu Demonstrationszwecken“ ist unzulässig	99
c) Unterlassungsansprüche wegen Verstoßes gegen Arzneimittelpreisrecht: Modell Vorteil24	100
d) Zuwendungsverbot: Unzulässige Werbung für Medizinprodukte im Paket mit iPad und Software	100
e) Irreführende Werbung mit Testergebnis („ÖKO-TEST Gesamturteil sehr gut“)	100
f) Werbung für und Vertrieb von Gleitsichtbrillen über das Internet	100
g) Unzulässige Werbung für homöopathische Arzneimittel durch Nennung früherer Anwendungsgebiete	101
h) Nichteinziehung der Zuzahlung von Versicherten bei der Hilfsmittelversorgung	101
i) Die Bewerbung von „Abschirmfolien“	101
5. „Pflanzlicher Rohstoffs“ ohne pharmakologische Wirkung kein Funktionsarzneimittel	101
6. Rabattverträge	102
a) „Open-House-Modell“ (EuGH-Vorlage)	102
b) Arzneimittel-Importeure und verbindlich verlangte Angabe von Unterauftragnehmern	102
c) Zuständigkeitsüberschneidung/Diskriminierung durch Verengung der Ausschreibung für einen Bieter	103
d) Vorherige Auftragsbekanntmachung erforderlich	103
e) Wirkstoff Interferon beta-1b: Verpflichtungserklärung zur Einhaltung der ILO-Kernarbeitsnormen	104
7. Zahlung von Leistungen nach dem ContStifG	104
a) Keine Abgabe des thalidomidhaltigen Medikaments bereits im Frühjahr 1954	104
b) Keine Abgabe des thalidomidhaltigen Medikaments bereits vor Oktober 1957	104
8. Beihilfe	105
a) Übernahme der Festbetragsregelung nach § 35 SGB V (Sortis)	105
b) Unzulässige dynamische Verweisung auf Festbeträge nach § 35 III SGB V	105
c) Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel/Härtefallregelung	105
d) Unwirksamkeit des Ausschlusses der Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	106
e) „Keltican“: Diätetisches Lebensmittel	106
f) Legasthenie keine Krankheit im beihilferechtlichen Sinne	106
IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe	106
1. Privatbehandlung	106
a) BGH: Ausschluss eines Kooperationsarztes von Wahlarztkette nicht abdingbar	106
b) Selbständiger Honorararzt kann Wahlarztleistungen nach § 17 III KHEntgG erbringen	107
c) Kostenintensive Zahnbehandlung und Aufklärung über andere Behandlungsmöglichkeiten	107
2. Private Krankenversicherung	107
a) Basistarif: Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten schließt Rücktrittsrecht nicht aus	107
b) Erstattung nur bis zum Höchstsatz der Gebührenordnungen(3,5-fach)	107
c) Obliegenheit der Untersuchung durch Arzt	108
d) Behandlung durch Mitinhaber der Gemeinschaftspraxis	108
e) Kein Nachweis medizinisch notwendiger Behandlung bei Selbstablehnung von 18 Sachverständigen	108
f) Therapeutische Apherese bei einem Fibromyalgiesyndrom	108
g) Abrechnung des Austausches einer Kniegelenkprothese	109
h) Leistungspflicht bei stationärer Entgiftungs- und Suchtbehandlung	109
i) Versicherung über Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten	109
j) Kostenerstattung für Arzneimittel Prostagutt@forte	109
k) Versicherungsfall einer kieferorthopädischen Behandlung einer Kieferfehlstellung	110
3. Beihilfe	110
a) Keine Beihilfe für Laborleistungen bei Heilpraktikerbehandlung	110
b) Beihilfeausschluss setzt formale Anerkennung einer Berufskrankheit voraus	110
c) Beihilfefähigkeit der im Zusammenhang mit der Transsexualität stehenden Behandlungen	111
d) Krankenhausbehandlung in einer Privatklinik: Prostataoperation	111
e) Zahnärztliche Behandlung	111
aa) Beschränkte Beihilfe zu Aufwendungen für Implantatversorgung einer Freidendücke	111
bb) Adhäsive Befestigung nach Nr. 2197 GOZ stellt Mehraufwand dar	111
cc) Zulässiger Ausschluss kieferorthopädischer Behandlungen im Erwachsenenalter	111
V. Verschiedenes	112
1. Europäischer Gerichtshof (EuGH)	112
a) Krankenversicherungsschutz bei Daueraufenthalt in anderem Mitgliedstaat	112
b) Recht auf stationäre Behandlung im Ausland bei Versorgungsmängel	112
2. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)	112
a) Zugänglichmachen der Prozessunterlagen in Blindenschrift	112
b) Rauchverbot auch gegenüber Verein mit Zweck des gemeinsamen Rauchens wirksam	113
3. Bundessozialgericht (BSG)	113
a) Berufsständische Versorgung: Keine Befreiung von der Versicherungspflicht als Syndikusanwalt	113
b) Rechtsweg bei Streit über ein Hausverbot	113
4. Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)	114
a) Kein Anspruch auf Erhöhung der Leistungen nach Conterganstiftungsgesetz	114
b) Gerichtliche Anordnung der Entbindung eines Arztes von der Schweigepflicht zu Beweis Zwecken	114
c) Umfang des Aufsichtsrechts der Heimaufsichtsbehörden über Heimträger	114

5. Bundesgerichtshof (BGH)	114
a) Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme (Wachkomapatientin)	114
b) Genehmigung der Unterbringung zur Durchführung der Heilbehandlung (Einnahme von Neuroleptika)	115
c) Bestellung eines Betreuers für Gesundheitsvorsorge bei Ablehnung der Heilbehandlung	115
d) Abrechnungsbetrag eines ambulanten Pflegedienstes: Unqualifiziertes Pflegepersonal	115
e) Erstattung von Rentenversicherungsbeiträgen durch Kfz-Haftpflichtversicherung	116
f) Gehörsverletzung durch Überraschungsentscheidung entgegen eines erteilten rechtlichen Hinweises	116
g) Fristversäumnis und Erkrankung eines prozessbevollmächtigten Rechtsanwalts	116
6. Bundesarbeitsgericht (BAG)	117
a) Beschäftigungsanspruch bei Nachtdienstuntauglichkeit im Krankenhaus	117
b) Symptomlose HIV-Infektion: Behinderung i.S.d. Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes	117
7. Krankenhäuser	117
a) BVerwG: Zuschläge für besondere Leistungen von Brustzentren in NRW	117
b) Keine Kostenerstattung nach Infektionsschutzgesetz für Behandlung ansteckender Lungentuberkulose	118
c) Festsetzung der Krankenhauspflegesätze: Intensivmedizinische Komplexbehandlung	118
d) Ausnahme vom Mehrleistungsabschlag aufgrund der Krankenhausplanung/Zusätzliche Kapazitäten	118
e) Ausnahme vom Mehrleistungsabschlag aufgrund der Krankenhausplanung	118
f) Schuldendienstlasten aus Darlehensvertrag und Verzicht auf Fördermittel	119
g) Verkehrssicherungspflichten des Krankenhauses gegenüber betagten Patienten	119
h) Disziplinarmaßnahme gegen verbeamteten Direktor wegen Zulassung als Vertragsarzt	119
8. Rettungsdienst: Voraussetzungen der Pflicht von Rettungsassistenten zur Hinzuziehung des Notarztes	120
9. Krankenkassen	120
a) Rechtsweg: Auskunftsbegleichen eines Insolvenzverwalters über Sozialversicherungsbeiträge	120
10. Hebammenhaftung: Überlange Austreibungsphase ohne CTG-Kontrolle bei Hausgeburt	120
11. Fortführung des berufsgerichtlichen Verfahrens (eines Tierarztes) nach Praxisverlegung	121
12. Impfschadensrecht	121
a) Hirninfarkt infolge zerebraler Vaskulitis beruht nicht auf Hepatis-B-Impfung	121
b) Impferum Encepur@Kinder (0,25) gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	121
13. Anspruch auf Kostenerstattung nach Infektionsschutzgesetz	122
14. Sozialhilfe und Krankheitskosten	122
a) Kein weitergehender Anspruch auf OTC-Arzneimittel	122
b) Nicht verschreibungspflichtige Medikamente: Anspruch auf Hautpflegemittel	123
c) Zumutbare Ansparquote für Kosten der Brillengläser	123
d) Konduktive Therapie nach Petö	123
e) Kein Ersatz von Fahrkosten zu ärztlichen Behandlungsterminen	124
15. Altersdiskriminierung bei Stellenbesetzung am BSG	124
16. Steuerrecht	125
a) Einkommenssteuerrecht	125
aa) BFH: Außergewöhnliche Belastungen für wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethoden	125
bb) „Verzicht“ auf einen (möglichen) Erstattungsanspruch keine Sonderausgabe	125
b) Umsatzsteuerrecht	125
aa) BFH: Akupunkturbehandlungen an Menschen durch einen Tierarzt	125
bb) Umsatzsteuerfreiheit: Physiotherapeutin und Heilpraktikerin	125
cc) Umsatzsteuerfreiheit für Leistungen aus Pflegeverträgen	126
 ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT	 127
 ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	 132

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

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

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

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

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

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank www.sozialgerichtsbarkeit.de wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 16.11.2014 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 02.07.2014 - **B 6 KA 30/13 R** - stehen einem **Krankenhaus** für die Abrechnung der in seiner **Notfallambulanz** erbrachten Leistungen die Positionen Nr. 01210 bis 01218 EBM (Quartal II/08). Der Bewertungsausschuss hat gerade in Reaktion auf die Rechtsprechung des BSG zur Gleichbehandlung von vertragsärztlichen Leistungen im organisierten Notfalldienst und den Notfalleleistungen der Krankenhäuser einheitliche Positionen für beide Gruppen von Leistungserbringern geschaffen. Ein Anspruch der Krankenhäuser auf bessere Bewertung ihrer Notfalleleistungen besteht nicht. Eine analoge Heranziehung der Positionen des EBM über die Vergütung von Vertragsärzten, die ihre Patienten außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten, aber nicht im organisierten Notfalldienst versorgen, auf die Leistungen der Notfallambulanzen der Krankenhäuser ist ausgeschlossen. Krankenhäuser sind nur zur Behandlung von Notfällen und mit dem (begrenzten) Spektrum der für die unmittelbare Akutversorgung im Notfall erforderlichen Leistungen an der ambulanten Versorgung beteiligt. Nach BSG, Urt. v. 19.02.2014 - **B 6 KA 16/13 R** - ist eine im HVV vorgesehene differenzierte Zuweisung von Fallpunktzahlen an Praxen derselben Arztgruppe je nach bisher abgerechneten Fallwerten zulässig. Nach BSG, Urt. v. 11.12.2013 - **B 6 KA 4/13 R** - SozR 4-2500 § 87b Nr. 5 - 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** - SozR 4-2500 § 87 Nr. 29 - 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 I/09

a) Zuordnung zur Arztgruppe der Reproduktionsmediziner

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 30.04.2014 - L 7 KA 1/12

RID 14-04-1

juris
SGB V §§ 87a, 87b

Ein **Vorstand einer KV** kann durch einen HVV nicht ermächtigt werden, **abstrakt-generelle Regelungen** zu treffen (hier: Zuordnung in die Honorargruppe der Reproduktionsmediziner).

Für die **Zuordnung zur Arztgruppe der Reproduktionsmediziner** kann es nicht allein auf die weiterbildungsrechtliche Qualifikation bzw. auf das Vorliegen einer Abrechnungsgenehmigung (oder der Genehmigung nach § 121a SGB V) ankommen, sondern nur auf die tatsächliche Erbringung reproduktionsmedizinischer Leistungen.

Der isolierte Blick auf die Anzahl der abgerechneten reproduktionsmedizinischen Kernleistungen wird einer **reproduktionsmedizinischen Praxis** nicht gerecht, wenn überwiegend Gesprächsleistungen erbracht werden, da Kinderwunschpatientinnen bis zu 20 Mal pro Quartal in der Praxis erscheinen, und 80 % der Leistungen privat erbracht werden, da etwa 80 % der gesetzlich versicherten Kinderwunschpatientinnen nicht verheiratet sind und schon deshalb nicht die gesetzlichen Erfordernisse für eine Kinderwunschbehandlung zu Lasten der GKV erfüllen. Gleichzeitig gibt es durchaus sachgerechte **alternative Wege für die Prüfung**, ob eine gynäkologische Praxis der Honorargruppe der Reproduktionsmediziner zuzuordnen ist. So könnte zum einen auf alle Leistungen des Kapitels 8.5 („Reproduktionsmedizin“) des EBM abgestellt werden. Zum anderen könnte etwa über die der Beklagten anhand der ICD 10-Codes übermittelten Diagnosestellungen identifiziert werden, welche sonstigen Leistungen (z.B. Beratungen), die entweder von allen Arztgruppen oder von allen Gynäkologen erbracht werden dürfen, im Zusammenhang mit reproduktionsmedizinischen Leistungen durchgeführt werden. Nach der GOÄ abgerechnete Leistungen sind unberücksichtigt zu lassen.

SG Berlin, Urt. v. 30.11.2011 - S 83 KA 69/10 - verpflichtete die Bekl., über die Festsetzung der RLV für die Quartale I bis IV/09 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden, das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

b) „Sonstige Hilfen“ nach Kap. 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 EBM im Regelleistungsvolumen

SG München, Urteil v. 01.10.2014 - S 38 KA 917/13

RID 14-04-2

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 24a, 24b, 87b

Der **Beschluss des Bewertungsausschusses** in seiner 218. Sitzung am 26.03.2010, der mit Wirkung zum 01.07.2010 in Kraft trat, wonach „**Sonstige Hilfen**“ nach Kap. 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 EBM ab dem Quartal III/10 dem **Regelleistungsvolumen** unterfallen, ist vom Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses gedeckt.

Der Kl., ein Facharzt für Frauenheilkunde, streitet um die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen, konkret die der „Sonstigen Hilfen“ nach Kap. 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 EBM in den Quartalen III u. IV/10, die ab dem 01.07.2010 dem Regelleistungsvolumen unterfielen. Das **SG** wies die Klage ab.

c) QZV 60 MRT für Radiologen: Voraussetzungen einer Ausnahmeregelung

SG Marburg, Urteil v. 17.09.2014 - S 12 KA 447/12

RID 14-04-3

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

Leitsatz: Das im Quartal III/10 geltende qualifikationsgebundene Zusatzvolumen 60 MRT hat für Radiologen eine den Regelleistungsvolumina bzw. früheren sog. Praxisbudgets ähnliche Auswirkung. Aufgrund der Vergleichbarkeit ist die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Frage einer Sonderregelung (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2011 - B 6 KA 17/10 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 66 = USK 2011-78, juris Rdnr. 21 f. u. 31; BSG, Urt. v. 29.06.2011 - B 6 KA 20/10 R - MedR 2012, 413, juris Rdnr. 17 f. u. 22, jeweils m.w.N.) heranzuziehen.

Die Beteiligten streiten um den Honorarbescheid für das Quartal III/10 und hierbei insb. um eine Erhöhung des Fallwerts für das QZV 60 MRT. Das **SG** wies die Klage ab.

d) Zuschlag für konservativ tätige Augenärzte (Nr. 06225 EBM) nicht rechtswidrig (ab Quartal I/12)

SG Marburg, Urteil v. 17.09.2014 - S 12 KA 483/12

RID 14-04-4

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 70/14 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87; GG Art. 3 I; EBM 2012 Nr. 06225

Leitsatz: Nr. 06225 EBM i. V. m. dem Präambelzusatz Nr. 6.1.6 EBM ist nicht zu beanstanden (entgegen SG München, Urt. v. 05.02.2014 - S 38 KA 305/12 - RID 14-02-6 - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris, Berufung anhängig: LSG Bayern - L 12 KA 53/14 -).

Die Beteiligten streiten um die Feststellung, die Strukturpauschale nach Nr. 06225 EBM ab dem Quartal I/12 trotz operativer Tätigkeit des Klägers als Augenarzt abzurechnen. Das **SG** wies die Klage ab.

e) Praxisbesonderheiten

aa) Regelung im HVV erforderlich

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 30.04.2014 - L 7 KA 154/11

RID 14-04-5

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 85 IV, 87b III 3, V 1 u. 3

Leitsatz: 1. Der Beschluss des **erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008** bietet keine ausreichende Grundlage, um ohne Regelung durch die **Gesamtvertragspartner** über RLV-relevante **Praxisbesonderheiten** zu entscheiden.

2. Weil das RLV vor Beginn eines Quartals zugewiesen werden muss, darf bei der Prüfung auf RLV-relevante Praxisbesonderheiten nicht auf die **Abrechnungsdaten** ebendieses **Quartals** zurückgegriffen werden.

3. Dass nach dem Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 im Quartal I/09 die Anerkennung einer RLV-relevanten Praxisbesonderheit davon abhing, dass der Fallwert einer Vertragsarztpraxis denjenigen der Arztgruppe um **30 %** überschritt, ist unbedenklich.

4. Überschreitet der praxisindividuelle Fallwert denjenigen der Arztgruppe um den durch den (erweiterten) Bewertungsausschuss oder den Honorarverteilungsmaßstab vorgegebenen Prozentsatz, darf eine **Praxisbesonderheit** nicht allein unter Hinweis auf einen **Fallzahlrückgang** in den letzten 6 Jahren abgelehnt werden.

SG Berlin, Urt. v. 30.11.2011 - S 83 KA 199/10 - RID 12-01-3 verpflichtete die KV, über den Antrag des Kl., eines Facharztes für Kinderheilkunde mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten für das Quartal I/09 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden und wies im Übrigen die Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

Parallelverfahren:

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 30.04.2014 - L 7 KA 140/11 **RID 14-04-6**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 30.04.2014 - L 7 KA 155/11 **RID 14-04-7**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

bb) Spezielle Leistungen aus unterschiedlichen Bereichen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 30.04.2014 - L 7 KA 80/11 **RID 14-04-8**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106

Werden **spezielle Leistungen aus unterschiedlichen Bereichen** erbracht, führt dies gerade nicht zu einer im Vergleich zum Durchschnitt signifikant anderen Ausrichtung der Praxis mit der Folge, dass sie in besonderem Maße von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern in Anspruch genommen wird. Ansonsten wäre infolge einer Addition verschiedener Leistungsbereiche in vielen Fällen eine Praxisbesonderheit anzunehmen, die tatsächlich nur aus der besonders häufigen – möglicherweise aber auch nur durchschnittlichen – Erbringung von arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen bestehen würde. Da diese Leistungen aber nicht notwendig in einem versorgungsrelevanten Zusammenhang stehen, wäre ein Rückschluss auf einen besonderen Versorgungsbedarf nicht gerechtfertigt (BSG, Beschl. v. 28.08.2013 - B 6 KA 24/13 B - RID 13-04-52).

Dass im Rahmen der **Wirtschaftlichkeitsprüfung** Besonderheiten der klägerischen Praxis wiederholt anerkannt wurden, ist für einen Honorarrechtsstreit ohne Belang. Zum einen können sich Umstände, die als Praxisbesonderheit Berücksichtigung finden, im Laufe der Zeit ändern, sodass sich aus der Anerkennung von Praxisbesonderheiten für frühere Jahre keine Rückschlüsse auf die für den hiesigen Rechtsstreit maßgeblichen Quartale ziehen lassen. Zum anderen müssen Umstände, die etwa im Zusammenhang mit der Frage, ob Arznei- oder Heilmittel wirtschaftlich verordnet wurden, die Anerkennung einer Praxisbesonderheit rechtfertigen, nicht zwangsläufig auch im Bereich der RLV-relevanten ärztlichen Leistungen dieselbe Rechtsfolge nach sich ziehen.

Die Kl., die nach eigenen Angaben die Qualifikation einer Fachärztin für Physiotherapie erworben hat, nimmt seit Januar 1993 als Ärztin ohne Gebietsbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung (hausärztlicher Versorgungsbereich) teil. Sie ist berechtigt, die Zusatzbezeichnungen Chirotherapie, Naturheilverfahren und physikalische Therapie zu führen, und verfügt über eine Abrechnungsgenehmigung für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (Nr. 35100 u. 35110 EBM) sowie für die neurophysiologische Übungsbehandlung (Nr. 30300 EBM). *SG Berlin*, Urt. v. 08.06.2011 - S 83 KA 439/10 hob die Honorarbescheide auf, soweit darin Praxisbesonderheiten für die Quartale II/09 bis IV/09 nicht anerkannt wurden und verpflichtete die Bekl., über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten für die Quartale II/09 bis IV/09 unter Beachtung seiner Rechtsauffassung neu zu entscheiden; im Übrigen wies es die Klage ab. Das *LSG* wies auf Berufung der Bekl. die Klage insgesamt ab und die Berufung der Kl. zurück.

cc) Praxisbesonderheit im aktuellen Quartal

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 29.08.2014 - S 12 KA 353/13 **RID 14-04-9**

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 69/14 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 87 I 1, 87a, 87b

Leitsatz: Sieht ein Honorarvertrag bzw. ein Honorarverteilungsmaßstab vor, dass der Vorstand der KV im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von einer Abstufung in Ausnahmefällen und auf Antrag ganz oder teilweise absehen und in begründeten Fällen **Sonderregelungen** zum Regelleistungsvolumen beschließen kann, was insb. für Praxisbesonderheiten gilt, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung

bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 20 % vorliegt (RLV und QZV), so kommt es maßgeblich auf den Leistungsanteil im **aktuellen Abrechnungsquartal (und nicht im Vorjahresquartal)** an.

Die Beteiligten streiten um die Honorarbescheide für die fünf Quartale III/11 bis III/12 und eine Sonderregelung zu den Regelleistungsvolumina insb. wegen der Erbringung von Leistungen des Schlaflabors. Das *SG* gab der Klage teilweise statt.

f) Quotierung von Leistungen

aa) Unzulässige Quotierung von Laborleistungen einer Laborgemeinschaft

SG Hamburg, Urteil v. 25.06.2014 - S 27 KA 152/11

RID 14-04-10

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 34/14 R

juris

SGB V §§ 82 I, 87 I; BMV-Ä § 25 III; EKV-Ä § 28 III

Eine **Quotierung** von Laborleistungen einer Laborgemeinschaft ist unzulässig. Die **Kostenerstattungsregelung** nach 32.2. EBM - „Bei Erbringung von laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 32.2 durch Laborgemeinschaften haben diese Anspruch auf die Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten höchstens bis zum Betrag der in Abschnitt 32.2. hinter den Gebührenordnungspositionen aufgeführten EURO-Beträge (Höchstpreise)“ - lässt keinen Raum für eine Mengensteuerung bzw. Quotierung der Kostenerstattung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass hier nicht ein Laborarzt die Leistungen erbringt, sondern der behandelnde Vertragsarzt, der Mitglied der Laborgemeinschaft ist, bei (eigenen) laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen die Befunderhebung aus der Laborgemeinschaft bezieht. Die ihm, dem Vertragsarzt, dafür entstandenen Analysekosten kann die Laborgemeinschaft dann direkt mit der KV abrechnen.

Die Beteiligten streiten um ein höheres Honorar für das Quartal IV/10, wobei sich die kl. Laborgemeinschaft gegen die quotierte Vergütung der Laborkosten des Kapitels 32 EBM wendet. Mit der Honorarabrechnung vergütete die Bekl. Laborkosten mit einer Quote von 91,9 %, so dass bei der Kl. eine Honorarminderung in Höhe von 46.266,00 € eintrat. Das *SG* verurteilte antragsgemäß (Hilfsantrag) zur Neubescheidung.

bb) Zulässige Quotierung von Laborleistungen

SG Hamburg, Urteil v. 25.06.2014 - S 27 KA 151/11

RID 14-04-11

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 33/14 R

juris

SGB V §§ 85 IV, 87 I 1, 87a II 7, 87b

Das Konzept des Bewertungsausschusses einer Vergütung und **Steuerung von Leistungen und Kostenerstattungen des Laborbereichs** im Vorwegabzug aus der MGV, das die bundeseinheitlichen Vorgaben zur Bildung der Vergütungsvolumina enthält und die regionalen Gesamtvertragspartner in die Pflicht nimmt, wenn es zu Über- und Unterschreitungen kommt, ist rechtlich nicht zu beanstanden. Es steht mit den gesetzlichen Vorgaben im Einklang. Der Bewertungsausschuss war dazu ermächtigt, insoweit den **Partnern der Gesamtverträge** eine Einigung über das Verfahren auch bei Überschreitungen des Vergütungsvolumens aufzugeben. Durchgreifende kompetenzrechtliche Bedenken mit Blick auf durch die Partner der Bundesmantelverträge vereinbarte Preise bestehen insoweit nicht. Von den in Kapitel 32 und 40 EBM auf Bundesmantelvertragsebene vereinbarten EUR-Preisen (Pauschalerstattungen) kann abgewichen werden, diese sind einer Vergütungssteuerung durch den Bewertungsausschuss und nachfolgend die Gesamtvertragspartner zugänglich. Innerhalb des speziellen Aufgabenbereichs des Bewertungsausschusses hält sich auch die Ermöglichung einer Quotierung von Leistungen im Vorwegabzug.

Die Beteiligten streiten um die Vergütung von Laborleistungen ohne Quotierung. Die Kl. ist ein MVZ und erbringt überwiegend labormedizinische Leistungen. Im Honorarbescheid für das Quartal IV/10 betrug das Honorar 2.759.608,78 €. Die Laborkosten wurde dabei mit einer Quote von 91,9 % und die Kostenpauschale des Kapitel 40 EBM mit einer Quote von 91,3 % vergütet. Diese Quotierung führte bei der Klägerin zu einer Honorarminderung von insgesamt 202.475,51 €. Das *SG* wies die Klage ab.

cc) Zulässige Quotierung von Dialyseleistungen (Quartal IV/09)

SG Dresden, Urteil v. 11.03.2014 - S 18 KA 197/10

RID 14-04-12

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

Die **Quotierung nephrologischer**, auch **Dialyseleistungen** im Quartal IV/09 ist zulässig.

Der Kl., bundesweit Träger ärztlich geleiteter Einrichtungen, die nach § 31 II Ärzte-ZV i.V.m. § 2 VII BMV-Ä/EKV sowie §§ 9 und 10 Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten ermächtigt sind, wandte sich gegen die Quotierung der Vergütung für nicht der Leistungssteuerung durch Regelleistungsvolumina unterliegende Leistungen, insb. der Dialyseversorgung. Das **SG** wies die Klage gegen den Honorarbescheid für das Quartal IV/09 ab.

dd) Zulässige Quotierung von Dialyseleistungen (Quartal III/10)

SG Dresden, Urteil v. 11.03.2014 - S 18 KA 216/11

RID 14-04-13

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

Die Quotierung nephrologischer, auch Dialyseleistungen im Quartal III/10 ist zulässig.

Das **SG** wies die Klage gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/10 ab.

g) Kostenpauschale Nr. 40100 EBM/Quotierung von Labor- und humangenetischen Leistungen

SG Dresden, Urteil v. 03.09.2014 - S 18 KA 163/11

RID 14-04-14

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

Der Ansatz der **Nr. 40100 EBM** bei der Abrechnung von Leistungen des Speziallabors nach Abschnitt 32.3 EBM neben Leistungen des Allgemeinlabors nach Abschnitt 32.2.1 bis 32.2.7 EBM im selben Behandlungsfall ist zulässig, da der Abrechnungsausschluss im Zusatz zur Leistungsbeschreibung der Nr. 40100 EBM unwirksam ist (Anschluss an SG Hannover, Ur. v. 07.08.2013 - S 61 KA 177/10 - RID 14-01-18).

Die Quotierung der im Vorwegabzug nach § 3 Abs. 3 HVV vergüteten **Laborleistungen** mit dem Faktor 96,845 % ist rechtmäßig.

Die Quotierung sonstiger kurativer Leistungen (namentlich **humangenetische Leistungen** nach Nr. 11320 und 11321 EBM und die **laborärztliche Grundpauschale** für Laborleistungen nach den Mutterschafts-Richtlinien gemäß Nr. 01700 EBM) mit einer Quote von 45,923 % ist zulässig.

Das **SG** hob den Honorarbescheid für das Quartal III/10 auf, soweit die Bekl. die Ansätze der Gebührenordnungsposition Nr. 40100 EBM wegen der Abrechnung von Leistungen des Allgemeinlabors nach Kapitel 32.2.1 bis 32.2.7 EBM im selben Behandlungsfall im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung gestrichen hat, und verurteilte die Bekl., über die Vergütung dieser Ansätze unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden und der Klägerin die sich hieraus ergebende Honorardifferenz nachzuzahlen. Im Übrigen wies es die Klage ab.

h) Konvergenzregelung nur für RLV-Praxen/Monatsfrist für Härtefallausgleich

SG München, Urteil v. 01.10.2014 - S 38 KA 1077/13

RID 14-04-15

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

Nach dem HVV Bayern 2009 gilt eine **Monatsfrist** generell für Anträge auf **Härtefallausgleich**. Das Interesse der KV besteht darin, möglichst rasch und abschließend die Honorare auszukehren und rückwirkend nicht allzu lang Härtefallanträgen ausgesetzt zu werden. Der Vertragsarzt auf der anderen Seite hat innerhalb eines Monats ausreichend Gelegenheit zur Prüfung seiner Honorarsituation und gegebenenfalls zur Stellung eines Härtefallantrages.

Die Konvergenzvereinbarung und damit die **Konvergenzregelung** sind nur auf Praxen anwendbar, die dem RLV unterliegen. Eine entsprechende Anwendung auf andere Praxen ist rechtlich nicht geboten und lässt sich auch nicht aus Art. 3 GG herleiten.

Für die notwendige substantiierte **Darlegung einer Existenzgefährdung** reicht es nicht aus, lediglich auf einen prozentualen Honorarrückgang zu verweisen.

Die Kl., die psychotherapeutisch tätig sind, begehren eine Honorarausgleichszahlung für das Quartal I/09. Das *SG* wies die Klage ab.

i) Letzte Auffangregelung: Abrechnungsmodus und unterdurchschnittliche Fallzahlen

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 16.10.2014 - L 11 KA 41/14 B ER

RID 14-04-16

juris

SGB V § 87b ; SGG § 86b II

Bei der Beurteilung, ob **wirtschaftliche Beeinträchtigungen** es als glaubhaft erscheinen lassen, dass der Praxisbetrieb alsbald einzustellen ist, sind deutlich **übersetzte Ausgabepositionen** nicht zu berücksichtigen.

Eine „**letzte Auffangregelung**“, die weitere Umstände voraussetzt, die der Arzt nicht zu vertreten hat, und die dazu führen, dass das nach den Bestimmungen dieses HVM berechnete RLV im Einzelfall zu einer nachweislichen Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der Praxis und zu einem spezifischen Sicherstellungsbedarf führt, kommt nur für einen Sachverhalt in Betracht, der nicht bereits von anderen HVM-Regelungen erfasst wird. Der Vortrag, dass der Abrechnungsmodus über RLV als solcher angesichts der **unterdurchschnittlichen Fallzahlen** zu einer Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz führt, reicht nicht aus.

Streitig ist, ob die Ag. verpflichtet ist, dem Ast., Facharzt für Neurochirurgie, einmalig einen Betrag von 10.000 € auszukehren. *SG Düsseldorf*, Beschl. v. 25.04.2014 - S 2 KA 69/14 ER - verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, dem Ast. eine einmalige Zahlung in Höhe von 10.000 € abzgl. Verwaltungskosten und vorbehaltlich Rechte Dritter zu leisten. Das *LSG* lehnte auf die Beschwerde der Ag. den Antrag ab.

2. Vergütung bis 2008

a) Psychotherapeuten: Keine Pflicht des Bewertungsausschusses zur Vergütungsanpassung (2007)

SG München, Urteil v. 23.07.2014 - S 38 KA 262/13

RID 14-04-17

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 85 IV, IVa 1

Der **Bewertungsausschuss** ist seiner **Beobachtungspflicht** (vgl. BSG, Urt. v. 28.05.2008 - 6 KA 9/07 R - BSGE 100, 254 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 42) nachgekommen. Nachdem der tatsächliche Betriebskostenbetrag in Höhe von 38.546 € unter dem veranschlagten Betriebskostenbetrag von 40.634 € lag, konnte der Bewertungsausschuss davon absehen, im Jahr 2007 eine Anpassung vorzunehmen.

Auch war es nicht geboten, auf **Daten in der Prime-Networks-Studie** zurückzugreifen. Es handelt sich hierbei um Daten aus dem Jahr 2005, veröffentlicht im Jahr 2007, die im Zusammenhang mit der EBM-Anpassung (Punktzahl psychotherapeutischer Leistungen) erhoben wurden. Sie sind mit den ZI-Daten nicht vergleichbar.

Strittig zwischen den Beteiligten ist die Vergütung zeitgebundener genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen des Kapitels 35.2 EBM für das Jahr 2007 (Quartale I-IV/07), insb. die Frage, in welcher Höhe die Betriebskosten zu berücksichtigen sind. Das *SG* wies die Klage ab.

b) Individueller Anpassungsfaktor zum Regelleistungsvolumen (KV Saarland)

LSG Saarland, Urteil v. 03.12.2013 - L 3 KA 5/11

RID 14-04-18

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 28/14 R

juris

SGB V § 85 IV

Die Übergangsregelung im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (Teil III. Nr. 2.2) berechtigt eine KV, weiterhin eine Bemessung des Honorarvolumens vorzunehmen, die sich am **Durchschnittsvolumen der Fachgruppe** im Vorjahresquartal, modifiziert durch einen **individuellen**

Anpassungsfaktor, orientiert. Hierzu hat die Beklagte zu Recht ausgeführt, dass der zum 01.04.2005 in Kraft getretene HVV die vorherige Systematik der arztgruppenspezifischen Grenzwerte mit festen Punktwerten und einem Anpassungsfaktor (Systematik Individualvolumen/Restvolumen) beibehalten hat und lediglich durch einen weiteren fallbezogenen Anpassungsfaktor ergänzt hat. Beide Vergütungsmodelle orientierten sich am durchschnittlichen Abrechnungsverhalten der Arztgruppe.

Die Kl., eine seit III/04 aus drei HNO-Ärzten bestehende BAG, beehrte eine höhere Honorierung ihrer vertragsärztlichen Leistungen, insb. für das Quartal II/05, sowie die grundsätzliche Erhöhung des „Anpassungsfaktors“ ab dem Quartal II/05. Im Quartal II/04 waren zwei Ärzte gemeinsam in Gemeinschaftspraxis tätig; Herr G war damals alleine vertragsärztlich tätig. *SG für das Saarland*, Urt. v. 11.03.2011 - S 2 KA 118/07 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Keine nachträgliche Erteilung der Genehmigung für Psychotherapieleistung

LSG Hessen, Urteil v. 27.08.2014 - L 4 KA 15/14

RID 14-04-19

SGB V § 106a; EBM Nr. 35210, 35210

Einen Anspruch auf Vergütung für von ihm erbrachte Leistungen hat ein Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeut, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, nur hinsichtlich solcher Leistungen, die er **ordnungsgemäß**, also ohne Verstoß gegen gesetzliche, vertragliche oder satzungsrechtliche Bestimmungen, erbracht hat. Dies folgt aus § 106a I SGB V.

Nach § 11 Psychotherapie-Vb sind die Leistungen nach Nr. 35210 und Nr. 35210 EBM antrags- und genehmigungspflichtig. Eine **nachträgliche Erteilung der Genehmigung** kommt nicht in Betracht, denn der notwendige Antrag muss vor Erbringung der Leistung gestellt werden.

SG Marburg, Urt. v. 18.12.2013 - S 11 KA 870/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Substantiierungspflicht hinsichtlich einer behaupteten fehlerhaften Kontoübersicht

LSG Hessen, Urteil v. 27.08.2014 - L 4 KA 14/13

RID 14-04-20

SGB V § 87b

Ergeben sich keine Anhaltspunkte dahingehend, dass von der KV keine **ordnungsgemäße Kontoführung** erfolgt ist, so muss der Vertragsarzt substantiiert Fehler vortragen.

Der Kl. macht die Rückzahlung einbehaltenen Honorars in Höhe von 118.200,30 € im Zusammenhang mit einer Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Quartale I/03 bis IV/04 geltend. *SG Marburg*, Urt. v. 30.01.2013 - S 12 KA 366/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 02.04.2014 - **B 6 KA 20/13 R** - erfasste das für Krankenhausfachambulanzen geltende Überweisungsverbot des § 24 II 4 BMV-Ä/§ 27 II 4 EKV-Ä in der bis zum 30.09.2013 geltenden Fassung nicht auch die Tätigkeit von ermächtigten Hochschulambulanzen. Allerdings dürfen die Zulassungsgremien (§ 117 I 2 SGB V) und die Vertragspartner (§ 117 I 3 SGB V) vorgeben, in welchem Umfang Hochschulambulanzen an Leistungserbringer außerhalb der Hochschulklinik überweisen dürfen, und sie dürfen sich dabei auch daran ausrichten, ob die Leistungen der Art nach innerhalb der Hochschulklinik erbracht werden können. Nach BSG, Urt. v. 11.12.2013 - **B 6 KA 14/13 R** - SozR 4-2500 § 87 Nr. 28 - 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. Pauschalierende Umlegung des Defizitanteils wegen Nachvergütung für Psychotherapeuten

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 17.06.2014 - L 4 KA 35/11

RID 14-04-21

Revision anhängig: B 6 KA 36/14 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 85 IV; BMV-Ä § 45 II 1; EKV-Ä § 34 IV 1; SGB X § 45

Die Voraussetzungen einer **sachlich-rechnerischen Berichtigung** liegen vor, wenn sich der Verteilungsmaßstab durch die höhere Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen infolge einer Entscheidung des Bundessozialgerichtes und der daraufhin erfolgten Neubewertung der psychotherapeutischen Leistungen durch den Bewertungsausschuss mit der Folge geändert hat, dass

weniger Mittel für die Vergütung der anderen vertragsärztlichen Leistungen außerhalb der rein psychotherapeutischen Leistungen zur Verfügung stand als bei Erlass der ursprünglichen Honorarbescheide zugrunde gelegt worden war. **Vertrauensschutzgesichtspunkte** stehen der Rechtmäßigkeit nicht entgegen, wenn ein Vorbehaltshinweis in den Honorarabrechnungen ergangen ist (vgl. bereits LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 20.12.2011 - L 4 KA 23/11 - RID 12-03-12 u. v. 25.11.2011 - L 4 KA 9/10 -).

Die **vierjährige Ausschlussfrist** wird jedenfalls ab der Verkündung des Urteils des BSG während der Verhandlungen der KV mit den Krankenkassen über die anteilige Übernahme der Nachvergütung für die psychotherapeutischen Gesprächsleistungen bis zum endgültigen Abschluss dieser Verhandlungen gehemmt, denn erst zu diesem Zeitpunkt steht der durch die Ärzteschaft zu tragende Defizitanteil fest. Die Verteilung des nach den Verhandlungen mit den Krankenkassen verbliebenen Defizits lediglich auf die Fachärzte unter Nichtbelastung der Hausärzte ist nicht zu beanstanden, denn sie folgt den in § 85 IV 1 SGB V niedergelegten Grundsätzen der Gesamthonorarverteilung, wonach die Gesamtvergütung getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung erfolgt. Es ist sachgerecht, das verbliebene Defizit gleichmäßig auf die kontingentrelevanten Honoraranteile der einzelnen Fachärzte zu verteilen. Abstufungsstufen für die radiologische Vergütung und HVM-Stützungsregelungen stehen dem nicht entgegen. Eine **pauschalierende Umlegung des Defizitanteils** auf alle kontingentrelevanten Honoraranteile der Fachärzte ist nicht zu beanstanden.

Die kl. Gemeinschaftspraxis wehrte sich gegen die mit den Honorarabrechnungen für die Quartale IV/05 und I/06 vorgenommene Neuberechnung ihrer Honorare für die Kalenderjahre 2000 bis 2003 unter Einbehalt von Honoraranteilen zur Finanzierung der Nachvergütung für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten in diesem Zeitraum. Die Bekl. bezifferte die Gesamtbelastung der Kl. auf 23.900,37 €; dieser Betrag wurde auf acht Quartale, d.h. 2.987,55 € pro Quartal umgelegt. Der Gesamtbetrag entsprach 0,47575779 % der Gesamtsumme des kontingentrelevanten Honorars der Kl. in den Jahren 2000 bis 2003 im Umfang von 5.023.642,32 €. *SG Kiel*, Urt. v. 06.07.2011 - S 16 KA 48/08 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Vertretung

a) Nach Ausscheiden eines MVZ-Angestellten keine Vertretung möglich

SG München, Urteil v. 01.10.2014 - S 38 KA 1035/13

RID 14-04-22

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a; Ärzte-ZV § 32

Ein **Vertreten** setzt voraus, dass ein zu Vertretender vorhanden ist. Mit Ausscheiden eines angestellten Arztes aus einem **MVZ** ist eine Vertretung desselben aber ausgeschlossen. Es kann auch nicht ausnahmsweise ein Vertretungsfall fingiert werden. Es besteht keine Veranlassung, auf diesen Fall die Regelung nach dem Tod eines Vertragsarztes anzuwenden (sog. Witwenquartal oder Gnadenquartal) (vgl. § 4 Abs. 3 BMV-Ä bzw. § 8 Abs. 5 EKV-Ä). Während das Ausscheiden eines angestellten Arztes aus einem MVZ auf dessen Existenz keine Auswirkung hat und voraussehbar ist, muss die Fortführungsfähigkeit einer Praxis, bei der der Praxisinhaber verstorben ist, nicht zuletzt im Interesse der Erben und eines potentiellen Praxisübernehmers schnellstmöglichst sichergestellt werden.

Der **sozialrechtliche Wiederherstellungsanspruch** gilt nicht im Vertragsarztrecht (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 14.12.2005 - L 4 KA 41/05 - RID 06-01-56).

Das kl. MVZ, das im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin, der Gynäkologie, der Geburtshilfe und der Neurochirurgie tätig ist, wandte sich gegen die Absetzung von Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin im Quartal II/12. Diese war erfolgt nach dem Ausscheiden des Dr. M., der nach Hinweis der Kl. von zwei Kinderärzten vertreten worden war. Die Bekl. sah darin aber keinen Vertretungsfall i.S.d. § 32 Ärzte-ZV. Das SG wies die Klage ab.

b) Keine rückwirkende Genehmigung einer Vertretung

LSG Bayern, Urteil v. 25.06.2014 - L 12 KA 121/12

RID 14-04-23

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Ärzte-ZV § 32; BMV-Ä § 45 II; EKV-Ä § 34 IV

Leitsatz: Eine **Vertretergenehmigung** nach § 32 Abs. 2 Ärzte ZV kann nicht rückwirkend zuerkannt werden. Die Kassenärztliche Vereinigung ist insoweit nicht an eine rückwirkend erteilte Vertretergenehmigung nach § 6 Abs. 4 BÄO gebunden.

Der 2004 verstorbene Ehemann Dr. A. der Kl. nahm von 1983 bis 18.12.2001 als praktischer Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Staatsanwaltschaft erhob im Januar 2001 gegen Dr. A. Anklage wegen gefährlicher Körperverletzung und Betrug, worauf die Regierung von Oberbayern mit Bescheid vom 18.05.2001, bekannt gegeben am 28.05.2001, das sofortige **Ruhen der Approbation** anordnete. In dem Bescheid wies die Regierung von Oberbayern auf § 6 IV BÄO hin, wonach bei Erfüllung der Voraussetzungen die Möglichkeit bestehe, die Praxis durch einen anderen Arzt weiterzuführen. Mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 05.12.2001 (zugestellt 18.12.2001) wurde Dr. A. die **Zulassung als Vertragsarzt** mit sofortiger Wirkung **entzogen**. Der Bescheid wurde bestandskräftig. In dem Zeitraum vom **05.02. bis 19.12.2001** beschäftigte Dr. A. **drei Vertreter** wie folgt: 1. Dr. Q. 05. bis 28.02.2001 und 24.05. bis 08.06.2001, 2. Dr. M. 18. bis 22.06.2001, 3. Dr. L. 25.06. bis 19.12.2001. Am 19.12.2001 wurde die Praxis wegen des Entzuges der Zulassung geschlossen und ab 01.01.2002 an den Nachfolger Herrn Dr. S. verkauft. Mit (rechtskräftigem) Urteil vom 03.01.2002 verurteilte das Amtsgericht Dr. A. zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr und 6 Monaten auf Bewährung und sprach zudem ein vierjähriges Berufsverbot als Arzt aus. Mit Bescheid vom 03.02.2003 gestattete die Regierung von Oberbayern Dr. A. rückwirkend nach § 6 IV BÄO die Weiterführung der Praxis in den oben genannten Zeiträumen durch die eingesetzten Vertreter Drs. Q., M. und L. Den Antrag auf rückwirkende Genehmigung der Vertretertätigkeit nach § 32 II Ärzte-ZV lehnte die Bekl. bestandskräftig ab. Mit **Bescheid vom 06.11.2002** verpflichtete die Bekl. den Kl. zur **Rückzahlung** des überzahlten Honorars für die Leistungen ab dem 29.05.2001 in Höhe von **8.104,36 €**. Zur Begründung führte die Beklagte aus, dass der Kläger jedenfalls seit dem 29.05.2001 mangels Approbation kein Recht mehr zu Leistungserbringung als Vertragsarzt gehabt habe und für die vom Vertreter erbrachten Leistungen keine Genehmigung nach § 32 II Ärzte-ZV vorgelegen habe. Der Widerspruch blieb erfolglos. *SG München*, Urt. v. 25.04.2012 - S 21 KA 287/09 -, durch Beschl. v. 30.01.2013 berichtigt, hob den Bescheid bis zum Betrag von 2.518,30 € auf und wies die Klage im Übrigen ab, das *LSG* wies die Klage insgesamt ab.

c) Kein Honoraranspruch bei Tätigkeit eines nicht genehmigten Vertreters

LSG Bayern, Urteil v. 25.06.2014 - L 12 KA 122/12

RID 14-04-24

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Ärzte-ZV § 32 II; BÄO § 6 IV

Leitsatz: 1. Eine **Vertretergenehmigung** nach § 32 Abs. 2 Ärzte ZV kann nicht rückwirkend zuerkannt werden. Die Kassenärztliche Vereinigung ist insoweit nicht an eine rückwirkend erteilte Vertretergenehmigung nach § 6 Abs. 4 BÄO gebunden.

2. **Abschlagszahlungen** nach § 7 des H MV (in der im Quartal 3/01 geltenden und ggf. zurückzuzahlende Vorschüsse).

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit der Rückforderung von Abschlagszahlungen in Höhe von 36.966,25 € wegen der ausschließlichen Leistungserbringung durch Vertreter ohne Vertretungsgenehmigung nach Anordnung des Ruhens der Approbation. (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 25.06.2014 - L 12 KA 121/12 - RID 14-04). *SG München*, Urt. v. 25.04.2012 - S 21 KA 288/09 - hob den Bescheid teilweise auf und setzte bei Klageabweisung im Übrigen den Erstattungsbetrag auf 13.370,27 € fest. Das *LSG* wies die Klage insgesamt ab.

3. Plausibilitätsprüfung

a) Implausibilität nach Job-Sharing und weitere Honorarkürzung/Umfang einer Job-Sharing-Anstellung

LSG Hessen, Urteil v. 27.08.2014 - L 4 KA 11/13

RID 14-04-25

SGB V § 106a

Ziel der Honorarkürzungen im Rahmen der **Plausibilitätsprüfung** ist nicht die Sanktionierung von Überschreitungen der **Leistungsbeschränkungen des Job-Sharing**, die hier bereits einem

gesonderten Berichtigungsverfahren unterlagen, sondern die Sanktionierung zumindest grob fahrlässig erfolgter fehlerhafter Abrechnungen insbesondere nicht oder nicht vollständig erbrachter Leistungen. Wenn ein Vertragsarzt und eine gemäß der Genehmigung des Zulassungsausschusses ganztags angestellte Ärztin im Rahmen eines sog. Job-Sharing innerhalb des (Quartals-)Zeitprofils für zwei in Vollzeit tätige Ärzte abrechnen, ist dies nach Auffassung des Senats nicht ohne Weiteres implausibel, auch wenn die Job-Sharing-Leistungsbegrenzungen überschritten sind, wenn anderweitig keine fehlerhafte Abrechnung nachgewiesen werden kann.

Honorarkürzungen wegen Leistungsbegrenzungen beim Job-Sharing sowie **Honorarkürzungen aufgrund zeitbezogener Plausibilitätsprüfungen** sind im Rahmen der Ausübung des Schätzungsermessens bei der jeweils späteren Honorarkürzung zu berücksichtigen.

Bei **Schätzungen** besteht kein der Gerichtskontrolle entzogener Beurteilungsspielraum. Vielmehr hat das **Gericht die Schätzung selbst vorzunehmen** bzw. jedenfalls selbst nachzuvollziehen. Die Verpflichtung zur eigenen Schätzung bedeutet allerdings nicht, dass das Gericht nunmehr erneut alle Schätzungsgrundlagen erhebt und eine völlig eigene Schätzung vornimmt. Sofern der Verwaltungsakt überzeugende Ausführungen zur Schätzung enthält, reicht es aus, wenn das Gericht sich diese Ausführungen zu Eigen macht und sie in seinen Entscheidungsgründen nachvollzieht (vgl. BSG, Ur. v. 14.07.1998 - 11/7 RAr 41/87 - SozR 4100 § 115 Nr. 2, S. 14; BSG, Ur. v. 17.09.1997 - 6 RKa 86/95 - SozR 3-5550 § 35 Nr. 1 = MedR 1998, 338, juris Rn. 28). Die bei der Schätzung zugrunde gelegte Annahme ist zu beanstanden, dass beim Zusammentreffen verschiedener Honorarkürzungen, hier wegen Überschreitung der Leistungsbegrenzungen für das Job-Sharing, Honorarrückforderungen aus der Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV und Honorarkürzungen wegen einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung, die vorangegangenen Honorarkürzungen bei der jeweils späteren Honorarkürzung nicht zu berücksichtigen sind. Wenn das tatsächliche Honorar als Ausgangsbasis der Schätzung zugrunde gelegt wird, muss, wenn das tatsächliche Honorar bereits durch vorangegangene Honorarkürzungen, unabhängig von deren Bestandskraft, vermindert ist, dies bei der Berechnung nachfolgender Honorarkürzungen berücksichtigt werden.

Die Beteiligten stritten um die Festsetzung einer Honorarberichtigung aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung der Honorarabrechnungen für die acht Quartale II/05 bis I/07 in Höhe von insgesamt 76.447,01 € netto. **SG Marburg**, Ur. v. 30.01.2013 - S 12 KA 170/11 - RID 13-01-19 hob den Bescheid auf, auf Berufung der Bekl. hob das LSG den Bescheid für das Quartal III/05 vollständig und für die übrigen Quartale teilweise auf (verbleibende Honorarkürzung: 58.999,54 €) und wies die Berufung im Übrigen zurück.

b) Patientenbezogene Plausibilitätsprüfung: Hoher Anteil gemeinsamer Patienten

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 15.10.2014 - S 12 KA 588/12

RID 14-04-26

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a

Leitsatz: Es liegt eine **missbräuchliche Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft** vor, wenn aufgrund von patientenbezogenen Plausibilitätsprüfungen der Honorarabrechnungen (hier: Quartale III/05 bis III/10) mit Hilfe eines Praxisabgleichs ein Anteil gemeinsamer Patienten zwischen 53,39 % und 71,57 % bzw. 53,96 % und 69,74 % mit einer anderen hausärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft festgestellt wird.

Der kl. Facharzt für Allgemeinmedizin wandte sich gegen Honorarrückforderungen aufgrund von patientenbezogenen Plausibilitätsprüfungen der Honorarabrechnungen der zehn Quartale III/05 bis IV/07 und der elf Quartale I/08 bis III/10 in Höhe von 107.364,46 € bzw. 95.265,52 €, zusammen für die 20 Quartale III/05 bis III/10 in Höhe von 202.629,98 €, die die Bekl. insb. mit Hilfe eines Praxisabgleichs innerhalb der Praxisgemeinschaft des Kl. mit einer hausärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit einem Anteil gemeinsamer Patienten zwischen 53,39 % und 71,57 % bzw. 53,96 % und 69,74 % durchgeführt hat. Das **SG** wies die Klage ab.

4. Zahnärzte

a) Vollständiger Leistungsnachweis durch Vertragszahnarzt

LSG Hessen, Beschluss v. 14.08.2014 - L 4 KA 51/12 NZB
SGB V § 106a; GOÄ-82 Nr. 2255, 2702

RID 14-04-27

Das SG ist insoweit zunächst von dem rechtlichen Grundsatz ausgegangen, dass es dem Vertragszahnarzt obliegt, den vollständigen **Leistungsnachweis** über die abgerechneten Leistungen zu führen. Ausgehend hiervon musste es sich nicht zu weiteren Ermittlungen von Amts wegen gedrängt fühlen.

SG Marburg, Urt. v. 20.06.2012 - S 12 KA 162/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

b) Kein Beweiswert einer nicht zeitnah erstellten Dokumentation

LSG Hessen, Beschluss v. 18.08.2014 - L 4 KA 52/12 NZB
SGB V § 106a

RID 14-04-28

Das SG ist insoweit zunächst von dem rechtlichen Grundsatz ausgegangen, dass es dem Vertragszahnarzt obliegt, den vollständigen **Leistungsnachweis** über die abgerechneten Leistungen zu führen. Ausgehend hiervon musste es sich nicht zu weiteren Ermittlungen von Amts wegen gedrängt fühlen.

Das SG hat den rechtlichen Grundsatz aufgestellt, der Vertragsarzt müsse seiner Nachweispflicht bis zur Entscheidung der Beklagten als Widerspruchsbehörde nachkommen. Von diesem Grundsatz ist es jedoch selbst abgewichen und hat auch die nachträglich vorgelegten Unterlagen berücksichtigt und hinsichtlich ihres Beweiswertes geprüft. Es ist dabei zu dem Ergebnis gelangt, dass es sich bei den nachgereichten Unterlagen **nicht um eine zeitnah erstellte Dokumentation handele**, so dass den **Unterlagen kein Beweiswert** zukomme. Ausgehend hiervon ist nicht ersichtlich, zu welchen weiteren Ermittlungen von Amts wegen sich das Gericht hätte gedrängt fühlen müssen.

SG Marburg, Urt. v. 20.06.2012 - S 12 KA 168/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

III. Zweigpraxis/Notdienst/Belegarzt

1. Zweigpraxis

Nach BSG, Urt. v. 02.04.2014 - **B 6 KA 24/13 R** - hat ein **Kardiologe** auch nach Erwerb der Zusatzbezeichnung „Magnetresonanztomographie - fachgebunden“ **keinen Anspruch auf Erteilung der Abrechnungsgenehmigung für MRT-Untersuchungen des Herzens und der Blutgefäße**, wenn er die nach Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 II SGB V geforderten Gebietsbezeichnungen führt. Die MRT gehört zum Kernbereich der Radiologie, nicht aber der Inneren Medizin/Kardiologie. Es ist nachvollziehbar, dass es dem Gebot der **Wirtschaftlichkeit** dient, die Leistungen ausschließlich dem Methodenfach der Radiologie zuzuweisen. Damit wird eine Leistungsausweitung durch Selbstzuweisungen verhindert, für die ansonsten angesichts der aufzuwendenden Kosten und der zu erzielenden Vergütung wirtschaftliche Anreize bestehen würden. Eine unverhältnismäßige Einschränkung seiner Berufsausübungsfreiheit scheidet bei dem Kläger bereits deshalb aus, weil seine ambulante Tätigkeit als **ermächtigter Arzt** nur Annex zu seiner hauptberuflichen Tätigkeit als leitender Krankenhausarzt ist. Nach BSG, Urt. v. 02.04.2014 - **B 6 KA 15/13 R** - kann ein auf § 47 SGB X gestützter Widerruf einer Sonographie-Genehmigung in einen Aufhebungsbescheid gemäß § 48 I SGB X umgedeutet werden; wenn die geprüften Sonographien wiederholt nicht frei von Qualitätsmängeln waren und der Arzt es abgelehnt hat, an der weiteren Prüfung mitzuwirken, ist eine wesentliche Änderung in den maßgeblichen Verhältnissen, die bei Erteilung der Genehmigung bestanden, eingetreten. 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 Transfusionsmedizin** keinen Anspruch auf Genehmigung zur Durchführung von LDL-Apheresen und Apheresen bei rheumatoider Arthritis (Nrn. 13620 und 13621 EBM 2005). Nach BSG, Urt. v. 11.12.2013 - **B 6 KA 39/12 R** - SozR 4-2500 § 75 Nr. 14 - kann ein im **MVZ** angestellter Arzt nicht zum **Notdienst** herangezogen werden, sondern aufgrund seines Zulassungsstatus nur das MVZ selbst.

a) Drittwidersprüche gegen Zweigpraxisgenehmigung ohne aufschiebende Wirkung

SG Düsseldorf, Beschluss v. 05.09.2014 - S 2 KA 342/14 ER

RID 14-04-29

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Ärzte-ZV § 24 III; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Ist die **aufschiebende Wirkung eines Rechtsmittels umstritten** oder ist eine Vollziehung durch die Behörde trotz der aufschiebenden Wirkung zu erwarten (sog. faktischer Vollzug), kann das Gericht der Hauptsache die aufschiebende Wirkung analog § 86b I 1 Nr. 1 SGG deklaratorisch feststellen (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.05.2013 - L 11 KA 16/13 B ER - RID 13-03-16). Entsprechendes gilt auch für den umgekehrten Fall, dass die Behörde vom Bestehen der aufschiebenden Wirkung ausgeht und hierüber zwischen den Beteiligten **Uneinigkeit** herrscht. In solchen Situationen kann das Gericht analog § 86a I SGG die Feststellung treffen, dass dem Widerspruch keine aufschiebende Wirkung zukommt. Hierbei bedarf es weder einer einzelfallbezogenen Würdigung der widerstreitenden Interessen, wie sie bei der Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs gemäß § 86b Abs. 1 Nr. 2 SGG erforderlich ist (LSG Nordrhein-Westfalen, aaO.), noch einer Anordnung des Sofortvollzugs des angefochtenen Bescheides, die wegen Fraglichkeit eines besonderen öffentlichen Interesses zweifelhaft sein könnte.

Ein **Widerspruch** gegen die **Rücknahme einer Zweigpraxisgenehmigung** hat aufschiebende Wirkung.

Drittwidersprüche gegen die Erteilung einer **Zweigpraxisgenehmigung** haben keine aufschiebende Wirkung, da sie offensichtlich unzulässig sind, soweit Willkür ausgeschlossen werden kann.

Das **SG** stellte fest, dass die Widersprüche der Beigel. zu 1) bis 5) gegen den Bescheid der Ag. vom 16.01.2014 keine aufschiebende Wirkung haben.

b) Anfechtungsbefugnis: Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte zur Dialysebehandlung

SG für das Saarland, Urteil v. 19.02.2014 - S 2 KA 9/13

RID 14-04-30

juris

BMV-Ä/EKV-Ä Anl. 9.1; SGG § 54

Leitsatz: Zur Anfechtungsbefugnis gegen die Erteilung der Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte nach Abs. 3 Anh. 9.1.5 zur Anl. 9.1 BMV-Ä/EKV.

Das **SG** hob die der Beigel. erteilte Genehmigung zum weiteren Betrieb der Nebenbetriebsstätte in N. auf.

Aus den Gründen:

„(...) Es handelt sich nicht lediglich um die Genehmigung eines weiteren Leistungsbereiches. Zuletzt ist auch der der Beigeladenen zu 1) eingeräumte Status gegenüber demjenigen der Kläger **nachrangig**, da die Einräumung des Status' an die Beigeladene zu 1) vom Vorliegen eines Versorgungsbedarfes abhängt, der von den bereits zugelassenen Ärzten nicht abgedeckt wird.

34 Dies ergibt sich folgendermaßen. Eine weitere Genehmigung für den Betrieb der Nebenbetriebsstätte der Beigeladenen zu 1) in N. hätte dieser erteilt werden können, wenn diese nicht **in der Versorgungsregion einer anderen Praxis gelegen** hätte. Dies jedoch ist vorliegend der Fall, da unstrittig bereits die **Kläger eine Hauptbetriebsstätte** zur Erbringung aller Dialyseformen und –verfahren in N. betreiben. Für diesen Fall kann eine **weitere Genehmigung der Nebenbetriebsstätte** nur erteilt werden, wenn dadurch die wohnortnahe Versorgung unter Berücksichtigung der einzelnen Dialyseformen und –verfahren gewährleistet wird. Hieraus ergibt sich eindeutig, dass eine Genehmigung der Beigeladenen zu 1) nur hätte erteilt werden können, wenn ein entsprechender Versorgungsbedarf besteht, der von den bereits zugelassenen Ärzten nicht abgedeckt wird.

35 Damit ergibt sich eine **Widerspruchs- und Anfechtungsbefugnis** der Kläger.

36 Diese wären somit am Genehmigungsverfahren zwingend im Sinne der §§ 12 Abs. 2, 24 Abs. 1 SGB X zu beteiligen gewesen. Eine solche Beteiligung jedoch ist durch die Beklagte nicht erfolgt. Dies führt zur formellen Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheides.

37 Im Rahmen der Prüfung der tatbestandlichen Voraussetzungen der vorgenannten Norm wäre die Beklagte zur Überprüfung des Versorgungsbedarfes verpflichtet gewesen, zu ermitteln, wie viele Patienten von der Beigeladenen zu 1) in der Nebenbetriebsstätte in N. mit dem Verfahren der zentralisierten Heimdialyse behandelt werden, wo diese Patienten wohnen und ob der entsprechende Versorgungsbedarf nicht durch bereits vorhandene anderweitige Dialysepraxen und –einrichtungen abgedeckt werden kann. (...)“

2. Notdienst: Keine Befreiung einer Psychotherapeutin trotz Innenohrschwerhörigkeit

SG Marburg, Urteil v. 17.09.2014 - S 12 KA 446/13

RID 14-04-31

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 73 II, 75 I 2; GG Art. 12 I; Bereitschaftsdienstordnung der KV Hessen § 3 VI

Leitsatz: Eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die zur Gruppe der ausschließlich, d.h. über 90 %, **psychotherapeutisch tätigen Ärzten** gehört und die an einer **Innenohrschwerhörigkeit** leidet, die es ihr nach eigenem Vorbringen unmöglich macht, einen auskultatorischen Befund zu

erheben, muss nach § 3 Abs. 6 Bereitschaftsdienstordnung der KV Hessen nicht vom Notdienst befreit werden, wenn fachgruppendurchschnittliche Umsätze erzielt werden.

Das SG wies die Klage ab.

3. Anerkennung als Belegarzt: Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft/Fahrzeit von 40 Minuten

SG Dortmund, Urteil v. 05.03.2014 - S 9 KA 203/11

RID 14-04-32

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 121; BMV-Ä §§ 39, 40; EKV-Ä §§ 31, 32

Eine **Entfernung von 53 km** zwischen der Praxis zu dem Belegkrankenhaus mit einer Fahrzeit von etwa 40 Minuten steht der **Anerkennung als Belegarzt** nicht entgegen.

Bei der Beurteilung der Geeignetheit als Belegarzt ist die Mitgliedschaft in einer **überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft**, deren übrige Mitglieder anerkannte Belegärzte derselben Fachrichtung am selben Krankenhaus sind, zu berücksichtigen. Bei einer praxisbezogenen Betrachtungsweise muss die ständig sichergestellte Versorgung der Patienten im Belegarztsystem insb. bei kooperierenden Belegärzten nicht rein arztindividuell betrachtet werden. Vielmehr ist hier eine **praxisbezogene Betrachtungsweise** vorzunehmen, wobei die Patientenversorgung auch dadurch sichergestellt werden kann, dass ein anderes Mitglied der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft bzw. der Ärzte im kooperativen Belegarztsystem für den Patienten eine ärztliche Versorgung sicherstellen, während der Arzt an der von ihm hauptsächlich geführten Betriebsstätte tätig ist.

Der Kl. ist nach seinen Angaben einer von vier Ärzten einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft von Urologen mit den Standorten C, N und B. Der Hauptsitz der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ist in C, die Nebenstelle, in der er schwerpunktmäßig arbeite, ist in B. In der Planung für die Zukunft sei eine Tätigkeit für drei halbe Tag am Standort C vorgesehen. In der Zeit seiner Abwesenheit von C würde die Betreuung seiner stationären Patienten in C durch die Kollegen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft sichergestellt. Die Entfernung zwischen C und dem Krankenhaus betrage 2 km, die Fahrtzeit ca. 4 Minuten. Die Entfernung zwischen B und dem Krankenhaus betrage 53 km, die Fahrtzeit etwa 40 Minuten. Die Fahrtzeit vom Wohnsitz in C zum Krankenhaus liege bei 8 Minuten. Das SG verurteilte die Bekl., dem Kläger die Anerkennung als Belegarzt am Städtischen Krankenhaus als Facharzt für Urologie zuzuerkennen.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 22.10.2014 - **B 6 KA 8/14 R** - gilt der mit Wirkung vom 01.01.2012 eingefügte § 106 Ve SGB V („Beratung vor Regress“) bzgl. der Festsetzung eines Regresses wegen Überschreitung der Arzneimittelgrößen nur für Verfahren, in denen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses **nach dem 25.10.2012 ergangen** ist. Soweit § 106 Ve 7 SGB V bestimmt, dass die Regelung auch für Verfahren gilt, die am 31.12.2011 noch nicht abgeschlossen waren, so stellt diese - nachträglich angefügte - Regelung keine Klarstellung, sondern eine Änderung der bisherigen Rechtslage dar, wonach sich Wirtschaftlichkeitsprüfungen grundsätzlich nach dem Recht richten, das im jeweiligen Prüfungszeitraum gegolten hat. Etwas anderes gilt nur für die Gestaltung des Verfahrens der Prüfung; hierzu gehört die Regelung über die Ersetzung der Regressfestsetzung durch eine individuelle Beratung jedoch nicht. Da Satz 7 mit Wirkung zum 26.10.2012 in Kraft getreten ist, entzieht er den vor seinem Inkrafttreten nach altem Recht ergangenen Entscheidungen der Beschwerdeausschüsse nicht die Grundlage. Eine derartige Regelungsabsicht hat im Normtext in Verbindung mit der Regelung zum Inkrafttreten keinen hinreichenden Niederschlag gefunden. Nach BSG, Urt. v. 22.10.2014 - **B 6 KA 3/14 R** - stellt § 106 Ve SGB V zudem wegen seiner Geltung auch für zurückliegende Prüfzeiträume keine verfassungswidrige Rückwirkung zu Lasten der Krankenkassen dar, weil diese insoweit keine Rechtsposition innehaben, die verfassungsrechtlich gegen rückwirkende Verschlechterungen geschützt wäre. Auch setzt der **Vorrang der Beratung** voraus, dass das Richtgrößenvolumen „**erstmalig**“ **überschritten** wird. Dies ist bei **vorangegangenen Regressbescheiden** nicht der Fall. Der Senat folgt nicht der Auffassung, dass das Tatbestandsmerkmal der „erstmaligen Überschreitung“ zu einer „Nullstellung“ für die Zeit ab dem 01.01.2012 führt. Vielmehr entfällt die „Erstmaligkeit“ der Überschreitung - und damit der Beratungsvorrang - dann, wenn es bereits in vorangegangenen Prüfzeiträumen zu einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 v.H. gekommen und diese Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Erforderlich ist eine förmliche Feststellung der Prüfungsstelle; zudem muss der Arzt tatsächlich unwirtschaftlich verordnet haben. Nach BSG, Urt. v. 13.08.2014 - **B 6 KA 38/13 R** - kann **nach Bekanntgabe der Prüfentscheidung** diese als Verwaltungsakt **nur nach Maßgabe des § 45 SGB X geändert** werden. Nach einer Entscheidung für bestimmte Kassenbereiche kann der Regress nicht auf die übrigen Krankenkassen ausgedehnt werden. Das Arzneimittels **Profact Depot 3 Monatsimplantat** ist für die Behandlung des Mamma-Karzinoms nicht zugelassen. Die Voraussetzungen für den Einsatz des Arzneimittels im **Off-Label-Use** liegen nicht vor. Dass Profact anderen für das Mamma-Karzinom zugelassenen Arzneimitteln wegen geringerer Belastungen für die Patientinnen vorzuziehen ist, vermag die Beurteilung nicht zu ändern. Nach BSG, Urt. v. 13.08.2014 - **B 6 KA 41/13 R** - können reproduktionsmedizinischen Leistungen im Wege einer eingeschränkten Einzelfallprüfung mit Hochrechnung geprüft werden. Der Umstand, dass im Ergebnis weniger als 20% der Fälle in die Prüfung einbezogen wurden, weil der Vertragsarzt

statt der angeforderten 830 Akten nur 570 Akten vorgelegt hat, führt nicht dazu, dass eine Prüfung nach der Methode ausgeschlossen ist, da die Gründe der Unterschreitung in der Sphäre des Klägers liegen; dieser hat objektiv gegen seine Verpflichtung zur Aufbewahrung der Behandlungsunterlagen verstoßen. Nach BSG, Urt. v. 13.08.2014 - **B 6 KA 46/13 R** - kann ein **Vertragszahnarzt** mit den **Kosten für ein Mängelgutachten** nach dem Anhang zur Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen in der vom 01.01.2007 bis Ende März 2014 gültigen Fassung belastet werden; die vom Bundesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung getroffene Regelung geht als speziellere Regelung den allgemeinen Bestimmungen vor, sie ist wirksam, da die am Schiedsverfahren beteiligten Körperschaften den Schiedsspruch nicht angefochten haben und die zuständige Aufsichtsbehörde ihn nicht beanstandet hat; ob das Bundesschiedsamt in richtiger Zusammensetzung und ohne Verfahrensfehler entschieden hat, ist im Rechtsstreit zwischen einer KZV und einer Krankenkasse nicht zu prüfen. Da der Zahnarzt überhaupt nur mit den Kosten des Gutachtens belastet werden kann, wenn Mängel vorliegen, die er zu vertreten hat, bedarf der Verzicht auf die Heranziehung des Zahnarztes einer besonderen Begründung. Nach BSG, Urt. v. 02.07.2014 - **B 6 KA 25/13 R** - und - **B 6 KA 26/13 R** - reicht ein normativer **Ausschluss eines Arzneimittels durch die AM-RL** für den Regelfall für die Anwendung des § 106 V 8 SGB V aus und ist die abschließende **Zuständigkeit der Prüfungsstelle** begründet. Der Umstand, dass solche Fertigspritzen nach den AMR in besonderen Ausnahmefällen mit Begründung verordnet werden dürfen, ändert daran nichts. Nach BSG, Urt. v. 14.05.2014 - **B 6 KA 13/13 R** - bewirkt die **Mitteilung**, vorrangig sei eine Richtgrößenprüfung durchzuführen, weil die hierfür erforderlichen Verordnungsdaten noch nicht vorlägen, werde die eingeleitete Prüfung nach Durchschnittswerten zunächst ausgesetzt, **keine Hemmung der vierjährigen Ausschlussfrist**. Es hat nach dem Inhalt der Mitteilung nicht an der normativen Grundlage in Gestalt einer Richtgrößenvereinbarung gefehlt, sondern an den erforderlichen Verordnungsdaten. Die Übermittlung der Verordnungsdaten durch die Krankenkassen ist Bestandteil der üblichen Verwaltungsvorgänge, die dem Erlass eines Prüfbescheides vorausgehen. Eine verspätete Übermittlung dieser Daten kann eine Hemmung der Ausschlussfrist grundsätzlich ebenso wenig bewirken, wie andere Verzögerungen in den verwaltungsinternen Abläufen.

1. Richtgrößenprüfung

a) Kein einstweiliger Rechtsschutz gegen Festsetzung einer individuellen Beratung

LSG Hessen, Beschluss v. 11.08.2014 - L 4 KA 10/14 B ER

RID 14-04-33

SGB V § 106a; SGB X § 31 S. 1; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Die Festsetzung einer Beratung wegen Überschreitung der Richtgröße um 25 % nach dem Grundsatz „Beratung vor Regress“ nach § 106 Ve SGB V i.d.F. des GKV-VStG stellt einen belastenden **Verwaltungsakt** dar (s. BSG, Urt. v. 05.06.2013 - B 6 KA 40/12 R SozR 4-2500 § 106 Nr. 41 = GesR 2014, 47 = MedR 2014, 432 = SGB 2014, 451 = USK 2013-28). Sie ist ferner **tatbestandliche Voraussetzung** eines Regresses wegen einer qualifizierten Richtgrößenüberschreitung.

Einer **Beratung** kommt hauptsächlich Warn- bzw. Steuerungsfunktion für das Ordnungsverhalten des Vertragsarztes und tatsächliche Bedeutung für einen drohenden anschließenden Regress zu. Wirtschaftlich fällt dabei für den Vertragsarzt zunächst lediglich der Zeitaufwand für ein ggf. persönliches Beratungsgespräch ins Gewicht. Darüber hinaus besteht die belastende Qualität der Festsetzung einer Beratung nach § 106 Ve SGB V darin, dass der Vertragsarzt die Möglichkeit zu einer zumindest finanziell folgenlosen Überschreitung der Richtgröße verliert (sog. **Freischuss**, s. BSG, Urt. v. 05.06.2013 aaO.). In der Konsequenz bedeutet dieses Verständnis von der Festsetzung einer Beratung nach § 106 Ve SGB V als belastendem Verwaltungsakt jedoch, dass dieser, wenn er sich als **rechtswidrig** erweist und aufgehoben wird, nicht mehr existiert und daher einer dennoch durchgeführten Beratung nicht die Rechtsqualität einer regressermöglichenden Beratung nach dieser Vorschrift zukommen kann. Erweisen sich nämlich die Einschätzungen der Prüfungsgremien als unzutreffend, sind (auch) die Erforderlichkeit und die Qualität der Beratung in Frage gestellt. In der Regel wird es dann auch an der Voraussetzung einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um 25 % fehlen, so dass der Beratungsanspruch für eine solche zukünftige Überschreitung weiterhin besteht. Damit ist das von der Ast. geltend gemachte Aussetzungsinteresse als eher gering einzustufen.

Der Vertragsarzt trägt in der **Zeit**, in der die Festsetzung der **Beratung noch nicht bestandskräftig** ist, für Folgezeiträume das Risiko der Wirtschaftlichkeit seines Ordnungsverhaltens. In diesem Zusammenhang bedarf es keiner abschließenden Entscheidung, ob – wie das SG meint – ein Ordnungsregress voraussetzt, dass eine Beratung bestandskräftig festgesetzt wurde; selbst wenn man die Festsetzung eines Ordnungsregresses bei noch andauerndem Rechtsstreit über die Rechtmäßigkeit der Festsetzung einer Beratung für zulässig erachtet, ist jedenfalls Voraussetzung, dass die Festsetzung der Beratung rechtmäßig war und Bestand hat. Auch vor diesem Hintergrund erscheint es eher sinnvoll und zumutbar, wenn die festgesetzte Beratung durchgeführt wird. Erweist sie sich als rechtswidrig, entsteht dem Vertragsarzt hierdurch kein Nachteil.

SG Marburg, Beschl. v. 16.12.2013 - S 12 KA 565/13 ER - RID 14-01-36 wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

b) Individualvereinbarung: Beweislast für Verhandlungsbeginn

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 03.09.2014 - L 11 KA 88/13 B ER

RID 14-04-34

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106; SGG § 86b II 1 Nr. 2

Bekundet der geprüfte Arzt von sich aus Interesse oder beantragt er sogar den Abschluss einer **Individualvereinbarung**, so sind die Prüfungsgremien verpflichtet, in Verhandlungen über den Abschluss einer solchen einzutreten und dürfen den Abschluss nicht aus sachfremden Gründen vereiteln. Wird zwischen den Prüfungsgremien und dem zu prüfenden Arzt keine Übereinstimmung über den Inhalt der Vereinbarung - insbesondere über die Höhe der zu vereinbarenden Richtgröße - erzielt, sind die Verhandlungen gescheitert mit der Folge, dass ein vom Arzt zu erstattender Mehrbetrag festzusetzen ist (hierzu BSG, Urt. v. 28.08.2013 - B 6 KA 46/12 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 42 = MedR 2014, 263 = ZMGR 2013, 412 = USK 2013-59). Ein hilfsweise gestellter Antrag reicht aus. Allein mit einem Antrag des Vertragsarztes werden noch keine **Verhandlungen** begonnen. Die **Beweislast** dafür, einen Antrag gestellt zu haben, obliegt dem Vertragsarzt. Die Beweislast dafür, in Verhandlungen auf Abschluss einer Individualvereinbarung eingetreten zu sein, trifft den Beschwerdeausschuss.

Der Kl., ein hausärztlich tätiger Facharzt für Innere Medizin, wandte sich gegen den Bescheid der Prüfungsstelle über einen Regress in Höhe von 91.648,02 € für die Quartale I bis IV/2010 wegen Überschreitung der Arzneimittel-Richtgrößen. Der Widerspruch blieb erfolglos, Klage ist anhängig (S 2 KA 254/13). Einen Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage bzw. Aussetzung der sofortigen Vollziehung 2010 lehnte der Bekl. ab. *SG Düsseldorf*, Beschl. v. 03.09.2013 - S 2 KA 289/13 - ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage an, das *LSG* wies die Beschwerde zurück. Das LSG setzte den **Streitwert** auf 9.164,80 € fest, da das wirtschaftliche Interesse durch den Zeitfaktor „Länge des Verfahrens“ (ein Jahr) und das **Zinsinteresse** bestimmt werde. Das Zinsinteresse sei vorliegend darauf gerichtet, nicht auf eine etwaige Zwischenfinanzierung angewiesen zu sein. Die Kosten hierfür schätzt der Senat auf 10 % vom regressierten Betrag.

c) Unzureichende Begründung

SG Hannover, Urteil v. 18.02.2014 - S 65 KA 708/11

RID 14-04-35

juris

SGB V §§ 84, 106; SGB X §§ 35, 42

Es fehlt an einer ausreichenden **Begründung**, wenn ein Prüfungsgremium in dem das Verwaltungsverfahren abschließenden Beschluss die ggf. vorhandenen eigenen sachkundigen Erkenntnisse nicht nachvollziehbar darlegt. Ausführungen dergestalt, dass keine Abweichungen vom Fachgruppenschnitt erkennbar gewesen seien, ohne den Fachgruppenschnitt näher darzulegen, lassen nicht nur jeden Überzeugungswert, sondern auch eine Nachvollziehbarkeit gänzlich vermissen. Soweit ggf. Werte der Vergleichsgruppe bei der Entscheidung des Beklagten nicht vorhanden gewesen sind, hätten zumindest die zu Grunde gelegten Erfahrungswerte dargelegt werden müssen. Es muss auch nachvollziehbar sein, woraus sich die Erfahrungswerte ergeben. Mit steigender Unsicherheit der Erfahrungswerte wäre nämlich ein jeweils höherer Sicherheitsabschlag vorzunehmen gewesen.

Eine **Unbeachtlichkeit von Verfahrensfehlern** im Sinne von § 42 SGB X kann bei faktischer Alternativlosigkeit der Entscheidung angenommen werden (BSG, Urt. v. 06.05.2009 - B 6 KA 7/08 R SozR 4-1300 § 63 Nr. 9, Rn. 30 m.w.N.) Eine Alternativlosigkeit liegt bei Richtgrößenprüfungsentscheidungen zumindest dann vor, wenn eine günstigere Entscheidung für den geprüften Arzt ausgeschlossen ist.

Das *SG* gab der Klage gegen einen Richtgrößenregress für das Jahr 2003 in Höhe von 41.884,12 € statt.

2. Arzneikostenregress: WHO-Stufenschema und Morphinsulfat Sevredol

SG Düsseldorf, Urteil v. 02.04.2014 - S 2 KA 266/13

RID 14-04-36

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KA 42/14 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Die Kombination schwach wirksamer Opioide der Stufe 2 (Tilidin comp. AL sowie Valoron N retard) mit stark wirksamen Opioiden der Stufe 3 (**Morphinsulfat Sevredol**) ist medizinisch nicht angezeigt. Beide Opioid-Arten wirken als Agonisten an μ -Opioidrezeptoren und damit über die gleichen Schmerzrezeptoren. Deren Zahl ist begrenzt. Gibt man starke und schwache Opioide in Kombination, konkurrieren diese um die freien Plätze an den Rezeptoren, ohne dass ein additiver Effekt entsteht, weil auch mit einem der beiden Schmerzmittel bereits alle Rezeptoren „im Einsatz“ sind. Sinnvoll ist deshalb, wie auch das WHO-Stufenschema angibt, nur die Kombination mit Schmerzmitteln, die auf andere Rezeptoren wirken, z.B. mit Schmerzmedikamenten der WHO-Stufe 1. Hinzu kommt, dass Tilidin comp. AL sowie Valoron N retard auch den Antagonisten Naloxon enthalten. Naloxon gehört zu den reinen Opioid-Antagonisten, die als kompetitive Antagonisten an allen Opioidrezeptoren wirken. Damit heben sie die Wirkungen, die durch Opiate und Opioide verursacht werden, teilweise oder ganz auf.

Beschränken sich die **Begründungen** auf die bloße Wiedergabe von Textauszügen aus den Fachinformationen zu den einzelnen Arzneimitteln, ohne dass dem Arzt jeweils konkret im Einzelnen vorgehalten wird, gegen welche rechtlichen, medizinischen oder pharmakologischen Vorgaben er durch welche Verordnungsweise verstoßen haben soll, so reicht dies angesichts der objektiven Beweislast, die der Beschwerdeausschuss für die Festsetzung von Regressen trägt, nicht aus.

Die Prüfungsstelle verhängte für die Quartale IV/10 - III/11 einen Regress in Höhe von 2.939,68 €. Der Widerspruch blieb erfolglos. Das SG hob den Bescheid insoweit auf, als der Regress die Höhe von 1.268,25 € (Fall C) übersteigt. Im Übrigen wies es die Klage ab.

3. Zahnärzte: Leistungen der Individualprophylaxe: Prüfung nach Durchschnittswerten zulässig

LSG Bayern, Urteil v. 12.08.2014 - L 12 KA 5054/13

RID 14-04-37

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 11 I Nr. 2, 12, 22, 106

Die **Leistungen der Individualprophylaxe** unterliegen der Prüfung der Wirtschaftlichkeit. Die Richtlinien des GBA über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) sehen im Abschnitt A. Allgemeines 6. konkretisierend vor, dass die Prophylaxemaßnahmen bei Versicherten, die kein hohes Kariesrisiko aufweisen, in zahnmedizinisch sinnvoller Weise zu beschränken, d.h. wirtschaftlich zu erbringen sind. Eine Prüfung prophylaktischer (zahn)ärztlicher Leistungen nach **Durchschnittswerten** ist zulässig.

Die Beteiligten streiten um Regresse wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in den Quartalen IV/04, II/05-I/06, III u. IV/06 bzgl. IP 5 BEMA. *SG München*, Urt. v. 11.10.2013 - S 49 KA 5211/10 - wies die Klagen ab, das *LSG* die Berufung zurück.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 22.10.2014 - **B 6 KA 43/13 R** - kann der **unterlegene Konkurrent in einem Nachbesetzungsverfahren die Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft nicht anfechten**, weil eine solche Genehmigung unter keinem möglichen Aspekt seine Rechte tangieren kann. Nach BSG, Urt. v. 22.10.2014 - **B 6 KA 44/13 R** - ist der **unterlegene Konkurrent** in einem **Nachbesetzungsverfahren** für einen Vertragsarztsitz in einer **Berufsausübungsgemeinschaft** nicht zu berücksichtigen, wenn er **erklärt, nur in Einzelpraxis als Nachfolger** tätig werden zu wollen. Zwar sind die Belange der in der BAG verbliebenen Ärzte umso geringer zu gewichten, je kürzer und lockerer die Kooperation in der BAG war, doch führt dies nicht dazu, dass den verbliebenen Partnern die Zusammenarbeit mit einem Arzt zuzumuten ist, mit dem eine langfristige Kooperation von vornherein nicht in Betracht kommt. Nach BSG, Urt. v. 22.10.2014 - **B 6 KA 36/13 R** - kann die für ein **MVZ** nach § 95 II 6 SGB V erforderliche **selbstschuldnerische Bürgschaft** von einer **GmbH** abgegeben werden, die die einzige Gesellschafterin eines wiederum in der Rechtsform einer GmbH betriebenen MVZ ist, da damit die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt werden. Ein Wechsel der Gesellschafter der Trägergesellschaft des MVZ bedarf nicht der Genehmigung des Zulassungsausschusses; der Wechsel muss dem Zulassungsausschuss gemeldet werden, wenn und soweit sich daraus Konsequenzen für die Stellung von Bürgschaften ergeben. Diese

Bürgschaftserklärungen müssen die aktuellen Gesellschafter der Träger-GmbH abgeben. Nach BSG, Urt. v. 13.08.2014 - **B 6 KA 33/13 R** - bleiben bei einer **Sonderbedarfszulassung** besondere **Qualifikationen**, denen sich ein Arzt berühmt, die aber nicht in einer speziellen ärztlichen Weiterbildung oder Subspezialisierung ihren Niederschlag gefunden haben, außer Betracht. Ein weitergehendes Verständnis des „qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs“ ist auch nicht deshalb geboten, weil andernfalls der Heilbehandlungsanspruch der Versicherten nicht erfüllt werden könnte. Soweit die AAC („**Augmentative and Alternative Communication**“) als **Behandlungsmethode** anzusehen sein sollte, würde schon der Methodenvorbehalt des § 135 I SGB V und - bezogen auf die Psychotherapie - die Begrenzung des Versorgungsanspruchs der Versicherten einer entsprechenden Ausweitung des Begriffs „Versorgungsbedarf“ entgegenstehen. Versteht man die AAC - was näher liegt - als **Kommunikationsmethode**, gilt für lautsprachlich eingeschränkte bzw. behinderte Menschen nichts anderes als für Hörbehinderte; sie müssen einen entsprechend qualifizierten **Sprachmittler hinzuziehen**. Wann die Krankenkassen die Kosten für solche Kommunikationsmittler zu tragen haben, ist im Gesetz bestimmt. Daraus ist zugleich abzuleiten, dass **die Krankenkassen nicht verpflichtet sind, ein speziell auf kommunikationsbehinderte Menschen ausgerichtetes Versorgungsangebot in jedem ärztlichen Fachgebiet zu schaffen**. Ob es besondere Konstellationen gibt, in denen bei Einschaltung eines Kommunikationsmittlers der Behandlungserfolg gefährdet wäre, bedarf hier keiner Klärung, weil auch dann allenfalls eine Versorgung auf der Grundlage eines Kostenerstattungsanspruchs in Betracht käme. Nach BSG, Urt. v. 02.07.2014 - **B 6 KA 23/13 R** - kann ein MVZ die Stelle einer ausgeschiedenen ausschließlich **psychotherapeutisch tätigen Ärztin mit einer psychologischen Psychotherapeutin nachbesetzen**. Ausschlaggebend ist, dass beide derselben Arztgruppe im Sinne der Bedarfsplanung angehören. Im Übrigen stimmt das Leistungsspektrum beider Gruppen weitgehend überein, weil sowohl der ausschließlich psychotherapeutisch tätige Arzt als auch der psychologische Psychotherapeut die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie zu beachten haben. Auf die Frage, ob der ehemalige Stelleninhaber und dessen Nachfolger Psychotherapien auch nach demselben Richtlinienverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie) durchführen, kommt es für die Nachbesetzung der Stelle in einem MVZ nicht an. Die gesetzliche Regelung, nach der ein Anteil von mindestens 25% den psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist, steht der Nachbesetzung durch eine psychologische Psychotherapeutin hier schon deshalb nicht entgegen, weil die genannte Quote auch nach erfolgter Nachbesetzung gewahrt bleibt. 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 Nachfolgelulassung 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. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

a) Nachbesetzung einer Angestelltenstelle durch nur noch teilzeitbeschäftigten Arzt

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.11.2013 - L 5 KA 2603/12

RID 14-04-38

juris
SGB V §§ 92 I 2 Nr. 9, 95, 101 I 1 Nr. 1, 103 IVa 3

Für die Genehmigung der **Nachbesetzung einer Angestelltenstelle** eines MVZ müssen sich die Tätigkeitsfelder von Vorgänger- und Nachfolgearzt im Wesentlichen entsprechen. Außerdem muss sich der Beschäftigungsumfang des Nachfolgearztes grundsätzlich im Rahmen des Beschäftigungsumfangs des Vorgängerarztes halten, darf diesen also nicht überschreiten (BSG, Urt. v. 19.10.2011, - B 6 KA 23/11 R - BSGE 109, 182 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 8 -; LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 08.12.2010 - L 5 KA 3673/10 ER-B - RID 14-04-39). Ausgangspunkt für den **Vergleich des Beschäftigungsumfangs** von Vorgänger- und Nachfolgearzt sind die Regelungen in der Anstellungsgenehmigung des Vorgängerarztes. Da bloße „Vorratsgenehmigungen“ und ihr Rechtsbestand wegen der Erfordernisse der Bedarfsplanung nicht maßgeblich sein können, muss der genehmigte Beschäftigungsumfang vom Vorgängerarzt auch tatsächlich praktiziert worden sein.

Wird eine **ursprüngliche Vollzeitstelle** in einem MVZ mit einem Arzt mit einem Beschäftigungsumfang von 20 Wochenstunden nachbesetzt, scheidet nach Ablauf der sechsmonatigen Nachbesetzungsfrist die Vollzeitstelle aus dem Stellenbestand des MVZ aus und ist fortan **nur noch**

als **Teilzeitstelle** (Beschäftigungsumfang 20 Wochenstunden) vorhanden und kann mit einem mehr als 20 Wochenstunden beschäftigten bzw. in Vollzeit tätigen Arzt nicht mehr nachbesetzt werden.

SG Stuttgart, Urt. v. 11.05.2012 - S 11 KA 2864/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung und *BSG*, Beschl. v.14.05.2014 - B 6 KA 67/14 B - juris die Nichtzulassungsbeschwerde zurück. *BVerfG*, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 20.08.2014 - 1 BvR 1989/14 - hat die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen.

b) Unzulässigkeit einer Verschiebung von MVZ-Arztstühlen in anderes MVZ

SG Hamburg, Urteil v. 27.08.2014 - S 27 KA 76/14

RID 14-04-39

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 38/14 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 95 II 9, IXb, 103 IVa

Leitsatz: Es bedarf entsprechend dem Fortführungswillen bei Nachbesetzung eines Nutzungswillens/Zulassungswillens des Arztes. Dieser liegt nicht, wenn der Arzt bereits zuvor erklärt hat, dass er die Zulassung in eine **Anstellung in einem anderen Medizinischen Versorgungszentrum umwandeln** will.

Die Beteiligten streiten um die Umwandlung von Anstellungsgenehmigungen für drei Ärzte. Die kl. GmbH betreibt mit angestellten Ärzten u.a. die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen MVZ A1 und A2. Sie beabsichtigt, das A1 wegen Unwirtschaftlichkeit aufzugeben und von dort **drei Vollzeit-Arztstellen zum A2 zu übertragen**. Diese Stellen sind besetzt durch einen Facharzt für Orthopädie, eine Fachärztin für Frauenheilkunde und Gynäkologie und einen Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zur Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung. Im Januar 2014 beantragte die Kl. die Umwandlung der Anstellungsgenehmigungen für die drei Ärzte **in vier unmittelbar aufeinander folgenden Schritten**, nämlich 1. Umwandlung der Arztstelle im A1 in eine Zulassung, 2. Zulassung des Arztes zur vertragsärztlichen Versorgung, 3. Verzicht des Arztes auf die Zulassung, um im A2 als angestellter Arzt tätig zu werden und 4. Genehmigung der Anstellung der Ärzte im A2. Zugleich stellten die betroffenen Ärzte sämtliche dafür erforderlichen Anträge und gaben die notwendigen Erklärungen ab. Der **Zulassungsausschuss** entsprach den Umwandlungsanträgen, jedoch unter der Bedingung, dass das A2 bei der KV beantrage, eine Zweigpraxis des A2 in L. zu genehmigen, die Ärzte ausschließlich in dieser Zweigpraxis tätig sind und das A2 die Stellen in der Zweigpraxis L. auch nach Ausscheiden der jetzt angestellten Ärzte besetzt. Gegen alle Bescheide haben die jeweiligen Adressaten Widerspruch eingelegt, wobei die Kl. insbesondere beantragte, die Anstellung ohne Bedingungen zu genehmigen. Der **Bekl.** hob die Beschlüsse auf. Das *SG* wies die Klage ab.

Aus den Gründen:

„(...) Dem Beklagten ist auch darin zuzustimmen, dass während eines aktuell laufenden Widerspruchsverfahrens – hier gegen die Bescheide, mit denen die Anstellungsgenehmigungen im A2 erteilt und mit einer Nebenbestimmung versehen wurden -, die Verwaltung nach den Regelungen der §§ 44 ff SGB X zumindest **weitere Bescheide**, die mit dem angefochtenen Bescheid in einem inneren Zusammenhang stehen, **aufgreifen und überprüfen** kann. Dies muss insbesondere dann gelten, wenn der Beklagte – wie hier als zweite Verwaltungsinstanz - agiert.

19 Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG ist das Verfahren vor dem Berufungsausschuss ein **eigenständiges und umfassendes Verwaltungsverfahren** in einer zweiten Verwaltungsinstanz, bei dem der vom Berufungsausschuss erlassene Verwaltungsakt selbständig ist, so dass auch nur dieser Verwaltungsakt den alleinige Gegenstand des anschließenden gerichtlichen Verfahrens bildet (Clemens in Schlegel/Voelzke, Juris Praxiskommentar, SGB V, § 106 Rdnr. 281 m.w.N. zur Rechtsprechung). (...)

21 Der Beklagte durfte auch alle Beschlüsse des Zulassungsausschusses aufheben, denn diese waren in ihrer Gesamtheit von Anfang rechtswidrig. **Vertrauensschutzgesichtspunkte** stehen einer solchen Aufhebung nach § 45 Abs. 1 und 2 SGB X nicht entgegen. Hierzu nimmt die Kammer Bezug auf die Ausführungen des Beklagten im Beschluss vom 7.5.2014 (Seite 7, 2. Absatz), denen sie sich anschließt.

22 Die Bescheide vom 5.3.2014 waren rechtswidrig, denn der von der Klägerin in vier Schritte geplante Stellentransfer der drei Arztstellen vom A1 zum A2 über eine Zulassung der drei Ärzte zur vertragsärztlichen Versorgung für eine logische Sekunde widerspricht dem Zulassungsrecht, insbesondere dem öffentlich-rechtlichen Interesse an einem Abbau der Überversorgung in einem gesperrten Planungsbereich. (...)

26 Ebenso wie der Beklagte ist die Kammer deshalb der Überzeugung, dass hier vergleichbar den in Nachbesetzungsverfahren vom BSG geforderten **Fortsetzungswillen**, ein **Nutzungswille** in Bezug auf die begehrte Zulassung (Zulassungswille) vorliegen muss, ein Anspruch auf Zulassung nach § 95 Abs. 9b SGB V also nur dann besteht, wenn die Bewerber von dieser Zulassung auch tatsächlich Gebrauch machen wollen. Dass Ansprüche von derartigen inneren Tatsachen (Beweggründe, Willensrichtung, u.a.) abhängen, ist keine Besonderheit des Zulassungsrechts, sondern entspricht den Gegebenheiten in anderen Bereich des Sozialrechts (vgl. Urteil des BSG vom 11.12.2013, B 6 KA 49/12 R, a.a.O., Rdnr. 54). In diesem Fall sind auch keine Schwierigkeiten mit der Ermittlung dieser subjektiven Merkmale verbunden, weil die Klägerin selbst erklärt hat, dass die drei Ärzte ihre Angestellten seien und es auch bleiben wollten.

27 Die von der Klägerin zitierte Randnummer 29 der Entscheidung des BSG vom 23.3.2013 (B 6 KA 8/10 R) steht der Forderung eines Nutzungswillens (Zulassungswillens) nicht entgegen. Zum einen hat das BSG in dieser Randnummer in sehr vorsichtiger Formulierung („könnte möglicherweise in Betracht kommen“) die von der Klägerin begehrte Regelung skizziert als eine der insgesamt vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten des Vertragsarztrechts. Zum anderen ist in den späteren Entscheidungen des BSG vom 20.3.2013 (B 6 KA 19/12 R, - juris-) und vom 11.12.2013 (B 6 KA 49/12 R) die Erforderlichkeit des Fortführungswillens deutlich in den Vordergrund gestellt und in Bezug zu der nicht gewollten Kommerzialisierung von Vertragsarztstühlen gesetzt worden. (...)

2. Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen gemäß § 121a SGB V

LSG Bayern, Urteil v. 25.06.2014 - L 12 KA 48/14

RID 14-04-40

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 121a

Leitsatz: Das Merkmal der **Bedarfsgerechtigkeit** in § 121a SGB V umfasst auch die Prüfung, ob andere Leistungsbringer schon in ausreichendem Maße die in Frage stehenden Leistungen erbringen. Bei dieser Prüfung steht der Verwaltung ein der gerichtlichen Überprüfung nur eingeschränkt zugänglicher **Beurteilungsspielraum** zu.

SG München, Urt. v.12.04.2011- S 39 KA 2/09 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Aus den Gründen:

„(...) Die Entscheidung des Beklagten, die Verwaltungsrichtlinien zur Interpretation des Begriffs Bedarfsgerechtigkeit an der allgemeinen vertragsärztlichen Bedarfsplanung unter Berücksichtigung von Bevölkerungszahlen in Versorgungsregionen zu orientieren, ist nicht zu beanstanden. Auch die konkrete Ausgestaltung dergestalt, 80 km Regelkreise um die IVF-Zentren (zumutbare Fahrstrecke von bis zu einer Stunde) als geeignete Planungsbereiche anzusehen und innerhalb der 80 km-Regelkreise auf die jeweiligen örtlichen Einwohnerzahlen und die Zahl der Zentren abzustellen, ist nicht zu beanstanden. Denn diese Kriterien gewährleisten gerade im Hinblick auf die Gewährleistung der Bedarfsgerechtigkeit eine Überversorgung von IVF-Zentren in einzelnen Regionen zu verhindern, während andere Gebiete unterversorgt bleiben. Die Grundsätze für die Genehmigung nach § 121a SGB V vom 29.03.2000 gehen dabei auf eine Empfehlung des Beratungsgremiums „Künstliche Befruchtung“, bestehend aus drei Sachverständigen sowie Vertretern der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, zurück, die seither regelmäßig auch einen möglichen Anpassungsbedarf prüfen, der aber bislang nicht gesehen wurde.

Der Beklagte hat schließlich die Genehmigung nach § 121a SGB V anhand seiner Kriterien auch auf die Kläger ordnungsgemäß angewandt. Ein Gebiet gilt nach den Verwaltungsrichtlinien als überversorgt, wenn die örtliche Verhältniszahl um 15% kleiner ist als die allgemeine Verhältniszahl (das wäre bei Zahlen unter 766.280 der Fall).

In ihrem Bescheid ist der Beklagte unter Zugrundelegung einer allgemeinen bundesweiten Verhältniszahl von 901.505 (Bevölkerungszahl von 82.037.000 in Deutschland bei 91 IVF-Zentren) und einer ermittelten örtlichen Verhältniszahl von 709.386 zutreffend davon ausgegangen, dass die ermittelte örtliche Verhältniszahl um mehr als 15 %, nämlich mehr als 21 %, unter der allgemeinen bundesweiten Verhältniszahl liegt und damit A-Stadt unverändert als überversorgt gilt. Die diesbezüglichen Verhältniszahlen haben sich nicht zugunsten der Kläger verändert. Im Jahre 2012 lag die Bevölkerungszahl in Deutschland mit 81.890.000 Einwohnern niedriger als Ende 1998, während die bundesweite Anzahl der IVF-Zentren gewachsen ist, in Bayern z.B. von 17 IVF-Zentren auf mittlerweile 19 IVF-Zentren. Die örtliche Verhältniszahl ist nach den aktuell vorliegenden Zahlen nahezu unverändert geblieben, nämlich von 709386 Einwohnern (zum 31.03.2008) auf nunmehr 709903 Einwohner.

Die Kläger haben schließlich auch zu keinem Zeitpunkt geltend gemacht, dass sie andere oder bessere Leistungen erbringen würden, als die drei etablierten IVF-Zentren in C-Stadt. (...)“

3. Konkurrentenklage gegen Anstellungsgenehmigung nach Sonderbedarfszulassung

LSG Bayern, Urteil v. 09.07.2014 - L 12 KA 16/14

RID 14-04-41

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 101 I 1 Nr. 3, 103 IVb; GG Art. 19 IV

Leitsatz: Im Rahmen des Rechtsstreits über die Rechtmäßigkeit der Antragstellungsgenehmigung gemäß § 103 Abs. 4b SGB V ist inzident die **Rechtmäßigkeit der vorgehenden (Sonderbedarfs-)Zulassung zu überprüfen**, wenn dies die Gewährung eines effektiven Rechtsschutzes erfordert.

Dies ist am deutlichsten dann der Fall, wenn der die (Sonderbedarfs-)Zulassung beantragende Arzt auf diese **so gleich** für den Fall **verzichtet**, dass der anstellende Arzt eine Genehmigung zu seiner Antragstellung erhält, weil dann die Entscheidung über die Sonderbedarfszulassung niemals einer unmittelbaren Überprüfung zugeführt werden konnte.

Die Kl. wendet sich gegen die der Beigel. zu 7) erteilte Genehmigung zur Beschäftigung des Beigel. zu 8) als angestellter Arzt in ihrer Filiale in C-Stadt mit einem Tätigkeitsumfang von 31 Stunden/Woche. Der Bekl. hat die sofortige Vollziehung dieser Entscheidung angeordnet. Die Kl. u. die Beigel. zu 7) und 8) sind **Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie**. Die Kl. und die Beigel. zu 7) betrieben bis zum 30.06.2011 gemeinsam eine onkologische Schwerpunktpraxis in A-Stadt mit weit überdurchschnittlicher Fallzahl. Die Kl. betreibt nach ihrer Kündigung seither eine eigene onkologische Praxis in A-Stadt sowie eine Filiale in C-Stadt gemeinsam mit einer anderen Ärztin (Dr. R.) mit jeweils hälftigem Versorgungsauftrag. Der Bekl. stellte mit Bescheid vom 17.11.2011 (Beschl. v. 18.10.2011) auf den Widerspruch der Beigel. zu 7) fest, dass die Zulassung des Beigel. zu 8) am Vertragsarztsitz C-Stadt aufgrund Verzichts zum 31.10.2011 ende. Der Beigel. zu 7) wurde die Genehmigung zur Beschäftigung des Beigel. zu 8) als angestellter Arzt ausschließlich in der Filiale in C-Stadt mit einem Tätigkeitsumfang von 31 Stunden/Woche erteilt. *SG München*, Urt. v. 19.09.2013 - S 43 KA 1491/11 - wies die Klage ab. Das *LSG* gab ihr statt und hob den Bescheid des Bekl. auf.

4. Fortsetzungsfeststellungsklage: Erledigung im Widerspruchsverfahren (Sonderbedarfszulassung)

LSG Bayern, Urteil v. 09.07.2014 - L 12 KA 15/14

RID 14-04-42

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 101 I 1 Nr. 3, 103 IVb; BedarfspIRL-Ä § 24b; SGG § 131 I 3

Leitsatz: Die Absicht, eine **Amtshaftungsklage** zu erheben (§ 839 BGB, Art. 34 GG), begründet ein berechtigtes Interesse für eine Fortsetzungsfeststellungsklage nur dann, wenn sich der streitgegenständliche Verwaltungsakt nach Klageerhebung erledigt hat.

Die Kl. u. die Beigel. zu 7) und 8) sind **Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie**. Die Kl. und die Beigel. zu 7) betrieben bis zum 30.06.2011 gemeinsam eine onkologische Schwerpunktpraxis in A-Stadt mit weit überdurchschnittlicher Fallzahl. Die Kl. betreibt nach ihrer Kündigung seither eine eigene onkologische Praxis in A-Stadt sowie eine Filiale in C-Stadt gemeinsam mit einer anderen Ärztin (Dr. R.) mit jeweils hälftigem Versorgungsauftrag. Der **Beigel. zu 8)** beantragte für den Vertragsarztsitz C-Stadt eine **Sonderbedarfszulassung**, auf die er verzichten wolle, um anschließend in der Nebenbetriebsstätte der Beigel. zu 7) in C-Stadt als angestellter Arzt tätig zu werden (§ 103 Abs. 4b SGB V). Der Zulassungsausschuss erteilte eine Sonderbedarfszulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag. Auf Widerspruch des Beigel. zu 8) ließ der **Bekl.** ihn antragsgemäß zu. Die Filialgenehmigungen der Kl. und der Beigel. zu 7) waren wegen des anhängigen Widerspruchsverfahrens des Beigel. zu 8) lediglich befristet bis 31.12.2011 erteilt worden. Nach Klageerhebung stellte die Kl. in Hinblick auf BSG, Ur. v. 17.10.2012 - B 6 KA 39/11 R - USK 2012-107 den Verpflichtungsantrag in einen **Fortsetzungsfeststellungsantrag** um. **SG München**, Ur. v. 19.09.2013 - S 43 KA 1490/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. Teil-Berufsausübungsgemeinschaft: Fehlende gemeinsame Berufsausübung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.11.2013 - L 5 KA 516/11

RID 14-04-43

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 24/14 R

juris

SGB V § 98 II Nr. 13a; Ärzte-ZV § 33 II 2 u. 3; GG Art. 12 I

Wird die **gesamte Tätigkeit eines Augenarztes** in seiner Praxis zum Gegenstand einer Teil-BAG gemacht, so fehlt schon die gesetzlich vorgegebene Begrenzung auf „einzelne Leistungen“, da dieser Augenarzt auf diese Weise seine gesamte vertragsärztliche Tätigkeit innerhalb der Teil-BAG erbringen würde (vgl. hierzu LSG Berlin-Brandenburg, Ur. v. 12.09.2012 - L 7 KA 78/10 - RID 13-01-52).

Operieren die operierenden Augenärzte ausschließlich in ihrer Praxis und arbeitet der weitere Augenarzt ausschließlich in seiner Praxis, dann unterscheidet sich der Behandlungsablauf in nichts von dem üblichen **Ablauf bei Überweisung eines Patienten** durch den niedergelassenen, behandelnden Augenarzt an den auf die Durchführung von Operationen spezialisierten Augenarzt. Es fehlt dann an einem für die Errichtung einer Teil-BAG auch nach § 33 II Ärzte-ZV erforderlichen **Zusammenwirken** der Ärzte. Der bloße formale Zusammenschluss von niedergelassenen Ärzten mit spezialisierten Operateuren zur Zuweisung von Patienten reicht dafür nicht aus. Die **gemeinsame Berufsausübung** in einer Teil-BAG muss vielmehr Leistungsinhalte der beteiligten Ärzte enthalten, die ein - wenn auch nicht zeitgleiches - aber doch über die bloße Überweisung oder Zuweisung von Patienten hinaus gehendes gemeinschaftliches Zusammenwirken der beteiligten Ärzte erkennen lassen. Der Zusammenschluss von operativ tätigen Augenärzten, die grundsätzlich aufgrund von Überweisungen behandeln, mit konservativ tätigen Augenärzten im Rahmen einer Teil-BAG nach § 33 II Ärzte-ZV ist deshalb nicht möglich, wenn nicht besondere Leistungsanteile hinzutreten, die ein derartiges gemeinschaftliches Zusammenwirken der beteiligten Ärzte bezogen auf einzelne Behandlungsschritte, etwa Behandlung am gleichen Ort oder zeitlich zumindest unmittelbar aufeinander folgend, beinhalten.

Die Voraussetzung eines **qualifizierten Zusammenwirkens** ist bereits in § 33 II 3 Ärzte-ZV enthalten und rührt nicht erst aus der Regelung des § 15a V 2 BMV-Ä.

§ 33 II 3 Ärzte-ZV ist auch im Hinblick auf Art. 12 GG **verfassungsrechtlich** nicht bedenklich. Vielmehr handelt es sich um eine - zulässige - Berufsausübungsregelung und nicht um einen Eingriff in die Berufsfreiheit. Ärzten ist die von ihnen beabsichtigte Zusammenarbeit als solche nicht untersagt, sondern lediglich die Durchführung in der von ihnen erstrebten rechtlichen Form der Teil-BAG.

Die Kl. zu 1 u. 2 sind Augenärzte in einer Gemeinschaftspraxis in Sch. seit 2006, der Kl. zu 3 ist seit 1990 Augenarzt in E. Seit dem 01.04.2008 sind sie in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) zusammengeschlossen. Im November 2007 beantragten sie erfolglos die Zulassung einer Teil-BAG. Die Teil-BAG umfasse die gesamte berufliche Tätigkeit des Kl. zu 3 einerseits und bezüglich der Patienten mit Erstkontakt in der E. Praxis die Diagnostik, soweit nicht am Standort E. durchführbar, insb. die Diagnostik bezüglich Glaskörper und Netzhauteingriffen sowie jegliche operative Behandlung durch die Kl. zu 1 u. 2 andererseits. Nach dem Vertrag sollten Gesellschafter die Kl. zu 1 u. 2 als Gemeinschaftspraxis einerseits und der Kl. zu 3 andererseits sein; beabsichtigt sei die Einrichtung neuer Praxisräume in E.; die Praxis in Sch. solle von den jeweiligen Gesellschaftern unabhängig von dieser Teil-BAG weiter betrieben werden. *SG Reutlingen*, Urt. v. 13.10.2010 - S 1 KA 3277/08 - verurteilte den Bekl., den Kl. die Genehmigung zur Führung der beantragten überörtlichen Teil-BAG zur Durchführung von augenärztlichen Leistungen nach den Leistungsbeschreibungen in den Ziffern 6210-6212, 6310, 6330-6333 und 6351-6352 des EBM, Fassung 2008, zu erteilen, das *LSG* wies die Klage ab.

6. Ermächtigungen

a) Keine GKV-Leistung (Behandlung von chronischer Migräne mit Botox)

SG Karlsruhe, Urteil v. 21.10.2014 - S 4 KA 1446/13

RID 14-04-44

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 3, 35c, 92 I 1 u. 2 Nr. 5, 116. 135; Ärzte-ZV § 31a

Liegt eine Entscheidung des GBA zu der von dem Arzt beantragten weiteren Behandlungsindikation bei chronischer Migräne noch nicht vor und kann die Leistung nicht als **Kassenleistung** abgerechnet werden, dann kann eine Ermächtigung nicht erteilt werden. Ein sog. Off-Label-Use kann unabhängig von einer Ermächtigung im Einzelfall zulässig sein.

Der Kl. wurde zur Behandlung extrapyramidaler Bewegungsstörungen mit Botulinum-Toxin (Botox) einschließlich der dazugehörigen Diagnostik sowie für eine einmalige Nachbehandlung auf Überweisung durch niedergelassene Nervenärzte, Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ermächtigt bis zum 31.12.2012. Der Zulassungsausschuss verlängerte die Ermächtigung bis zum 31.12.2014. Der darüber hinausgehende Antrag auf Ermächtigung zur **Behandlung von chronischer Migräne mit Botox** wurde jedoch abgelehnt. Den Widerspruch wies der Berufungsausschuss zurück. Das *SG* wies die Klage ab.

b) HNO-Ärzte ohne Kompetenz zur Überweisung an ein Sozialpädiatrisches Zentrum

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.05.2014 - L 11 KA 91/12

RID 14-04-45

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 119

Eine besondere **Kompetenz zur Überweisung an ein Sozialpädiatrisches Zentrum** haben vor allem die Ärzte für Kinderheilkunde, bei psychiatrischen Krankheitsbildern auch die Ärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie die Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Auch Ärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie können eine „Lotsenfunktion“ ausüben. **HNO-Ärzte** kommen grundsätzlich nicht als Überweiser in Betracht, weil ihre Fortbildung keine Elemente der sozialpädiatrischen Behandlung enthält: allein die Erweiterung der Krankheitsbilder in der Ermächtigung kann ihre Einbeziehung in den Überweiserkreis nicht begründen.

SG Duisburg, Urt. v. 18.07.2012 - S 19 KA 9/10 - gab der Klage mit dem Antrag, den Bekl. zu verpflichten, bei der Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 119 SGB V in den Kreis der verweisungsberechtigten Ärzte zugelassene Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde aufzunehmen, soweit die Diagnose hochgradige, an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit und Diagnostik und die Versorgung von Patienten mit Cochlea-Implantaten ist, statt, das *LSG* wies die Fortsetzungsfeststellungsklage ab.

c) Bedarfsunabhängige Ermächtigung des Leiters einer nephrologischen Schwerpunktabteilung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.05.2014 - L 11 KA 99/12

RID 14-04-46

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

Ärzte-ZV § 31 II; Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä § 11 III

Die Ermächtigung nach § 31 II Ärzte-ZV i.V.m. § 11 III Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä, der angestellte Ärzte in Sonderstellung betrifft, ist **bedarfsunabhängig** und **nicht nachrangig** gegenüber niedergelassenen Vertragsärzten, weil sie nicht von einer Bedarfsprüfung abhängig ist. Die **Formulierung „in begrenzten Umfang“** bezieht sich entweder auf die vorgenannte Mitbehandlung - also „Mitbehandlung in begrenztem Umfang“ - oder auf die nachgenannte Ermächtigung - also „in begrenzten Umfang ermächtigt“ - und damit allein auf die Folgen, die zu regeln sind, wenn die Tatbestandsvoraussetzungen für eine Ermächtigung, nämlich Leiter einer nephrologischen Schwerpunktabteilung, Erfüllung der Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung und der Anforderungen an eine nephrologische Schwerpunktabteilung vorliegen. Die Regelung soll die konsiliarische Kooperation bei besonderen Problempatienten erleichtern, aber auch die Durchführung der Facharztweiterbildung zum Nephrologen von den Krankenhäusern und Kliniken im erforderlichen Umfang ermöglichen. Diese Zielsetzung würde konterkariert, wenn als Voraussetzung ein örtlicher Versorgungsbedarf an nephrologischen Leistungen gefordert würde. Dementsprechend haben auch das SG für das Saarland, Urt. v. 09.04.2010 - S 2 KA 64/08 - und LSG Saarland, Beschl. v. 04.04.2012 - L 3 KA 28/10 - RID 12-04 unter ausdrücklichem Hinweis auf die Entstehungsgeschichte eine Bedarfsprüfung für eine Ermächtigung nach § 11 Abs. 3 Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV ausgeschlossen.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der dem Beigel. zu 6) erteilten Ermächtigung. Dieser ist Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie und Chefarzt einer Medizinischen Klinik sowie Leiter einer nephrologischen Schwerpunktabteilung. Der Zulassungsausschuss ermächtigte den Beigel. zu 6) nach § 31 II Ärzte-ZV i.V.m. § 11 III Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä zur „Mitbehandlung der in § 2 definierten Patientengruppen - mit Ausnahme von Dialyseleistungen“ auf Überweisung von zugelassenen. Hiergegen erhoben die Kl. zu 1), ein MVZ, u. 2), die KV, und der Beigel. zu 6) Widerspruch. Der Bekl. begrenzte die Mitbehandlung auf 30 Patienten pro Quartal; Dialyseleistungen wurden von der Ermächtigung zur Mitbehandlung von chronisch niereninsuffizienten Patienten nicht ausgenommen. **SG Duisburg**, Urt. v. 18.07.2012 - S 19 KA 10/10 - stellte fest, dass der Beschl. des Bekl. rechtswidrig ist. Das **LSG** wies auf die Berufung des Beigel. zu 6) die Klage der Kl. zu 1) ab und die Berufung der Kl. zu 1) zurück.

d) Keine Drittanfechtung gegen Ermächtigung des Leiters einer nephrolog. Schwerpunktabteilung

LSG Saarland, Beschluss v. 04.04.2012 - L 3 KA 28/10

RID 14-04-47

juris = ArztR 2013, 241

Ärzte-ZV § 31 II; Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä § 11 III

Leitsatz: 1. Zur Zulässigkeit der Umstellung einer Anfechtungs- und Verpflichtungsklage auf eine **Fortsetzungsfeststellungsklage** nach § 131 Abs. 1 S. 3 SGG.

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

SG für das Saarland, Urt. v. 09.04.2010 - S 2 KA 64/08 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

7. Eine Verfahrensgebühr bei Antrag einer BAG auf Genehmigung einer Arztstelle

SG Karlsruhe, Urteil v. 21.10.2014 - S 4 KA 3248/12

RID 14-04-48

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Ärzte-ZV § 46

Leitsatz: 1. Auch wenn eine **Berufsausübungsgemeinschaft** die Genehmigung der Beschäftigung eines weiteren Arztes beantragt, fällt nur **eine Gebühr** nach § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV an. Maßgeblich

für den Anfall der Gebühr ist das Vorliegen eines einzelnen **Antragsverfahrens** und nicht die Anzahl der Ärzte, die der Berufsausübungsgemeinschaft angehört.

2. Eine Berufsausübungsgemeinschaft ist auch für die Geltendmachung der Belange nach § 46 Ärzte-ZV rechtsfähig und prozessführungsbefugt.

Das SG wies die Klage der KV ab.

8. Zulassungsentziehung: Acht Jahre alte Verfehlungen begründen keine nachhaltige Vertrauensstörung

SG Karlsruhe, Urteil v. 21.10.2014 - S 4 KA 2933/12

RID 14-04-49

juris
SGB V § 95 VI

Beruhet eine **strafrechtliche Verurteilung** auf Vorgängen aus den Jahren 1998 bis 2001 und kann **nach acht Jahren** zum Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung eine nachhaltige **Vertrauensstörung** nicht mehr festgestellt werden, ist eine Zulassungsentziehung aufzuheben.

Nach dem Angebot des Berufungsausschusses, eine **Zulassung bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres zu ermöglichen**, kann die Verweigerung der weiteren Zulassung nach der Vollendung des 65. Lebensjahres nicht mehr willkürfrei mit noch weiter zurückliegenden alten Verfehlungen begründet werden.

Die Kriminalpolizei nahm ihm Jahr 2001 aufgrund einer Strafanzeige Ermittlungen gegen den Kl. auf, aus denen sich ergab, dass der Kl. Patienten ohne medizinische Indikation und ohne Aufklärung über die damit verbundenen Risiken geimpft hatte. In anderen Fällen hatte er nicht nur von Patienten, sondern auch von deren Begleitpersonen die Versichertenkarte verlangt und anschließend die Begleitperson eine hausärztliche Grundvergütung abgerechnet. In einem ersten Urteil des LG v. 20.09.2006 wurde der Kl. wegen Körperverletzung und Betrug zu einer Gefängnisstrafe von drei Jahren und drei Monaten sowie zu fünf Jahren Berufsverbot verurteilt. Nach Aufhebung durch den BGH (Urt. v. 26.07.2007), weil die Urteilsabsetzungsfrist nicht beachtet worden war, verurteilte das LG den Kl. wegen Körperverletzung und Betrugs in mehreren Fällen zu einer Gefängnisstrafe von zwei Jahren und sechs Monaten, wobei nunmehr jedoch kein Berufsverbot mehr verhängt wurde. Die Revision verwarf der BGH mit Beschl. v. 19.02.2009. Nach dem Strafantritt am 20.07.2009 befand sich der Kl. bis zum 03.08.2009 im geschlossenen und ab dem 04.08.2009 im offenen Vollzug. Seit dem 11.08.2009 konnte er als Freigänger seine Arztpraxis weiterführen. Aufgrund der strafrechtlich relevanten Vorfälle wurde das Ruhen der Approbation angeordnet. Das VG Karlsruhe hob diesen Bescheid mit Urt. vom 18.12.2007 auf, VGH Baden-Württemberg ließ mit Beschl. v. 06.05.2008 wegen ernstlicher Zweifel an der Richtigkeit dieses Urteils allerdings die Berufung zu. Nach Eintritt der Rechtskraft des Strafurteils widerrief das Landesgesundheitsamt die Approbation des Kl. Das einstweilige Anordnungsverfahren blieb erfolglos. VGH Baden-Württemberg, Beschl. v. 29.09.2009 - 9 S 1783/09 - RID 09-04-164 wies die Beschwerde zurück. BVerfG, Beschl. v. 08.04.2010 - 1 BvR 2709/09 - RID 10-02-164 gab der Verfassungsbeschwerde statt, woraufhin der VGH auch die aufschiebende Wirkung der Anfechtungsklage wiederherstellte. Mit Urt. v. 03.05.2011 wies das VG die Klage gegen den Approbationsentzug ab. Der VGH wies die Klage insgesamt ab. Das BVerwG ließ die Revision zu. Der Kl. verglich sich mit der Approbationsbehörde, dass er seine Approbation behalten darf. Er verzichtete dafür auf die Approbation mit Ablauf des Monats Juli 2017, da er dann sein 68. Lebensjahr vollendet. Ab dem 01.08.2017 kann er einen Antrag auf Wiedererteilung der Approbation stellen. Die KV beantragte am 17.08.2004 beim Zulassungsausschuss den Entzug der Kassenzulassung. Dem Antrag gab er am 09.05.2007 statt, den Widerspruch wies der Berufungsausschuss am 16.12.2009 zurück. Das SG gab der Klage statt.

VI. Gesamtvergütung

Nach BSG, Urt. v. 22.10.2014 - B 6 KA 34/13 R - und - B 6 KA 35/13 R - handelt es sich weder bei „verschiedenen Schwindelzuständen“ noch bei „rheumatischen Gelenksbeschwerden“ um eine schwerwiegende Erkrankung i.S. von § 34 I 2 SGB V. Die im Rahmen von § 34 I 2 SGB V an **Qualität und Wirksamkeit von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen** zu stellenden Anforderungen sind identisch mit den Maßstäben, die bei allopathischen Arzneimitteln anzulegen sind. Abweichendes lässt sich dem Gesetz nicht entnehmen. Soweit § 34 I 3 SGB V verlangt, dass „der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen“ ist, hat dies nur zur Folge, dass Arzneimitteln dieser Therapierichtungen nicht von vornherein der Zugang zur **Aufnahme in die Anlage I der AMRL** verschlossen sein darf, es werden jedoch gegenüber Satz 2 keine geringeren Anforderungen normiert. Den damit anzuwendenden Maßstäben der evidenzbasierten Medizin werden die streitgegenständlichen Arzneimittel nicht gerecht. Nach BSG, Urt. v. 13.08.2014 - **B 6 KA 6/14 R** - schreibt § 87a IV SGB V für die Anpassung des Behandlungsbedarfs die Anknüpfung an den für das Vorjahr vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf vor. Dieser Grundsatz ist für das Jahr 2013 nicht außer Kraft gesetzt worden. Zwar haben die Vertragspartner einen **erheblichen Gestaltungsspielraum** bei der Vereinbarung der Vergütungen vertragsärztlicher

Leistungen ab dem Jahr 2013. Dieser berechtigt jedoch nicht zu einem **Abweichen von den gesetzlichen Vorgaben**. Soweit das beklagte Landesschiedsamt den Behandlungsbedarf für die Jahre 2014 und 2015 erhöht hat, ist der Schiedsspruch auch deshalb rechtswidrig, weil dieser nur den Zeitraum (Gesamtvergütung für das Jahr 2013) zum Gegenstand haben kann, **auf den sich auch die gescheiterten Verhandlungen bezogen**. Die **Veränderung der Morbiditätsstruktur** als eine der Grundlagen für die Anpassung des Behandlungsbedarfs ist nach § 87a I 3 SGB V jeweils **jahresbezogen** auf der Grundlage einer „gewichteten Zusammenfassung“ vertragsärztlicher **Behandlungsdiagnosen** einerseits sowie **demografischer Kriterien** (Alter und Geschlecht) andererseits zu vereinbaren. Dem tragen die Vertragspartner Rechnung, wenn sie sich am **Mittelwert** zwischen diesen beiden Parametern (Behandlungsdiagnosen und Demographie) orientieren. Abweichungen vom Mittelwert sind zulässig, bedürfen aber einer konkreten Begründung, die sich nicht - wie vorliegend geschehen - in dem Hinweis auf eine in der Vergangenheit unzureichend berücksichtigte Morbidität erschöpfen darf. Nach BSG, Urt. v. 14.05.2014 - **B 6 KA 28/13 R** - können Anbieter von Behandlungssystemen die **Anerkennung konkurrierender Behandlungsmethoden** nicht gerichtlich prüfen lassen, weil § 135 I SGB V keinen drittschützenden Charakter und eine Behandlungsmethode keinen Vorrang gegenüber konkurrierenden Methoden hat. Können Anbieter unter Berufung auf Art. 12 I GG keine Ausweitung des Leistungsumfangs der GKV erzwingen, gilt dies nicht allein für ein Begehren auf Anerkennung einer Behandlungsmethode, sondern auch für den umgekehrten Fall. **Überprüfbar** ist jedoch, ob die Anforderungen, die der GBA in technischer und/oder personeller Hinsicht an die verschiedenen, zur Behandlung derselben Erkrankung geeigneten Verfahren stellt, verfälschend in den Wettbewerb eingreift, weil in einem staatlich regulierten Markt ein **grundrechtsrelevanter wettbewerbsverfälschender Eingriff** in Betracht kommt, wenn an konkurrierende Methoden unterschiedlich hohe Anforderungen gestellt werden. Der GBA hat aber an die Erbringung der alternativen Verfahren der **Balneophototherapie** keine ungerechtfertigten Anforderungen gestellt. Nach BSG, Urt. v. 14.05.2014 - **B 6 KA 21/13 R** - ist ein Pharmaunternehmen berechtigt, die Entscheidung des GBA, ein (nur) apothekenpflichtiges Medikament nicht in die **Liste der ausnahmsweise verordnungsfähigen Arzneimittel** aufzunehmen, **anzufechten** und die gerichtliche Feststellung zu erwirken, dass der GBA die Liste entsprechend ergänzen muss. Dabei ist der GBA berechtigt, die Verordnungsfähigkeit an bestimmte Voraussetzungen zu binden, etwa an das Vorliegen besonders schwerer Krankheitsverläufe oder an erfolglose Versuche der Behandlung der Erkrankung auf andere Weise. Deshalb können die Gerichte dem GBA grundsätzlich keine bestimmte Fassung der Arzneimittelrichtlinie vorschreiben. Soweit der GBA **Buscopan®** nicht generell auf der Grundlage des § 34 I SGB V für die Behandlung des Reizdarmsyndroms und der spastischen Beschwerden bei dieser Krankheit in der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen hat, ist dessen Entscheidung nicht zu beanstanden. Diese Krankheitsbilder beschreiben nicht per se eine „schwerwiegende“ Erkrankung im Sinne des Gesetzes. Das kann bei „schweren und schwersten spastischen Abdominalbeschwerden“ jedoch anders sein. Da sich der GBA nach seiner Einlassung zumindest nicht ausdrücklich mit der Frage befasst hat, ob Buscopan® bei diesen Diagnosen und unter Berücksichtigung der für den Arzt zur Verfügung stehenden therapeutischen Alternativen sowie möglicherweise zusätzlicher Voraussetzungen (Erfolglosigkeit anderer Behandlungen) Therapiestandard sein kann, muss der GBA darüber noch entscheiden. Nach BSG, Urt. v. 14.05.2014 - **B 6 KA 27/13 R** - ist § 34 VI SGB V dahin auszulegen, dass die Vorschrift auch den GBA zur gesonderten Erhebung von Gebühren für das Widerspruchsverfahren ermächtigt. Nach BSG, Urt. v. 14.05.2014 - **B 6 KA 29/13 R** - hat eine von anerkannten Patientenorganisationen benannte sachkundige Person („Patientenvertreter“) kein eigenständiges Antragsrecht im GBA. Nach BSG, Urt. v. 02.04.2014 - **B 6 KA 19/13 R** - ist eine K(Z)V nach § 295 II SGB V verpflichtet, der Krankenkasse die **Abrechnungsdaten mit der unverschlüsselten Zahnarzt Nummer** zu übermitteln. Die von dieser gesetzlichen Vorgabe abweichenden vertraglichen Regelungen sind unwirksam, weil den Partnern der Bundesmantelverträge - wie auch dem Bundesschiedsamt - die Kompetenz dazu fehlt, für den Regelfall die verschlüsselte Übermittlung der Zahnarzt Nummer vorzugeben.

1. Anspruch der Krankenkasse auf sachlich-rechnerische Berichtigung

a) Keine Fortgeltung einer gesamtvertraglichen Bagatellgrenze nach Vertrag nach § 106a V SGB V

SG Mainz, Urteil v. 30.07.2014 - S 16 KA 100/13
SGB V §§ 83 II, 106a

RID 14-04-50

Gesamtverträge, die vor Einfügung des § 106a SGB V eine **Bagatellgrenze** (hier: 25,56 €) für die Pflicht zur Durchführung einer sachlich-rechnerischen Berichtigung vorgesehen haben, sind nicht mehr anwendbar. Mit der Streichung des Abs. 2 des § 83 SGB V wird deutlich, dass die Abrechnungsprüfung nicht mehr in den Gesamtverträgen geregelt werden soll. Ein **Vertrag erfolgt nach § 106a V SGB V**; dieser muss ggf. eine Bagatellgrenze vorsehen. Fehlt diese, kann die KV sich nicht auf eine Bagatellgrenze berufen, soweit jedenfalls der Vertrag nach § 106a V SGB V abschließend ist.

Das SG verurteilte die KV auf Klage der Krankenkasse zur Neubescheidung.

b) Anspruch einer Krankenkasse auf Abrechnungsprüfung (Chronikerpauschale Nr. 03212 EBM 2008)

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 16.07.2014 - L 9 KA 12/12

RID 14-04-51

Rechtskräftig (Revision zugelassen)
www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 62, 106a; EKV-Ä § 34 IV; EBM 2008 Nr. 03212; ChronikerRL § 2 II

Eine **Krankenkasse** hat im Hinblick auf etwaige Haftungsansprüche aus § 106a VII i.V.m. § 106 IVb SGB V für den Fall der Ablehnung einer Abrechnungskorrektur durch die KV jedenfalls auch dann ein **Rechtsschutzinteresse**, wenn die KV von einer Honorarrückforderung gegenüber betroffenen Vertragsärzten absehen sollte, weil nach ihrer Prüfung eine Durchsetzung des Anspruchs nicht möglich ist.

§ 106a V 1 SGB V ermächtigt die Landesverbände lediglich zur Regelung des Inhalts sowie der Durchführung der Prüfung und nicht zur Vereinbarung von **Verfahrensregeln**.

Die **Chronikerpauschale nach Nr. 03212 EBM 2008** setzt jeweils Arzt-Patienten-Kontakte in den vier vor dem Abrechnungsquartal gelegenen Quartalen voraus, wobei die Behandlung auch von verschiedenen Vertragsärzten ambulant durchgeführt worden oder aber stationär erfolgt sein kann. Wegen des Verweises auf § 2 II ChronikerRL und durch die Formulierung „im Sinne des § 62 SGB V“ ist für eine rechtmäßige Abrechnung des Zuschlags neben der Erfüllung der Voraussetzungen von § 2 II ChronikerRL ebenso das Vorliegen der - insoweit relevanten - Tatbestandsmerkmale des § 62 SGB V („in Dauerbehandlung“) erforderlich. Bei Versicherten, die nur irgendwann einmal in der Vergangenheit während einer einjährigen Episode aufgrund einer chronischen Erkrankung in Behandlung waren und nicht mindestens in den vier Quartalen vor dem Abrechnungsquartal behandelt worden sind, liegt keine **Dauerbehandlung** in diesem Sinne vor, sondern kann allenfalls (wieder) beginnen.

Die kl. Krankenkasse beantragte bei der bekl. KV die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der im Quartal I/09 u. II/09 von den Vertragsärzten abgerechneten Nr. 03212 EBM 2008 und erläuterte, die Prüfung der ihr nach § 295 SGB V übermittelten Einzelfallnachweise habe ergeben, dass 1.358 bzw. 1.380 Ärzte in 10.068 bzw. 11.210 Behandlungsfällen den Chroniker-Zuschlag abgerechnet hätten, obwohl die Voraussetzungen hierfür nicht vorgelegen hätten. Insgesamt mache dies ein Abrechnungsvolumen von 4.983.660 bzw. 5.548.950 Punkten aus. Geprüft worden sei die Frage, ob eine chronische Erkrankung gemäß § 2 ChronikerRL vorgelegen habe und diese wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt worden sei. Dem Antrag war auch eine Liste mit Versicherten der Kl. beigelegt. Die Bekl. lehnte den Antrag ab. *SG Magdeburg*, Urte. v. 26.09.2012 - S 1 KA 1/11 - verpflichtete die Bekl. antragsgemäß, das in den Quartalen I und II/09 bei ihr von den Vertragsärzten angeforderte Honorar unter Beachtung seiner Rechtsauffassung gezielt auf die Erfüllung der Voraussetzungen für die Abrechnung der Nr. 03212 EBM 2008 hin zu prüfen. Das *LSG* wies nach Klageerweiterung - die Berufung mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. verpflichtet wird, das in den Quartalen I und II/09 sowie I, II und III/12 von den Vertragsärzten bei ihr für Versicherte der Kl. angeforderte Honorar unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats auf die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen der Nr. 03212 EBM 2008 zu überprüfen und die Kl. über das Ergebnis neu zu bescheiden.

c) Influenza A/H1N1 („Schweinegrippe“) nur bei nachgewiesenen Infektionen abrechnungsfähig

SG Marburg, Urteil v. 03.09.2014 - S 11 KA 718/11

RID 14-04-52

Sprungrevision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a; SGG § 78 I Nr. 3

Leitsatz: 1. Bei Klagen einer Krankenkasse gegen die Kassenärztliche Vereinigung auf Abrechnungsprüfung nach § 106a SGB V ist ein Vorverfahren nach § 78 Abs. 1 Nr. 3 SGG entbehrlich.

2. Die zur Abrechnung von Behandlungsfällen im Rahmen der „**Schweinegrippe**“ bzw. Influenza A/H1N1 vom Bewertungsausschuss geschaffene GOP 88200 war nach dem insoweit eindeutigen Wortlaut der einschlägigen Beschlüsse **nur bei nachgewiesenen Infektionen (J09 G) abrechnungsfähig**. Bei Fällen, denen lediglich eine Verdachtsdiagnose (J09 V) zugrunde lag oder bei denen eine Kodierung mit J09 überhaupt nicht erfolgt ist, war ein Ansatz der Ziffer nicht möglich.

Die Beteiligten streiten über eine Prüfung der Abrechnungen von Vertragsärzten im Hinblick auf die Abrechnung der GOP 88200 auch bei Verdacht auf eine Infektion mit der Schweinegrippe in den Quartalen II/09 bis II/10. Das **SG** verpflichtete auf Klage der Krankenkasse die KV, über den Antrag der Kl. v. 05.11.2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden und das in den Quartalen II/09 bis II/10 für Versicherte der Kl. von den Vertragsärzten angeforderte Honorar gezielt auf die Erfüllung der Voraussetzung für die Kennzeichnung mit der GOP 88200 zu prüfen.

d) Schwangerenbetreuungspauschale nach Nr. 01770 EBM: Behandlung durch mehrere Ärzte

SG Mainz, Urteil v. 26.02.2014 - S 8 KA 119/12

RID 14-04-53

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 15/14 R

juris

SGB V § 87 I, II

Ein Vertragsarzt, der innerhalb des Quartals bei einer schwangeren Versicherten ohne Kenntnis der Vorbetreuung durch einen anderen Vertragsarzt eine **weitere Betreuung** durchführt, darf die **Schwangerenbetreuungspauschale** nach Nr. 01770 EBM nicht erneut abrechnen.

Die Kl. ist eine gesetzliche Krankenkasse. Sie beehrte die Verpflichtung der KV zur Durchführung sachlich-rechnerischer Korrekturen der Schwangerenbetreuungspauschale nach Nr. 01770 EBM in 152 Fällen im Quartal II/07. Sie machte geltend, dass die Leistungsziffer nach den Abrechnungsbestimmungen jeweils nur von einem Arzt je Quartal abgerechnet werden könne, auch wenn mehrere Ärzte dieselbe Schwangere im gleichen Quartal betreuten. Eine Teilung der Leistung sei nicht möglich. Dies gelte auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Betreuung der Schwangeren eingebunden seien. Das **SG** verurteilte die KV zur Neubescheidung.

2. Verringerung der Gesamtvergütung: KV hat für Richtgrößenregresse einzustehen

SG Potsdam, Urteil v. 18.06.2014 - S 1 KA 57/10

RID 14-04-54

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 35/14

juris

SGB V §§ 82 I, 106 Va, Vc; BMV-Ä § 52 II; EKV-Ä § 48 II 3

Bei der Verringerung der Gesamtvergütung i.S.d. § 106 Vc SGB V handelt es sich nicht um eine Aufrechnung. Vielmehr sieht die Richtgrößenprüfung eine **Umformung des Schadensersatzanspruches** gegen den Arzt in einen solchen **gegen die KV** vor (vgl. LSG Bayern, Urte. v. 03.12.2008 - L 12 KA 5/08 - RID 09-02-80), den diese auch allein durchsetzen muss. Es ist unerheblich, ob die KV den gegen den Vertragsarzt im Rahmen einer Richtgrößenprüfung festgesetzten Regress auch tatsächlich durchzusetzen kann, wenn der Vertragsarzt wie hier seine vertragsärztliche Tätigkeit eingestellt hat.

Die Forderung gegen den Vertragsarzt geht nicht mit einer **Abtretungserklärung** der KV an die Krankenkasse über, da es sich bei der Abtretung nicht um eine einseitige Willenserklärung (vgl. § 398 BGB) handelt, wenn die Krankenkasse der Abtretung ausdrücklich widersprochen hat. Mit der nach § 52 II 3 BMV-Ä bzw. § 48 II 3 EKV-Ä in der bis zum 30.09.2013 geltenden Fassung vorgesehenen Möglichkeit des Abtretens einer Forderung an die Krankenkasse zur unmittelbaren Einziehung, wenn und soweit eine Aufrechnung nicht möglich ist, weil Honorarforderungen des Vertragsarztes gegen die KV nicht mehr bestehen, kann eine zwingende bundesgesetzliche Vorgabe zur Verringerung der Gesamtvergütung wie in § 106 Vc SGB V nicht umgangen werden.

Ein Verstoß gegen die vorgegebenen Richtgrößen auch nach Berücksichtigung nachgewiesener Praxisbesonderheiten ist ein unwirtschaftliches Verhalten der Vertragsärzte, für die die **KV** die **Verantwortung** trägt.

Zwischen den Bet. ist eine von der bekl. Krankenkasse im Quartal II/09 vorgenommene Kürzung der Gesamtvergütung wegen Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln im Jahr 2005 streitig. Die Bekl. ist der Auffassung, die kl. KV habe Rückforderungsansprüche aufgrund bestandskräftig festgesetzter Regresse gegen den Vertragsarzt, resultierend aus der Richtgrößenprüfung ab dem Verordnungsjahr 2005. Das **SG** wies die Klage ab.

3. Verteilung einzelner Erhöhungen der Gesamtvergütung auf einzelne Krankenkassen

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 28.08.2014 - L 24 KA 97/13 ER

RID 14-04-55

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 87a II 3, IV 3, 89; SGG § 86b I 1 Nr. 2, II

Kann einer Ast. ein **Anordnungsanspruch** unter keinem denkbaren rechtlichen Gesichtspunkt zustehen, so ist der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung unzulässig. Das **Schiedsamt** kann ggf. bei festgestellter Rechtswidrigkeit seiner mit der Klage angegriffenen Entscheidung nur zur Neubescheidung verurteilt werden. Entsprechend kann vorläufiger Rechtsschutz nur gemäß § 86b I SGG im Wege der Anordnung der aufschiebenden Wirkung der erhobenen Klage gewährt werden.

Es ist nicht Inhalt des § 87a IV SGB V, dass durch die Vertragspartner beschlossene Anpassungen wegen einer Veränderung der nach § 87a I 2 SGB V maßgeblichen Kriterien nur als einheitliche prozentuale Erhöhung des Behandlungsbedarfs auf die Krankenkassen umgelegt werden dürften. Es gibt keine Grundlage für die Annahme, dass nach dem Gesetz Anpassungen des Behandlungsbedarfs nur **behandlungsbezogen**, nicht aber **versichertenbezogen** an die Krankenkassen weitergegeben werden dürften.

Streitig ist die in dem Beschluss des Ag. v. 02.10.2013 vorgenommene Verteilung einzelner beschlossener Erhöhungen der Gesamtvergütung auf die einzelnen Krankenkassen. Das **LSG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

VII. Verfahrensrecht

1. Keine Akteneinsicht außerhalb eines laufenden Verwaltungsverfahrens durch Rechtsanwalt

SG Düsseldorf, Urteil v. 29.10.2014 - S 2 KA 125/14

RID 14-04-56

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB X §§ 8, 18, 25

Der **Akteneinsichtsanspruch** im Bereich des **Verwaltungsverfahrens** betrifft nur Akten noch laufender Verfahren sowie Akten abgeschlossener Verfahren, soweit Elemente aus diesen Verfahren noch für das laufende Verwaltungsverfahren aktuell sind (vgl. BSG, Urt. v. 28.06.1991 - 2 RU 24/90 - SozR 3-1500 § 144 Nr. 3; Beschl. v. 30.11.1994 - 11 RAr 89/94 - SozR 3-1300 § 25 Nr. 3; BVerwG, Urt. v. 01.07.1983 - 2 C 42/82 - BVerwGE 67, 300 = Buchholz 238.5 § 46 DRiG Nr. 3; v. 04.09.2003 - 5 C 48/02 - BVerwGE 119, 11 = Buchholz 435.12 § 25 SGB X Nr. 1).

Die Akteneinsicht **außerhalb eines laufenden Verwaltungsverfahrens** steht im pflichtgemäßen Ermessen der Behörde (vgl. BSG, Beschl. v. 04.04.2012 - B 12 SF 1/10 R - SozR 4-1720 § 17a Nr. 9 m.w.N.; BVerwG, Urt. v. 23.08.1968 - IV C 235.65 - BVerwGE 30, 154 ff.; v. 01.07.1983 - 2 C 42/82 - BVerwGE 67, 300; OLG Frankfurt, Beschl. v. 09.10.2003 - WpÜG 2/02 -; v. 04.09.2014 - 11 W 3/14 <Kart>). Voraussetzung ist, dass der Ast. ein berechtigtes Interesse an der Akteneinsicht geltend machen kann und dieses auch glaubhaft macht. Das bedeutet, der Ast. muss ein eigenes und gewichtiges Interesse an der Akteneinsicht darlegen; dieses ist gegen das öffentliche Interesse an der Vertraulichkeit der Akten und ggf. gegen das berechnete Interesse Dritter abzuwägen (vgl. BVerwG, Beschl. v. 30.08.1976 - VII B 116.76 - Buchholz 310 § 99 VwGO Nr. 14 u.a.).

Allein die **Beauftragung eines Rechtsanwaltes** und die Rechtsansicht, ein berechtigtes Interesse sei für die Beteiligten regelmäßig ohne weitere Begründung zu bejahen, stellen **kein berechtigtes Interesse** dar. Auch der unsubstantiierte Hinweis auf eine rechtliche Prüfung der Unterlagen gerade im Hinblick auf Sekundäransprüche reicht nicht aus.

Das **SG** wies die Klage auf Einsicht in die Verwaltungsakten betreffend eines Plausibilitätsprüfverfahrens ab, das aufgrund einer Vereinbarung des Kl. mit der Bekl. im Juli 2011 abgeschlossen worden war. Der Antrag auf Einsicht war im Juni 2013 gestellt worden.

2. Substantiierungspflicht im einstweiligen Rechtsschutzverfahren

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 10.09.2014 - L 11 KA 61/14 B ER

RID 14-04-57

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG §§ 86b, 92, 106 I

Gerade im **einstweiligen Rechtsschutzverfahren** ist es nicht nur tunlich, sondern auch geboten, das Vorbringen in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht dahin zu **präzisieren**, dass die Sach- und Rechtslage möglichst in einem Schriftsatz durchdrungen und aufbereitet dargestellt wird. Zwar enthält die auch auf das einstweilige Rechtsschutzverfahren anwendbare Regelung des § 92 SGG nur eine „Soll“-Vorgabe. Indessen verdichtet sich diese im einstweiligen Rechtsschutzverfahren zu einem faktischen „Muss“. Bleibt aufgrund cursorischen Vorbringens nämlich unklar, auf welche **rechtlichen und tatsächlichen Aspekte** ein Antragsteller/Beschwerdeführer seinen Begehren stützt, kann dies nicht dazu führen, dass das Gericht gehalten wäre, zu weiterem Vorbringen aufzufordern. Zwar greift § 106 I SGG grundsätzlich auch im einstweiligen Rechtsschutzverfahren. Allerdings steht dies immer unter dem Vorbehalt, dass dieses Verfahren auf Vorläufigkeit und Schnelligkeit angelegt ist, mithin es den Beteiligten obliegt, sogleich in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend vorzutragen.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 22.05.2014 - S 33 KA 91/14 ER - lehnte den Antrag ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

VIII. Streitwert/Rechtsanwaltsgebühren

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. Honoraranspruch: Geltend gemachtes Honorar unabhängig von sachlicher Prüfung

LSG Hessen, Beschluss v. 01.08.2014 - L 4 KA 32/14 B

RID 14-04-58

GKG §§ 52 I, II, 63 II 1

Für die Festsetzung des Streitwerts bei **Geltendmachung von Honoraransprüchen** ist grundsätzlich die Höhe des geltend gemachten Honorars maßgeblich (vgl. hierzu Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit, 4. Aufl. 2012, X Nr. 10.1 mit Verweis auf BSG, Beschl. v. 06.11.1996 - 6 RKA 19/95 - juris).

Da für die Festsetzung des Streitwerts die sich aus dem Antrag des Kl. für ihn ergebende Bedeutung der Sache entscheidend ist, kommt es nicht darauf an, ob und in welchem Umfang die Bekl. im Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren in eine **sachliche Prüfung** des geltend gemachten Anspruchs eingetreten ist oder diesen wegen Verjährung abgelehnt hat. Für eine weitergehende Abänderung und Reduzierung des Streitwerts auf 5.000,00 € gab es daher keine Veranlassung.

SG Marburg, Beschl. v. 04.04.2014 - S 12 KA 291/12 - setzte den Streitwert auf 30.000 €, das *LSG* auf 22.136,33 € fest.

2. Untätigkeitsklagen: Dauer der Untätigkeit

LSG Hessen, Beschluss v. 28.07.2014 - L 4 KA 13/14 B

RID 14-04-59

GKG § 63

Im Falle von **Untätigkeitsklagen** beträgt der Wert des Streitgegenstandes **10 bis 25 % des Streitwerts der „Hauptsache“**, in der Regel abhängig von der Dauer der Nichtbescheidung (s. nur LSG Hessen, Beschl. v. 17.08.2009 - L 4 KA 60/09 B - juris Rn. 18 m.w.N.).

Ergehen die Widerspruchsbescheide **deutlich mehr als 1 bzw. 2 Jahre** nach der dreimonatigen Frist nach § 88 II SGG, so ist es aufgrund der erheblichen Dauer der Nichtbescheidung gerechtfertigt, bei der Bemessung von 25 % des Streitwertes in der Hauptsache auszugehen, insb. wenn hinzukommt, dass sich der Rückzahlungsbetrag für den Kl. allein aufgrund der im Rahmen der Widerspruchsentscheidungen erfolgten **Teilabhilfen** um mehr als 20.000,00 € reduziert hat.

SG Marburg, Beschl. v. 13.01.2014 - S 12 KA 477/11 - setzte den Streitwert auf 9.489,20 €, das *LSG* auf 23.722,99 € fest.

Vgl. zuletzt LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 07.05.2013 - L 24 KA 17/13 B - RID 13-03-76; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 01.07.2013 - L 11 KA 31/13 B - RID 13-03-77; SG Potsdam, Beschl. v. 28.12.2010 - S 1 KA 42/09 - RID 11-01-80; LSG Hessen, Beschl. v. 20.02.2009 - L 4 B 405/08 KA - RID 09-02-88; z.T. anders LSG Hessen, Beschl. v. 25.02.2009 - L 4 B 402/08 KA - RID 09-02-85.

3. Zeitpunkt für die Wertberechnung

LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss v. 13.10.2014 - L 7 KA 5/14 B

RID 14-04-60

www.sozialgerichtsbarkeit.de

GKG §§ 40, 52, 63

Für die Wertberechnung ist nach § 40 GKG der **Zeitpunkt** der den jeweiligen Streitgegenstand betreffenden Antragstellung maßgebend. Wird der **Verfahrensgegenstand verändert**, ändert sich ab diesem Zeitpunkt der Gebührenwert (LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 25.08.2011 - L 5 KA 38/11 B -, unveröffentlicht; OLG Thüringen, Beschl. v. 27.04.2012 - 1 WF 199/12 - juris Rn 28). Die Änderung ist dann grundsätzlich mit dem Zeitpunkt des Eingangs des Antrags, der den veränderten Verfahrensgegenstand enthält, bei Gericht erfolgt (vgl. OLG Thüringen aaO, juris Rn 29) (hier: verneint).

Nach § 63 III 1 Nr. 2 GKG kann das **Rechtsmittelgericht** zwar die Streitwertfestsetzung von Amts wegen **ändern**, wenn das Verfahren wegen der Hauptsache oder wegen der Entscheidung über den Streitwert, den Kostenansatz oder die Kostenfestsetzung in der Rechtsmittelinstanz schwebt. Eine Änderung ist aber nach § 63 III 2 GKG nur innerhalb von sechs Monaten zulässig, nachdem die Entscheidung in der Hauptsache Rechtskraft erlangt oder das Verfahren sich anderweitig erledigt hat.

4. Kostengrundentscheidung Widerspruchsverfahren/Defensive Konkurrentenklage gegen Ermächtigung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 16.05.2014 - L 11 KA 43/12

RID 14-04-61

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 116; SGB X § 63; RVG a.F. § 2

Hat die Widerspruchsbehörde die von Amts wegen zu treffende Entscheidung über die Kostenlast (**Kostengrundentscheidung**) nicht getroffen, kann ein Verfahrensbeteiligter in Ermangelung einer anfechtbarer Entscheidung über die Kostenlast nicht unmittelbar Zahlung an sich verlangen; er ist insoweit z.B. auf eine im Ergebnis auf Erlass einer Kostengrundentscheidung gerichteten Untätigkeitsklage zu verweisen. Eine auf Zahlung gerichtete Klage ist mithin unzulässig.

Der **Gegenstandswert** richtet sich auch im **Widerspruchsverfahren** grundsätzlich nach der sich aus dem Antrag bzw. im Verwaltungsverfahren des Widerspruchsführers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache. Abzustellen ist auf das wirtschaftliche Interesse des Klägers an der erstrebten Entscheidung und ihren Auswirkungen. Ohne weitere Ermittlungen kann nicht auf den Auffangstreitwert abgestellt werden, wenn bereits durch einfache Nachfrage eine sachgerechte Entscheidung möglich ist. Bei sog. **defensiven Konkurrentenklagen** ist das zu Grunde liegende wirtschaftliche Verhinderungsinteresse naturgemäß schwer zu beziffern ist, weil es nicht spiegelbildlich zu dem wirtschaftlichen Interesse des Arztes ist, der von einer Zulassung Gebrauch machen möchte (z.B. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.05.2009 - L 11 B 10/09 KA ER - u. v. 16.06.2009 - L 11 B 3/09 KA -). Von diesen grundsätzlichen Feststellungen im Rahmen eines **Ermächtigungsverfahrens** abzuweichen, besteht kein Anlass; zumal die Feststellung einer nur schwer vorzunehmenden Bezifferung des Verhinderungsinteresses nicht bedeutet, dass diese unmöglich ist. Durch die Nichtweitererteilung einer Ermächtigung kann dem gegen die Ermächtigung vorgehenden Vertragsarzt maximal das vormals durch die Ermächtigung erzielte Honorar zuwachsen.

Es existiert kein gefestigter Rechtsgrundsatz, dass **Angelegenheiten des Vertragsarztrechts** regelhaft mit der Folge als schwierig einzustufen sind, dass stets ein höherer bzw. der höchste **Gebührensatz nach Nr. 2300 VV RVG** in Ansatz zu bringen ist (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.11.2007 - L 10 KA 24/07 - RID 08-04-73). Der Ansatz eines Gebührensatzes nach Nr. 2300 VV RVG von 2,0 ist insb. wegen der Schwierigkeiten für eine **Konkurrentenanfechtung** angemessen.

SG Köln, Urt. v. 23.03.2012 - S 26 KA 7/10 - verurteilte den bekl. Berufungsausschuss, an die Kl. weitere 1.450,62 € zu erstatten und die Kosten des Rechtsstreits zu tragen. Das **LSG** setzte auf Berufung der Beigel. zu

5) die den Kl. für das Widerspruchsverfahren zu erstattenden Kosten auf 1.210,47 € fest und wies im Übrigen die Klage ab.

5. Steigerungssatz von 2,5 im Widerspruchsverfahren gegen Richtgrößenregress Arzneikosten

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 12.09.2014 - L 24 KA 48/13

RID 14-04-62

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106; SGB X § 63 I 1, II; GKG § 52; RVG §§ 2 I, 23 I

Die Notwendigkeit und Zulässigkeit einer erweiterten Auslegung des § 63 I SGB X, die hinsichtlich des Kostenerstattungsanspruchs die erfolgreiche **Abwehr eines Drittwiderspruchs** dem Erfolg des eigenen Widerspruchs gleichstellen, ist jedenfalls im Bereich des Vertragsarztrechts anerkannt (vgl. BSG, Ur. v. 18.12.1996 - 6 RKa 33/95 - SozR 3-1300 § 63 Nr. 9, juris Rn. 12).

Im Widerspruchsverfahren gegen einen **Richtgrößenregress Arzneikosten** ist die Geltendmachung des Maximalsteigerungssatzes von 2,5 noch im Rahmen des Angemessenen, wenn der bevollmächtigte Rechtsanwalt auf die Vorarbeit bzw. Zuarbeit seines Auftraggebers, des Arztes, angewiesen ist, was die Komplexität der mit der Interessenwahrnehmung verbundenen Aufgaben nicht mindert, und wenn eine existenzgefährdende Regresssumme im Raum stand, auch wenn der Maximalwert von über 400.000 € eher theoretischer Natur gewesen ist., und wenn zu den anwaltlichen Tätigkeiten auch ihre Vertretung in der mündlichen Beratung des Beschwerdeausschusses gehört hat.

Im Streit ist die Höhe der Festsetzung des Kostenerstattungsanspruches der Kl. gegen die Beigel. zu 2) bis 7) durch den Bekl. **SG Potsdam**, Ur. v. 20.03.2013 - S 1 KA 70/11 - wies die Klage mit dem Antrag, den Bekl. zu verpflichten, über die im angefochtenen Kostenfestsetzungsbeschluss zugesprochene Kostenerstattung von 2.341,92 € hinaus weitere Kosten in Höhe von 5.892,88 € zu erstatten, ab, das **LSG** verpflichtete den Bekl., weitere Kosten in Höhe von insgesamt 579,63 € als Erstattung festzusetzen und wies im Übrigen die Berufung zurück.

IX. Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV)

Nach BSG, Ur. 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, Ur. 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. Leistungsbezieher: Fehlerhafte Berechnung des Punktwerts/Einbeziehung von Sonderverträgen

SG Marburg, Urteil v. 05.11.2014 - S 12 KA 84/13

RID 14-04-63

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

KVHG Hessen § 8; Art. 4 § 1 Abs. 2 GKAR; GEHV i.d.F. ab 01.07.2012

Leitsatz: 1. Die Berechnung des maßgeblichen **Punktwerts** des EHV-Anspruchs für das **Beitragsjahr 2012/13** ist fehlerhaft erfolgt. Für die Berechnung auf der Grundlage des durch den sog. Nachhaltigkeitsfaktor verringerten Jahresdurchschnittshonorars 2010 fehlt es bereits an einer Satzungsgrundlage. Zudem ist der sog. Nachhaltigkeitsfaktor nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts rechtswidrig (vgl. BSG, Ur. v. 19.02.2014 - B 6 KA 10/13 R - juris Rdnr. 47 ff.).

2. Die Satzungsgrundlage ist ferner rechtswidrig, als eine Einbeziehung des Honorars aus **Sonderverträgen** bei der Berechnung der EHV-Ansprüche nicht vorgesehen ist, obwohl diese Einnahmen zur Finanzierung der EHV bereits seit dem Quartal III/11 herangezogen werden.

3. Bei der Festsetzung der **Verwaltungskostenumlage** ist auch nach der Neufassung der GEHV zum 01.07.2012 nicht zwischen aktiven Vertragsärzten und EHV-Beziehern zu unterscheiden.

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Anspruchs auf Teilnahme an der EHV für den Zeitraum 01.07.2012 bis 30.06.2013 und hierbei um die fehlende Einbeziehung des Honorars aus Selektivverträgen im

Aufsatzjahr 2010, die Höhe des noch unter Einbeziehung des sog. Nachhaltigkeitsfaktors berechneten Auszahlungspunktwerts und die Höhe der Verwaltungskostenumlage. Das *SG* verurteilte zur Neubescheidung und wies die Klage im Übrigen ab.

Parallelverfahren:

SG Marburg, Urteil v. 05.11.2014 - S 12 KA 331/13

RID 14-04-64

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SG Marburg, Urteil v. 05.11.2014 - S 12 KA 83/13

RID 14-04-65

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

2. Heranziehung der Einnahmen aus Sonderverträgen zur EHV ist rechtmäßig (Quartal IV/11)

SG Marburg, Urteil v. 05.11.2014 - S 12 KA 392/13

RID 14-04-66

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

KVHG Hessen § 8; Art. 4 § 1 Abs. 2 GKAR; GEHV i.d.F. ab 01.07.2011

Leitsatz: § 11 Abs. 1 Satz 1 GEHV in der ab Juli 2011 geltenden Fassung, wonach die Kassenärztliche Vereinigung Hessen berechtigt ist, sämtliche Vergütungen für Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Vertragsärzte an gesetzlich krankenversicherten Patienten erbringen und die nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der KV Hessen ausgezahlt werden, für die EHV heranzuziehen, ist nicht zu beanstanden. Die Vorschrift beruht auf der ebf. nicht zu beanstandenden **Ermächtigungsgrundlage des § 8 KVHG** i.d.F. des hessischen Landesgesetzes zur Änderung des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 14.12.2009, GVBl. 2009, Teil I, 662, in Kraft getreten am 23.12.2009.

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung der Umsätze der GKV-Leistungen aus Sonderverträgen nach § 11 VI GEHV für das Quartal IV/11 und hierbei insb. um die Frage, ob hierfür eine Rechtsgrundlage besteht. Das *SG* wies die Klage ab.

3. Heranziehung zur EHV/Kostenanteile/Beitragsklassen (Quartale III/12-II/13)

SG Marburg, Urteil v. 05.11.2014 - S 12 KA 420/14

RID 14-04-67

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

KVHG Hessen § 8; Art. 4 § 1 Abs. 2 GKAR; GEHV i.d.F. ab 01.07.2012

Leitsatz: 1. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ist auch für das Beitragsjahr 2012/13 grundsätzlich berechtigt, Vertragsärzte zur Erweiterten Honorarverteilung heranzuziehen.
2. Die generelle Nichtberücksichtigung besonderer **Kostenanteile** verstößt ebenso wie die Bildung der zu großen **Beitragsklassen** gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG.

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung der EHV-Beitragsklasse 9 und des EHV-Beitrags in Höhe von 5.643,00 € je Quartal, was einem Jahresbetrag von 22.572,00 € entspricht, nach den GEHV für das Beitragsjahr 2012/2013. Das *SG* verurteilte zur Neubescheidung und wies die Klage im Übrigen ab.

4. Heranziehung von MVZ zur EHV weiterhin zulässig/Zuflussprinzip

SG Marburg, Urteil v. 05.11.2014 - S 12 KA 81/14

RID 14-04-68

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

KVHG Hessen § 8; Art. 4 § 1 Abs. 2 GKAR; GEHV i.d.F. ab 01.07.2012

Leitsatz: 1. Auch nach der **Neufassung des § 8 KVHG** durch das hessische Änderungsgesetzes vom 14.12.2009 (GVBl. 2009, Teil I, 662) und der **GEHV zum 01.07.2012** sind **Medizinische Versorgungszentren** verpflichtet, für ihre angestellten Ärzte Beiträge zur EHV zu leisten.

2. Nach § 3 Abs. 1 Satz 2 GEHV gilt grundsätzlich ein **Zuflussprinzip**. Nachvergütungen aus Zeiträumen außerhalb des Bemessungszeitraums sind daher zu berücksichtigen. Soweit Nachvergütungen vorgenommen werden, sind diese, soweit sie einer bestimmten Arztnummer zugewiesen werden können, arztbezogen zu verbuchen. Lediglich für die Fälle, in denen dies nicht möglich ist, erscheint es angemessen, die Nachvergütung auf die Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines MVZ im Umfang ihrer Versorgungsaufträge zu verteilen.

3. Im Übrigen Parallelverfahren zu SG Marburg, Urt. v. 05.11.2014 - S 12 KA 420/14 - RID 14-04-67.

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung der EHV-Beitragsklasse 1 und des EHV-Beitrags in Höhe von 637,00 € im Quartal, was einem Jahresbetrag von 2.508,00 € entspricht, für die bei der Kl., einem MVZ, angestellte Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nach den GEHV für das Beitragsjahr 2012/2013. Das *SG* verurteilte die Bekl. zur Neubescheidung und wies die Klage im Übrigen ab.

5. Heranziehung von Berufsausübungsgemeinschaft für Angestellte zur EHV weiterhin zulässig

SG Marburg, Urteil v. 05.11.2014 - S 12 KA 419/14

RID 14-04-69

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

KVHG Hessen § 8; Art. 4 § 1 Abs. 2 GKAR; GEHV i.d.F. ab 01.07.2012

Leitsatz: 1. Auch nach der Neufassung des § 8 KVHG durch das hessische Änderungsgesetzes vom 14.12.2009 (GVBl. 2009, Teil I, 662) und der GEHV zum 01.07.2012 sind **Berufsausübungsgemeinschaften** verpflichtet, für ihre **angestellten Ärzte** Beiträge zur **EHV** zu leisten.

2. Im Übrigen Parallelverfahren zu SG Marburg, Urt. v. 05.11.2014 - S 12 KA 420/14 - RID 14-04-69.

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung der EHV-Beitragsklasse 6 und des EHV-Beitrags in Höhe von 3.762,00 € je Quartal, was einem Jahresbetrag von 15.048,00 € entspricht, für die bei der kl. Berufsausübungsgemeinschaft angestellte Fachärztin für Humangenetik nach den GEHV für das Beitragsjahr 2012/2013. Das *SG* verurteilte zur Neubescheidung und wies die Klage im Übrigen ab.

X. Bundessozialgericht (BSG)

1. BVerfG: Unterdurchschnittlich abrechnende Praxen/Aufbaupraxis

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 29.08.2014 - 1 BvR 864/14

RID 14-04-70

Die Verfassungsbeschwerde gegen *BSG*, Urt. v. 17.07.2013 - B 6 KA 44/12 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 2 = NZS 2013, 952 = GesR 2013, 739 = MedR 2014, 509 = ZMGR 2014, 114 = USK 2013-37 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

2. Keine höhere Vergütung für Notfallbehandlungen durch Krankenhaus

BSG, Urteil v. 02.07.2014 - B 6 KA 30/13 R

RID 14-04-71

NZS 2014, 716

Nach den Gebührenpositionen 01210 bis 01218 im EBM in der seit 2008 geltenden Fassung werden die Leistungen der Vertragsärzte im **organisierten Notfalldienst** sowie der nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Institutionen, insb. der Krankenhäuser im Notfall **vergütet**. Diese Leistungspositionen tragen der besonderen Situation der Leistungserbringung im Notfall Rechnung. Diese ist nach der Rechtsprechung des Senats dadurch gekennzeichnet, dass nur die ärztlichen Behandlungsmaßnahmen zu ergreifen sind, die in der jeweiligen gesundheitlichen Situation des Versicherten unverzichtbar sind (vgl. dazu zuletzt BSG, Urt. v. 12.12.2012 - B 6 KA 5/12 R - SozR 4-2500 § 115 Nr. 1); die Inanspruchnahme des Not- oder Bereitschaftsdienstes ist kein Surrogat einer regelmäßigen vertragsärztlichen Behandlung (Urt. v. 17.09.2008 - B 6 KA 51/07 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 10 zu Nr. 19 BMÄ).

Die Berechnung der **chirurgischen Grundpauschalen** (Nr. 07210-07212 EBM) ist im organisierten vertragsärztlichen Notfalldienst wie bei der Inanspruchnahme von Krankenhausambulanzen zur Notfallbehandlung ausgeschlossen.

3. Sachl.-rechn. Berichtigung: Missbräuchliche Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft

BSG, Beschluss v. 02.07.2014 - B 6 KA 2/14 B

RID 14-04-72

BeckRS 2014, 71618

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Beschl. v. 11.12.2013 - L 3 KA 73/11 - wird zurückgewiesen.

Es liegt eine **missbräuchliche Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft** vor, wenn Ärzte oder Zahnärzte ihre Zusammenarbeit im Innen- und Außenverhältnis so gestalten, wie dies für eine Gemeinschaftspraxis (heute: Berufsausübungsgemeinschaft) typisch ist. Ein hoher Anteil von Patienten, an deren Behandlung sowohl der von der Prüfung betroffene Arzt als auch Kollegen derselben Praxisgemeinschaft beteiligt sind, indiziert eine missbräuchliche Nutzung der Kooperationsform. Ein **hoher gemeinsamer Patientenanteil** spricht stets dafür, dass die Rechtsform der Praxisgemeinschaft im Praxisalltag nicht transparent realisiert wurde, sondern tatsächlich die für eine Gemeinschaftspraxis kennzeichnende Ausübung der ärztlichen Tätigkeit stattfindet. Bei hoher Patientenidentität muss das Patientenaufkommen koordiniert werden, was wiederum die für die Gemeinschaftspraxis typische einheitliche Praxisorganisation erfordert. Ein Formenmissbrauch ist nicht erst bei einer Patientenidentität von mehr als 50% anzunehmen; vielmehr hat der Senat ausdrücklich betont, dass auch deutlich unter 50% liegende Quoten ausreichen können.

Soweit sich die Frage des Kl. darauf bezieht, ob die **wechselweise Versorgung von Heimpatienten** bzw. die **wechselweise Durchführung von ambulanten Operationen** einen die Annahme einer missbräuchlichen Nutzung „rechtfertigenden“ Umstand darstellt, ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die Rechtsprechung des Senats immer von einer **hohen Quote der gemeinsamen Behandlung von Patienten** ausgegangen ist, die grundsätzlich die Annahme eines Rechtsformmissbrauchs trägt. **Weitere Umstände**, die auf einen Missbrauch hindeuten, hat der Senat mehrfach angesprochen, aber nicht gefordert, dass neben einer auffälligen Patientenidentität stets zusätzliche Sachverhalte eines Formenmissbrauchs gegeben sein müssen. Er entzieht sich einer generellen Festlegung, ob bei einer nur in geringem Maße auffälligen Patientenidentität und plausiblen Erklärungen dafür die Feststellung eines Formenmissbrauchs das Vorliegen weiterer Anhaltspunkte erfordert. Jedenfalls im Regelfall ist nach der Rechtsprechung des Senats bei einem bestimmten Vom-Hundert-Satz gemeinsam behandelter Patienten ein Missbrauch der Rechtsform „ohne Weiteres“ anzunehmen.

Fälle einer „**kollegialen Vertretung**“ sind nicht aus der Zahl der von beiden Ärzten behandelten Fälle heraus zu rechnen. Dies hat der Senat damit begründet, dass Umfang und Häufigkeit der gemeinsamen Behandlung von Patienten gerade als Indiz für eine gemeinsame Praxisführung zu werten seien; bei hohen Patientenidentitäten stehe außer Zweifel, dass sie sich nicht durch Vertretungsfälle im üblichen Umfang erklären ließen. Dass innerhalb einer Gemeinschaftspraxis eine Vertretung grundsätzlich nicht abgerechnet werden kann, ist in der Rechtsprechung des Senats geklärt.

Zum anderen ist die zwischen dem Kl. und Dr. B. abgestimmte Behandlung von Heimbewohnern durch abwechselnde Hausbesuche in den Altenheimen mit aufeinander abgestimmten An- und Abwesenheitszeiten der beiden Ärzte in ihren Praxen sowie die ebf. aufeinander abgestimmte Durchführung von ambulanten Operationen im Krankenhaus nur deswegen durchführbar, weil der Kl. sowie Dr. B. ihre **Praxisorganisation** so gestaltet haben, wie sie für eine Gemeinschaftspraxis bzw. Berufsausübungsgemeinschaft kennzeichnend ist. Seinen „**Hausbesuchstag**“ konnte der Kl. nur durchführen, weil Dr. B. regelhaft - wie der Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft - für die Versorgung seiner Patienten zur Verfügung stand. Entsprechendes gilt für die Durchführung ambulanter Operationen.

4. Genehmigungen

a) Kein Ausschluss von Aphereseleistungen für Transfusionsmediziner

BSG, Urteil v. 19.02.2014 - B 6 KA 38/12 R

RID 14-04-73

BSGE = SozR 4-2500 § 135 Nr. 20 = GesR 2014, 497

Leitsatz: 1. Die in einer Richtlinie des **Gemeinsamen Bundesausschusses** erfolgte **Zuweisung ärztlicher Leistungen**, die Gegenstand der **ärztlichen Weiterbildung in zwei Fachgebieten** ist, für

beide Arztgruppen aber nicht zum Kernbereich gehört, nur zu einer der beiden Gruppen bedarf sachlicher Gründe.

2. Zur Festlegung von **Qualitätsstandards** durch den Gemeinsamen Bundesausschuss unter Verweis auf Regelungen der Bundesmantelvertragspartner.

b) Widerruf einer Ultraschallgenehmigung nach Qualitätsmängeln

BSG, Urteil v. 02.04.2014 - B 6 KA 15/13 R

RID 14-04-74

SozR 4-1300 § 47 Nr. 1

Leitsatz: 1. Der Rahmen der Sicherstellungsfunktion einer Nebenbestimmung wird dann überschritten, wenn ein **Widerrufsvorbehalt** einer Behörde den Widerruf einer **qualifikationsabhängigen Abrechnungsgenehmigung** für den Fall zukünftig festzustellender Qualitätsmängel ermöglichen soll.

2. Eine Behörde hat die **Rechtswidrigkeit** eines Widerrufsvorbehalts im Rahmen ihrer Ermessensausübung auch dann zu berücksichtigen, wenn die Nebenbestimmung **bestandskräftig** geworden ist.

3. Ein auf einen rechtswidrigen Widerrufsvorbehalt gestützter Verwaltungsakt über den Widerruf einer qualifikationsabhängigen Abrechnungsgenehmigung kann in einen Aufhebungsbescheid **umgedeutet** werden.

c) Keine Verlängerung des Zeitraums der genehmigungsfreien Vertretung

BSG, Beschluss v. 13.08.2014 - B 6 KA 3/14 B

RID 14-04-75

BeckRS 2014, 72276

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Saarland*, Urt. v. 03.12.2013 - L 3 KA 33/10 - wird zurückgewiesen.

Gemäß § 32 I 2 Zahnärzte-ZV kann sich der Zahnarzt bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an zahnärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung innerhalb von zwölf Monaten bis zur **Dauer von drei Monaten vertreten** lassen. Bereits aus dem Wortlaut der Vorschrift geht hervor, dass es dabei nicht auf die einzelnen Tage ankommt, an denen der Vertreter tätig wird, sondern auf den Zeitraum, in dem die Vertretung aus einem der genannten Gründe erforderlich ist. Nach § 32 I 1 Zahnärzte-ZV hat der Zahnarzt die vertragszahnärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. Wenn er daran z.B. durch Krankheit gehindert ist, wird ihm durch § 32 I 2 Zahnärzte-ZV als Ausnahme vom Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung ermöglicht, die Leistung im Zeitraum der Verhinderung durch einen Vertreter zu erbringen und trotzdem gegenüber der KZV wie eine eigene Leistung abzurechnen, ohne dafür einer Genehmigung zu bedürfen. Auch wenn ein Zahnarzt seiner Verpflichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nur ungenügend nachkommt, indem er sich nur in geringem Umfang vertreten lässt, so kann dies nach dem Sinn der Regelung **nicht zu einer Verlängerung des Zeitraums der genehmigungsfreien Vertretung** führen.

Die Kl. wandte sich gegen eine sachlich-rechnerische Berichtigung für die Quartale III/03 bis I/04. Von Juni 2003 bis zum 28.6.2004 war sie arbeitsunfähig und beschäftigte in dieser Zeit verschiedene Vertreter. Die Bekl. berichtete die Honorarforderung für die Zeit ab dem 04.09.2003 mit der Begründung, dass der Zeitraum von drei Monaten, innerhalb dessen sich die Klägerin nach § 32 I Zahnärzte-ZV ohne eine Genehmigung vertreten lassen könne, zu diesem Zeitpunkt abgelaufen sei. Die seit dem 04.09.2003 von Assistenten der Kl. ohne eine Genehmigung nach § 32 II Zahnärzte-ZV erbrachten Leistungen seien nicht abrechnungsfähig. Widerspruch, Klage und Berufung waren ohne Erfolg.

5. Wirtschaftlichkeitsprüfung

a) Keine Hemmung wegen fehlender Übermittlung der Verordnungsdaten

BSG, Urteil v. 14.05.2014 - B 6 KA 13/13 R

RID 14-04-76

SozR 4-2500 § 106 Nr. 44 = Die Leistungen Beilage 2014, 244

Leitsatz: In der Zeit bis zur Übermittlung erforderlicher Verordnungsdaten durch die Krankenkassen ist der Lauf der Ausschlussfrist für die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung (hier: Heilmittelregress) nicht **gehemmt**.

b) Richtgrößenprüfung: Begründungsumfang zu Nichtanerkennung von Praxisbesonderheiten

BSG, Beschluss v. 04.08.2014 - B 6 KA 11/14 B

RID 14-04-77

BeckRS 2014, 72087

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 27.11.2013 - L 3 KA 92/11 - RID 14-01-34 wird zurückgewiesen.

Das LSG hat vielmehr unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des BSG ausgeführt, dass die die Prüfungsgremien treffende Begründungspflicht nicht erfordere, auf vom Arzt geltend gemachte **Praxisbesonderheiten** einzugehen, für deren Vorliegen sich keine Anhaltspunkte ergeben hätten und zu denen der Arzt **nicht substantiiert vorgetragen** habe. Das LSG hat auch keinen eigenen Beurteilungsspielraum für sich reklamiert, sondern eine Prüfungskompetenz hinsichtlich des Vorliegens substantiierten Vortrags zu Praxisbesonderheiten.

Parallelverfahren:

BSG, Beschluss v. 24.07.2014 - B 6 KA 12/14 B

RID 14-04-78

B 6 KA 11/14 B

6. Zulassungsrecht

a) Auswahlentscheidung nach teilweiser Entsperrung

BSG, Beschluss v. 02.07.2014 - B 6 KA 15/14 B

RID 14-04-79

BeckRS 2014, 71659

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Thüringen*, Urt. v. 18.09.2013 - L 11 KA 608/12 - wird zurückgewiesen.

Es bedarf keiner Klärung in einem Revisionsverfahren, dass sich die Zulassungsgremien aus gegebenem Anlass mit der **Dauer der bisherigen beruflichen Tätigkeit der konkurrierenden Bewerber** auseinandersetzen müssen, und dass das insb. dann der Fall ist, wenn die Beteiligten im Verwaltungsverfahren auf diesen Gesichtspunkt hinweisen. Wie bei einer unterschiedlichen Dauer der beruflichen Tätigkeit der konkurrierenden Bewerber nach Abschluss ihrer Weiterbildung und zugleich unterschiedlicher Ausrichtung ihrer ärztlichen Tätigkeit die Auswahl durchzuführen ist, entzieht sich insb. im Hinblick auf das den Zulassungsgremien zustehende Auswahlermessen einer generellen Festlegung. Im Übrigen hat BSG, Urt. v. 20.03.2013 - B 6 KA 19/12 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 12 - ausgeführt, dass eine mehr als fünfjährige ärztliche Tätigkeit nach Abschluss der Weiterbildung im Regelfall keinen weiteren Vorzug eines von mehreren konkurrierenden Bewerbern zu begründen vermag (Rn. 48 f).

Unter mehreren für die vertragsärztliche Tätigkeit auf dem freigewordenen Vertragsarztsitz geeigneten Bewerbern haben die Zulassungsgremien unter Beachtung der im Gesetz vorgegebenen Kriterien eine **Auswahl** zu treffen und ihre Entscheidung nach Maßgabe der für **Ermessensentscheidungen** generell geltenden Kriterien nachvollziehbar zu begründen. Es entzieht sich aber einer generellen Festlegung, wie umfassend sich die **Gerichte** mit den verschiedenen für eine bestimmte Auswahlentscheidung angeführten Gründen auseinandersetzen müssen. Die Bf. rügen hier, das LSG habe durch eine sehr tiefgehende Kontrolle und durch eine intensive Auseinandersetzung mit den einzelnen vom Bekl. angeführten Gesichtspunkten dessen Entscheidungskompetenz zu stark beeinträchtigt. Das ist jedoch ausschließlich eine Frage der Rechtsanwendung im Einzelfall.

b) Ermächtigte Hochschulambulanzen: Beschränkung der Überweisungsbefugnis

BSG, Urteil v. 02.04.2014 - B 6 KA 20/13 R

RID 14-04-80

SozR 4-2500 § 117 Nr. 6

Leitsatz: 1. Eine **ermächtigte Hochschulambulanz** ist keine Krankenhausfachambulanz.

2. Das Recht von Hochschulambulanzen zur **Überweisung** an Vertragsärzte oder Medizinische Versorgungszentren kann in dem Hochschulambulanzvertrag, durch den Inhalt der Ermächtigung sowie - mittelbar - durch die Abgeltungswirkung vereinbarter Vergütungspauschalen wirksam beschränkt werden.

7. Übermittlung der unverschlüsselten Arzt- bzw. Zahnarzt Nummer

BSG, Urteil v. 02.04.2014 - B 6 KA 19/13 R

RID 14-04-81

SozR 4-2500 § 295 Nr. 3 = GesR 2014, 614

Leitsatz: 1. Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen haben den Krankenkassen die **(Zahn-)Arzt Nummer** in unverschlüsselter Form zu übermitteln.
2. Die Partner der Bundesmantelverträge sind nicht berechtigt, hiervon abweichend eine lediglich **verschlüsselte Übermittlung** der Zahnarzt Nummer zu vereinbaren.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 02.09.2014 - **B I KR 4/13 R** - können Verlaufsbeobachtungen anhand von operierten 126 Menschen, unterstützt durch Parallelbeobachtungen im Rahmen von Tierversuchen und untermauert durch wissenschaftliche Erklärungsmodelle **geeignet** sein, nach den Regeln der ärztlichen Kunst „**Indizien**“ für eine **positive Einwirkung zu begründen**. Der Erhalt der Sehfähigkeit für 18 bis 24 Monaten genügt als positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Es kann daher ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine sog. **Kuba-Therapie bei Prof. Dr. Pelaez** bestehen. Nach BSG, Urt. v. 02.09.2014 - **B I KR 11/13 R** - und - **B I KR 65/12 R** - sind einem Versicherten die vollen Kosten für selbstbeschaffte drei intravitreale Injektionen mit privatärztlich verordnetem **Lucentis** zu erstatten. Es fehlen wegen **Systemversagens Abrechnungspositionen im EBM**, um vertragsärztlich mit solchen Injektionen zwecks Erhaltung der Sehfähigkeit zu behandeln, eine Kernleistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine isolierte vertragsärztliche Verordnung von Lucentis ohne gesicherte vertragsärztliche Anwendung kommt nicht in Betracht. Die Krankenkasse kann den Versicherten nicht auf Leistung mittels Auseinzelung des Mittels verweisen. Der Zulassungsentsprechende Gebrauch von Lucentis soll Risiken wie z.B. Verunreinigungen durch Mehrfachentnahmen verhindern. Die Kosten der ärztlichen Behandlung entstehen, wenn die Abrechnung formell konform mit der GOÄ ist. Es ist ohne Belang, ob die Rechnung auch materiell der GOÄ entspricht, wenn die Krankenkasse dem Versicherten nicht anbietet, ihn in einem Rechtsstreit auf Abrechnungsminderung zu unterstützen und von Kosten freizustellen. Nach BSG, Urt. v. 02.09.2014 - **B I KR 12/13 R** - hat eine Versicherte, die an einer angeborenen doppelseitigen Lippen-Kiefer-Gaumenspalte mit Nichtanlage der Zähne 15, 14, 12-22, 25, 48, 44, 34, 38 und Zapfenzähnen 43-33 leidet, keinen über die Regelversorgung hinausgehenden Anspruch auf Zahnersatz und hat den Eigenanteil selbst zu tragen. Nach BSG, Urt. v. 02.09.2014 - **B I KR 3/13 R** - verstößt die BehandlRL-ZÄ mit dem **Ausschluss von Goldinlays** nur dann gegen höherrangiges Recht, wenn der **GBA** vertretbar annehmen durfte, dass unter Berücksichtigung bewährter, allgemein anerkannter Füllungsmaterialien die gebotene Versorgung auch dann gewährleistet ist, wenn Allergien auf Amalgam, TEGDMA und Hydrochinon bestehen. Nach BSG, Urt. v. 04.03.2014 - **B I KR 6/13 R** - SozR 4-2500 § 28 Nr. 7 - besteht ein Anspruch auf Versorgung mit **implantologischen Leistungen** nur in engen Ausnahmefällen: In besonders schweren Fällen einer medizinischen Gesamtbehandlung, die der GBA festzulegen hat; ein Versicherter, der zum Kreis der **Contergangeschädigten** gehört, hat deshalb keinen Anspruch auf eine Zahnimplantatversorgung.

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Kopforthese Teil einer Helmorthesenbehandlung/Kein Systemversagen

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 21.08.2014 - L 1 KR 140/14

RID 14-04-82

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B I KR 128/14 B

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

Eine Datenlage, aus der sich ableiten lässt, dass die im Gesetz vorausgesetzte Aktualisierung der hier einschlägigen **Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung** rechtswidrig unterblieben ist, besteht nicht.

Selbst wenn man davon ausgeht, dass sich die Behandlung mit einer Kopforthese auf die Abgabe eines **Hilfsmittels** i.S.d. § 33 I 1 SGB V beschränkt, war diese weder zur Abwehr einer drohenden Behinderung noch zum Behinderungsausgleich erforderlich.

SG Detmold, Urt. v. 16.01.2014 - S 3 KR 130/13 - RID 14-01-76 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Niederfrequente Hyperthermie (sog. Elektrohyperthermie oder Onkotherapie)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 24.06.2014 - L 11 KR 3597/13

RID 14-04-83

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 27, 135

Leitsatz: Versicherte der GKV, die an einem Colonkarzinom erkrankt sind, welches derart fortgeschritten ist, dass nur noch **palliative Behandlungen** möglich sind, haben keinen Anspruch auf eine zusätzlich zu einer (von der Krankenkasse bezahlten) Chemotherapie durchgeführten (additiven) Behandlung mit **niederfrequenter Hyperthermie (sog. Elektrohyperthermie oder Onkotherapie; Behandlungsjahre 2008 und 2009)**.

Der Kl. ist Ehemann der am 15.03.1953 geb. und am 15.02.2009 verstorbenen Versicherten. Er begehrt die Kostenerstattung einer ambulanten Hyperthermiebehandlung in Höhe von noch 3.338,22 €. *SG Stuttgart*, Urt. v. 19.03.2013 - S 16 KR 4224/08 - verurteilte die Bekl., dem Kl. Kosten der ambulanten Hyperthermiebehandlung

der Versicherten in Höhe von 3.338,22 € zu erstatten und wies im Übrigen die Klage ab. Das *LSG* wies die Klage insgesamt ab.

c) Autologe dendritische Zellen: Fehlende Behandlungsalternative

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 19.03.2014 - L 5 KR 1496/13

RID 14-04-84

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 27 I, 135 I

Leitsatz: Bei einer lebensbedrohenden und regelmäßig **tödlich verlaufenden Krankheit** (hier malignes anorektales Schleimhautmelanom) besteht Anspruch auf Behandlung mit **autologen dendritischen Zellen**, wenn eine allgemein anerkannte Behandlungsmethode nicht zur Verfügung steht.

SG Ulm, Urt. v. 26.02.2013 - S 3 KR 3712/10 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. 12.601,79 € zu erstatten.

d) Schlaf-Apnoe-Behandlung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 04.09.2014 - L 5 KR 147/14 B ER

RID 14-04-85

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 33 I, 135 I; SGG § 86b II

Bei der Schlaf-Apnoe-Behandlung mit einer **Unterkieferprotrusionsschiene** handelt es sich um eine **neue Untersuchungsmethode**. Ohne positive Empfehlung des GBA ist ein Versicherter nicht mit einer Unterkieferprotrusionsschiene zu versorgen.

Ob die Voraussetzungen für ein **Systemversagen** vorliegen, lässt sich ohne umfassende Ermittlungen im vorliegenden Fall nicht entscheiden.

SG Schleswig, Beschl. v. 27.06.2014 - S 26 KR 36/14 ER - lehnte den Antrag ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

2. Überschreitung der Höchstgrenzen der Psychotherapie-Richtlinien

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 11.08.2014 - S 6 KR 47/11

RID 14-04-86

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 8 KR 300/14 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 27; PsychThRL

Leitsatz: 1. Die **Psychotherapie-Richtlinien** konkretisieren den Behandlungsanspruch nach § 27 SGB V. Sie geben insoweit die grundsätzlichen Rahmenbedingungen, unter denen ambulante Psychotherapie stattfindet, wieder.

2. Die Psychotherapie-Richtlinien begrenzen den notwendigen **Behandlungsumfang** nur „in der Regel“. Dies schließt **Ausnahmekonstellationen** in Einzelfällen nicht aus, in denen ein Behandlungsanspruch auch über die in den Richtlinien festgeschriebenen Grenzen hinausgehen kann.

3. Im vorliegenden Einzelfall ist aufgrund der Schwere der Erkrankung davon auszugehen, dass die **Therapienotwendigkeit** auch **lebenslang** fortbestehen kann.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kl. von den Kosten weiterer 88 bis zum 31.12.2013 durchgeführter Psychotherapiesitzungen freizustellen, und wies im Übrigen die Klage ab.

Aus den Gründen:

„(...) Die Beklagte und Dr. F. gehen abweichend von den gesetzlichen Vorgaben davon aus, dass die Therapie notwendig sein muss, um eine Verbesserung des Zustandes zu erzielen. Nach der gesetzlichen Systematik genügt jedoch auch eine **Notwendigkeit der Therapie**, um eine **Verschlimmerung des Krankheitsbildes** zu verhindern, § 1 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinien. Eine derartige Therapieeignung liegt im Falle der Klägerin zur Überzeugung des Gerichts unzweifelhaft vor. Herr Dr. F. hält Frau Dr. C. fortwährend fehlende psychostrukturale Verbesserung und fehlenden Behandlungserfolg vor. Selbst wenn man dies annehmen wollte – was das Gericht nach der Einschätzung des objektiven und uneingeschränkt glaubwürdigen Sachverständigen Dr. G. für fern liegend hält – so hat die ambulante Therapie doch zumindest eine **dauernde Stabilisierung** der Klägerin erreicht und damit im Sinne der gesetzlichen Systematik eine Verschlimmerung verhindert. Die Klägerin musste seit Beginn der Therapie **nicht mehr stationär behandelt** werden, was im Hinblick auf die Krankheitsgeschichte mit jahrelanger stationärer Unterbringung als erhebliche Stabilisierung angesehen werden muss. Auch prognostisch ist mit Dr. G. und Frau Dr. C. davon auszugehen, dass durch die Fortsetzung der Therapie zumindest eine dauerhafte Stabilisierung der Klägerin und damit ein selbstbestimmtes Leben erreicht werden kann. Das von Herrn Dr. F. als abnorm beschriebene **enge Verhältnis von Patientin und Therapeutin** stellt sich nach den überzeugenden Angaben von Dr. G. im Rahmen der mündlichen Verhandlung als essentieller Bestandteil des Therapieerfolges dar. Herr Dr. G. hat nachvollziehbar dargelegt, dass eine derartige Beziehung immer eine Gradwanderung zwischen beruflicher und persönlicher Beziehung ist. Das Gericht folgt ihm in der Einschätzung, dass Frau Dr. C. mit der Unterbringung der Klägerin im unmittelbaren Umfeld der Praxis und der zu Beginn täglichen Intervention sicherlich einen ungewöhnlichen

Weg gewählt hat. Gemessen am erreichten Erfolg scheint diese Vorgehensweise jedoch hoch aner kennenswert und als äußerst angemessen. Soweit Herr Dr. G. einen Therapeutenwechsel als genauso gravierend wie das Ende der Therapie einschätzt, hält dies das Gericht auf der Grundlage der für die Therapie der Klägerin essentiellen Vertrauensbasis zu Frau Dr. C. für ebenso nachvollziehbar.

Das Gericht folgt der Beklagten insbesondere nicht im Hinblick auf ihre zentrale Argumentation, die auch der Sachverständige Dr. F. in der mündlichen Verhandlung nachdrücklich verfolgt hat, dass der Einzelfall der Klägerin nicht mehr mit ambulanter Psychotherapie behandelt werden dürfe, weil die **Höchstgrenzen der Psychotherapie-Richtlinien** bereits überschritten seien. Die Psychotherapie-Richtlinien konkretisieren den Behandlungsanspruch aus § 27 SGB V. Sie geben insoweit die grundsätzlichen Rahmenbedingungen, unter denen ambulante Psychotherapie stattfindet, wieder. Der Behandlungsumfang und die Behandlungsdauer werden in §§ 23 ff. der Richtlinien näher ausgeführt. Dabei legen die Richtlinien in § 23 Abs. 2 selber fest, dass die Begrenzungen die therapeutischen Erfahrungen in den unterschiedlichen Gebieten der Therapie berücksichtigen und einen Behandlungsumfang darstellen, in dem „in der Regel“ ein Behandlungserfolg erwartet werden kann. Schon vom Wortlaut her schließen die folgenden in den §§ 23 ff. enumerierten Höchstgrenzen damit **Ausnahmekonstellationen** nicht aus. Dies bedeutet konkret, dass es Einzelfälle geben kann, in denen ein Behandlungserfolg im Rahmen dieser Grenzen nicht erwartet werden kann. Diese sind insoweit auch nicht durch die Höchstgrenzen der §§ 23a ff. beschränkt. Soweit Herr Dr. G. erwartet, dass die Therapienotwendigkeit bei der Klägerin **lebenslang** fortbestehen wird, ist dies von den Richtlinien damit nicht ausgeschlossen, sondern in besonders begründeten Einzelfällen möglich. Ein solcher Einzelfall liegt im Falle der Klägerin zur Überzeugung des Gerichts vor. Die Klägerin leidet unter einer schwersten psychischen Krankheit. Sie kann weder unter den vom Prozessbevollmächtigten in der Klagebegründung zutreffend ins Feld geführten Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG noch unter Wirtschaftlichkeitsaspekten von der Beklagten darauf verwiesen werden, eine stationäre Einrichtung aufsuchen zu müssen. Dass diese Konsequenz bei einem Therapieende oder bei Therapeutenwechsel mit hoher Wahrscheinlichkeit droht, hat Dr. G. in seinem Sachverständigen Gutachten nachvollziehbar und eindrucksvoll geschildert. Darüber hinaus hat die Beklagte entsprechend der Präambel der Psychotherapie-Richtlinien bei ihrer Entscheidung auch die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu berücksichtigen. Soweit der Dr. G. ausführt, dass sehr wahrscheinlich ist, dass die Klägerin ohne ambulante Therapie **wieder stationär psychiatrisch** versorgt werden muss, ist dies ein gewichtiger wirtschaftlicher Aspekt, den die Beklagte bisher unter formaler Bezugnahme auf die Therapiehöchstgrenzen außer Acht gelassen hat. Die von Herrn Dr. F. alternativ vorgeschlagenen Optionen – sozialpsychiatrische Betreuung und psychopharmakologische Behandlung – werden durch die regelmäßige sozialpsychiatrische Mitbetreuung, Ergotherapie und Medikamententherapie bereits ausgeschöpft. Für das Gericht ist nicht erkennbar und nachvollziehbar, dass und inwieweit dadurch die an den Wurzeln der Erkrankung ansetzende Psychotherapie ersetzt werden könnte. Insbesondere erscheinen ausschließlich sozialpsychiatrische Maßnahmen in Kombination mit medikamentöser Therapie nicht ausreichend, um eine Verschlimmerung des Krankheitsbildes der Klägerin nachhaltig zu verhindern. (...)

3. Keine Behandlung durch nicht approbierte psychologische Psychotherapeutin

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.07.2014 - L 11 KR 258/14

RID 14-04-87

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2, 12 I, 13 III 1, 27 I 1, 28 III

Eine Kostenerstattung für eine Behandlung durch eine **nicht approbierte psychologische Psychotherapeutin** kommt nicht in Betracht.

Der Kl. macht einen Anspruch auf Kostenerstattung für eine Behandlung nach der Methode der Integrierten Lösungsorientierten Psychologie durch eine Psychologische Beraterin geltend. *SG Freiburg*, Gerichtsbb. v. 18.12.2013 - S 11 KR 1913/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Einsatz einer Hormon-Spirale

SG Hamburg, Urteil v. 05.02.2014 - S 37 KR 469/11

RID 14-04-88

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 24a II 1, 27 I

Ist der Einsatz einer **Hormon-Spirale** nicht allein als Maßnahme der Empfängnisverhütung, sondern zugleich - und ihrem Schwerpunkt nach - als Maßnahme der **Krankenbehandlung** anzusehen, dann besteht ein Anspruch aus § 27 I SGB V. Dies ist der Fall, wenn eine Schwangerschaft für die Versicherte wegen ihrer **Grunderkrankung** (Faktor V-Leiden-Mutation) mit einem erheblichen gesundheitlichen Risiko verbunden gewesen wäre.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für den Einsatz der Mirena-Hormonspirale in Höhe von insgesamt 294,44 € zu erstatten.

5. Zahnärztliche Behandlung

a) Keine Erstattung einer Implantatversorgung trotz fortgeschrittener Kieferatrophie

SG Stuttgart, Urteil v. 18.02.2014 - S 16 KR 4073/10

RID 14-04-89

juris

SGB V §§ 27 I 1, 2 Nr. 2, 28 II, 92 I

Die Krankenkassen haben die Kosten einer **Implantatversorgung** trotz eines zahnlosen Oberkiefers mit extremer **Atrophie** des Alveolarkammes auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte wegen

einer fortgeschrittenen Kieferatrophie auf andere Weise nicht mit Zahnersatz versorgt werden kann, weil dieses Krankheitsbild im Katalog der Zahnbehandlungs-Richtlinie nicht aufgeführt ist.

b) Anspruch auf eine kieferorthopädische Behandlung

SG Landshut, Urteil v. 09.04.2014 - S 1 KR 45/13 FdV

RID 14-04-90

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 23 IV, 29 I, 92 I 2 Nr. 2

Es besteht ein Anspruch auf eine (nochmalige) **kieferorthopädische Behandlung**, wenn eine vererbte skelettale **Dysgnathie** des progenen Formenkreises mit skelettal offenem Biss sowie eine skelettal bedingte Diskrepanz der Zahnbogenbreiten vorliegen und die Gebissfunktion erheblich eingeschränkt ist und ohne die kieferorthopädische Behandlung sich die vorliegenden Funktionsstörungen weiter zu verstärken drohen. Auf das von der Krankenkasse eingeholte Gutachten/Obergutachten kommt es nicht an, wenn sie durch einen gerichtlichen Sachverständigen widerlegt werden.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. Kosten in Höhe von 4.031,05 € zu erstatten, die im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung durch den Zahnarzt Dr. C. in der Zeit vom Frühjahr 2010 bis Ende 2012 entstanden sind.

c) Keine Befreiung vom Eigenanteil wegen früherer Verwendung von Amalgam

LSG Hamburg, Urteil v. 20.08.2014 - L 1 KR 118/13

RID 14-04-91

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 2, 55, 56

Die §§ 55, 56 SGB V knüpfen die Beschränkung der Kassenleistung auf **Festzuschüsse** an die Befunde und nicht an die Ursache des Behandlungsbedarfs (vgl. BSG, Urt. v. 06.10.1999 - B 1 KR 9/99 R - BSGE 85, 66 = SozR 3-2500 § 30 Nr. 10).

Mit Rücksicht auf den verfassungsrechtlichen Schutz der körperlichen Unversehrtheit kann eine **Befreiung vom Eigenanteil** bei der Versorgung mit Zahnersatz geboten sein, wenn eine frühere Leistung der Krankenkasse den jetzigen Behandlungsbedarf veranlasst hat und sich als hoheitlicher Eingriff darstellt. Dies gilt jedoch nur, wenn der früher behandelnde Zahnarzt verpflichtet war, eine ihm keinen Spielraum belassende gesetzliche Vorgabe zu beachten und nur eine bestimmte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode anzuwenden. Hat der Zahnarzt dagegen eine Behandlungsmethode gewählt, die sich im konkreten Fall als schädlich erweist, handelt es sich nicht um einen der Risikosphäre der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnenden Schaden. Dessen Auswirkungen sind dann nach dem für die Ärzte und sonstige Leistungserbringer geltenden Haftungsrecht zu beurteilen (BVerfG, Beschl. v. 14.08.1998 - 1 BvR 897/98 - NJW 1999, 857 = NZS 1999, 136). Diese Abgrenzung ist vorliegend danach vorzunehmen, ob der Vertragszahnarzt bei der Erstbehandlung verpflichtet war, nur Amalgam als Füllungswerkstoff zu verwenden. Demgegenüber handelt es sich nicht um ein Sonderopfer, sondern vielmehr um die Realisierung des allgemeinen Lebensrisikos, wenn der Arzt aus einer Mehrzahl von zugelassenen Materialien eines ausgewählt hat, das sich im konkreten Fall als schädlich erweist (BSG, Urt. v. 06.10.1999 - B 1 KR 10/99 R - www.sozialgerichtsbarkeit.de).

Eine zwingende rechtliche Vorgabe, **Amalgam** für Füllungen zu verwenden, kann zum Zeitpunkt der Erstbehandlung des 1961 geborenen Klägers nicht gegolten haben, sodass nicht ermittelt zu werden braucht, wann genau diese Behandlung stattgefunden hat und ob sie tatsächlich zu den von dem Kläger vorgetragenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt hat.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 05.07.2013 - S 6 KR 1711/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

II. Kostenerstattung

1. Sonderrechtsnachfolge/Erlöschen des Kostenerstattungsanspruchs

LSG Thüringen, Urteil v. 27.05.2014 - L 6 KR 1093/12

RID 14-04-92

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 II, 39 I; SGB I § 56 I 1 Nr. 2

Eine Mutter ist nach dem Tod ihrer Tochter nur **Sonderrechtsnachfolgerin** nach § 56 I 1 Nr. 2 SGB I, wenn sie mit ihr zur Zeit des Todes in einem gemeinsamen Haushalt gelebt hat oder von ihr wesentlich unterhalten worden ist.

Ein Übergang durch Erbfall nach § 1922 I BGB ist jedoch durch § 59 Satz 2 SGB I ausgeschlossen, weil der Anspruch mit dem Tod der Versicherten **erloschen** ist. Ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 II SGB V - ein Anspruch auf Geldleistung - ist erloschen, wenn er zum Zeitpunkt des Todes der Versicherten weder festgestellt noch ein Verwaltungsverfahren anhängig war (§ 59 Satz 2 SGB I).

SG Gotha, Gerichtsbes. v. 18.06.2012 - S 41 KR 7214/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Kostenerstattung für Zahnersatz in der Türkei setzt genehmigten Heil- und Kostenplan voraus

LSG Hamburg, Urteil v. 12.09.2014 - L 1 KR 162/13

RID 14-04-93

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 IV, 16, 27 I 2 Nr. 2a, 55, 87 Ia 2

Ein Anspruch auf Kostenerstattung für eine **zahnärztliche Behandlung in der Türkei** scheidet aus, wenn für die Behandlung vorab kein Heil- und Kostenplan vorgelegt und genehmigt wird.

SG Hamburg, Urt. v. 12.09.2013 - S 35 KR 979/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

III. Stationäre Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 04.03.2014 - **B 1 KR 69/12 R** - besteht bei **Intersexualität** mit phänotypischer Entwicklung zu einer Frau kein Anspruch auf Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung für eine **Mamma-Augmentation**, wenn ein Brustwachstum (hier: Körbchengröße A) vorliegt, das mit dem Regelzustand vergleichbar ist.

1. Liposuktion: Fehlende Empfehlung des GBA

LSG Thüringen, Beschluss v. 06.08.2014 - L 6 KR 645/14 B

RID 14-04-94

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 27 I 1

Es besteht kein Anspruch auf eine ambulante ärztliche **Liposuktion** bei einem Lipödem Stadium III an beiden Beinen, Hüften und Händen, da der **GBA** die **neue Methode** der Fettabsaugung nicht positiv empfohlen hat und kein Ausnahmefall vorliegt. Auf mögliche schwerwiegende **Langzeitfolgen**, sofern sie denn überhaupt drohen, kann in diesem Zusammenhang nicht abgestellt werden, da der Eintritt der befürchteten Folgen unmittelbar bevorstehen muss (vgl. Senatsbeschl. v. 29.08.2012 - L 6 KR 49/12 B - RID 12-04-69, juris Rn. 12). Das ist bei der Bf. nicht der Fall.

SG Altenburg, Beschl. v. 08.04.2014 - S 13 KR 461/13 - lehnte den Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe für das Verfahren auf Erstattung der Kosten der durchgeführten Liposuktionsbehandlungen ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

2. Magenbypass-Operation

SG Düsseldorf, Urteil v. 05.06.2014 - S 8 KR 91/11

RID 14-04-95

juris

SGB V §§ 11, 27, 39

Liegt eine sog. **primäre Indikation** für die Durchführung einer Magenbypass-Operation als Ausnahme im Sinne der **Leitlinien** für eine (vorzeitige) operative Maßnahme vor, so hat die Krankenkasse die Kosten zu erstatten.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die für die selbstbeschaffte Magenbypass-Operation aufgewandten Kosten i.H.v. 7.162,18 € zu erstatten.

IV. Arzneimittel

1. Ausstellung eines Privatrezepts bei Verweigerung eines Kassenrezepts

LSG Thüringen, Urteil v. 25.03.2014 - L 6 KR 1114/11

RID 14-04-96

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 85/14 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2, 12 31, 72 II Nr. 7; BMV-Ä § 29 I, XI

Wenn ein Versicherter die Verordnung von Arzneimitteln (oder Verbandmitteln), die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen oder für die Behandlung - notwendigerweise aus der Sicht des Arztes - nicht notwendig sind, verlangt, dann ist nach § 29 XI BMV-Ä ein **Privatrezept** auszustellen. Geht der Versicherte davon aus, dass die Leistung entgegen der Auffassung des Arztes notwendig ist, kann er die auf Privatrezept verordnete Leistung bei der Krankenkasse als Sachleistung beantragen und sich diese, sollte die Krankenkasse die Gewährung der Sachleistung ablehnen, selbst beschaffen und ggf. **Kostenerstattung** nach § 13 SGB V beantragen (vgl. BSG, Ur. v. 14.12.2006 - 1 KR 8/06 R - BSGE 98, 26 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 12) oder im Rahmen der freien Arztwahl einen anderen Arzt, z.B. einen Facharzt aufsuchen.

Die Kl. begehrt von der Bekl. die Erstattung von Kosten für selbst beschafftes Verbandmaterial im Zeitraum vom März 2007 bis März 2011 in Höhe von insgesamt 934,40 €. *SG Gotha*, Ur. v. 23.11.2011 - S 38 KR 986/08 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Instant-Dickungsmittel Thick & Easy kein Arzneimittel

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.07.2014 - L 11 KR 4441/12

RID 14-04-97

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 I

Das Instant-Dickungsmittel Thick & Easy ist kein von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung mit umfasstes Arzneimittel i.S.d. § 31 I 1 SGB V, sondern ein Nahrungsmittel.

SG Heilbronn, Ur. v. 21.09.2012 - S 12 KR 384/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Off-Label-Use: Sandostatin LAR 20mg bei polyzystischer Lebererkrankung/Folgenabwägung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 11.08.2014 - L 9 KR 64/14 B ER

RID 14-04-98

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27, 35c; SGG §§ 86b II, 155 II 2; BVerfGG § 32

Das Arzneimittel **Sandostatin LAR 20mg** ist mangels Arzneimittelzulassung für die **polyzystische Lebererkrankung** nach den allgemeinen Grundsätzen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ordnungsfähig. Die Voraussetzungen für einen **Off-Label-Use** liegen nicht vor, weil Forschungsergebnisse fehlen, die erwarten lassen, dass das betroffene Arzneimittel für die relevante Indikation zugelassen werden kann. Eine grundrechtsorientierte Leistungsauslegung scheidet aus, wenn die Versicherte nicht an einer Krankheit leidet, die mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung wertungsmäßig vergleichbar ist. Bei einer **Folgenabwägung** kann aber ein Anspruch auf die Versorgung mit dem begehrten Arzneimittel zustehen (hier bejaht).

SG Berlin, Beschl. v. 30.01.2014 - S 210 KR 2284/13 ER - lehnte den Antrag ab, das *LSG* verpflichtete die Ag. im Wege einstweiliger Anordnung, die Ast. für die Zeit vom 11.08. bis zum 11.11.2014 mit dem Arzneimittel Sandostatin LAR 20mg zu versorgen, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

V. Hilfsmittel

Nach BSG, Urt. v. 16.07.2014 - **B 3 KR 1/14 R** - steht einem pflegebedürftigen Versicherten (Pflegestufe III) der Anspruch auf Versorgung mit einer **elektronisch betriebenen mobilen Treppensteighilfe** nicht aus § 33 SGB V zu, weil Mobilitätshilfen zum mittelbaren Behinderungsausgleich grundsätzlich nur dann in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, wenn sie nicht allein wegen der konkreten Wohnsituation des Versicherten, sondern praktisch in jeder Art von Wohnung benötigt werden. Der Anspruch ergibt sich jedoch aus § 40 I 1 SGB XI. Für pflegebedürftige Versicherte, die dauerhaft auf einen Rollstuhl angewiesen sind, stellt eine Treppensteighilfe ein **Pflegehilfsmittel** dar, weil mit ihrer Hilfe eine selbstständigere Lebensführung des Pflegebedürftigen ermöglicht wird; denn um von der Wohnung nach draußen zu kommen oder von dort zurückzukehren, ist nur noch die Unterstützung durch eine Pflegeperson und nicht mehr, wie bisher, durch zwei Kräfte nötig. Die Pflegeversicherung stellt im Gegensatz zur Krankenversicherung auf einen Hilfebedarf im konkreten, individuellen Wohnumfeld ab. Für dieses grundsätzlich in die Zuständigkeit der Pflegekasse fallende Hilfsmittel ist hier ausnahmsweise die Krankenkasse leistungspflichtig, weil nach § 40 V 1 SGB XI derjenige Leistungsträger über die Bewilligung von Hilfsmitteln mit doppelter Funktion, nämlich Behinderungsausgleich einerseits und Pflegeererleichterung bzw. die Ermöglichung einer selbstständigeren Lebensführung andererseits, zu entscheiden hat, bei dem der **Leistungsantrag** gestellt worden ist. Nach BSG, Urt. v. 18.06.2014 - **B 3 KR 8/13 R** - gehören **Rauchwarnmelder** heutzutage nach allgemeiner Verkehrsauffassung als unverzichtbares Warnsystem zur Grundausstattung von Wohnräumen und dienen daher dem **Grundbedürfnis des selbständigen Wohnens**. Rauchwarnmelder sind in Wohnungen zur Gefahrenabwehr unerlässlich. Für **Gehörlose** oder erheblich hörbeeinträchtigte Menschen, deren Hörvermögen nicht unmittelbar durch entsprechende Hilfsmittel verbessert werden kann, reichen akustische Signale daher nicht aus. Das gilt unabhängig davon, ob der Versicherte allein oder gemeinsam mit nicht hörbehinderten Menschen in einer Wohnung lebt, denn das Bedürfnis nach selbständigem Wohnen beinhaltet das Recht, sich unabhängig von anderen Personen auch allein in der Wohnung aufhalten zu können, jedenfalls soweit dies mit Rücksicht auf die Behinderung möglich ist. Für Gehörlose kann die Wahrnehmbarkeit der Rauchwarnmelder über Lichtsignale ggf. in Kombination mit anderen Warnsignalen, wie beispielsweise Vibrationskissen, sicher-gestellt werden.

1. Elektrorollstuhl mit Stehfunktion/Genehmigungsfiktion

SG Dortmund, Beschluss v. 16.07.2014 - S 40 KR 742/14 ER

RID 14-04-99

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I

§ 13 IIIa 6 SGB V ist entgegen einer teilweise vertretenen Rechtsansicht (s. etwa LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.05.2014 - L 5 KR 222/14 B ER - RID 14-03-78; SG Dessau-Roßlau, Urt. v. 18.12.2013 - S 21 KR 282/13 - RID 14-02-136; SG Nürnberg, Urt. v. 27.03.2014 - S 7 KR 520/13 -) einschränkend auszulegen. Von der **Fiktionswirkung** sind nur solche beantragten Leistungen erfasst, die die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (so zutreffend SG Dortmund, Beschl. v. 31.01.2014 - S 28 KR 1/14 ER - RID 14-02-152; bestätigt mit ausführlicher Begründung durch LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 26.05.2014 - L 16 KR 154/14 B ER - RID 14-03-95).

Ist eine eigenständige Fortbewegung innerhalb der Wohnung ohne den begehrten Spezialrollstuhl (**Elektrorollstuhl** „Etac E895“ mit **Stehfunktion**) aufgrund der Versorgung mit einem Elektrorollstuhl innerhalb und außerhalb der Wohnung möglich und ist grundsätzlich ein Training unter Verwendung des Stehtrainers mit Unterstützung eines Physiotherapeuten durchführbar, so muss das begehrte Hilfsmittel nicht im Rahmen einer Interessenabwägung vorläufig zugesprochen werden.

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

2. Stehrollstuhl

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 22.08.2014 - L 5 KR 120/14 B ER

RID 14-04-100

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

Der Verweis des behinderten Menschen auf die **Hilfe Dritter** steht der Zielsetzung der Hilfsmittelversorgung entgegen. Ziel der Hilfsmittelversorgung ist es u.a., den behinderten Menschen von der Hilfe anderer weitgehend unabhängiger zu machen. Ist eine Versicherte nicht in der Lage, die Aufstehfunktion eines **Stehrollstuhls** selbst zu bedienen, so besteht insoweit kein wesentlicher Unterschied zum Stehbrett und scheidet eine zusätzliche Versorgung aus. Das Ziel des therapeutischen Stehtrainings wird vollumfänglich durch das Stehbrett erfüllt, ggf. ergänzt um Krankengymnastik.

SG Schleswig, Beschl. v. 16.05.2014 - S 10 KR 21/14 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

3. Easy Rider Therapierad

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 08.09.2014 - L 1 KR 358/14 B

RID 14-04-101

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I; SGB IX § 14; SGB XII § 53

Ein Versorgungsanspruch für ein **Easy Rider Therapierad** ist insb. nicht unter dem Gesichtspunkt des Behinderungsausgleichs begründet. Fehlt es an einer Ausgrenzung von (Teil-)Bereichen des gesellschaftlichen Lebens auf Grund der Behinderung, so liegen die Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen der **Eingliederungshilfe** nicht vor.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 13.05.2014 - S 34 KR 1556/13 - lehnte den Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

4. Turnmatte für ein schwerbehindertes Kleinkind

LSG Thüringen, Beschluss v. 01.09.2014 - L 6 KR 292/09 NZB

RID 14-04-102

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33

Die vom Kläger aufgeworfene Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen eine **Turnmatte** (für ein schwerbehindertes Kleinkind) ein Hilfsmittel sein kann, ist eine Subsumtionsfrage. Jedenfalls aber wäre eine solche Frage nicht klärungsbedürftig, da sie sich bereits anhand der Grundsätze des BSG in dem Sinne beantworten lässt, dass eine Turnmatte ihrer Konzeption nach gerade nicht den Erfolg einer Krankenbehandlung sichert oder eine Behinderung ausgleicht oder im Einzelfall den Bedürfnissen erkrankter oder behinderter Menschen jedenfalls besonders entgegenkommt. Sie wird im Gegenteil von körperlich nicht beeinträchtigten Menschen ebenfalls vielfach benutzt.

SG Gotha, Ur. v. 26.10.2009 - S 38 KR 3033/09 - wies die Klage ab, das *LSG* die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

5. Neues Produkt: Klimaschaft „Symphonie“

SG München, Urteil v. 10.04.2014 - S 18 KR 247/13

RID 14-04-103

juris

SGB V §§ 33 I, 135 I, 139; AMG §§ 21, 22

Bei dem **Klimaschaft „Symphonie“** handelt es sich um ein **neues Produkt**, das auf der Messe „Orthopädie und Rehathechnik 2012“ erstmals vorgestellt wurde. Das spezifische Verfahren der **Stumpfkühlung** ist plausibel und alternativlos. Aufgrund der vorliegenden Kurzstumpfsituation des linken Oberschenkels, des hohen Mobilitätsgrades des Kl. und der bei Versorgung mit einem herkömmlichen Schaft nicht zu verhindernden Schweißbildung mit der Gefahr der Prothesenrotation und des Abziehens des Schaftes durch die Schwerkraft handelt es sich bei dem Klimaschaft „Symphonie“ um ein für den Kl. notwendiges Hilfsmittel. Der Nachweis der **Gebrauchsvorteile** der beantragten Schaftversorgung anhand von klinischen Studien ist ebensowenig Voraussetzung für eine Leistungspflicht der Bekl. im Hilfsmittelbereich wie die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kosten für die Versorgung des Kl. mit dem Schaftsystem „Klimaschaft Symphonie“ zu übernehmen.

6. Folgeversorgung mit einer Oberschenkelprothese mit Genium-Kniegelenk

SG München, Gerichtsbescheid v. 21.05.2014 - S 29 KR 610/13

RID 14-04-104

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33

Solange ein **Ausgleich** im Sinne eines **Gleichziehens mit dem Gehvermögen von Gesunden** nicht vollständig erreicht ist, kann die Versorgung mit einer geeigneteren Beinprothese schon aus gesetzessystematischen Überlegungen heraus keinesfalls mit der Begründung abgelehnt werden, dass die GKV nur für die Aufrechterhaltung eines - wie auch immer zu bestimmenden - **Basisgehvermögens** aufzukommen habe.

Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kl. mit einer Oberschenkelprothese mit einem sitzbeinumfanggreifenden Vollkontakt-Haftschaft mit HTV-Siliconinnenschaft, einem Mikroprozessor gesteuerten Kniegelenksystem „Genium-bionic“ und einem Tritonprothesenfuß zu versorgen.

7. Keine neuen Unterschenkelprothesen im einstweiligen Anordnungsverfahren

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 13.08.2014 - L 9 KR 132/14 B ER

RID 14-04-105

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33; SGG § 86b II

Die Versorgung eines Versicherten mit **Unterschenkelprothesen** bedeuten eine endgültige **Vorwegnahme der Hauptsache**, weil sie für die Krankenkasse nicht ohne eine erhebliche Kostenbelastung rückgängig zu machen ist, da Unterschenkelprothesen nicht für andere Versicherte verwendet werden können und ein Schadensersatzanspruch (ca. 28.000 €) regelmäßig nur schwer durchzusetzen wäre. Deshalb sind an das Vorliegen der Voraussetzungen für den Behinderungsausgleich als Voraussetzungen eines Anordnungsanspruchs im einstweiligen Verfahren die gleichen Anforderungen zu stellen wie für einen Anspruch in einem Hauptsacheverfahren.

Bei einer **Folgenabwägung** besteht kein Anspruch auf Versorgung, wenn dem Versicherten ein Paar neue Unterschenkelprothesenschäfte und ein Paar neue Prothesenfüße herkömmlicher Art bewilligt wurden und es ihm bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens zuzumuten ist, von dieser Bewilligung Gebrauch zu machen.

SG Frankfurt (Oder), Beschl. v. 25.03.2014 - S 27 KR 18/14 ER - lehnte den Antrag, die Ag. im Wege einstweiliger Anordnung zu verpflichten, den Ast. vorläufig, bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache, mit zwei Prothesenfüßen „Echelon VT“, einem LimbLogic Unterdrucksystem sowie zwei neuen Unterschenkelprothesenschäften zu versorgen, ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

8. Hörgeräteversorgung

a) Unzumutbarkeit der Erprobung weiterer Hörsysteme

SG Augsburg, Urteil v. 26.05.2014 - S 10 KR 562/12

RID 14-04-106

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I

Ein Versicherter der bereits im Jahr 2008 mehrfach bei unterschiedlichen Leistungserbringern unterschiedliche - eigenanteilsfrei angebotene - Hörgerätesysteme getestet hat, wobei der erzielte Hörgewinn jeweils hinter dem mit dem zuletzt begehrten Hörgerät erreichten Hörgewinn zurückgeblieben ist, kann nicht auf die **Erprobung weiterer Hörsysteme** zumutbar verwiesen werden.

Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kl. mit den Hörgerätesystemen Oticon Agil Pro P zu versorgen.

b) Beweislastrisiko der Krankenkasse für günstigeres Hörgerät (Festbetrag)

LSG Hessen, Urteil v. 24.07.2014 - L 8 KR 352/11

RID 14-04-107

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I

Die **Versorgungsanzeige des Hörgeräteakustikers** beinhaltet einen Leistungsantrag auf bestmögliche Versorgung mit einem Hörgerät. Gewährt die Krankenkasse hierauf den Festbetrag, so lehnt sie damit inzident die Kostenübernahme für eine höherwertige Hörgeräteversorgung ab. Da die Krankenkasse den Antrag prüfen kann, ist der **Beschaffungsweg** eingehalten, wenn der Versicherte das Hörgerät kauft, bevor die Krankenkasse die Kostenübernahme des Differenzbetrages ausdrücklich ablehnt.

Die Krankenkassen wie auch die Rentenversicherungsträger bieten den hörgeschädigten Versicherten keinen Zugang zu **unabhängigen Beratungs- und Begutachtungsstellen**. Damit erhalten die Versicherten keine von Gewinnerwartungen unabhängige Untersuchung und Anpassung der in Betracht kommenden Hörgeräte. Diese Aufgabe wird vielmehr an die Hörgeräteakustiker „outgesourct“. Daher geht es zu Lasten der Krankenkasse, wenn sich **im Gerichtsverfahren nicht**

mehr klären lässt, ob auch ein günstigeres Hörgerät einen möglichst weitgehenden Ausgleich der Funktionsdefizite erzielt hätte. Die Krankenkasse kann sich ferner nicht darauf berufen, dass der Hörgeräteakustiker zu einer eigenanteilsfreien Versorgung verpflichtet ist. Diese vertragliche Verpflichtung betrifft nur das Vertragsverhältnis zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer und hat keine Auswirkungen auf den Hilfsmittelanspruch des Versicherten.

SG Wiesbaden, Urt. v. 10.10.2011 - S 2 KR 133/09 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., dem Kl. 3.715,24 € für die Beschaffung der Hörgeräte zu erstatten.

9. Blindenführhund: Benennung der Führhundeschulen durch Krankenkasse

LSG Hessen, Urteil v. 22.05.2014 - L 8 KR 308/10

RID 14-04-108

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 16/14 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 33 I, 127

Eine Krankenkasse kann einen Versicherten auf die Beschaffung des benötigten **Blindenführhundes** über die von ihr **benannten Führhundeschulen**, mit denen sie einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, verweisen.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 27.08.2010 - S 18 KR 285/09 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

10. System zur kontinuierlichen Messung des Gewebezuckers (Continuous Glucosemonitoring/CGM)

SG Dresden, Urteil v. 18.06.2014 - S 25 KR 783/12

RID 14-04-109

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 33, 135

Eine an einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus erkrankte Versicherte, die seit längerer Zeit mittels einer Insulinpumpe therapeutisch versorgt wird, kann mit einem **Guardian REAL-Time System zur kontinuierlichen Messung des Gewebezuckers (Continuous Glucosemonitoring <CGM>)** laufend über die Glukosewerte informiert werden und bei überhöhten oder zu niedrigen Werten, die ggf. durch eine manuelle Blutzuckermessung zu überprüfen sind, entsprechend reagieren. Zwar wird durch die kontinuierliche Messung der Glukosewerte mit Hilfe der Sensoren nicht direkt auf die Grunderkrankung eingewirkt. Es geht aber dennoch um die Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung, weil der Krankheitsverlauf durch das kontinuierliche Glukosemonitoring positiv beeinflusst werden soll. Insbesondere kann dadurch zu niedrigen oder zu hohen Blutzuckerwerten vorgebeugt oder begegnet werden. In diesem Sinne wird auch ein **therapeutischer Erfolg gefördert**, der bei Diabetikern in der Einstellung möglichst normnaher Blutzuckerwerte besteht (vgl. *LSG Sachsen-Anhalt*, Beschl. v. 29.01.2013 - L 4 KR 89/12 B ER - RID 13-02-93, juris, Rn. 39).

Es handelt sich nicht um eine **neue Untersuchungs- und/oder Behandlungsmethode** i.S.v. § 135 I 1 SGB V. Auch die Tatsache, dass der GBA durch Beschl. v. 24.11.2011 ein entsprechendes Bewertungsverfahren eingeleitet hat, ändert hieran nichts, da der Beschluss des GBA keine feststellende Wirkung dahin hat, dass es sich tatsächlich um eine neuartige Untersuchungs- und Behandlungsmethode handelt.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kl. zukünftig gegen Vorlage einer ärztlichen Verordnung mit Glukosesensoren zzgl. der erforderlichen zugehörigen Hilfsmittel des Herstellers Medtronic zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung zu versorgen u. der Kl. die für die Beschaffung von Glukosesensoren einschließlich der zugehörigen Hilfsmittel entstandenen Kosten in Höhe von 2.605,68 € zu erstatten.

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

Nach BSG, Urt. v. 16.07.2014 - *B 3 KR 2/13 R* - ist das **An- und Ablegen des Gilchristverbandes** morgens und abends im Zusammenhang mit dem An- und Auskleiden sowie der Körperpflege eine Verrichtung der **Grundpflege**. Der Gilchristverbandes bezweckt jedoch die Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung durch Ruhigstellung des verletzten Armes für einen gewissen Zeitraum, womit ihm auch die Funktion einer medizinischen **Krankenpflegemaßnahme** zukommt, die in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen fällt, weil ohne das An- und Ablegen des Gilchristverbandes elementare Grundbedürfnisse nicht befriedigt werden können. Die Nennung dieser Maßnahme in der Liste der Hilfen zur Grundpflege, die der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege beigelegt ist, steht der Einstufung als Maßnahme der

Behandlungssicherungspflege nach § 37 II SGB V nicht entgegen. Mit Einführung des SGB XI im Jahre 1994 sind die Leistungspflichten der Krankenkassen nach dem SGB V unverändert geblieben, also nicht etwa eingeschränkt, sondern durch die Vorschriften des SGB XI nur ergänzt worden.

1. Häusliche Krankenpflege

a) Einrichtung ohne Vergütungsvereinbarung: Zusicherung für Höhe der Vergütung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 29.08.2014 - L 9 KR 269/14 B ER

RID 14-04-110

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 37, 132a; SGB X § 34 I

Mit der Bewilligung der begehrten Behandlungspflege durch die Krankenkasse erwirbt der Versicherte einen öffentlich-rechtlichen Anspruch auf diese Leistung als **Sachleistung** gegen die Krankenkasse. Gibt der Leistungserbringer eindeutig zu erkennen, dass er die Behandlungspflege im Rahmen des SGB V für die Krankenkasse erbringt, dann steht ihm für die Erbringung dieser Leistung gegen den Versicherten kein Vergütungsanspruch (mehr) zu. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers richtet sich ausschließlich gegen die Krankenkasse und muss auch von ihm im Vergütungsstreit vor den Sozialgerichten gegen die Krankenkasse durchgesetzt werden. Begründet die Krankenkasse Leistungsansprüche auf häusliche Krankenpflege durch entsprechende Bewilligungsbescheide in Einrichtungen, mit denen sie **keine Vergütungsvereinbarung** abgeschlossen hat, und spricht sie **Zusicherungen für die Höhe der Vergütung** aus, muss sie diese Vergütung auch zahlen. Diese Rechtsfolge kann sie nur durch den Abschluss von Vergütungsvereinbarungen oder dadurch vermeiden, dass sie die Unterbringung ihrer Versicherten in Einrichtungen, mit denen keine Vergütungsvereinbarungen bestehen, vermeidet.

SG Berlin, Beschl. v. 19.06.2014 - S 73 KR 214/14 ER - wies den Antrag des Ast., ihm im Rahmen häuslicher Krankenpflege Behandlungspflege in Heimen für Wachkomapatienten/Apalliker zu gewähren, ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

b) Vollstationäre Behinderteneinrichtungen

aa) „Geeigneter Ort“: Kein Anspruch auf Behandlungspflege gegen Einrichtungsträger

LSG Bayern, Urteil v. 12.03.2014 - L 4 KR 119/12

RID 14-04-111

Revision anhängig: B 3 KR 16/14 R

juris

SGB V §§ 37, 92 I 2 Nr. 7

Eine **vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen** ist ein **geeigneter Ort** i.S.v. § 37 II SGB V, wenn ein Anspruch des Versicherten auf Behandlungspflege gegen den Einrichtungsträger aufgrund des Wohnstättenvertrags nicht besteht. Insb. die Tatsache, dass der Versicherte nach dem Wohnstättenvertrag zur Mithilfe, also auch Mitwirkung verpflichtet ist, zeigt, dass sich das Gesamtbild grundlegend von dem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder Pflegeheim unterscheidet, bei denen jeweils die medizinische und pflegerische Behandlung im Vordergrund steht und nicht die Stärkung der psychosozialen Fähigkeiten. Der Aufenthalt in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe (ohne Anspruch auf Behandlungspflege) ist daher eher mit dem betreuten Wohnen zu vergleichen.

SG München, Gerichtsbb. v. 15.03.2012 - S 29 KR 222/11 - verurteilte die Bekl., dem Kl. für die Zeit vom 26.09.2010 bis 30.06.2011 häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege) in Form von Blutzuckertests und Insulin-Injektionen jeweils viermal täglich und siebenmal wöchentlich zu leisten. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

bb) Selbstzahlerklausel/Kein Anspruch auf Behandlungspflege

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 21.08.2014 - L 5 KR 232/12

RID 14-04-112

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 37

Sollen dem Versicherten Kosten nur dann privat in Rechnung gestellt werden, wenn sie von dem Sozialleistungsträger nicht übernommen werden, dann dient eine solche **Selbstzahlerklausel** dem

berechtigten wirtschaftlichen Interesse eines nichtärztlichen Leistungserbringers, seine Vergütung auch dann sicherzustellen, wenn die beantragte Sachleistung durch die Sozialleistungsträger abgelehnt wird.

Vollstationäre Behinderteneinrichtungen bzw. Heime können nach dem HeimG in den Anwendungsbereich des §§ 37 II 1 SGB V einbezogen werden, wenn der Versicherte **keinen Anspruch gegen die Einrichtung auf Behandlungspflege** hat.

SG Düsseldorf, Urt. v. 08.03.2012- S 9 KR 512/11 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., den Kl. von den ihm für den Zeitraum vom 01.01.2009 bis 31.03.2009 entstandenen Kosten für die häusliche Krankenpflege i.H.v. 1.892,70 € freizustellen.

c) Behandlungspflege während stationären Krankenhausaufenthaltes (Einstweiliger Rechtsschutz)

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 24.07.2014 - L 1 KR 246/14 B ER

RID 14-04-113

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 11 III, 39; SGG § 86b II

§ 11 III SGB V geht davon aus, dass ein Anspruch jedenfalls auf Leistungen der Pflegeversicherung auch während eines **stationären Krankenhausaufenthaltes** weiter bestehen kann. Eine analoge Anwendung der Vorschrift auf **Leistungen der Behandlungspflege** gemäß § 37 SGB V wird vertreten, weil sich eine gegen Art. 3 I GG verstoßende Regelungslücke ergeben würde, wenn die Fortsetzung der Pflege während des Aufenthalts im Krankenhaus nur dann gesichert werden könnte, sofern sie nach den §§ 65, 66 SGB XII erbracht wird (SG Kiel, Beschl. v. 01.07.2013 - S 10 KR 22/13 ER -, bestätigend LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 02.09.2013 - L 5 KR 144/13 B ER - RID 13-04-85). Unter diesen Voraussetzungen kann es auch nicht auf den Inhalt der Krankenpflegerichtlinien des GBA ankommen, weil diese höherrangiges Gesetzesrecht nicht verdrängen können. Demnach ist jedenfalls offen, ob der Ast. gem. § 37 SGB V einen Anspruch auf Übernahme von besonderen Kosten der Behandlungspflege während seines geplanten stationären Aufenthaltes in der Klinik hat.

Drohen dem Ast. Gefahren für Leib und Leben, wenn er nicht während seines Aufenthaltes in dem Klinikum kontinuierlich von einer Krankenpflegekraft überwacht wird, die bei auftretenden Komplikationen sofort eingreifen kann, so ist eine **Folgenabwägung** zu seinen Gunsten vorzunehmen, soweit das Klinikum mit eigenen Kräften nicht in der Lage ist, die 1:1 Betreuung sicher zu stellen.

SG Potsdam, Beschl. v. 10.07.2014 - S 3 KR 175/14 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* verpflichtete die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung, dem Ast. Leistungen der Behandlungspflege im Umfang von bis zu 12 Stunden täglich zu einem Stundensatz von bis zu 35 € während des am 28.07.2014 beginnenden stationären Krankenhausaufenthaltes in der H Klinik G zu erbringen.

2. Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft und Entbindung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 07.05.2014 - L 5 KR 898/13

RID 14-04-114

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 24h, 38; RVO § 199

Leitsatz: Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft und Entbindung ist nach den Vorschriften über Schwangerschafts- und Mutterschaftshilfe (§ 24c SGB V) zu leisten, wenn eine Erkrankung unmittelbare und wesentliche Folge einer Entbindung ist. Eine Differenzierung zwischen „üblichen Schwangerschaftsfolgen“ und darüber hinausgehenden pathologischen Beschwerden ist zur **Abgrenzung** der Vorschriften über Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft §§ 24c ff. und denen bei Krankheit (hier § 38 SGB V) nicht sinnvoll.

SG Freiburg, Gerichtsbes. v. 24.01.2013 - S 14 KR 3860/11 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. 1.634,04 € zu zahlen.

3. Reha-Maßnahmen

a) Stationäre Rehabilitationsmaßnahme mit dem Ziel einer Gewichtsreduzierung

LSG Thüringen, Urteil v. 01.07.2014 - L 6 KR 1757/11

RID 14-04-115

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 11 II, 40

Ist (derzeit) kein Grund ersichtlich, warum die **Gewichtsreduzierung** und die Verbesserung der mit dem Übergewicht in Zusammenhang stehenden Erkrankungen nicht ausreichend durch **ambulante Krankenbehandlung bzw. ambulante Rehabilitation** gewährleistet werden kann, so ist ein Bedarf für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zur Gewichtsreduzierung nicht gegeben.

SG Altenburg, Urt. v. 05.08.2011 - S 13 KR 4778/08 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Medizinische Notwendigkeit einer Mutter-Kind-Kur/§ 13 IIIa SGB V nur für Antragsverfahren

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 29.07.2014 - L 5 KR 94/14 B ER

RID 14-04-116

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12 I, 13 IIIa 6, 23 IV 1, 24 I 4

Leitsatz: 1. Trotz der Ergänzung des § 24 Abs. 1 SGB V um Satz 4 ab 1.4.2007 gilt weiterhin, dass eine Vorsorgemaßnahme für Mütter und Väter medizinisch notwendig sein muss und dass das mit der Maßnahme angestrebte Vorsorgeziel nicht mit anderen ggf. wirtschaftlicheren und zweckmäßigeren Maßnahmen erreicht werden kann.

2. § 13 Abs. 3a SGB V gilt nur für das Antrags- und nicht für das Widerspruchsverfahren.

SG Schleswig, Beschl. v. 14.05.2014 - S 10 KR 23/14 ER - wies den Antrag ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

c) Folgenabwägung im einstweiligen Anordnungsverfahren

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 03.07.2014 - L 1 KR 208/14 B ER

RID 14-04-117

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 40, 41; SGB VI § 31

Sind die Erfolgchancen im Hauptsacheverfahren offen, so ist nur eine **Folgenabwägung** möglich. Die als Alternativen für ausreichend gehaltenen weiteren ambulanten Behandlungen (pulmologische Behandlung, Ernährungsberatung, Rehasport, Intensivierung von Ergo- und Physiotherapie) blenden aus, dass der Ast., ein schulpflichtiger 13-jähriger Teenager, dem es weder zumutbar ist, werktags die Zeit außerhalb der Schule nur mit der Behandlung seiner Leiden verbringen zu müssen, noch darf sein Schulbesuch über Gebühr leiden, bereits jetzt praktisch täglich Arzt-, Therapie- und Therapiesporttermine hat. Zu berücksichtigen ist auch, dass eine Kurmaßnahme dringend ist und die akute Gefahr besteht, dass sich bei einer Verzögerung der überwiegend wahrscheinlich gebotenen stationären Rehabilitationsmaßnahme der Leidenszustand unnötig chronifiziert, obgleich ein Anspruch wahrscheinlich besteht.

Die einstweilige Anordnung führt **nicht zu vollendeten Tatsachen**. Die Ag. kann die vorläufig aufzuwendenden Mittel, die sich im überschaubaren Rahmen halten, zurückverlangen, soweit rechtskräftig festgestellt werden sollte, dass sie nicht leistungs verpflichtet war und ihr auch kein Erstattungsanspruch gegen die DRV Bund zusteht.

Das *LSG* änderte *SG Neuruppin*, Beschl. v. 19.06.2014 - S 20 KR 207/14 ER - ab und verpflichtete die Ag. im Wege einstweiliger Anordnung, dem Ast. zu 2) eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme ab dem heutigen Tage bis zum 22.07.2014 für sich und die Ast. zu 1) als seiner Mutter/Begleitperson im Kinder-Rehazentrum U vorläufig zu gewähren sowie der Ast. zu 1) für den genannten Zeitraum vorläufig Haushaltshilfe zu gewähren.

4. Fahrkosten

a) Nichtinanspruchnahme der nächst erreichbaren Ärzte

LSG Bayern, Urteil v. 06.03.2014 - L 4 KR 58/12

RID 14-04-118

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 27/14 R
juris

SGB V §§ 60 I, 76 II, 92 I 2 Nr. 12; KrTRL

Ein zwingender Grund für die Nichtinanspruchnahme der **nächst erreichbaren Ärzte** ist unter Umständen dann anzuerkennen, wenn das Vertrauensverhältnis bereits so schwer gestört ist, dass dem Versicherten die Behandlung durch diesen nächst erreichbaren Arzt nicht mehr zugemutet werden kann. Weder der Umstand, dass ein Arzt Dialekt spricht, noch frühere Behandlungen oder das Fehlen besonderer Behandlungsformen stellen solche Gründe dar.

Die Beteiligten streiten um die Erstattung bzw. weitere Übernahme von Fahrtkosten zur ambulanten ärztlichen Behandlung des Kl. seit dem 01.09.2010. *SG Nürnberg*, UrT. v. 10.01.2012 - S 7 KR 40/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Keine Fahrkostenerstattung zur ambulanten Psychotherapie für Selbstfahrerin

SG Dresden, Gerichtsbescheid v. 15.08.2014 - S 18 KR 49/14

RID 14-04-119

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 60

Eine **Erstattung der Kosten für Fahrten** zur ambulanten Psychotherapie ist ausgeschlossen, wenn die Versicherte nicht auf eine Beförderung angewiesen ist, wie sie § 8 II Krankentransport-RL voraussetzt, da sie **selbst fährt**. Befördert werden schon begrifflich passiv nur Patienten, die sich nicht selbständig zum Ort der Behandlung oder zurück begeben können. Allein der Umstand, sich ohne Begleitung aktiv im eigenen PKW fortbewegen zu können, widerlegt die Schwere der krankheits- bzw. behandlungsbedingten Mobilitätseinschränkung, die den notwendigen Bezug zu dem in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Risiko herstellt.

Das *SG* wies die Klage ab.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, UrT. v. 08.10.2014 - *B 3 KR 7/14 R* - greift die **Klagesperre** des § 17c IVb KHG nicht ein, wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung kein **Schlichtungsausschuss existiert**. Der Gesetzgeber darf grundsätzlich die Anrufung der Gerichte von der vorherigen Einschaltung eines Schlichtungsausschusses abhängig machen, das Schlichtungsverfahren muss dann aber tatsächlich durchführbar sein; andernfalls wird den Beteiligten kein effektiver Rechtsschutz zur Verfügung gestellt. Dieser effektive Rechtsschutz ist nicht gewährleistet, wenn das Schlichtungsgremium nicht existiert oder nicht handlungsfähig ist. Die **Beauftragung der Schiedsstellen** nach § 18a I KHG ab dem 01.09.2014 durch Gesetz v. 21.07.2014 (§ 17c IV 8-10 KHG), die die Funktion der Schlichtungsausschüsse übernehmen, solange diese nicht errichtet sind, macht eine zulässig erhobene Klage nicht unzulässig. Die Klagesperre greift zudem erst ein, wenn die Schiedsstelle oder der Schlichtungsausschuss den jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaften und den Verbänden der Krankenkassen **förmlich angezeigt haben**, dass sie „**funktionsfähig errichtet**“ sind und die Aufgaben der Schlichtung übernehmen können. Die Betrauung der Schiedsstellen bedeutet dass sie, wenn sie die Funktion des Schlichtungsausschusses übernehmen, wie dieser **Behörde** im Sinne des Verfahrensrechts sind und durch **Verwaltungsakt** entscheiden. **Klagen** „gegen die Entscheidung des Schlichtungsausschusses nach § 17c IV KHG“ sind gegen diesen Ausschuss zu richten. Nach BSG, UrT. v. 01.07.2014 - *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, wenn das Krankenhaus schon bei Rechnungslegung über ihre Abweichung von der Kodierpraxis hätte informieren müssen, seine **Informationspflicht** es aber erst erfüllte, indem sie die Behandlungsunterlagen dem SG überließ. Das hierauf beruhende Gerichtsgutachten ist verwertbar. Der 13 ½ Monate nach Rechnungslegung geltend gemachte Erstattungsanspruch ist auch nicht verwirkt. Nach BSG, UrT. v. 01.07.2014 - *B 1 KR 47/12 R* - verwirkt der Anspruch eines Krankenhauses gegenüber einer Krankenkasse auf Vergütung für einen stationären Aufenthalt nicht, wenn das Krankenhaus den ungekürzten Betrag, der der Krankenkasse von Anfang an in Rechnung gestellt worden war, erst nach mehr als 1 1/2 Jahren geltend macht. Die **Verwirkung** passt als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährung grundsätzlich nicht. Sie setzt zudem neben der Nichtausübung eines Rechts während eines längeren Zeitraums weitere **besondere Umstände voraus**, an denen es hier fehlt. **Nichtstun**, also bloßes Unterlassen, kann schutzwürdiges Vertrauen allenfalls in Ausnahmefällen begründen und zur Verwirkung führen, wenn der Schuldner dieses als bewusst und planmäßig erachten darf. Hierfür genügt es nicht, dass das Krankenhaus der **Teilzahlung der Krankenkasse nicht widersprochen** hat. Nach BSG, UrT. v. 01.07.2014 - *B 1 KR 48/12 R* - kann eine Krankenkasse die **Herausgabe medizinischer Unterlagen eines Krankenhauses an den MDK** zur Überprüfung der Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung nach § 275 SGB V für eine

vor dem 01.04.2007 stattgefunden stationäre Behandlung verlangen, wenn sie rund vier Jahre nach Rechnungsstellung und -begleichung das Krankenhaus auffordert, Unterlagen zur Verfügung zu stellen. § 275 Ic SGB V, der eine sechswöchige Frist für die Einleitung einer Prüfung normiert, galt im hier betroffenen Zeitraum noch nicht. Der Herausgabeanspruch ist auch nicht verwirkt, da neben dem bloßen Zeitablauf „besonderen Umstände“ fehlen“ die das Geltendmachen des Rechts dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben als illoyal erscheinen lassen. Hiervon ist bei unterlassener Erteilung eines Prüfauftrags innerhalb der kurzen, vierjährigen Verjährungsfrist nicht auszugehen. Nach BSG, Urt. v. 01.07.2014 - **B 1 KR 15/13 R** - stehen **Verstöße** eines zugelassenen Krankenhauses gegen die **Qualitätssicherungs-Richtlinie** zum Bauchaortenaneurysma einem **Vergütungsanspruch** entgegen. Der GBA hat auf gesetzlicher Grundlage rechtmäßig die Befugnis der Krankenhäuser zur stationären Versorgung Versicherter mit **Bauchaortenaneurysma** von der Einhaltung der in seiner Richtlinie geregelten Mindestvoraussetzungen abhängig gemacht, ohne gegen die Berufsausübungsfreiheit zu verstoßen. Nach BSG, Urt. v. 01.07.2014 - **B 1 KR 62/12 R** - hat das Krankenhaus einen **Vergütungsanspruch** gegen die Krankenkasse nur für eine erforderliche, **wirtschaftliche Krankenhausbehandlung**. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt für alle Leistungsbereiche des SGB V. Der Gesetzgeber hat Krankenhäuser mit der **Einführung eines diagnose-orientierten Fallpauschalensystems** nicht von der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots befreit. Behandelt ein Krankenhaus einen Versicherten unwirtschaftlich, hat es lediglich Anspruch auf die Vergütung, die bei **fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten** anfiel. Kommt bei gleicher Eignung neben zwei getrennten Krankenhausaufenthalten auch die Durchführung der notwendigen Diagnostik mittels Linksherzkatheter und Koronarangiographie innerhalb eines einzigen, und sei es auch länger dauernden Behandlungszeitraums in Betracht, muss das Krankenhaus die kostengünstigere Behandlung wählen. Nach BSG, Urt. v. 01.07.2014 - **B 1 KR 1/13 R** - gilt die gesetzliche **Sechs-Wochen-Frist** (§ 275 Ic 2 SGB V) nicht für **ambulante Operationen** oder sonstige stationärsetzende Eingriffe. Der Gesetzgeber hat für diese Leistungen ein **spezielles, eigenes Prüfreime** geregelt (§ 115b SGB V). Ein Anspruch auf (höhere) Vergütung der ambulanten Operation erfordert, dass das Krankenhaus zu den erbrachten Leistungen zugelassen ist, diese dem vertraglichen Leistungskatalog des AOP-Vertrags unterfallen, sie auch im Übrigen sachlich und rechnerisch richtig abgerechnet sowie wirtschaftlich und qualitätsgerecht erbracht sind. Nach BSG, Urt. v. 01.07.2014 - **B 1 KR 29/13 R** - trägt das Krankenhaus für die abgerechneten, höher vergüteten DRG die **objektive Beweislast**. Die gesetzliche **Sechs-Wochen-Frist** (§ 275 Ic 2 SGB V) gilt lediglich für Auffälligkeitsprüfungen. Nach BSG, Urt. v. 01.07.2014 - **B 1 KR 2/13 R** - ist eine **Erstattungsforderung der Krankenkasse nicht verwirkt**, wenn neben dem bloßen Zeitablauf „besondere Umstände“, die das Geltendmachen des Rechts kurz vor Eintritt der Verjährung dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben als illoyal erscheinen lassen, fehlen und es keine Vereinbarung gibt, die die Krankenkasse zur zeitnahen Geltendmachung des Erstattungsanspruchs verpflichtet. Aus dem Umstand, dass die Krankenkasse die Rechnung ohne Erklärung eines Vorbehalts zahlt, ergibt sich nichts anderes. Nach BSG, Urt. v. 18.06.2014 - **B 3 KR 10/13 R** - ist die **Aufwandspauschale** nach § 275 Ic 3 SGB V nur bei unbeanstandet gebliebenen Rechnungen über Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V zu zahlen. Krankenhausbehandlungen auf anderer Rechtsgrundlage werden nicht erfasst. Leistungen im Zusammenhang mit einer stationären **Entbindung** sind keine Krankenhausbehandlung i.S. von § 39 SGB V, weil Schwangerschaft und Mutterschaft grundsätzlich nicht den Begriff der Krankheit erfüllen und die entsprechenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung deshalb auch gesondert geregelt sind. Mangels Regelungslücke ist § 275 Ic 3 SGB V auch nicht entsprechend anwendbar. Nach BSG, Urt. v. 04.03.2014 - **B 1 KR 16/13 R** - handelt es sich bei einer Streitigkeit um einen **AOP-Vertrag** nach § 115b SGB um eine **krankenversicherungsrechtliche Streitigkeit**. Nach BSG, Urt. v. 17.12.2013 - **B 1 KR 71/12 R** - SozR 4-7610 § 204 Nr. 2 (Parallelverfahren: **B 1 KR 59, 60 u. 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** - SozR4-2500 § 109 Nr. 36 - 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** - SozR 4-5562 § 9 Nr. 4 - 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** - SozR 4-2500 § 275 Nr. 15 - 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 scheidet 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** - SozR 4-2500 § 275 Nr. 16 - schließt sich der 3. Senat der Rspr. des 1. Senats zur **Aufwandspauschale** an, wonach ein Krankenhaus von

der Krankenkasse die Aufwandspauschale nach § 1c 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 I c SGB V zu statuieren. Nach BSG, Urt. v. 28.11.2013 - **B 3 KR 33/12 R** - SozR 4-5562 § 9 Nr. 5 - 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** - SozR 4-2500 § 69 Nr. 9 - zählen **interkurrente Behandlungen** (hier: ambulante Vorstellungen einschließlich Arzneimittelverordnungen) während eines **stationären Krankenhausaufenthalts** zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 II KHEntG 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 Aufwendungskondition als begründet. Die im Sozialrecht speziell geregelten Leistungsbeziehungen schließen diese aus.

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Fallenlassen von Einwendungen

LSG Hamburg, Urteil v. 17.07.2014 - L 1 KR 105/13

RID 14-04-120

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 113

Werden fristgerecht geltend gemachte **Einwendungen** wieder **fallen gelassen**, dann ist die erneute Beauftragung des MDK und die folgende Rückforderung als eine neue Beanstandung zu verstehen; wird sie nicht innerhalb der Beanstandungsfrist des Vertrages geltend gemacht, ist sie nicht berücksichtigungsfähig. Es obliegt der Krankenkasse, ausreichend deutlich zu machen, dass die Zahlung unter Aufrechterhaltung der Beanstandung erfolgt, da sie sich anspruchsbegründend auf diesen Umstand stützt. Unklarheiten gehen daher zu ihren Lasten.

Die kl. Krankenkasse begehrt die teilweise Rückzahlung einer im Jahre 2005 gezahlten Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung. **SG Hamburg**, Urt. v. 27.03.2013 - S 37 KR 1111/09 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Fehlende Kassenmitgliedschaft des Patienten/Kassenwahlrecht

SG Wiesbaden, Urteil v. 21.05.2014 - S 18 KR 170/11

RID 14-04-121

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 8 KR 237/14
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 5, 9, 39, 109 IV 3, 173 I, 174 V, 175; BGB § 667

Konstitutive Voraussetzung für die **Mitgliedschaft** eines Versicherungspflichtigen in einer gesetzlichen Krankenkasse ist die Ausübung des Wahlrechts durch die Versicherten nach den §§ 173 ff. SGB V. Die Wahlrechtserklärung nach § 175 I 1 SGB V ist eine einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung, die von dem Versicherungspflichtigen gegenüber der ausgewählten Krankenkasse auszuüben ist. Fehlt eine entsprechende Erklärung gegenüber der Krankenkasse, dann muss diese für die Behandlung der Patientin nicht aufkommen. Der **Krankenhausträger** kann das **Wahlrecht** nicht für die Patientin ausüben.

Das **SG** wies die Klage ab.

c) Aufrechnung und Leistungszeitbestimmung/Diagnose M96.6

SG Augsburg, v. 30.07.2013 - S 6 KR 449/11

RID 14-04-122

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 5 KR 344/13 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 69 S. 3; BGB § 271

Leitsatz: Einer von der Krankenkasse durchgeführten **Aufrechnung** einer Rechnung eines Krankenhauses für den stationären Aufenthalt des Versicherten im Jahr 2010 steht § 12 Abs. 2 der **Pflegesatzvereinbarung** 2010 entgegen.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.554,28 € nebst Zinsen zu zahlen. Die Widerklage wies es ab.

2. Fallpauschalen

a) Belegabteilung und Hauptabteilung/Analogieverbot

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.07.2014 - L 9 KR 174/11

RID 14-04-123

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 109; KHEntG § 8; KHG §§ 6, 18; FPV §§ 1, 3

Leitsatz: 1. Zur **Verlegung und Verbringung** innerhalb desselben Krankenhauses.

2. Ob ein Krankenhaus ein **medizinisches Fachgebiet** nach dem Landeskrankenhausplan im Rahmen einer Haupt- oder einer Belegabteilung zu betreuen hat, hat weitreichende Auswirkungen auf die Vergütung, die Haftung und das vorzuhaltende Personal.

3. Ein Krankenhaus darf in einem medizinischen Fachgebiet, für das ihm nach dem Landeskrankenhausplan **nur Belegbetten** zugewiesen sind, keine **Hauptabteilung** führen. Leistungen dieses medizinischen Fachgebiets, die gleichwohl in einer entsprechenden Hauptabteilung erbracht wurden, sind nicht vergütungsfähig.

4. Die Annahme eines **Sonderfalls** rechtfertigt nicht die (analoge) Anwendung von krankenhausrechtlichen Vergütungsbestimmungen, die ihrem Wortlaut nach andere Fallkonstellationen erfassen.

SG Neuruppin, Ur. v. 26.04.2011 - S 9 KR 139/06 - wies die auf Zahlung von 1.140,91 € nebst Zinsen gerichtete Klage ab, das *LSG* wies die Berufung zurück.

b) Hauptdiagnose und Abgrenzung zu Diagnose R04.0 (Blutung aus der Nase)

LSG Hessen, Urteil v. 21.08.2014 - L 8 KR 128/13

RID 14-04-124

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Nach der DKR ist eine **Hauptdiagnose** festzulegen, „die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts des Patienten verantwortlich ist“ (DKR D002f). Ziel ist es also, eine Hauptdiagnose zu stellen, welche die dem Krankenhausaufenthalt zugrunde liegende Krankheit am genauesten beschreibt. Bei einer mit **Marcumar als Dauertherapie** behandelten Patientin ist daher die Diagnose **D68.3 (hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper)** erfüllt, auch wenn der Wortlaut der Diagnose **R04.0 (Blutung aus der Nase)** ebf. erfüllt wird. Die Diagnose R04.0 ist nur dann als Hauptdiagnose einzugeben, wenn bei Patienten ein Nasenbluten vorliegt, für das keine genauere Diagnose gestellt werden kann.

SG Wiesbaden, Ur. v. 24.04.2013 - S 18 KR 145/10 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 878,89 € nebst Zinsen; das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück..

c) Multimodale Schmerztherapie: Unzureichende Anwesenheit des Schmerztherapeuten

SG Augsburg, Urteil v. 23.09.2014 - S 6 KR 529/12

RID 14-04-125

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Der OPS-Kode 8-918 „**multimodale Schmerztherapie**“ verlangt eine siebentägige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen nach Behandlungsplan mit ärztlicher Behandlungsleitung. Die Anwendung dieses Kodes setzt weiter voraus die **Zusatzbezeichnung „spezielle Schmerztherapie“** bei der/dem Verantwortlichen. Verfügt der behandelnde Facharzt für Anästhesie über die erforderliche Zusatzbezeichnung „spezielle Schmerztherapie“, ist er aber nicht in dem erforderlichen Zeitumfang **im Krankenhaus anwesend**, um eine Behandlungsleitung entsprechend BSG, Urt. v. 18.07.2013 - B 3 KR 7/12 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 30 zu übernehmen, dann sind die Strukturvoraussetzungen des OPS 8-918 nicht erfüllt.

Das SG wies die Klage ab.

3. Neue Behandlungsmethode: Kathetergeführte Aortenklappenimplantation (TAVI)

SG Aachen, Urteil v. 28.10.2014 - S 13 KR 145/14

RID 14-04-126

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 12 I, 39 I, 70 I, 109 IV, 137c

Bei der **kathetergeführten Aortenklappenimplantation (TAVI/Transcatheter Aortic Valve Implantation)** handelt es sich um eine **neue Behandlungsmethode**, die – mangels Bewertung durch den GBA – noch keinen Eingang in den Regelleistungskatalog der GKV gefunden hat. Die TAVI genügt aber dem **Qualitätsgebot** des § 2 I 3 SGB V, wonach Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben.

Der Beklagten ist zuzugeben, dass im Fall der Versicherten – medizinisch vertretbar – sowohl die konventionelle AKE-Operation als auch die TAVI als Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung gestanden haben. Bei **Abwägung der Kosten**, die bei der TAVI angefallen sind und die bei einer konventionellen Operation voraussichtlich angefallen wären, stellt sich die TAVI nicht als unwirtschaftlich dar.

Das SG verurteilte die Bekl., der Kl. 19.016,18 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

4. Ambulantes Operieren

a) Nach vorstationärer Behandlung (Abklärungsuntersuchung)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 29.07.2014 - L 4 KR 409/11

RID 14-04-127

Revision anhängig: B 1 KR 30/14 R

juris

SGB V §§12 I, 87 I, 115a, 115b I

Ein Vergütungsanspruch für eine **vorstationäre Leistung** (Abklärungsuntersuchung) ist ausgeschlossen, wenn anschließend kein stationärer Aufenthalt sondern eine **ambulante Operation** erfolgt, was aus § 4 der Gemeinsamen Empfehlung i.V.m. § 115b I SGB V i.V.m. §§ 7 und 4 ff. AOP-Vertrag sowie aus dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot (s. etwa § 12 SGB V) folgt.

SG Hannover, Urt. v. 05.08.2011 - S 39 KN 73/09 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß zur Zahlung von 133,96 € an die Kl., das **LSG** wies die Klage ab.

b) Augenärztliche Grundpauschale Nr. 06212 EBM

SG Stuttgart, Urteil v. 10.07.2014 - S 11 KR 5778/12

RID 14-04-128

juris
SGB V §§ 115b, 275 I c 2

Ein Krankenhaus ist nicht berechtigt, für die Behandlung von Versicherten die **augenärztliche Grundpauschale** nach Nr. 06212 EBM in Rechnung zu stellen, wenn die **Konsultationspauschale** nach Nr. 01436 EBM berechnet werden kann. Die Konsultationspauschale deckt alle Behandlungsleistungen eines Behandlungsfalles ab, auf welche sich die jeweilige Überweisung erstreckt, unabhängig von der Zahl der damit verbundenen Arzt-Patienten-Kontakte; letzteres folgt aus der Formulierung „ggf. in mehreren Sitzungen“. Zum Leistungsinhalt einer ambulanten Operation zählen alle in Nr. 5 der Präambel zu Abschnitt 31.2 genannten Leistungen; ebenso die zur Erfüllung der Anforderungen der Nr. 4 der genannten Präambel erforderlichen Leistungen. Ob diese Leistungen am Operationstag oder im Rahmen einer separaten Voruntersuchung erbracht werden, ist unerheblich. Nur wenn eine Diagnostik oder Behandlung durchgeführt wird, die keiner der Definitionen unter den Spiegelstrichen zwei bis fünf der Konsultationspauschale 01436 zuzuordnen ist, kann zusätzlich die arztgruppenspezifische Grundpauschale abgerechnet werden. Hierzu bedarf es dann mindestens eines zusätzlichen Arzt-Patienten-Kontaktes, was wiederum dem obligaten Leistungsinhalt der jeweiligen Grundpauschalen entspricht. Dies wird insbesondere dann der Fall sein, wenn sich ein von dem Grund der Überweisung unabhängiger Behandlungsanlass ergibt.

Die Auffassung, erfolge im Vorfeld der Narkose bzw. der Operation ein **Aufklärungsgespräch** bzw. eine Untersuchung durch Anästhesist und Operateur, könne die Grundpauschale und für die Operation oder Narkose sowie für den ggf. erforderlichen postoperativen Arzt-Patienten-Kontakt könne dann die Konsultationspauschale berechnet werden, findet im Text der Nr. 01436 keine Stütze.

Das SG wies die Klage ab.

5. Aufwandspauschale

a) Nur eine Aufwandspauschale/Fehlerhafte Abrechnung des Krankenhauses

SG Speyer, Urteil v. 18.06.2014 - S 19 KR 229/12

RID 14-04-129

juris
SGB V § 275 I Nr. 1, I c 3

Leitsatz: 1. Gegenstand der Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 1c SGB V ist die konkrete Abrechnung eines Behandlungsfalles, für den mit der Abrechnung eine Vergütung gefordert wird. Im Rahmen dieser Prüfung fällt **nur eine Aufwandspauschale** an, selbst wenn der MDK mehrfach mit dem Abrechnungsfall befasst wird.

2. Der Anspruch auf die Aufwandspauschale wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass die Prüfung durch eine **fehlerhafte Abrechnung des Krankenhauses** veranlasst worden sein könnte (Anschluss an SG Mainz, Urteil vom 14.06.2013 - S 17 KR 58/12 - RID 14-04-129, juris; entgegen BSG, Urteil vom 22.06.2010 - B 1 KR 1/10 R - juris Rn. 19; BSG Urteil vom 17.12.2013 - B 1 KR 14/13 R -, juris Rn. 12).

Das SG verurteilte die Bekl., der Kl. 300 € zuzüglich Zinsen zu zahlen.

b) Anlass zu Einleitung der MDK-Prüfung unerheblich/Kausalität/Verzugszinsen

SG Mainz, Urteil v. 19.09.2014 - S 3 KR 35/14

RID 14-04-130

Berufung zugelassen

juris
SGB V §§ 69 I 3, 275 I c 3; BGB § 288 I

Leitsatz: 1. Der Anspruch auf die **Aufwandspauschale** nach § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V entsteht unabhängig davon, ob die Krankenkasse durch eine fehlerhafte Abrechnung oder unzureichende bzw. fehlerhafte Angaben **Anlass** zu Einleitung der MDK-Prüfung gehabt hat (Anschluss an SG Mainz, Urteil vom 14.06.2013 - S 17 KR 58/12 - RID 13-03-167; **entgegen BSG**, Urteil vom 22.06.2010 - B 1 KR 1/10 R). Der Anspruch ist insbesondere auch dann nicht ausgeschlossen, wenn die MDK-

Prüfung durch einen **unzureichenden Kurzbericht des Krankenhauses** veranlasst wurde (entgegen SG Berlin, Urteil vom 11.01.2012 - S 36 KR 1882/11 - RID 12-01-178).

2. Bei einer **Minderung des Abrechnungsbetrags** entfällt der Anspruch auf Aufwandspauschale nur, wenn die Minderung **kausal** auf die **MDK-Prüfung** zurückzuführen ist (vgl. SG Stralsund, Urteil vom 25.11.2011 - S 3 KR 104/09 - RID 12-04-116).

3. Der Anspruch auf Aufwandspauschale ist während des **Verzugs** nach § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. § 288 Abs. 1 BGB in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu **verzinsen**. Der Anspruch ist nicht auf Prozesszinsen beschränkt (**entgegen BSG**, Urteil vom 28.11.2013 - B 3 KR 4/13 R). Der erhöhte Zinssatz nach § 288 Abs. 2 BGB ist nicht anzuwenden (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 06.08.2009 - L 5 KR 149/08 - RID 09-04-135; entgegen LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19.05.2009 - L 11 KR 5231/08 - RID 09-03-144; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 13.02.2014 - L 5 KR 530/12 - RID 14-02-182). Eine entsprechende Anwendung **landesvertraglicher Regelungen** zu Zinsansprüchen bei Vergütungsforderungen kommt nicht in Betracht (**entgegen BSG**, Urteil vom 19.09.2013 - B 3 KR 5/13 R; LSG Hamburg, Urteil vom 21.11.2013 - L 1 KR 28/13 - RID 14-02-181).

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

6. Schlichtungsverfahren

a) Keine Aussetzung des Klageverfahrens bei Leistungsklage und fehlendem Schlichtungsausschuss

SG Ulm, Urteil v. 09.07.2014 - S 8 KR 4113/13

RID 14-04-131

Sprungrevision anhängig: B 3 KR 15/14 R

juris

KHG § 17c IV, IVb3

§ 17c IVb 3 KHG, wonach bei einem der Wert der Forderung bis zu 2.000 € vor der Klageerhebung ein **Schlichtungsverfahren** durchzuführen ist, ist auch auf **Ansprüche** anwendbar, die **vor dem 01.08.2013 entstanden** sind. Die Norm ist auch auf Konstellationen anzuwenden, in denen nicht die vom Krankenhaus eingeklagte Hauptforderung, sondern die **Gegenforderung**, mit welcher die Krankenkasse aufgerechnet hat, strittig ist. Das Grundrecht auf effektiven Rechtsschutz aus Art. 19 IV GG steht diesem Ergebnis nicht entgegen.

Das Grundrecht auf effektiven Rechtsschutz aus Art. IV GG wird auch dann nicht verletzt, wenn das **obligatorische Schlichtungsverfahren nicht durchgeführt** werden kann, weil ein arbeitsfähiger Schlichtungsausschuss nach § 17 c IV und IVb 3 KHG noch nicht existiert.

Das Gerichtsverfahren ist auch nicht in analoger Anwendung von § 114 II SGG **auszusetzen**, um den Beteiligten Gelegenheit zu geben, bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung das Schlichtungsverfahren zur Nachholung der Sachurteilsvoraussetzungen durchzuführen.

Das SG wies die Klage als unzulässig ab.

Inzwischen liegt eine Entscheidung des 3. Senats des BSG vor. Nach **BSG**, Urt. v. 08.10.2014 - B 3 KR 7/14 R - greift die Klagesperre des § 17c IVb KHG nicht ein, wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung kein Schlichtungsausschuss existiert.

b) Kein Schlichtungsverfahren bei unstreitiger Forderung trotz streitiger Aufrechnung

SG Mainz, Urteil v. 19.09.2014 - S 3 KR 367/12

RID 14-04-132

juris

SGB V §§ 39, 109; KHG § 17c

Leitsatz: 1. Wenn der Krankenhausträger eine verrechnete, als solche unstreitige Forderung im Klagewege geltend macht, bedarf es keiner Durchführung eines **Schlichtungsverfahrens** nach § 17c Abs. 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), auch wenn die beklagte Krankenkasse mit einer streitigen Erstattungsforderung **aufrechnet**, welche auf einer Abrechnungsprüfung durch den MDK beruht (Anschluss an SG Mainz, Urteil vom 04.06.2014 - S 3 KR 645/13 - RID 14-03-115, juris Rn. 16 ff.; entgegen SG Gelsenkirchen, Urteil vom 04.03.2014 - S 41 KR 419/13 - RID 14-02-169, juris Rn. 25; SG Ulm, Urteil vom 09.07.2014 - S 8 KR 4113/13 - RID 14-04-100).

2. Wenn die Krankenkasse sich gegenüber dem Versicherten wirksam verpflichtet hat, eine stationäre Behandlungsleistung nach § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V zu erbringen, ist sie gegenüber dem zugelassenen

Leistungserbringer auch zur Vergütung der auf dieser Grundlage erbrachten Leistung dem Grunde nach verpflichtet. Nach **Bewilligung der stationären Leistung gegenüber dem Versicherten** kann sich die Beklagte gegenüber dem Krankenhaus nicht mehr auf die fehlende Notwendigkeit der stationären Behandlung im Sinne einer primären Fehlbelegung berufen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 906,94 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Nordrhein-Westfalen: Vorhandener Schlichtungsausschuss ist zuständig

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 21.08.2014 - S 17 KR 55/14

RID 14-04-133

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275 I; KHG § 17c IVb 3

Eine Übergangsregelung für „**Altfälle**“ hat der Gesetzgeber nicht vorgesehen. Die Regelung des § 17c IVb 3 KHG umfasst auch Klagen, in denen die Vergütung für eine Behandlung im Streit steht, die vor dem 01.08.2013 begonnen hat (SG Karlsruhe, Urt. v. 24.02.2014 - S 5 KR 4463/13 - RID 14-02-168; SG Gelsenkirchen, Urt. v. 04.03.2014 - S 41 KR 419/13 - RID 14-04-133).

In **Nordrhein-Westfalen** existiert bereits seit dem Jahre 2004 ein **Schlichtungsausschuss**. Die Krankenhäuser als auch die Krankenkassen haben es in der Hand, den Schlichtungsausschuss, der für das Verfahren benötigt wird, arbeitsfähig zu machen. Es würde indes gegen Treu und Glauben verstoßen, wenn genau diese Beteiligte durch eine lange Verzögerung es in der Hand hätten, durch faktisches Nichtstun in Bezug auf die Organisation eines Schlichtungsausschusses, das Schlichtungsverfahren zu unterlaufen.

Das *SG* wies die Klage als unzulässig ab.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 28.11.2013 - **B 3 KR 24/12 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 Auskunft- 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. Apotheken

a) Belieferung mit Zytostatika

aa) Apothekenwahlrecht gilt auch bei Zytostatikvereinbarung („Exklusivvertrag“)

SG Marburg, Urteil v. 10.09.2014 - S 6 KR 84/14

RID 14-04-134

Sprungrevision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 31 I 5, 129, 130; ApoG § 11; ApoBetrO §§ 7, 20, 35

Leitsatz: 1. Ein **Vertrag** nach § 129 Abs. 5 S. 3 SGB V zwischen einer Krankenkasse und einer Apotheke ersetzt nicht den nach § 129 Abs. 2 SGB V geschlossenen **Rahmenvertrag**, sondern ergänzt diesen nur.

2. Ein Vertrag nach § 129 Abs. 5 S. 3 SGB V **bindet** weder den Vertragsarzt, noch den Patienten noch einen dritten Apotheker.

3. Das **Apothekenwahlrecht des Patienten** besteht auch unter dem Regime eines Vertrages nach § 129 Abs. 5 S. 3 SGB V fort.

4. Der Versicherte kann sein Apothekenwahlrecht durch Abgabe einer entsprechenden **Formularerklärung** gegenüber dem Apotheker und/oder gegenüber dem Vertragsarzt dokumentieren.

5. Eine **Selbstbeschaffung des Zytostatikums** durch die Übergabe einer entsprechenden Verordnung an den Apotheker ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass eine **Direktbelieferung des Vertragsarztes** durch den Apotheker erfolgt.

Die Beteiligten streiten über eine Vergütung für die Herstellung und Abgabe von Zytostatikazubereitungen durch den kl. Apotheker trotz Abschluss eines Vertrages nach § 129 V 3 SGB V durch die bekl. Krankenkasse mit einem anderen Leistungserbringer. Das *SG* stellte fest, dass der Kl. während der Laufzeit des von der

Beklagten gem. § 129 V 3 SGB V abgeschlossenen und mit Wirkung zum 01.12.2013 in Kraft getretenen Vertrages über die Versorgung mit in Apotheken hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten nicht von der Versorgung jener Versicherten der Bekl. ausgeschlossen war, die in der Apotheke des Kl. eine von in A-Stadt (Gebietslos Nr. 6 für die Vergabe des genannten Vertrages) ansässigen Ärzten ausgestellte vertragsärztliche Verordnung über vertragsgegenständliche Arzneimittel vorlegen oder durch eine von ihnen schriftlich bevollmächtigte Person vorlegen lassen und gegenüber dem Kl. mittels einer in seiner Apotheke abgegebenen schriftlichen Erklärung nachfolgenden oder vergleichbaren Inhalts mitteilen, dass sie sich für eine Versorgung durch seine Apotheke entschieden haben. Ferner verurteilte es die Bekl., an den Kl. Verzugszinsen und für den Leistungsmonat April 2014 eine Restvergütung in Höhe von 1.732,04 € zu zahlen, im Übrigen wies es die Klage ab.

bb) Apothekenwahlrecht und Vergütungsanspruch der Apotheke der Wahl

SG Darmstadt, Urteil v. 29.08.2014 - S 13 KR 344/14

RID 14-04-135

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 31 I 5, 129, 130; ApoG § 11; ApoBetrO §§ 7, 20, 35

Krankenversicherte Patienten haben ein **Apothekenwahlrecht** gem. § 31 I 5 SGB, das durch einen zwischen der Krankenkasse und einer Apotheke abgeschlossenen Vertrag gem. § 129 V 3 SGB V nicht beschnitten werden kann; ein solcher Vertrag kann auch nicht den **Vergütungsanspruch der Apotheke der Wahl** ausschließen. Wenn daher das Apothekenwahlrecht ausnahmsweise nicht gelten soll, bedürfte dies einer besonderen Begründung, wobei insoweit die Grundrechte der Versicherten und der Apotheken zu beachten wären. Aus dem Wortlaut des § 31 SGB V können Einschränkungen des Apothekenwahlrechts nicht abgeleitet werden.

Das Apothekenwahlrecht wird auch nicht durch § 11 Abs. 2 ApoG ausgeschlossen. Die Regelung betrifft allein das Verhältnis zwischen Arzt und Apotheker. § 11 Abs. 1 ApoG verbietet Rechtsgeschäfte, Absprachen und Zuführung von Patienten zwischen Arzt und Apotheker. Als Ausnahme hiervon ist mit Wirkung v. 28.08.2002 Abs. 2 eingeführt worden, wonach der Apotheker Zytostatikazubereitungen unmittelbar an den anwendenden Arzt abgeben „darf“.

Auch aus der Regelung des § 129 V 3 SGB V folgt nicht der Ausschluss des Apothekenwahlrechts der Versicherten. Danach kann die Versorgung mit in Apotheken hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten von der Krankenkasse durch Verträge mit Apotheken sichergestellt werden; dabei können Abschläge auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers und die Preise und Preisspannen der Apotheken vereinbart werden.

Das SG stellte fest, dass die Bekl. gegen die Kl. wegen der im Dezember 2013 gelieferten und abgerechneten parenteralen, onkologischen Zubereitungen in Höhe von 70.502,35 € keinen Anspruch auf Rückzahlung des vorläufig zur Auszahlung gebrachten Betrags hat.

cc) Abgabe der Rezeptur aufgrund Anforderungsscheins der Krankenhaus-Apotheke

LSG Hessen, Urteil v. 15.05.2014 - L 1 KR 372/11

RID 14-04-136

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 129; BGB § 433 II

Die Abgabe eines Arzneimittels erfolgt grundsätzlich in den Räumen der Apotheke (s. § 17 Ia ApoBetrO). Für Zytostatika sieht § 11 II ApoG vor, dass eine öffentliche Apotheke diese unmittelbar an den anwendenden Arzt abgeben kann. Die Bestimmung betrifft nach ihrem Wortlaut ausschließlich **anwendungsfertige Zytostatika**, die in der öffentlichen Apotheke im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebs hergestellt worden sind. In der Praxis tritt außerdem die Situation auf, dass eine öffentliche Apotheke diese Zytostatika nicht selbst herstellt, sondern ihrerseits **eine andere Apotheke** – entweder eine öffentliche oder eine Krankenhausapotheke – **mit der Herstellung beauftragt**. Von den für die Apothekenaufsicht zuständigen Regierungspräsidien wird – wie hier – darüber hinaus auch toleriert, dass die „abgebende“ öffentliche Apotheke tatsächlich das Arzneimittel gar nicht abgibt, sondern die **herstellende Apotheke auch mit dem direkten Transport des Zytostatikums an den anwendenden Arzt beauftragt**. Die Krankenkassen akzeptieren diese apothekenrechtliche Abgabep Praxis, wenn entsprechende Tolerierungen der zuständigen Regierungspräsidien bestehen.

Angesichts des klaren apothekenrechtlichen Regulierungsregimes, das die Belieferung ambulanter Chemotherapiepraxen den öffentlichen Apotheken vorbehalten, bestehen zwar Zweifel, ob diese Praxis die gesetzlichen Vergütungsanforderungen des § 129 SGB V erfüllt. Dies kann hier aber dahingestellt bleiben.

Liegt der Apotheke zum Zeitpunkt der Herstellung und Lieferung des Zytostatikums keine **Verordnung** entsprechend dem Hessischen Arzneiliefervertrag vor, sondern nur der **Anforderungsschein**, so scheidet ein Vergütungsanspruch daran, dass diese Abgabe nicht aufgrund einer ordnungsgemäß ausgestellten ärztlichen Verordnung i.S.d. § 3 Hessischer Arzneiliefervertrag erfolgt. Die Versendung des Anforderungsscheins mag seine Berechtigung haben, kann allerdings die ärztliche Verordnung allenfalls ergänzen, nicht ersetzen.

SG Darmstadt, Urt. v. 07.11.2011 - S 18 KR 274/10 - RID 12-01-181 verurteilte die Krankenkasse, an die Kl. einen Betrag von 14.832,66 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies auf Berufung der Bekl. die Klage ab.

b) Vergütungsanspruch setzt Vorlage der Verordnungsblätter voraus

SG Köln, Urteil v. 30.09.2014 - S 23 KR 1221/13

RID 14-04-137

juris

SGB V §§ 129, 300; ALV § 2 I

Ist nach dem Liefervertrag die **Vorlage der Verordnung** bzw. zumindest die Vorlage eines entsprechenden Images bei der Krankenkasse die zwingende Voraussetzung für die Durchführung der Abrechnung bzw. für einen Zahlungsanspruch des Apothekers gegenüber der Krankenkasse, dann besteht kein Zahlungsanspruch, wenn die Verordnungsblätter nicht vorgelegt werden können, auch wenn sie durch einen Brand vernichtet wurden.

Streitig ist die Feststellung einer Erstattungspflicht für Arzneimittelkosten bzw. hilfsweise Erstattung von Arzneimittelkosten i.H.v. 4.908,82 € durch die bekl. Krankenkasse an die Kl. als gemischte Kompositversicherer. Sie unterhielt im Jahr 2009 einen Feuerversicherungsvertrag, über den der Apotheker und die AvP Service AG versichert waren. Nach einem Einbruchsdiebstahl am 19./20.09.2009 legten die unbekanntes Täter anschließend ein Feuer in der Apotheke, das zu deren Zerstörung führte. Hierbei verbrannten insb. auch 1.791 Krankenkassenrezepte aus dem Tätigkeitszeitraum des Apothekers vom 01. bis zum 19.09.2009, welche sich in einem Schubladenschrank innerhalb der Apotheke befanden. Im Juni 2012 informierte die AvP als Abrechnungsdienstleister des Apothekers die Bekl. über diesen Brandschaden. Die Bekl. lehnte es ab, für die Arzneimittel aufzukommen. Das *SG* wies die Klage ab.

c) Keine weitere Vergütung der Apotheker für im Jahre 2009 abgegebene Arzneimittel

SG Aachen, Urteil v. 19.08.2014 - S 13 KR 396/13

RID 14-04-138

Sprungrevision anhängig: B 3 KR 17/14 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 129, 130

Die Zahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen **Apothekenrabatt** in Höhe von 2,30 € pro Packung und dem von der Schiedsstelle festgesetzten Betrags in Höhe von 1,75 € nach Ablauf der Zehn-Tages-Frist führte nicht zum Entfallen des gesamten Apothekenrabatts im Jahr 2009. Bei den entsprechenden Forderungsaufstellungen der Rechenzentren handelte es sich nicht um eine Vergütungsrechnung i.S.v. § 130 III 1 SGB V.

Die Krankenkassen bezahlten im Jahre 2009 die Rechnungen der kl. Apotheker innerhalb der Zehn-Tages-Frist und behielten deshalb den damals geltenden Rabatt in Höhe von 2,30 € je verschreibungspflichtigem Arzneimittel ein, da erst nach Scheitern der Verhandlungen mit Schiedsstellenentscheidung vom 21.12.2009 der Rabatt auf 1,75 € angepasst wurde. LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 11.05.2010 - L 1 KR 51/10 B ER - RID 10-03-144 ordnete die sofortige Vollziehung der Entscheidung der Schiedsstelle an. Daraufhin stellten die Rechenzentren der Apotheker noch im Mai 2010 den Krankenkassen in Sammelrechnungen für die im Jahre 2009 abgegebenen Arzneimittelpackungen die Differenz (0,55 € je abgegebener Packung) in Rechnung. Die Krankenkassen beglichen die Nachforderung. Weil die Zahlungen aber nicht innerhalb von zehn Tagen nach Eingang der Sammelrechnungen erfolgten, waren die Apotheker der Auffassung, dass nunmehr überhaupt kein Apothekenrabatt für die in 2009 abgegebenen Arzneimittel angefallen sei. Im Dezember 2013 erhoben deshalb Hunderte von Apothekern Klage auf Nachzahlung auch der 1,75 € je Packung. Die Nachforderung allein in den acht verhandelten Fällen beläuft sich für 72.111 Packungen auf 126.194,25 €. Das *SG* wies die Klagen ab.

Parallelverfahren:

- SG Aachen, Urteil v. 19.08.2014 - S 13 KR 401/13** RID 14-04-139
Sprungrevision anhängig: B 3 KR 38/14 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
- SG Aachen, Urteil v. 19.08.2014 - S 13 KR 398/13** RID 14-04-140
Sprungrevision anhängig: B 3 KR 18/14 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
- SG Aachen, Urteil v. 19.08.2014 - S 13 KR 393/13** RID 14-04-141
Sprungrevision anhängig: B 1 KR 34/14
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
- SG Aachen, Urteil v. 19.08.2014 - S 13 KR 391/13** RID 14-04-142
Sprungrevision anhängig: B 1 KR 33/14
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
- SG Aachen, Urteil v. 19.08.2014 - S 13 KR 389/13** RID 14-04-143
Sprungrevision anhängig: B 1 KR 32/14
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
- SG Aachen, Urteil v. 19.08.2014 - S 13 KR 385/13** RID 14-04-144
Sprungrevision anhängig: B 3 KR 40/14 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
- SG Aachen, Urteil v. 19.08.2014 - S 13 KR 404/13** RID 14-04-145
Sprungrevision anhängig: B 3 KR 39/14 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

2. Arzneimittelherstellern/-importeure: Meldung eines Rabattvertrages in den IFA-Datenbanken

- SG für das Saarland, Urteil v. 18.07.2014 - S 1 KR 343/11** RID 14-04-146
juris
SGB V §§ 12 I, 129, 130a VIII

Leitsatz: 1. Die Krankenkassen sind berechtigt, auch im Verhältnis zwischen Importarzneimitteln und ihren Bezugsarzneimitteln das Vorhandensein eines **Rabattvertrages** in den IFA-Datenbanken und damit auch in der sogenannten „**Lauer-Taxe**“ zu melden.

2. Auch im genannten Verhältnis gilt bei der **Abgabe durch den Apotheker** grundsätzlich der Vorrang von Arzneimitteln, für die eine Rabattvereinbarung besteht.

3. Dies gilt auch dann, wenn **billigere Importarzneimitteln** auf dem Markt vorhanden sind.

4. Die entsprechende gesetzliche Regelung des § 129 Abs. 1 S. 7 SGB V verstößt weder gegen das **Wirtschaftlichkeitsgebot** noch gegen **Europarecht**.

5. **Arzneimittelimporteure** können jeder Zeit Rabattvertragsverhandlungen mit den Krankenkassen gemäß § 130a Abs. 8 SGB V führen, ohne dass sie dafür zunächst das Preisabstandsgebot gemäß § 129 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V einhalten müssen.

Das **SG** wies die Klage einer Anbieterin parallel importierter Fertigarzneimittel in die Bundesrepublik Deutschland ab. Die Kl. hatte **beantragt**, die bekl. Krankenkasse zu verurteilen, es zu unterlassen, für nicht generische Arzneimittel, für die sie mit dem jeweiligen pharmazeutischen Unternehmer einen Rabattvertrag abgeschlossen hat, in Datenbanken, deren Inhalt in Apothekensoftware verwendet wird, angeben zu lassen, dass das rabattierte Originalarzneimittel anstelle des gleichfalls zur Verfügung stehenden gleichnamigen Importarzneimittels abzugeben sei, wenn und soweit das rabattierte Arzneimittel nicht preisgünstiger ist als das importierte Arzneimittel, und festzustellen, dass es seitens der Bekl. rechtswidrig war, für nicht generische Arzneimittel, für die sie vor Verabschiedung des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes durch den deutschen Bundestag am 11.11.2010 mit dem jeweiligen pharmazeutischen Unternehmer einen Rabattvertrag abgeschlossen hat, in Datenbanken deren Inhalt in Apothekensoftware verwendet wird, angeben zu lassen, dass das rabattierte Originalarzneimittel anstelle des gleichfalls zur Verfügung stehenden gleichnamigen Importarzneimittels abzugeben sei.

3. Hilfsmittelerbringer: Unterlassungsanspruch gegen Lieferungen ohne Versorgungsvertrag

- SG Nürnberg, Beschluss v. 12.05.2014 - S 11 KR 55/14 ER** RID 14-04-147
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 69, 126, 127; BGB §§ 823, 1004; SGG § 86b II

§ 126 I 1 SGB V stellt ein **Schutzgesetz** i.S. des § 823 II BGB für die Gewährleistung des Sachleistungsanspruchs des Versicherten gegen die gesetzliche Krankenkasse in Form der

Verpflichtung der Krankenkasse im Rahmen der Hilfsmittelversorgung dar, Hilfsmittel als Sachleistung kostenfrei zur Verfügung zu stellen.

Ein Orthopädieschuhmachermeister darf ohne Versorgungsvertrag vertragsärztliche Verordnungen für Hilfsmittel nicht annehmen. Die Krankenkasse hat hierauf einen **Unterlassungsanspruch**.

Das **SG** verpflichtete den Ag., einen **Orthopädieschuhmachermeister** vorläufig, es zu **unterlassen**, 1. vertragsärztliche Verordnungen bzw. Bescheinigungen von Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen von Versicherten d. Ast. für Hilfsmittel der Produktgruppen 02, 05, 08, 10, 23 und 31 (incl. Beratung und Reparaturen) anzunehmen, soweit und solange er hierüber keinen Versorgungsvertrag mit der Ast. abgeschlossen hat, 2. Hilfsmittel der Produktgruppen 02, 05, 08, 10, 23 und 31 an Versicherte d. Ast. abzugeben, die diese durch Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung bzw. Bescheinigung eines Krankenhauses oder einer anderen medizinischen Einrichtung als Sachleistung im Sinne des SGB V beziehen wollen, soweit und solange er hierüber keinen Versorgungsvertrag mit der Ast. abgeschlossen hat, 3. den Versicherten der Ast. die unter 1. und 2. benannten Hilfsmittel und weitere in diesem Zusammenhang erbrachte Leistungen in Rechnung zu stellen.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

Nach BSG, Urt. v. 02.09.2014 - **B 1 KR 30/13 R** - können eine vom Kriegsopferversorgungsträger bewilligte **Badekur** und eine ambulante Vorsorge am Kurort sachlich kongruent sein, so dass ein **Erstattungsanspruch** besteht. Das BSG hat am 20.05.2014 sechs Revisionen klagender Krankenkassen bzgl. der **Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds** zurückgewiesen. Nach BSG, Urt. v. 20.05.2014 - **B 1 KR 5/14 R** - sind die maßgeblichen Rechtsgrundlagen des zum 01.01.2009 eingeführten **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (RSA)** verfassungsgemäß. Der Gesetzgeber verfolgte legitime Ziele. Er konnte im Rahmen seiner Einschätzungsprärogative von der Validität der zu verwendenden Morbiditätsdaten ausgehen. Der Ordnungsgeber konkretisierte rechtmäßig die gesetzlichen Vorgaben. Er durfte dem Bundesversicherungsamt (BVA) die Befugnis einräumen, Einzelheiten des RSA nach pflichtgemäßem Ermessen durch sachbezogene Allgemeinverfügung festzulegen. Seine „Festlegungen“ begründen eine auf das jeweilige Ausgleichsjahr bezogene Verteilungsordnung für den Gesundheitsfonds. Sie sind gerichtlich inzidenter als Grundlage der kassenindividuellen Jahresausgleichsbescheide auf ihre Rechtmäßigkeit mit zu überprüfen. Die „Festlegungen“ für das Jahr 2009 sind rechtmäßig. Sie halten sich im Rahmen zulässigen Gestaltungsermessens. Sie berücksichtigen Krankheiten, die die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 v.H. übersteigen. Sie machen sachgerecht und zweckentsprechend in breitem Umfang die Morbidität Versicherter dem Ausgleichsverfahren zugänglich, indem sie infolge einer stärkeren Gewichtung der Krankheitshäufigkeit mehr Versicherte in den RSA einbeziehen, als dies etwa nach dem vom wissenschaftlichen Beirat empfohlenen Ansatz der Fall gewesen wäre. Die angegriffene Entscheidung setzte dies zutreffend um. Sie berücksichtigte schließlich rechtmäßig nicht einen nach der rechtmäßigen Satzungsgrundlage verspätet übersandten Korrekturdatensatz. Nach BSG, Urt. v. 20.05.2014 - **B 1 KR 4/14 R** - sollen die für die „**Konvergenzzuweisungen**“ für das **Jahr 2009** vorgesehenen Mittel bei Krankenkassen Belastungssprünge in Bundesländern mit überdurchschnittlichen Ausgabenniveaus durch die Einführung des Gesundheitsfonds vermeiden. Zur Beurteilung der finanziellen Belastung sind die Einnahmen auf Grund der am 30.06.2008 geltenden Beitragssätze fortzuschreiben und den „Zuweisungen“ im Ausgleichsjahr gegenüberzustellen. Diese „Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds“ sind bei bundesweit oder länderübergreifend tätigen Krankenkassen bezogen auf die Krankenkassen und nicht nach länderspezifischen Morbiditätsinformationen der im Land wohnenden Versicherten zu ermitteln. Nach BSG, Urt. v. 20.05.2014 - **B 1 KR 16/14 R** - hat das BVA für das **Jahr 2012** die **Ausgaben unterjährig Verstorbener** ermessensfehlerfrei nicht auf das Jahr hochgerechnet (annualisiert). Es konnte hierfür die fundierteren Erkenntnisse des am 26.9.2011 veröffentlichten Berichts des Wissenschaftlichen Beirats nicht mehr zeitgerecht zugrunde legen, weil es sonst die zwingenden Vorgaben für die Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen verletzt hätte. Nach BSG, Urt. v. 20.05.2014 - **B 1 KR 2/14 R** - hat die Kl. die überzahlten vorläufigen, im Zusammenhang mit der Konvergenzregelung geleisteten **Zuweisungen für das Jahr 2009** nach der rechtmäßigen Ermittlung der endgültigen Höhe auszugleichen. Sie genießt angesichts der Vorläufigkeit der Leistungen keinen **Vertrauensschutz**. S. ferner BSG, Urt. v. 20.05.2014 - **B 1 KR 3/14 R** - (Berechnung der „Konvergenzzuweisungen“ für die Jahre 2009 und 2010), BSG, Urt. v. 20.05.2014 - **B 1 KR 18/14 R** - (höhere endgültige Zuweisungen für das Jahr 2012). Nach BSG, Urt. v. 17.12.2013 - **B 1 KR 50/12 R** - SozR 4-3250 § 14 Nr. 20 - 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** - SozR 4-1300 § 105 Nr. 3 - 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** -

SozR 4-2500 § 264 Nr. 4 - 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. Satzungsleistungen: Kostenerstattung für Begleitperson im Elternzimmer bei Schwangerschaft

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 30.06.2014 - L 6 KR 35/14 ER

RID 14-04-148

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = NZS 2014, 665
SGB V §§ 11 VI, 24d, 194 II 2

Leitsatz: 1. In der gesetzlichen Krankenversicherung ist bei stationärer Versorgung von **Schwangerschaft und Mutterschaft** eine Kostenübernahme für die **Unterbringung des begleitenden Elternteils** im Elternzimmer gesetzlich nicht zulässig.

2. Eine entsprechende Regelung über eine **zusätzliche Leistung** in der **Satzung** eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung kann durch die Aufsichtsbehörde beanstandet werden.

3. Ordnet die **Aufsichtsbehörde** in einem solchen Fall die Änderung der Satzung an, trifft sie jedenfalls keine volle Pflicht zur Ermessensausübung. Offen bleibt, ob gegen das Interesse an der Wiederherstellung des Vorrangs des Gesetzes andere gesetzlich verankerte Güter abzuwägen sind.

2. Erstattungsstreitigkeit: Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 01.07.2014 - L 2/12 R 122/12

RID 14-04-149

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I 3, 39 I 3, 107, 109 I; SGB VI §§ 9, 11, 13, 15

Leitsatz: Eine die **Rehabilitationszuständigkeit** des Trägers der Rentenversicherung gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB VI ausschließende **Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung** ist anzunehmen, wenn die besonderen Mittel eines Krankenhauses insbesondere auch i.S. von § 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V erforderlich sind, um eine Krankheit zu erkennen, sie zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, weil nur auf diese Weise ein notwendiger komplexer Behandlungssatz Erfolg versprechend verwirklicht werden kann.

SG Bremen, Gerichtsb. v. 24.03.2012 - S 14 R 356/10 - verurteilte auf Klage der Krankenkasse den bekl. Rentenversicherungsträger, u.a. zur Erstattung der für die Behandlung der Versicherten J aufgewandten Kosten in Höhe von 24.608,52 €. Das **LSG** wies die Klage ab.

3. Krankenkasse nicht passivlegitimiert für Anspruch auf Einsichtnahme in Patientenakte

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 09.07.2014 - L 11 KR 5691/11

RID 14-04-150

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 36/14 R
juris

SGB V §§ 66, 140, 275 III Nr. 4; SGB X § 116; GVG § 17a; SGG § 70 Nr. 1

Ein Versicherter hat keinen Anspruch auf **Einsichtnahme in die Patientenakte** gegenüber seiner Krankenkasse. Er muss seinen Anspruch ggf. zivilrechtlich gegen den behandelnden Arzt geltend machen.

Für eine Klage auf **Herausgabe von Krankenunterlagen** nach einer ambulanten zahnärztlichen Behandlung ist der Rechtsweg zu den **Zivilgerichten** gegeben (vgl. BGH, Urt. v. 23.11.1982 - VI ZR 222/79 - BGHZ 85,327).

Die **Einholung von freien Gutachten** kommt als Unterstützungshandlung nach § 66 SGB V nicht in Betracht. Damit würde die Krankenkasse die vom Versicherten geltend gemachten Ansprüche selbst verfolgen. § 66 SGB V erfasst aber weder die Verfolgung von Ansprüchen anstelle des Versicherten noch die Übernahme der Kosten der Rechtsverfolgung.

SG Ulm, Gerichtsb. v. 19.12.2011 - S 13 KR 1989/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Krankenversicherungskarte nur für Berechtigungsnachweis

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.08.2014 - L 4 KR 2163/13 KL

RID 14-04-151

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV §§ 87, 89; SGB V § 291 I 3

Nach § 291 I 3 SGB V darf die **Krankenversicherungskarte** vorbehaltlich § 291a SGB V (Bestimmungen zur elektronische Gesundheitskarte) nur für den **Nachweis** der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie für die Abrechnung mit den Leistungserbringern verwendet werden. Diese Regelung verbietet ohne Ausnahme die Nutzung der Krankenversicherungskarte als Versicherungsnachweis **außerhalb der Inanspruchnahme von Leistungen** der vertragsärztlichen Versorgung oder der Abrechnung mit Leistungserbringern.

Die kl. Krankenkasse wandte sich gegen einen aufsichtsrechtlichen Verpflichtungsbescheid, mit dem die Bekl. sie verpflichtete, die Krankenversicherungskarte ihrer Versicherten nicht mehr zu anderen als den in § 291 I 3 SGB V zugelassenen Zwecken zu nutzen und eine entsprechende Bestätigung abzugeben. Sie hatte mit einer GbR eine Kooperationsvereinbarung für einen Familientag geschlossen. Ziel der Veranstaltung war, die Bewegung insb. von Kindern zu fördern. Die Kl. bot dabei verschiedene Attraktionen (u.a. Gewinnspiel, Verteilung von Luftballons, Ernährungsberatung, Infostand, Koordinationsübungen, Kinderschminken) an. Der Eintritt war für ihre Versicherte frei, Als Versicherungsnachweis hatten die Versicherten ihre Krankenversicherungskarte vorzulegen. Das **LSG** wies die Klage ab.

X. Verfahrensrecht

1. Keine Aussetzung wegen eines Parallelverfahrens

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 27.08.2014 - L 9 KR 289/14 B

RID 14-04-152

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG § 114

Eine **Aussetzung** nach § 114 SGG kommt nicht wegen eines **Parallelverfahrens** mit einer anderen Kl. und einem Streit über dieselbe Rechtsfrage in Betracht. Nicht ausreichend ist, wenn sich in dem anderen Verfahren die gleiche Rechtsfrage stellt, weil die Beantwortung einer Rechtsfrage kein Rechtsverhältnis i.S. des § 114 II 1 SGG darstellt (vgl. BVerwG, Urt. v. 11.02.2009 - 2 A 7/06 - Buchholz 232 § 23 BBG Nr. 44 = NVwZ 2009, 787, juris Rn. 34).

SG Neuruppin, Beschl. v. 23.06.2014 - S 9 KR 351/10 - setzte den Rechtsstreit, in dem es um Einbehalte auf Grund von Verträgen zur integrierten Versorgung gemäß § 140d SGB V im Kalenderjahr 2006 geht, bis zum Abschluss des bei dem LSG Berlin-Brandenburg anhängigen Verfahrens L 24 KA 22/14, in dem zwischen anderen Beteiligten u.a. über dieselbe Rechtsfrage gestritten wird, aus; auf Beschwerde der Kl. hob das **LSG** den Aussetzungsbeschluss auf.

2. Aufforderung zur Stellung eines Rehabilitationsantrags

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 08.08.2014 - L 9 KR 133/14 B ER

RID 14-04-153

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 44 I, 51 I, III; SGG §§ 86a, 86b

Leitsatz: 1. Zur **Befugnis des Vorsitzenden** zur Entscheidung nach § 155 Abs. 2 S. 2 SGG.

2. Widerspruch und Klage gegen die **Aufforderung nach § 51 Abs. 1 SGB V** haben ebenso aufschiebende Wirkung wie gegen die Feststellung des Eintritts der Rechtsfolgen des § 51 Abs. 3 SGB V.

XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Rauchmelder für Gehörlose

BSG, Urteil v. 18.06.2014 - B 3 KR 8/13 R

RID 14-04-154

BSGE = SozR 4-2500 § 33 Nr. 42 = NZS 2014, 738

Leitsatz: 1. **Gehörlose** Versicherte haben regelmäßig gegen ihre Krankenkasse Anspruch auf Versorgung mit einem ihren Bedürfnissen angepassten **Rauchwarnmeldesystem**.

2. Unabhängig von der Zahl der in der Wohnung anzubringenden Rauchwarnmelder hat ein Versicherter die bei Hilfsmitteln anfallende **Zuzahlung** nur einmal zu entrichten.

2. Häusliche Krankenpflege: An- und Ablegen eines Gilchristverbandes

BSG, Urteil v. 16.07.2014 - B 3 KR 2/13 R

RID 14-04-155

SozR 4-2500 § 37 Nr. 12 = SGB 2014, 500 = SuP 2014, 642

Leitsatz: In die Leistungszuständigkeit der Krankenkassen bei der häuslichen Behandlungssicherungs- und Körperpflege fällt auch das zur Körperpflege und zum An- und Auskleiden erforderliche An- und Ablegen eines zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung bei Arm- und Schulterverletzungen getragenen **Gilchristverbandes**.

3. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Keine Verwirkung der Vergütungsforderung eines Krankenhauses innerhalb vierjähriger Verjährung

BSG, Urteil v. 01.07.2014 - B 1 KR 47/12 R

RID 14-04-156

SGB 2014, 497

Der Anspruch eines Krankenhauses gegenüber einer Krankenkasse auf Vergütung für einen stationären Aufenthalt verwirkt nicht, wenn das Krankenhaus nach mehr als 1 ½ Jahren den ungekürzten Betrag geltend macht, der der Krankenkasse von Anfang an in Rechnung gestellt worden war. Das Rechtsinstitut der **Verwirkung** passt als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen **Verjährungsfrist** grundsätzlich nicht. Es findet nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung.

b) Keine Aufwandspauschale bei Entbindungen

BSG, Urteil v. 18.06.2014 - B 3 KR 10/13 R

RID 14-04-157

SozR 4 = NZS 2014, 742

Leitsatz: Ein Anspruch des Krankenhausträgers gegen die Krankenkasse auf Zahlung der **Aufwandspauschale** bei unverändert gebliebenem Rechnungsbetrag ist ausgeschlossen, wenn die Abrechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Leistungen des Krankenhauses bei **Schwangerschaft und Mutterschaft** (hier: stationäre **Entbindung** mittels Kaiserschnitts) betrifft.

4. Hilfsmittellieferanten: Stufenklage auf Auskunft und Verjährung bei Abrechnungsbetrug

BSG, Urteil v. 28.11.2013 - B 3 KR 27/12 R

RID 14-04-158

BSGE = SozR 4-2500 § 302 Nr. 1

Leitsatz: 1. Zum Anspruch einer **Krankenkasse** gegen einen **Hilfsmittelerbringer** (hier: Augenoptiker) auf Erteilung von **Auskünften und Herausgabe von Unterlagen** über sämtliche ihre Versicherten betreffenden Versorgungsvorgänge aus einem mehrere Jahre zurückliegenden Zeitraum zur Prüfung eines Erstattungsanspruchs bei festgestellter statistischer Abweichung vom durchschnittlichen Versorgungsverhalten.

2. Auch ein solcher Auskunfts- und Herausgabeanspruch unterliegt grundsätzlich der vierjährigen **Verjährungsfrist**.

3. Kann die Krankenkasse ohne die begehrten Auskünfte und Unterlagen den mit einer Stufenklage geltend gemachten **Erstattungsanspruch** nicht erfolgreich weiterverfolgen, bemisst sich der **Streitwert** der Auskunfts- und Herausgabeklage regelmäßig auf zwei Drittel des möglichen Erstattungsanspruchs (Ergänzung zu BSG vom 28.2.2007 - B 3 KR 12/06 R = BSGE 98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr. 1).

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 28.11.2013 - B 3 KR 24/12 R
juris

RID 14-04-159

5. Eröffnung des Rechtswegs zu den Sozialgerichten bei Klage einer Gebärdensprachdolmetscherin

BSG, Beschluss v. 29.07.2014 - B 3 SF 1/14 R
juris = SozR 4-1500 § 51 Nr. 13 = GesR 2014, 625

RID 14-04-160

Leitsatz: Für die Klage eines **Gebärdensprachdolmetschers** auf **Vergütung** der während der vollstationären Behandlung eines gehörlosen Versicherten erbrachten Dolmetscherdienste durch den Krankenhausträger (Beklagter) bzw. die Krankenkasse (Beigeladene) ist der **Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit** eröffnet.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf der Approbation

a) Überdosierte Verschreibung von Benzodiazepinen für drogenabhängigen Patienten

VG Hannover, Urteil v. 27.08.2014 - 5 A 2959/13

RID 14-04-161

Berufung zugelassen

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Leitsatz: Eine medizinisch nicht einmal ansatzweise gerechtfertigte, das Leben eines (drogenabhängigen) Patienten gefährdende Übermedikation kann zur Annahme der **Unwürdigkeit** führen.

b) Mengenmäßig überhöhte Arzneimittelverschreibung (Valium) für Zeitraum von weniger als 4 Wochen

VG Hannover, Urteil v. 27.08.2014 - 5 A 3398/13

RID 14-04-162

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; AMG § 48 I

Leitsatz: Eine **Unwürdigkeit** eines Arztes ist aufgrund einer **mengenmäßig stark überhöhten Arzneimittelverschreibung**, die gegen keine rechtlich verbindlichen Vorgaben bezüglich der Verordnung von Arzneimitteln verstieß, keinen Straftatbestand verwirklichte, einen Zeitraum von weniger als 4 Wochen betraf und weder eine Lebensgefahr für den Patienten begründete noch zu einer greifbaren Gesundheitsschädigung führte, noch nicht anzunehmen.

c) Unwürdigkeit: Strafrechtliche Verurteilungen wegen Wirtschaftsvergehen

VGH Bayern, Urteil v. 22.07.2014 - 21 B 14.463

RID 14-04-163

juris

ZHG §§ 2 I 1 Nr. 2, 4 II 1

Ein Zahnarzt ist ebenso wie ein Arzt nach allgemeiner Auffassung zur Ausübung des (zahn)ärztlichen Berufs **unwürdig**, wenn er durch sein Verhalten nicht mehr das Ansehen und Vertrauen besitzt, das für die Ausübung seines Berufs unabdingbar nötig ist. Bei rechtskräftigen Verurteilungen wegen eines Vergehens des **Subventionsbetrugs** (§ 265 StGB) und der vorsätzlichen **Insolvenzverschleppung** und **Betrugs** ist dies der Fall. Zwar betreffen diese Straftaten nicht unmittelbar das Verhältnis Zahnarzt – Patient. Allerdings ist für die Beurteilung der Würdigkeit der zahnärztlichen Berufsausübung nicht nur das Verhalten des Betroffenen bei der Behandlung seiner Patienten, also der Kernbereich der zahnärztlichen Tätigkeit, maßgebend.

2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen

a) Weiterbildungsbefugnis für Kieferorthopädie: Ordnungsgemäße Dokumentation

VG Regensburg, Urteil v. 10.07.2014 - RN 5 K 13.347

RID 14-04-164

juris

HKG Bay Art. 31 II 1, 45 I; BMV-Z § 5; BGB § 630f

Es fehlt die erforderliche **fachliche Eignung**, wenn die **Dokumentation** der Patientenbefunde nicht ausreichend ist, um eine ordnungsgemäße Weiterbildung zu gewährleisten. Eine umfassende und korrekte Dokumentation der Patientenbefunde ist unerlässlich für die Ausübung des Berufs des Zahnarztes. Demzufolge muss zwingend auch ein Weiterbilder in Kieferorthopädie über eine

ordnungsgemäße Dokumentation verfügen, um dem Weiterbildungsassistenten auch insoweit die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln zu können.

b) Rücknahme einer gesetzlichen Weiterbildungsermächtigung

VG Schwerin, Beschluss v. 29.09.2014 - 7 B 743/14

RID 14-04-165

juris

HeilBerG Mecklenburg-Vorpommern §§ 38 II, IV, 42 S. 2 Nr. 4; VwGO § 80; VerwVfG § 48; StPO § 153a

Leitsatz: Die in § 38 Abs. 2 Satz 6 und 7 des Heilberufsgesetzes vorgesehene **Rücknahme** des infolge Satz 5 erlangten persönlichen **weiterbildungsrechtlichen Status** eines hauptberuflichen Professors an einer Einrichtung der Hochschulmedizin durch die heilberufliche Kammer dürfte nach den gleichen rechtlichen Voraussetzungen zu beurteilen sein wie die Rücknahme einer durch die Kammer selbst verliehenen Weiterbildungsermächtigung nach § 38 Abs. 4 Satz 1. Die Voraussetzungen sind nach § 42 Satz 2 Nr. 4 in der Weiterbildungsordnung zu regeln.

Es ist kein Grund erkennbar, der Kammer im Hinblick auf die für Erteilung und Bestand einer Weiterbildungsermächtigung notwendige persönliche Eignung des Ermächtigten einen nur eingeschränkter gerichtlicher Kontrolle unterliegenden **Beurteilungsspielraum** zuzubilligen. Auch bei Anerkennung eines solchen Beurteilungsspielraums ist jedoch mindestens die Einhaltung des Übermaßverbots und Gleichheitsgebots gerichtlich zu prüfen.

Bei der Rücknahme einer Weiterbildungsermächtigung dürfte die **Darlegungs- und Feststellungslast** zur Rechtswidrigkeit ihrer Erteilung die Kammer treffen. In verstärktem Maße gilt dies in Bezug auf den Status nach § 38 Abs. 2 Satz 5 des Heilberufsgesetzes.

c) Zulassung zur Facharztprüfung (Plastische und Ästhetische Chirurgie)

VG Magdeburg, Urteil v. 20.05.2014 - 3 A 145/12

RID 14-04-166

juris

HeilBerG Sachsen-Anhalt §§ 22 II 1, 24 I 2

Leitsatz: Zu den Forderungen an die Zulassung zur Facharztprüfung in zeitlicher sowie inhaltlicher Hinsicht.

3. Berufsrecht/Berufspflichten

a) Im Regelfall kein berufsrechtlicher Überhang bei sexuellem Missbrauch nach § 174c StGB

LBerufsG Heilberufe Koblenz, Beschluss v. 24.07.2014 - LBGH E 10372/14

RID 14-04-167

juris

HeilBerG RP §§ 20 I, 46, 72 I 1, II Nr. 1; StGB § 174c

Leitsatz: 1. Zur Frage des Vorliegens eines **berufsrechtlichen Überhangs**, der neben der Verhängung einer Kriminalstrafe eine berufsgerichtliche Ahndung erfordert.

2. Die **strafgerichtliche Entscheidung** ist regelmäßig ausreichend für die Wahrung (auch) der berufsrechtlichen Belange, wenn der Gesichtspunkt der Verletzung von Berufspflichten innerhalb des Strafzwecks der Kriminalstrafe liegt und daher ausreichend berücksichtigt werden kann. **Zusätzliche berufsgerichtliche Maßnahmen** sind in diesem Fall allerdings dann geboten, wenn der besondere Grund und Zweck der Berufsgerichtsbarkeit im Einzelfall durch die strafgerichtliche Verurteilung allein nicht erfüllt wird (hier verneint).

Gegen das Kammermitglied war mit Strafbefehl v. 20.12.2013 wegen eines Vergehens nach § 174c I u. II StGB eine Bewährungsstrafe von 11 Monaten festgesetzt worden. Dem lag der Vorwurf zugrunde, unter Missbrauch des Behandlungsverhältnisses sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut war, vorgenommen zu haben. **BerufsG für Heilberufe Mainz**, Beschl. v. 19.03.2014 - BG-H 3/12.MZ - stellte das Verfahren gegen das Kammermitglied, das hinreichend verdächtig war, die Pflicht, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen, verletzt zu haben, indem es eine sexuelle Beziehung mit einer Patientin eingegangen ist, ein, das **LBerufsG** wies die Beschwerde des Ast. zurück. Gegen das

Kammermitglied war mit Strafbefehl v. 20.12.2013 wegen eines Vergehens nach § 174c I u. II StGB eine Bewährungsstrafe von 11 Monaten festgesetzt worden.

Aus den Gründen:

„(...) Dennoch kann aber die Verletzung der Pflicht der kammerangehörigen Ärzte, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen, - da innerhalb des Strafzwecks liegend - schon bei der Bestrafung in Betracht gezogen werden und diesem Gesichtspunkt bei der **Strafzumessung Rechnung getragen** werden (vgl. insoweit LBG-H Bayern, Beschluss v. 18. April 1995 LBG-Ä-3/95 - in: Sammlung von Entscheidungen der Berufsgerichte für die Heilberufe). Berücksichtigt werden kann dabei insbesondere auch, dass es sich bei der Pflicht des Therapeuten, die im Behandlungsverhältnis entstandene Vertrauensstellung nicht zu sexuellen Handlungen auszunutzen, um eine grundlegende berufliche Maxime handelt. Regelmäßig ist daher die **strafgerichtliche Entscheidung** (auch) **ausreichend** für die **Wahrung berufsrechtlicher Belange**. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der besondere Grund und Zweck der Berufsgerichtsbarkeit im Einzelfall durch die strafgerichtliche Verurteilung allein nicht erfüllt wird; für diesen Fall sind selbst bei typischen Arztdelikten zusätzliche berufsgerichtliche Maßnahmen geboten (vgl. BVerfG, Beschluss v. 29. Oktober 1969, a.a.O.). (...)

Sollte sich allerdings der im Raum stehende, aber nicht weiter greifbare Vorwurf **sexueller Beziehungen zu weiteren Patientinnen** erhärten, spricht vieles dafür, dass dann auch bei Verhängung einer Kriminalstrafe die Besonderheiten des Einzelfalles zu einem **berufsrechtlichen Überhang** führen. Die mehrfache Verletzung der zentralen therapeutischen Pflicht, das Näheverhältnis zu den Patientinnen nicht zu sexuellen Handlungen auszunutzen, wird dann voraussichtlich ohne Weiteres eine zusätzliche berufsgerichtliche Ahndung geboten erscheinen lassen (...).“

b) Berufsrechtlicher Überhang bei Abrechnungsbetrug gegenüber KZV

VG Bremen, Urteil v. 30.07.2014 - H K 660/10

RID 14-04-168

juris

HeilBerG Bremen

Leitsatz: 1. Im Falle eines schwerwiegenden Verstoßes gegen die Berufspflichten ist ein **berufsrechtlicher Überhang** regelmäßig zu bejahen, weil die strafgerichtliche Verurteilung nur die Verletzung der allgemeinen Strafnorm erfasst, nicht aber zugleich eine ausreichende Reaktion auf die Verletzung der Berufspflichten darstellt.

2. Der **Abrechnungsbetrug** stellt grundsätzlich einen schwerwiegenden Verstoß gegen die Berufspflichten eines Zahnarztes dar, der ein berufsrechtliches Einschreiten auch nach bereits erfolgter strafrechtlicher Ahndung rechtfertigt.

3. Einer berufsrechtlichen Ahndung durch die Zahnärztekammer steht auch eine zuvor ergangene **disziplinarische Maßnahme der Kassenzahnärztlichen Vereinigung** nicht entgegen, weil die Maßnahmen unterschiedlichen Zwecken dienen und sich auf mehrere Pflichten aus verschiedenen Rechtsverhältnissen beziehen.

c) Bestimmtheitserfordernis bzgl. Abstinenzgebot/Sorgfaltswidriges verkehrsmedizinisches Gutachten

LBerufsG für Heilberufe Münster, Urteil v. 13.08.2014 - 6t A 1025/12.T

RID 14-04-169

juris

HeilBerG NRW § 71 I

Leitsatz: 1. Zum **Bestimmtheitserfordernis**, dem der Antrag auf Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens genügen muss.

2. Zur Beurteilung einer Berufspflichtverletzung, die durch **sorgfaltswidrige Erstellung eines verkehrsmedizinischen Gutachtens** begangen wurde.

d) Behandlungsfehler als Berufspflichtverletzung/Pflicht zu Dokumentation/Auskunftspflicht

Berufsgericht für Heilberufe Berlin, Urteil v. 25.06.2014 - 90 K 2.12 T

RID 14-04-170

juris

BO Zahnärzte Berlin § 1 I 6 u. X, 7 I

Ein Zahnarzt, der entgegen dem ihm bekannten Behandlungsplan **zwei falsche Zähne zieht** und das vorbereitete Provisorium nicht an anderen Zähnen angliedert, weshalb das Provisorium um einen fälschlich gezogenen Zahn ergänzt werden muss, verstößt gegen seine Berufspflicht aus § 1 I 6 BO, wonach der Zahnarzt verpflichtet ist, seinen Beruf nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst und nach den Geboten der Menschlichkeit auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Allerdings stellt nicht jeder **Behandlungsfehler** eine

Berufspflichtverletzung dar. Nur ein grober ärztlicher Fehler ist berufsrechtlich relevant. Als solcher ist ein Fehler anzusehen, der einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf und Kopfschütteln auslöst. Diese Einschätzung trifft auf das grob fahrlässige Entfernen eines gesunden Zahns zu.

Vermerkt ein Zahnarzt seine Maßnahmen nicht korrekt in der Karteikarte, verletzt er seine **Pflicht zu Dokumentation** der Behandlungsmaßnahmen aus § 7 I BO. Danach hat der Arzt über die in Ausübung seines Berufs gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Jedem Arzt ist klar, dass seine Aufzeichnungen nicht nur seiner Gedächtnisstütze dienen, sondern die Dokumentationspflicht auch Ausfluss der Rechenschaftspflicht des Arztes gegenüber dem Patienten ist.

Ein Zahnarzt, der den **Aufforderungen der Zahnärztekammer**, zur Beschwerde eines Patienten Stellung zu nehmen, nicht nachkommt, verstößt gegen seine Berufspflicht aus § 1 X BO. Nach dieser Vorschrift ist jedes Kammermitglied verpflichtet, der Zahnärztekammer die Auskünfte zu erteilen, die sie zur Durchführung ihrer satzungsgemäßen Aufgaben benötigt.

Das VG sprach einen Verweis aus.

e) Erneute Aufforderung zur Stellungnahme wegen Patientenbeschwerde

Berufsgericht für Heilberufe Berlin, Urteil v. 25.06.2014 - 90 K 1.14 T

RID 14-04-171

juris

GG Art. 103: BO Zahnärzte Berlin § 1 X

Kommt eine Zahnärztin einer **erneuten Aufforderung** der Zahnärztekammer, zur Beschwerde eines Patienten fristgerecht **Stellung zu nehmen**, nicht nach, so verstößt sie gegen ihre Berufspflicht aus § 1 X BO. Nach dieser Vorschrift ist jedes Kammermitglied verpflichtet, der Zahnärztekammer die Auskünfte zu erteilen, die sie zur Durchführung ihrer satzungsgemäßen Aufgaben benötigt. Die hierbei gesetzten Fristen sind einzuhalten. Zu den satzungsgemäßen Aufgaben der Zahnärztekammer gehört u.a. die Überwachung der Berufspflichten der Kammerangehörigen (§ 4 I Nr. 2 Berliner KammerG) wie auch aus dem Berufsverhältnis entstandene Streitigkeiten zu schlichten (Nr. 4). Es besteht jedenfalls die Verpflichtung, der Zahnärztekammer fristgerecht mitzuteilen, dass sie von ihrem Aussageverweigerungsrecht Gebrauch machen wolle.

Dem Ausspruch einer danach angezeigten berufsgerichtlichen Maßnahme steht nicht das **Verbot der Doppelbestrafung** entgegen, auch wenn bereits zuvor eine Aufforderung ergangen und sanktioniert worden ist.

Das VG verhängte eine Geldbuße in Höhe von 500 €.

f) Notdienst

aa) BVerwG: Teilnahmepflicht aller niedergelassenen Ärzte am allgemeinen Notdienst

BVerwG, Beschluss v. 18.12.2013 - 3 B 35/13

RID 14-04-172

juris

BO Ärzte Westfalen-Lippe §§ 6 I Nr. 3, 30 Nr. 2, 31 I; GG Art. 3 I, 12 I

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *OVG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 27.02.2013 - 13 A 1431/12 - RID 13-03-222 wird zurückgewiesen.

Sämtliche niedergelassenen Ärzte haben am allgemeinen Notdienst teilzunehmen.

bb) Heranziehung zum (zahn-)ärztlichen Notdienst bei Anstellung von (Zahn-)Ärzten

VG Minden, Urteil v. 24.09.2014 - 7 K 3604/12

RID 14-04-173

juris

HeilBerG NRW §§ 6 I Nr. 3, 30 Nr. 2, 31 I; Ärzte-ZV § 32

Es ist in der Rechtsprechung anerkannt, dass die **Zahnärztekammern und die KZVen** den Notfalldienst zwecks Vermeidung einer unnötigen Doppelgleisigkeit gemeinsam organisieren dürfen.

Die Heranziehung allein des **Zahnarztes mit eigener Praxis** und nicht auch dessen **angestellter Zahnärzte** zum zahnärztlichen Notfalldienst ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Der in eigener Praxis niedergelassene, anstellende Vertragszahnarzt ist berechtigt, aber auch verpflichtet, an

der vertragszahnärztlichen Versorgung teilzunehmen. Zu einer ordnungsgemäßen Versorgung gehört es dabei, die Versorgung grundsätzlich auch in den sprechstundenfreien Zeiten sicherzustellen. Dieser Pflicht genügen niedergelassene Zahnärzte durch ihre Teilnahme am Notfalldienst. Dagegen besteht für den angestellten Zahnarzt keine derartige Verpflichtung.

Die Heranziehung mit einem **Heranziehungsfaktor von 3,0** ist nicht zu beanstanden, wenn eine Zahnärztin **zwei weitere Zahnärztinnen** in ihrer Praxis beschäftigt.

g) Berufspflichtverletzung: Berufsgerichtliche Nachprüfung einer Rüge

LBerufsG für Heilberufe Münster, Beschluss v. 13.10.2014 - 6t E 470/12.T

RID 14-04-174

juris

HeilBerG NRW §§ 58a, 83

Leitsatz: 1. Das durch § 58a Abs. 4 HeilBerG NRW angeordnete **Verfahren** für die berufsgerichtliche Nachprüfung einer gemäß § 58a Abs. 1, 3 HeilBerG NRW durch den Kammervorstand erteilten **Rüge** ist nach den für das heilberufsgerichtliche Verfahren auch sonst geltenden Bestimmungen des VI. Abschnitts des HeilBerG NRW durchzuführen.

a. Im Grundsatz ist daher auf Grund einer Hauptverhandlung durch **Urteil** zu entscheiden (§§ 84 ff., §§ 92 ff. HeilBerG NRW), gegen welches das Rechtsmittel der Berufung gegeben ist (§ 98 HeilBerG NRW).

b. Abweichend davon kann das Gericht gemäß § 83 Abs. 1 Satz 1 HeilBerG NRW nach Ermessen in leichteren Fällen ohne Hauptverhandlung durch **Beschluss** entscheiden. Rechtsbehelf ist dann entsprechend § 83 Abs. 3 HeilBerG NRW der Antrag auf mündliche Verhandlung.

c. **Bestreitet der Beschuldigte** das ihm vorgeworfene Verhalten im Tatsächlichen, ist eine Hauptverhandlung durchzuführen.

2. Eine Unsicherheit in Bezug auf das einzulegende Rechtsmittel als Voraussetzung für die Anwendung des **Meistbegünstigungsprinzips** bei der **Einlegung eines Rechtsmittels** besteht nach diesem Beschluss und dem Ablauf einer Frist bis zum 30. November 2014 nicht mehr.

h) Beschränkung der Berufung auf das Strafmaß zulässig

OVG Hamburg, Urteil v. 18.06.2014 - 6 Bf 292/13.HBG

RID 14-04-175

juris

HeilBerG Hamburg §§ 3 IV, 26 III

Leitsatz: 1. Nach § 26 Abs. 3 HeilBG ist im berufsgerichtlichen Rechtsmittelverfahren (weiterhin) eine **Beschränkung der Berufung auf das Strafmaß** zulässig.

2. Die Höhe der für einen berufsrechtlichen Verstoß festgesetzten **Geldbuße** hat neben der Schwere des Berufsvergehens auch die wirtschaftlichen Umstände des Berufsangehörigen zu berücksichtigen.

4. Strafbarkeit der Abgabe von Betäubungsmitteln durch Substitutionsarzt

LG Bonn, Urteil v. 02.09.2014 - 23 KLS-920 Js 169/08-19/14

RID 14-04-176

juris

StGB §§ 174c, 177 I Nr. 3

Der **Unrechtsgehalt** der Taten ist erheblich vermindert, wenn der Arzt diese allesamt anlässlich der ärztlichen Behandlung der Opiatabhängigkeit seiner Patienten beging. Die unerlaubte Abgabe der Betäubungsmittel erfolgte im Rahmen einer **Substitutionsbehandlung**, die als solche indiziert war bzw. bezüglich derer nicht auszuschließen ist, dass sie medizinisch indiziert war.

Das **LG** verurteilte den angekl. Arzt wegen unerlaubter Abgabe von Betäubungsmitteln in 705 Fällen sowie unerlaubter Abgabe von Betäubungsmitteln als Person über 21 Jahren an eine Person unter 18 Jahren in 31 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und neun Monaten auf Bewährung. **BGH**, Beschl. v. 27.05.2014 2 StR 354/13 - RID 14-03-173 hob auf Revision des Angekl. das Ur. des LG auf. Das **LG** verurteilte wegen der gleichen Delikte zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und drei Monaten auf Bewährung.

5. Wettbewerbsrecht: Unzulässige Empfehlung eines Hörgeräteakustikergeschäfts

LG Frankfurt a. M., Urteil v. 01.07.2014 - 2-03 O 284/13

RID 14-04-177

juris
BO Hessen § 31

Die in einer HNO-Praxis durch eine dort beschäftigte Arzthelferin erfolgte **Übergabe einer Visitenkarte** eines bestimmten **Hörgeräteakustikergeschäfts** an einen Patienten, der zuvor in der HNO-Praxis wegen eines Hörproblems vorgesprochen und dem der HNO-Arzt den Test eines Hörgeräts empfohlen hat, stellt sich der Sache nach als Empfehlung eines bestimmten Geschäfts für die gesundheitliche Leistung „Hörgeräteversorgung“ dar.

§ 31 der BO Hessen, der vom Wortlaut her das Verweisungsverhalten von Ärzten regelt, ist ein **Verbraucherschutzgesetz** im Sinne von § 2 UKlaG.

Verweist ein **HNO-Arzt** einen Patienten für die Versorgung mit einem Hörgerät an ein Fachgeschäft für Hörgeräteakustik, an dem er als einer von zwei **Kommanditisten** beteiligt ist und 50 % der Kapitalanteile hält, so verstößt er gegen § 31 BO Hessen, da sich der Gewinn aus jedem Hörgeräteverkauf bei ihm als Kommanditisten spürbar auswirkt.

6. Irreführende Werbung mit Preisnachlass auf Eigenanteil für Zahnersatz

LG Itzehoe, Urteil v. 08.07.2014 - 5 O 144/13

RID 14-04-178

juris = Magazindienst 2014, 852
UWG §§ 3, 5 I Nr. 2

Eine **Werbung** ist **irreführend**, soweit 50 € **Preisnachlass auf den Eigenanteil für Zahnersatz** versprochen werden, weil diese 50 € nicht unbedingt als Ersparnis beim Patienten ankommen. Da - worauf in der Werbung in einer Fußnote allerdings hingewiesen wird - der Preisnachlass von 50 € brutto bereits von der Laborrechnung abgezogen wird, verbleibt dieser Preisnachlass dem Patienten unter Umständen nicht in voller Höhe. Wenn nämlich von der Krankenversicherung die Zahnarztrechnung nur anteilig erstattet wird, so verringert sich auch die Ersparnis des betreffenden Patienten auf seinen entsprechenden Prozentsatz des Eigenanteils im Hinblick auf die von der Laborrechnung abgezogenen 50 €.

7. Beihilfenrechtliche Zulässigkeit der Gründung und des Betriebs eines MVZ (Konkurrentenklage)

VG Regensburg, Urteil v. 08.10.2014 - RN 3 K 14.558

RID 14-04-179

juris
VwGO § 43; AEUV Art. 107f

Mit der **Feststellungsklage** kann eine radiologische Berufsausübungsgemeinschaft nicht die beihilfenrechtliche Zulässigkeit der Gründung und des Betriebs eines **MVZ** durch ein **Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft** überprüfen lassen, da ein solches Rechtsverhältnis zwischen Berufsausübungsgemeinschaft und Kommune nicht vorliegt. Gründung und Betrieb des MVZ erfolgen nämlich nicht durch die Kommune, die kein Leistungserbringer im Sinne der Vorschriften des SGB V ist und bereits deshalb kein MVZ hätte errichten und betreiben dürfen, sondern durch das Klinikum als GmbH. Im Übrigen kann gegen die Auszahlung des Kredits im Wege einer **vorrangigen Leistungsklage** in Form der Unterlassungsklage vorgegangen werden.

Die Feststellung, dass eine Zahlung der Kommune in Höhe von 1 Million € an das Klinikum wegen Verstoßes gegen Art. 108 AEUV rechtswidrig war, kann von einer Berufsausübungsgemeinschaft wegen ihres **wirtschaftlichen Interesses** begehrt werden, wenn das Klinikum ein MVZ betreibt und die Tätigkeitsbereiche sich überschneiden.

Die **Gewährung eines Kredits** einer Kommune an das von ihr als GmbH betriebene Krankenhaus verstößt nicht gegen Art. 108 III 3 AEUV, da dies weder eine **Beihilfe** in diesem Sinne darstellt noch den Handel zwischen den Mitgliedsstaaten beeinträchtigt. Die Kommission muss daher nicht gem. Art. 108 III 1 AEUV unterrichtet werden.

Die Kl. ist eine GbR, die an mehreren Standorten eine **radiologische Gemeinschaftspraxis** betreibt. Die bekl. Kommune ist die alleinige Gesellschafterin des K...gmbH (Klinikum). Dieses ist nach dem Krankenhausplan des Freistaates Bayern ein Plankrankenhaus der Versorgungsstufe II. Das Klinikum ist

wiederum Trägerin des MVZ, das Leistungen im Bereich der Onkologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin anbietet. Die Kl. begehrt die **Feststellung**, dass die **Europäische Kommission vor der Gewährung eines Kredits** durch die Bekl. an die K... gGmbH (Klinikum) hätte unterrichtet werden müssen. Sie begehrt ferner die Feststellung, dass die **Gründung und der Betrieb** eines M... gGmbH (**MVZ**) durch das Klinikum wegen eines Verstoßes gegen die europarechtliche Notifizierungspflicht unzulässig ist und die Bekl. verpflichtet ist, auf die Herbeiführung eines „rechtmäßigen“ Zustands hinzuwirken. Hilfsweise wird die Feststellung der **Unzulässigkeit der Gründung und des Betriebs des MVZ mittels Ankaufs einer Kassenarztzulassung** beantragt, soweit gegen das EU-Beihilfenrecht verstoßen wurde. In einem weiteren Hilfsantrag begehrt die Klägerin die Feststellung, dass eine beihilfewidrige Leistung der Bekl. in dem Zeitraum vom 17.02. bis 31.03.2009 vorgelegen hat. Das **VG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

VG Regensburg, Urteil v. 08.10.2014 - RN 3 K 14.559

RID 14-04-180

juris

8. BGH: Kein Anspruch auf Löschung des Arztprofils in Ärztebewertungsportal

BGH, Urteil v. 23.09.2014 - VI ZR 358/13

RID 14-04-181

juris

BDSG § 29; ZPO § 559

Leitsatz: Zur Zulässigkeit der Erhebung, Speicherung und Übermittlung von personenbezogenen Daten im Rahmen eines **Arztsuche- und Arztbewertungsportals** im Internet (www.jameda.de).

9. Kritik an Selektivvertrag nach § 73c SGB V ist zulässig

OLG Karlsruhe, Urteil v. 28.05.2014 - 7 U 34/13

RID 14-04-182

BGB §§ 823 I, 1004 I; SGB V § 73c; GG Art. 5 I 1

Die beanstandeten Äußerungen erscheinen als untergeordneter Teil einer **wertenden Stellungnahme** und sind auch ihrerseits keine Tatsachenbehauptungen, sondern Werturteile. Sie enthalten keine dem Wahrheitsbeweis zugängliche Angaben, sondern pauschale Aussagen über die Beschränkung von Art und Dauer der vertraglich geregelten Leistungen und beruhen damit erkennbar auf einer rechtlichen Bewertung, nämlich auf einer Auslegung des PNP-Vertrags.

Die Kl. sind Vertragspartner eines Vertrags zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gem. § 73c SGB V (www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/facharztprogramm/bw_faprogramm_73c_pnp_vertrag.pdf). Der Bekl., ein niedergelassener Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ist (Mit-)Vorsitzender eines Expertengremiums aus zwölf Personen, das sich primär als unabhängiger Berater der KV versteht. Die Kl. begehren Unterlassung bestimmter Äußerungen im Zusammenhang mit der Diskussion über den Vertrag (so u.a. „Die analytische Psychotherapie als Einzelbehandlung ist ausgeschlossen“, „Die Gesamtsitzungszahl ist auf 50, in Ausnahmefällen auf 60 Stunden begrenzt“). **LG Heidelberg**, Urt. v. 21.12.2012 - 5 O 198/12 - RID 13-01-228 wies die Klage ab. Das **OLG** wies die Berufung der Kl. zurück.

10. Unwirksamkeit einer Abtretungsvereinbarung über (zahn)ärztliche Honorarforderungen

OLG Koblenz, Beschluss v. 12.03.2014 - 2 U 553/13

RID 14-04-183

juris = WM 2014, 1863

BGB §§ 134, 402; StGB § 203; ZPO §§ 522 II, 771

Es ist in der höchstrichterlichen Rechtsprechung anerkannt, dass die **Abtretung** einer ärztlichen oder zahnärztlichen Honorarforderung die ärztliche Schweigepflicht verletzt und deshalb wegen Verstoßes gegen ein gesetzliches Verbot (§ 203 I Nr. 1 StGB) gemäß § 134 BGB nichtig ist, wenn der Patient der damit verbundenen Weitergabe seiner Abrechnungsunterlagen nicht zugestimmt hat (st. Rspr. seit BGHZ 115, 123, zuletzt BGH, MDR 2013, 1388). Diese Rechtsprechung betrifft zwar vorrangig gewerbliche Verrechnungsstellen, die für den behandelnden Arzt die Rechnungserstellung und die Einziehung seiner Honorarforderung vornehmen. Auch im Verhältnis zu seinem Vater trifft den als Zahnarzt arbeitenden Sohn nach § 402 BGB die Pflicht, diesem die zur Geltendmachung der Forderung nötigen Auskünfte einschl. der Behandlungsdaten zu erteilen, da nur mithilfe dieser Daten eine Überprüfung möglich ist, ob an ihn die zutreffenden Beträge weitergeleitet wurden. Diese

gegenüber dem Vater bestehende Verpflichtung zur Herausgabe der Behandlungsdaten und -unterlagen zieht danach auch im Verhältnis des Vaters zu seinem Sohn die **Unwirksamkeit** der getroffenen **Abtretungsvereinbarung** nach sich.

11. Sachverständigenvergütung

a) Plausibilitätsprüfung und Ermittlung des objektiv erforderlichen Zeitaufwands

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 14.01.2014 - L 12 KO 4491/12 B

RID 14-04-184

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = GesR 2014, 555

JVEG §§ 4 I, 8 I Nr. 1, II 1, 9 I

Leitsatz: 1. Der Senat hält an seiner Rechtsprechung zur **Plausibilitätsprüfung** der Vergütungsabrechnung von Sachverständigen (grundlegend Beschlüsse vom 22.9.2004 - L 12 RJ 3686/04 KO-A = MedR 2006, 118 und vom 5.4.2005 - L 12 SB 795/05 KO-A) grundsätzlich fest, modifiziert allerdings die für die Prüfung des erforderlichen Zeitaufwands bei „Routinegutachten“ heranzuziehenden Erfahrungswerte für die Aktendurchsicht sowie für die Beurteilung und Beantwortung der Beweisfragen.

2. Für die **Durchsicht der Akten** einschließlich Diktat des für das Gutachten erforderlichen Akteninhalts ist für bis zu 150 Aktenseiten mit bis zu 50% gutachtensrelevantem Anteil 1 Stunde anzusetzen.

3. Für die Beurteilung und **Beantwortung der Beweisfragen** ist von 1 Stunde für 1,5 Standardseiten auszugehen.

4. Der Senat hält auch daran fest, dass neben der Plausibilitätsprüfung ggfs. - insbesondere vor einer Kürzung des geltend gemachten Zeitaufwands - eine **inhaltliche Prüfung** zu erfolgen hat.

b) Zeithonorar eines Sachverständigen/Plausibilitätsprüfung/Aktenstudium

LSG Thüringen, Beschluss v. 05.03.2014 - L 6 SF 78/14 E

RID 14-04-185

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = MEDSACH 2014, 237

JVEG §§ 4 I, 8 I Nr. 1, II, 9 I

Das **Honorar eines Sachverständigen** errechnet sich entsprechend den §§ 9 I 1, 8 II JVEG nach der erforderlichen Zeit. Sie ist nach einem **abstrakten Maßstab** zu ermitteln, der sich an dem erforderlichen Zeitaufwand eines Sachverständigen mit durchschnittlicher Befähigung und Erfahrung bei sachgemäßer Auftrags erledigung mit durchschnittlicher Arbeitsintensität orientiert. Zu berücksichtigen sind die Schwierigkeiten der zu beantworteten Fragen unter Berücksichtigung der Sachkunde auf dem betreffenden Gebiet, der Umfang des Gutachtens und die Bedeutung der Streitsache. Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die Angaben des Sachverständigen über die tatsächlich benötigte Zeit richtig sind. Werden die üblichen **Erfahrungswerte** allerdings um mehr als 15 v.H. überschritten, ist eine **Plausibilitätsprüfung** anhand der Kostenrechnung und der Angaben des Sachverständigen durchzuführen.

Der Senat unterstellt in ständiger Rechtsprechung, dass ein Sachverständiger für das **Aktenstudium** und vorbereitende Maßnahmen einschließlich der Fertigung von Notizen und Exzerpten ohne Doppelheftungen einen Zeitaufwand von etwa einer Stunde für etwa 80 Blatt mit ca. ¼ medizinischem Inhalt benötigt. Ist der medizinische Anteil höher (hier: ca. 1/3), sind die Akten mit allgemeinem und mit medizinischem Inhalt getrennt zu erfassen und unterschiedlich zu bewerten (vgl. Senatsbeschl. v. 27.08.2008 - L 6 SF 36/08 - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris: medizinische Unterlagen ca. 1 Stunde für 50 Blatt, sonstige Unterlagen ca. 1 Stunde für 100 Blatt).

c) Abgrenzung der Honorargruppen M 2 und M 3 nach JVEG (Rentenstreitigkeit)

LSG Thüringen, Beschluss v. 02.06.2014 - L 6 SF 1726/13 E

RID 14-04-186

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

JVEG §§ 4 I, 8 I, II, 9 I

Leitsatz: Die **Honorargruppe M 3** kann nicht mit der Anforderung zusätzlicher Unterlagen oder mit zusätzlichen Facharztanerkennungen oder Titeln (hier: Professorentitel) begründet werden.

d) Diagnoseunabhängige Tagespauschale bei stationärer Begutachtung

LSG Hessen, Beschluss v. 30.06.2014 - L 2 R 106/13 B

RID 14-04-187

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

JVEG §§ 1, 4, 8 I Nr. 4, 12 I 2 Nr. 1

Leitsatz: 1. Rechtsgrundlage für einen Anspruch auf Aufwendungsersatz für eine gerichtlich angeordnete **stationäre Begutachtung** ist allein § 12 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 JVEG.

2. Der Begriff der „**notwendigen besonderen Kosten**“ im Sinne des § 12 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 JVEG ist ein unbestimmter Rechtsbegriff und unterliegt der vollen gerichtlichen Kontrolle.

3. Zur Konkretisierung der „**Notwendigkeit**“ der besonderen Kosten kann das Krankenhaus einen **Einzelnachweis** der gutachtenbezogenen Aufwendungen vorlegen.

4. Liegt ein Einzelnachweis der gutachtenbezogenen Aufwendungen nicht vor, ist zur Konkretisierung der „notwendigen besonderen Kosten“ im Sinne des § 12 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 JVEG auf einen **pauschalisierenden Ansatz** zurückzugreifen. Ist die konkrete Höhe der Aufwendungen nicht feststellbar, so kann das Gericht die Höhe in entsprechender Anwendung des § 287 Abs. 2 ZPO **schätzen**.

5. Der Senat geht für diesen Fall von einer abstrakten, **diagnoseunabhängigen Pauschale von 200,00 € pro Tag** aus. Der geschätzte Wert liegt höher als die „Basiskosten pro Patient und Tag“ für die nicht medizinische Infrastruktur des Krankenhauses, jedoch niedriger als die DRG-Fallpauschale, die auch die ärztliche Behandlung eines Patienten umfassen würde.

e) Übersendung von Arztunterlagen an das Gericht allein per Telefax

SG Karlsruhe, Beschluss v. 26.11.2013 - S 1 KO 4075/13

RID 14-04-188

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

JVEG §§ 4 I 1, 7 II, 10 I, 19 I 1 Nr. 4, II 2

Leitsatz: Für die Übersendung von Arztunterlagen an das Gericht allein per Telefax kann der sachverständige Zeuge allein eine Entschädigung für Zeitversäumnis beanspruchen. Eine Entschädigung für „Ablichtungen“ steht dagegen nicht zu.

12. Arbeits- und Sozialrecht

a) Selbständiger Honorararzt im Krankenhaus

SG Braunschweig, Urteil v. 25.07.2014 - S 64 KR 206/12

RID 14-04-189

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV § 7 I

Es gibt keine Vorschrift, die es einer Krankenhausträgerin verwehrt, **ärztliche Leistungen auf dem freien Markt einzukaufen**. Ob sie dabei mit ihrer Zulassung als Vertragskrankenhaus und entsprechender Berechtigung zur Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen spielt, muss und kann hier nicht entschieden werden.

Es gibt keine sozialversicherungsrechtliche Vorschrift, die es einem Arzt verbieten würde, als approbierter **Arzt in einem Krankenhaus selbständig tätig** zu sein. Auch hier gilt, dass ein möglicher Verstoß gegen ärztliches Berufsrecht sich nur auf die Zulassung auswirken kann.

Eine Aussage dahingehend, dass es **selbständige Honorarärzte in Krankenhäusern** keinesfalls geben kann, lässt sich nicht treffen. Dem steht bereits die Lebenswirklichkeit entgegen. Mittlerweise arbeiten fast alle Krankenhäuser in Deutschland mit dem hier zur Prüfung stehenden Modell. Es gibt eine unüberschaubare Zahl von Vermittlungsagenturen für solche Vertragsverhältnisse.

Auszugehen ist grundsätzlich vom hier erklärten **Willen der Vertragsparteien**, ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis ausdrücklich nicht gewollt zu haben. Ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis kann, ausgehend von den oben dargestellten Grundsätzen, demnach nur dann vorliegen, wenn entgegen dem Willen der Vertragsparteien die tatsächlichen Umstände für das Vorliegen einer abhängigen Beschäftigung sprechen. Das ist nur dann der Fall, wenn die **Merkmale für eine abhängige Beschäftigung** eindeutig überwiegen. Das kann hier schon deshalb nicht

festgestellt werden, weil es kein einziges Kriterium gibt, welches in der vorliegenden Fallkonstellation eindeutig für eine abhängige Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit spricht (Hierzu im Einzelnen: Eingliederung in den Krankenhausbetrieb und Weisungsgebundenheit; Art der Dienste; Teilnahme an nicht unmittelbar arbeitsbezogenen Veranstaltungen; Persönliche Leistungserbringung; das Recht, auch für dritte Auftraggeber tätig zu werden; Unterkunft und Verpflegung; unternehmerisches Auftreten und Risiko; Erscheinungsbild nach außen; Wahl der Mitarbeiter; zeitlich befristeter Vertrag; keine Urlaubs- und Krankheitsvertretung; Haftung der Klinik für Fehler des Arztes; Versicherungen; sonstige Versicherungen; Lohnfortzahlung; Honorarverhandlungen; Abrechnung des Arztes mit der Klinik).

Der beigel. Facharzt für Radiologie war als Honorararzt tätig an Krankenhäusern in Pirna, Dessau, Berlin-Weißensee und Riesa. Seit April 2014 betreibt er eine eigene radiologische Praxis. Vermittelt durch die über das Internet tätige **Agentur Hire a Doctor** hatte er mit der kl. Krankenhausträgerin mehrere Verträge über honorarärztliche Tätigkeit abgeschlossen (am 28.04.2009 für die Zeit vom 29.06.-31.08.2009; am 04.08.2009 für die Zeit vom 01.09.-31.12.2009; am 09.09.2009 für die Zeit vom 01.01.-31.03.2010; am 26.03.2010 für die Zeit vom 01.04.-31.05.2010; am 27.05.2010 für die Zeit vom 01.-30.06.2010 und am 24.11.2010 für die Zeit vom 21.-30.12.2010). In der Zeit vom 29.06.-30.12.2010 übte der Beigel. daneben keine weitere ärztliche Tätigkeit aus. Die Abrechnung mit der Kl. erfolgte auf Stundenbasis. Die Stundensätze betragen je nach Einsatzzeit zwischen 70 € und 170 €. Während der gesamten Einsatzzeit stellte die Kl. dem Beigel. eine angemessene Unterkunft zur Verfügung. Insgesamt zahlte die Kl. dem Beigel. 291.111,98 € Honorar und der Onlineärztermittlung Hire a Doctor 31.498,86 € Vermittlungsprovision. Das **SG** stellte fest, dass die Tätigkeiten des Beigel. im Krankenhaus der Kl. in der Zeit vom 29.06.2009-30.12.2010 keine abhängigen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse waren.

Parallelverfahren:

SG Braunschweig, Urteil v. 25.07.2014 - S 64 KR 412/13

RID 14-04-190

www.sozialgerichtsbarkeit.de

b) Zahnärztlicher Vorbereitungsassistent als Arbeitnehmer

LAG Köln, Beschluss v. 11.08.2014 - 6 Ta 192/14

RID 14-04-191

juris

ArbGG §§ 2 I Nr. 3a, 5; GVG § 17a

Leitsatz: Zur Arbeitnehmereigenschaft eines sog. Vorbereitungsassistenten, der in die Praxis eines Zahnarztes eingegliedert ist.

c) Externer Gutachter zur Prüfung von Pflegebedürftigkeit für den MDK als Selbständiger

LAG Hamm, Urteil v. 22.05.2014 - 16 Sa 1221/13

RID 14-04-192

Revision anhängig: BAG - 9 AZR 484/14 -

juris

BGB §§ 611, 631; SGB V § 275

Ein **externer Gutachter zur Prüfung von Pflegebedürftigkeit für den MDK**, der zwar zeitlich an den ihm gesetzten Rahmen gebunden ist und die Räumlichkeiten des MDK nutzt, im Hinblick auf die Ausstattung der Begutachtungszentren auf diese auch angewiesen ist und die Unterstützungsleistungen des MDK durch die Tätigkeit der Sekretärinnen in Anspruch nimmt, ist dennoch **selbständig tätig**, wenn er seine **Arbeitszeit** selbst bestimmen kann, wenn er insb. selbst bestimmen kann, an welchen Tagen er eine Tätigkeit für den MDK durchführt.

13. Versorgungswerk

a) Kein Anspruch auf Überleitung von Versorgungsabgaben an andere Ärzteversorgung

VG Düsseldorf, Urteil v. 02.06.2014 - 20 K 1895/13

RID 14-04-193

^{juris}
Ärzteversorgung Nordrhein

Es ist unerheblich, ob ein **Überleitungsabkommen** zwischen zwei Körperschaften des öffentlichen Rechts, wonach die **Überleitung von Versorgungsanwartschaften ausgeschlossen**, sofern das Mitglied in dem Zeitpunkt, in dem es die Mitgliedschaft in der aufnehmenden Versorgungseinrichtung erwirbt, das 50. Lebensjahr bereits vollendet hat oder sofern das Mitglied in der abgebenden Versorgungseinrichtung für mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet hat, gegen höherrangiges Recht verstößt, da dies allenfalls dazu führen kann, das Überleitungsabkommen insgesamt nicht anzuwenden. Ungeachtet dessen bedürfen die Ausnahmetatbestände keiner verfassungskonformen Auslegung oder einer Interpretation im Lichte einfachgesetzlicher und europarechtlicher Vorgaben, weil sie **mit (höherrangigen) Rechtsvorschriften vereinbar** sind.

b) Nachweis der Berufsunfähigkeit bei wechselnder Berufstätigkeit

VG Köln, Urteil v. 05.08.2014 - 7 K 3959/12

RID 14-04-194

^{juris}
HeilBerG NRW § 6a; VwGO §§ 98, 108 I

Bezieht sich die Satzung eines Versorgungswerks für Berechtigte aufgrund eines Versorgungsausgleichs auf die Erwerbstätigkeit im Allgemeinen, ohne die Tätigkeit auf ein bestimmtes Berufsbild zu beschränken, und hat die Berechtigte einen nicht unerheblichen Teil ihres bisherigen Erwerbslebens nicht in ihrem erlernten Beruf gearbeitet, so müssen die zum Nachweis der Berufsunfähigkeit herangezogenen **Atteste substantiierte Aussagen** darüber enthalten, welche der einzelnen Tätigkeiten derjenigen Erwerbstätigkeit, für die die Berechtigte nach ihrem Alter, ihrer schulischen und beruflichen Vorbildung sowie ihrer Berufserfahrung geeignet ist, ihr infolge der Erkrankung nicht mehr oder nur noch eingeschränkt zugemutet werden können.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Kein Übergehen eines erheblichen Beweisantritts

BGH, Beschluss v. 16.09.2014 - VI ZR 118/13

RID 14-04-195

^{juris}
BGB § 823; ZPO § 286

Nimmt der Sachverständige aufgrund der Zeitabstände zwischen den dokumentierten ärztlichen Konsultationen bei der Beurteilung des Kausalzusammenhangs an, dass bestimmte, von der Kl. behauptete Gesundheitsbeeinträchtigungen erst acht Monate nach der letzten Impfung (HPV-Impfung mit dem Impfstoff Gardasil) aufgetreten seien, hat die Kl. jedoch unter Beweisantritt vorgetragen, dass ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits 14 Tage nach der letzten Impfung zu beobachten gewesen seien und auch noch fortdauernten, so ist der **Beweisantritt erheblich**, denn es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Beweisaufnahme Feststellungen ergeben hätte, die zu anderen sachverständigen Schlussfolgerungen führen könnten.

Wenn der vom Gericht ernannte **Sachverständige** die **wesentlichen tatsächlichen Grundlagen** seines Gutachtens **nicht offen legt**, kann nicht nur das Gericht seiner Pflicht aus § 286 ZPO, Gutachten gerichtlicher Sachverständiger sorgfältig und kritisch zu würdigen, nicht nachkommen, sondern verletzt die Verwertung dieses Gutachtens auch das Recht der Partei auf rechtliches Gehör (BGH, Urt. v. 12.11.1991 - KZR 18/90 - BGHZ 116, 47, 58), da es einer Verhinderung des Vortrags

zu entscheidungserheblichen Punkten gleich kommt, wenn der Partei nicht die Gelegenheit gegeben wird, sich mit allen Grundlagen des Gutachtens kritisch auseinanderzusetzen.

b) Forderungsübergang auf Sozialversicherungsträger: Krankenkassenwechsel u. Verjährungshemmung

BGH, Urteil v. 01.07.2014 - VI ZR 391/13

RID 14-04-196

juris

BGB §§ 195, 199, 203, 214; SGB X § 116 I 1

Leitsatz: 1. Bei einem **Wechsel des Sozialversicherungsträgers** (hier: der Krankenkasse) gehen die vom zuerst verpflichteten Sozialversicherungsträger gemäß § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X erworbenen **Ersatzansprüche** des Geschädigten kraft Gesetzes auf den nun zuständigen Sozialversicherungsträger über, sofern die geschuldeten Versicherungsleistungen sachlich und zeitlich kongruent sind.

2. Der **nachfolgende Sozialversicherungsträger** erwirbt die Ersatzforderung - auch was einen beim zuerst verpflichteten Sozialversicherungsträger eingetretenen Verjährungsbeginn anbelangt - so, wie sie sich bei dem Rechtsübergang befindet.

3. Zugunsten des Rechtsnachfolgers wirkt nur die bei seinem Rechtsvorgänger durch Verhandlungen gemäß § 203 BGB bis zum Rechtsübergang bewirkte **Verjährungshemmung**; ob eine Hemmung der Verjährung beim Rechtsnachfolger eintritt, hängt hingegen davon ab, ob Hemmungsgründe in seiner Person vorliegen.

4. **Verjährungsverzichtserklärung**, die der Schuldner nur im Verhältnis zum Rechtsvorgänger abgegeben hat, wirken grundsätzlich nicht zugunsten des Rechtsnachfolgers.

2. Behandlungsfehler

a) Diagnosefehler ohne nachteilige gesundheitliche Folgen/Selbstbestimmungsrecht des Patienten

LG Memmingen, Urteil v. 23.12.2013 - 23 O 1547/11

RID 14-04-197

juris = NJW-RR 2014, 850

BGB §§ 253, 280, 630a, 823 I

Leitsatz: 1. Führt ein **Diagnosefehler** - hier: nicht erkannter Bruch des Brustwirbels - dazu, dass einem Patienten als Folge einer nicht erkannten Verletzung auch keine Hinweise über Behandlungsmöglichkeiten gegeben werden, so wird hierdurch (auch) das **Selbstbestimmungsrecht** des betroffenen Patienten verletzt.

2. Sind nachteilige gesundheitliche Folgen durch den Diagnosefehler nicht eingetreten, rechtfertigt allein die Verletzung des Selbstbestimmungsrechts keine Zuerkennung eines **Schmerzensgeldes**.

b) Unterlassen von Maßnahmen zur Bekämpfung einer Infektion

OLG Karlsruhe, Urteil v. 14.08.2014 - 7 U 102/12

RID 14-04-198

juris

SGB X § 116 I; EntgFG § 6 I; BGB §§ 278, 280, 611, 823, 831

Eine Infektion des rechten Kniegelenks wird unzureichend behandelt, wenn zwingend gebotene **Maßnahmen zur Bekämpfung der Infektion** unterlassen werden. Die unzureichende Behandlung des Infekts ist - auch in einer Gesamtbetrachtung aller drei stationären Aufenthalte - nicht als grober Behandlungsfehler zu qualifizieren, wenn die behandelnden Ärzte den Infekt weder völlig verkannt noch eine prinzipiell falsche Behandlung gewählt haben.

Wird eine Erkrankung behandlungsfehlerhaft zu spät erkannt oder aus anderen Gründen nicht oder nicht fachgerecht behandelt, so ist der **Primärschaden** zwar nicht die behandlungsbedürftige Gesundheitsbeeinträchtigung selbst, wohl aber die **gesundheitliche Befindlichkeit**, die dadurch entstanden ist, dass die gebotene Behandlung unterblieben ist (vgl. BGH, NJW 2013, 3094, 3095). Zu dieser gesundheitlichen Befindlichkeit in ihrer konkreten Ausprägung gehört dann auch ein dadurch geschaffenes oder erhöhtes Risiko weiterer Erkrankungen (vgl. BGH, aaO.). Es genügt, dass der

Patient in nicht austerapiertem Zustand entlassen wurde und aufgrund dieser Befindlichkeit ein erhöhtes Risiko bestand, dass die Infektion wieder aufflammt.

c) Darlegungs- und Beweiserleichterungen bei „voll beherrschbarem Risiko“

OLG Schleswig-Holstein, Urteil v. 29.08.2014 - 4 U 21/13

RID 14-04-199

Revision zugelassen

juris

BGB §§ 278, 280, 823, 831, 840; SGB X § 116

Leitsatz: Darlegungs- und Beweiserleichterungen für einen geschädigten Patienten unter dem Gesichtspunkt des „voll beherrschbaren Risikos“ greifen bereits dann, wenn ein minimales Restrisiko verbleibt oder theoretisch bleiben könnte, dass ein für die **Herzkatheteruntersuchung** verwendetes technisches Gerät auch bei Intaktheit und richtiger Bedienung nicht richtig funktioniert (hier: Luft in der Spüleleitung).

d) Nichterkennen einer Schulterdystokie bei Geburt

OLG Oldenburg, Urteil v. 15.10.2014 - 5 U 77/14

RID 14-04-200

juris

KHEntg § 9

Leitsatz: 1. Erkennt der Behandler bei einem Verdacht auf **Makrosomie** unter der Geburt eine Schulterdystokie nicht bzw. trifft er trotz Erkennens der Dystokie nicht die notwendigen Maßnahmen (McRoberts-Manöver etc.), begeht er einen groben Diagnose- bzw. groben Behandlungsfehler.

2. Zur **Abrechnung einer Plexusoperation** mit Nervtransplantation nach § 9 KHEntgG.

3. Die schadensersatzrechtliche **Erstattungsfähigkeit von Behandlungskosten** richtet sich nicht notwendigerweise danach, inwieweit die Kosten von der Krankenkasse getragen werden.

e) Nichterkennen eines Schlaganfalls

OLG Köln, Urteil v. 06.08.2014 - 5 U 119/11

RID 14-04-201

juris

BGB § 823

Ordnet ein **Hausarzt** die geklagten Beschwerden nach einem **Schlaganfall** trotz bekannter Risikofaktoren ausschließlich als Ausprägung bzw. Folge eines **HWS-Syndroms** ein und geht er ausschließlich der Verdachtsdiagnose eines HWS-Syndroms nach, so handelt es sich um einen **Diagnosefehler**. Der Patient hat aber zu beweisen, dass es zu weiteren Infarktgeschehen gekommen ist, die bei einer früheren Krankenhauseinlieferung hätten verhindert werden können.

f) Risikoabwägung zwischen Schlaganfall und Hirnblutung

OLG Köln, Urteil v. 26.02.2014 - 5 U 68/13

RID 14-04-202

juris

BGB § 823

Wollte die Patientin bewusst von der in den Leitlinien zum Ausdruck kommenden **Risikoabwägung** zwischen einem **Schlaganfall**, dessen Risiko durch die **Marcumareinnahme** gesenkt wird, und einer **Hirnblutung**, dessen Risiko durch die Marcumareinnahme steigt, abweichen und war sie bereit, zur Verringerung der Gefahr einer Hirnblutung ein höheres Schlaganfallrisiko in Kauf zu nehmen, war es folgerichtig und nachvollziehbar, diesem Gesichtspunkt bereits im Zusammenhang mit der Verabreichung von Heparin vor dem geplanten urologischen Eingriff Rechnung zu tragen und dieses in geringerem Umfang als üblich zu verwenden.

g) Alternativloses Legen eines zentralen Venenkatheters/Thrombosetherapie

OLG Koblenz, Beschluss v. 04.07.2014 - 5 U 89/14

RID 14-04-203

juris

GG Art. 2; BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823; ZPO 286, 287

Leitsatz: 1. Muss wegen einer **nekrotisierenden Pankreatitis** in erheblichem Maße Flüssigkeit zugeführt werden und stellt das Legen eines peripheren Zugangs keine echte Behandlungsalternative dar, ist die unterbliebene **Aufklärung** über das **Risiko einer Thrombose** bei Legen eines zentralen Venenkatheters nicht haftungsrelevant, wenn angesichts der Alternativlosigkeit dieser Maßnahme von einer hypothetischen Einwilligung auszugehen ist.

2. Bei **Thromboseverdacht** ist die Verabreichung von niedrig dosiertem Heparin alternativlos, wenn sich eine Vollantikoagulation mit Marcumar® oder Xarelto® im Hinblick auf das bei einer Pankreatitis bestehende lebensbedrohliche Blutungsrisiko verbietet, dem im konkreten Behandlungsfall nicht mit der Gabe von Fremdblut hätte begegnet werden können, weil der Patient eine solche **Maßnahme aus religiösen Gründen ablehnte**.

h) Krebsvorsorge: Tastbefund der Brust ohne Überweisung zur Mammografie

OLG Koblenz, Beschluss v. 04.07.2014 - 5 U 278/14

RID 14-04-204

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823

Leitsatz: Zur Arzthaftung, wenn ein **Gynäkologe** bei einer Patientin, die sich über eine Zeitspanne von 18 Monaten wiederholt mit vermeintlich auffälligem **Tastbefund der Brust** vorstellt, lediglich eine Palpation vornimmt und davon absieht, eine Mammografie oder sonstige diagnostische Maßnahmen zu veranlassen.

i) Abgrenzung Diagnosefehler/Befunderhebungsversäumnis bei Vaginalfistel

OLG Koblenz, Urteil v. 23.04.2014 - 5 U 1427/13

RID 14-04-205

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823

Leitsatz: Hat der **Chirurg** vor Entfernung einer **Vaginalfistel** von einer sinnvollen, aber nicht **hinreichend verlässlichen Untersuchung abgesehen (hier: Proktoskopie)** und stattdessen eine aussagekräftige Bildgebung (hier: MRT) veranlasst und außerdem unter der Operation durch Blaufüllung eine Fistelverbindung zum Enddarm ausgeschlossen, lässt sich der Vorwurf eines zur Beweislastumkehr führenden Befunderhebungsversäumnisses nicht auf die unterbliebene Proktoskopie stützen.

j) Fixateur externe bei einem Bruch des Sprunggelenks mit Weichteilverletzungen

OLG Hamm, Urteil v. 18.02.2014 - 26 U 147/12

RID 14-04-206

juris

BGB § 823

Leitsatz: Die Verwendung eines **Fixateur externe** kann bei einem **Bruch des Sprunggelenks** mit Weichteilverletzungen das einzig fachgerechte Behandlungsverfahren sein. Die Anwendung eines Fixateur externe kann im Einzelfall dem üblichen Vorgehen einer internen Osteosynthese überlegen sein. Auch eine Schuppenflechte kann die Anwendung des Fixateur externe zwingend notwendig machen.

k) Fehlbehandlung eines Verkehrsunfallopfers: Schädigung des nervus radialis bei Humerus-Reposition

OLG Koblenz, Urteil v. 12.03.2014 - 5 U 640/13

RID 14-04-207

juris = MedR 2014, 647

BGB §§ 195, 199, 249, 276, 280, 426, 611, 823; ZPO § 286; BBG § 86

Leitsatz; 1. Hat sich der Arzt bei der **Reposition des Humerus** darauf beschränkt, den **nervus radialis** kontinuierlich zu ertasten und zu umgehen, statt den Nerv zu präparieren und mit einer Schlinge beiseite zu halten, kann darin kein haftungsrelevantes Versäumnis gesehen werden, wenn nach sachverständiger Einschätzung auch unter der weiter greifenden Sicherung mit 10%-iger Wahrscheinlichkeit eine Radialisschädigung zu erwarten war und das Versäumnis nicht als grober Behandlungsfehler gewertet werden kann.

2. Auch die **Verzögerung eines Revisionseingriffs** nach Verletzung des nervus radialis ist nicht haftungsrelevant, wenn kein zureichender Anhalt dafür besteht, dass die Schädigung dadurch behoben oder auch nur gebessert werden konnte.

3. Die **Verjährung des Gesamtschuldnerausgleichsanspruchs** nach § 426 Abs. 1 Satz 1 BGB zwischen Kfz.-Haftpflichtversicherer und Arzt, der das Unfallopfer fehlbehandelt haben soll, beginnt erst dann, wenn der Versicherer von der Mithaftung des Arztes Kenntnis erlangt oder die Mitverantwortlichkeit ohne Weiteres hätte erkennen können. Nur für den Beginn der Verjährung des Ausgleichsanspruch nach § 426 Abs. 2 Satz 1 BGB kommt es auf die Kenntnis des Unfallgeschädigten an.

l) Diagnose- und Befunderhebungsfehler bei Missdeutung knöcherner Mikrofrakturen

OLG Koblenz, Beschluss v. 06.05.2014 - 5 U 44/14

RID 14-04-208

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823; ZPO 286, 287

Leitsatz: 1. Werden knöcherne Mikrofrakturen (Bone bruise) als Distorsionsschmerz des Kniegelenks fehlinterpretiert und eine **zielführende Bildgebung (MRT) verzögert**, kann darin kein grober Behandlungsfehler gesehen werden, wenn der gerichtliche Sachverständige ein Versäumnis verneint und der vom Patient konsultierte Privatgutachter die ergänzende Bildgebung lediglich als „wünschenswert“ bezeichnet.

2. Auch eine **Beweislastumkehr** wegen eines **einfachen Befunderhebungsfehlers** scheidet aus, wenn nach sachverständiger Einschätzung die sofortige Reaktion auf die richtige Diagnose den weiteren Verlauf nicht zum Vorteil des Patienten verändert hätte.

m) Indikation einer Nasennebenhöhlen- und Nasenmuscheloperation/Bestimmter Arzt

OLG Hamm, Urteil v. 02.09.2014 - 26 U 30/13

RID 14-04-209

juris

BGB §§ 280, 611, 823

Leitsatz: Will der Patient nur durch einen **bestimmten Arzt**, z. B. einen bestimmten Chefarzt, behandelt werden, so muss der Patient den Behandlungsausschluss durch andere Ärzte hinreichend deutlich machen.

Die **Indikation** des operativen Vorgehens einer **Nasennebenhöhlen- und Nasenmuscheloperation** ist jedenfalls dann zu bejahen, wenn die konservativen Therapiemethoden erschöpft sind.

n) Krankenhausarzt in der Notfallambulanz: Fehldeutung einer Carbamazepin-Unverträglichkeit

OLG Koblenz, Beschluss v. 26.08.2014 - 5 U 222/14

RID 14-04-210

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Ein **Diagnoseirrtum**, der objektiv auf eine Fehlinterpretation der Befunde zurückzuführen sein kann, darf nur mit Zurückhaltung als **Behandlungsfehler** gewertet werden. Daher haftet die in der Notfallambulanz eines Krankenhauses tätige Fachärztin für Allgemeinmedizin nicht, wenn sie eine nach den Gesamtumständen fernliegende Carbamazepin-Unverträglichkeit naheliegend als Amoxicillin-Unverträglichkeit fehlinterpretiert, weil die Patientin dieses Medikament erst jüngst zusätzlich eingenommen hat.

2. Beim einfachen Diagnoseirrtum trifft den Patient die **Beweislast**, dass der Kausalverlauf nach sofortiger richtiger Diagnose günstiger gewesen wäre.

o) Einsatz eines Medizinstudenten im 10. Semester als alleinige postoperative Nachtwache

LG Mainz, Urteil v. 09.04.2014 - 2 O 266/11

RID 14-04-211

juris = PfIR 2014, 368 = RDG 2014, 183

BGB §§ 253, 278 I, 280 I, 630a

Eine Klinik verletzt seine **vertraglichen Pflichten** aus dem Behandlungsvertrag, wenn es völlig ungeeignetes Personal als alleinige **postoperative Nachtwache** beschäftigt. Ein Medizinstudent im 10. Semester hat ganz überwiegend theoretische Kenntnisse erworben, ihm fehlt es aber regelmäßig an der praktischen Ausbildung für den Dienst am Patienten.

3. Aufklärung/Einwilligung

a) Risiko eines AV-Blocks mit lebenslanger Herzschrittmacher-Notwendigkeit für achtmonatigen Säugling

OLG Köln, Urteil v. 04.08.2014 - 5 U 157/13

RID 14-04-212

juris

BGB § 823

Entscheidend ist, dass auf das **Risiko eines AV-Blocks mit lebenslanger Herzschrittmacher-Notwendigkeit** auch nach Darstellung der Bekl. zu 3 und 5 nur beiläufig und schematisch hingewiesen wurde. Es ging hier aber darum, die Folgen für das weitere Leben des 1998 als Frühgeborener (34. Woche) mit einem Herzfehler zur Welt gekommenen Kl. patientenbezogen und objektiv zu schildern. Das hätte bedeutet, dass in einem sehr **sorgfältigen Abwägungsprozess** auch die Frage thematisiert hätte werden sollen, wann der günstigste Zeitpunkt für diese folgenschwere Operation ist - insbesondere, dass die Gefahren mit zunehmendem Alter abnehmen, dass der Kl. weder das auch nach damaligem Standard allgemein empfohlene Gewicht noch das empfohlene Alter wirklich erreicht habe. Den seitens der Eltern sehr plastisch und plausibel geschilderten Druck, den die Ärzte (der Mutter saßen vier Ärzte gegenüber) aufgebaut haben, hat die Anhörung der Bekl. zu 3 und 5 eher bestätigt als zerstreut. Es hätte vor allem bedeutet, dass die Folgen eines AV-Blocks wirklich deutlich angesprochen werden, nämlich dass dann, wenn die Hauptleitung gekappt werde, der Kl. jede Chance verloren gehabt hätte, jemals ganz zu gesunden, eine Chance, die zuvor sehr wohl bestand und realistisch war.

b) Mögliches Paravasat bei Chemotherapie nach Entfernung eines Mammakarzinoms

OLG Koblenz, Beschluss v. 30.06.2014 - 5 U 483/14

RID 14-04-213

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823

Leitsatz: 1. Kann sich nach **brusterhaltender Entfernung eines Mammakarzinoms** das Erfordernis einer **Chemotherapie** ergeben, muss der Arzt nicht bereits vor dem Ersteingriff darüber aufklären, dass es unter der Chemotherapie zu einem Paravasat kommen kann.

2. Die **Aufklärung** eines mit der ärztlichen Terminologie nicht vertrauten Patienten ist von medizinischen Fachausdrücken freizuhalten und in für den Laien verständlicher Sprache zu führen. Daher ist es unschädlich, dass der Arzt den Fachbegriff „Paravasat“ bei der Aufklärung nicht benutzt hat.

c) Hypothetische Einwilligung: Einholung einer Zweitmeinung bei bösartigem Tumor unerheblich

OLG Köln, Beschluss v. 17.04.2014 - 5 U 148/13

RID 14-04-214

juris

BGB § 823

Beruft sich der Arzt auf die **hypothetische Einwilligung** des Patienten, so kann dieser den ärztlichen Einwand dadurch entkräften, dass er nachvollziehbar geltend macht, er hätte sich bei ordnungsgemäßer Aufklärung in einem echten Entscheidungskonflikt befunden. Dafür reicht es aus, wenn der Patient einsichtig macht, dass ihn die Frage nach dem Für und Wider des ärztlichen Eingriffs ernsthaft vor die Frage gestellt hätte, ob er zustimmen soll oder nicht.

Ist es im Hinblick auf die etwa 5 cm große Raumforderung des rechten Nierenoberpols dringend geboten, zu operieren und den Tumor zu entfernen, dient die Maßnahme dem Schutz der Niere und dem Schutz des Klägers vor einem mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % **bösartigen Tumor**. Im Fall eines Eingriffs, der in einer für den Patienten nachvollziehbaren Weise einerseits dringend und andererseits mit dem unvermeidbaren Risiko einer Nervenverletzung verbunden ist, spricht sehr wenig für die Einholung einer zweiten Meinung. Weder kann der Patient von einem anderen Arzt zusätzliche Informationen noch eine inhaltlich andere Empfehlung erwarten.

d) Unterbliebener Hinweis auf Koloskopie zur Abklärung eines Darmkrebsrisikos

OLG Köln, Urteil v. 06.08.2014 - 5 U 137/13

RID 14-04-215

juris

BGB § 823

Ein **unterbliebener Hinweis** auf eine für den Patienten indizierte Behandlung oder - wie hier - auf eine notwendige diagnostische Abklärung stellt sich als Behandlungsfehler in Form verletzter Sicherheitsaufklärung dar. Es gehört zu den Behandlungspflichten eines Arztes, einem Patienten die notwendigen therapeutischen Sicherheitshinweise zu erteilen. Dazu zählen die zur Sicherstellung eines Behandlungserfolgs notwendigen Schutz- und Warnhinweise, aber auch die Hinweise, die zur Vermeidung möglicher Selbstgefährdung dienen (st. Rspr., etwa BGHZ 107, 222; BGHZ 126, 386 ff.). Im Falle einer vom Patienten gewünschten Vorsorgeuntersuchung gehört es zu den ärztlichen Pflichten, auf solche Maßnahmen hinzuweisen, die der Arzt selbst nicht durchführen kann oder will, die aber zur Sicherstellung des Erfolges der Vorsorgeuntersuchung vom ärztlichen Standard aus als empfehlenswert oder gar als notwendig angesehen werden (hier: Koloskopie zur Abklärung eines Darmkrebsrisikos).

4. Schadensansprüche eines Soldaten im Rahmen der truppenärztlichen Versorgung

OLG Schleswig, Urteil v. 06.06.2014 - 4 U 103/12

RID 14-04-216

juris

BGB § 839; GG Art. 34; SVG §§ 81 I, 91a I 1

Leitsatz: 1. Die **ärztliche Behandlung von Soldaten durch Truppenärzte** oder in einem Bundeswehrkrankenhaus stellt im Rahmen der gesetzlichen Heilfürsorge die Wahrnehmung einer öffentlichen Aufgabe dar und erfolgt in Ausübung eines öffentlichen Amtes. Der etwaige **Amtshaftungsanspruch** des Soldaten gegen die Bundesrepublik Deutschland unterliegt den Beschränkungen des § 91a Abs. 1 Satz 1 SVG, da die Besonderheiten der truppenärztlichen Behandlung zu den dem Wehrdienst eigentümlichen Verhältnissen im Sinne des § 81 Abs. 1 SVG gehören.

2. Stellt sich der Soldat selbst in den Krankenhäusern vor bzw. wird mit dem Krankenwagen dorthin gefahren und geht dem keine Einweisung oder eine Überweisung durch den Truppenarzt voraus, so liegen jeweils **privatrechtliche Behandlungsverträge** und kein öffentlich-rechtliches Behandlungsverhältnis vor.

5. Anspruchsübergang (119 SGB X): Nach dem Schadensereignis eingetretene Versicherungspflicht

OLG Karlsruhe, Urteil v. 08.10.2014 - 7 U 87/14

RID 14-04-217

juris

SGB X § 119

Leitsatz: Zum Anspruchsübergang nach § 119 SGB X im Falle einer nach dem Schadensereignis eingetretenen Versicherungspflicht.

6. Beschwer bei Verurteilung des Bekl. zur Zahlung eines Schmerzensgelds über Mindestbetrag

OLG Naumburg, Beschluss v. 02.10.2014 - 1 U 100/13

RID 14-04-218

juris = MedR 2014, 667

BGB § 253; ZPO § 511 II Nr. 1

Leitsatz: Stellt der Kläger den Antrag, ein in das Ermessen des Gerichts gestelltes **Schmerzensgeld**, mindestens jedoch 75.000,- Euro zu zahlen, ist er durch eine Verurteilung zu 150.000,- Euro nicht beschwert. Dies gilt auch, wenn er im Laufe des Verfahrens ein Schmerzensgeld von 200.000,- Euro für angemessen hält, jedoch seinen Antrag unverändert stellt.

7. Beginn der Verjährung: Kenntnis einer Krankenkasse

OLG Naumburg, Urteil v. 06.03.2014 - 1 U 84/13

RID 14-04-219

juris

BGB § 199 I Nr. 2

Leitsatz: Hat eine **Krankenkasse** Kenntnis von einem durch die Patientin geführten Prozess, in dem der Vorwurf unterlassener Befunde geltend gemacht wird, und führt sie auch in diesem Zeitraum Verhandlungen mit der hinter den Beklagten stehenden Haftpflichtversicherung, hat sie die für eine Klageerhebung erforderliche **Kenntnis** im Sinne von § 199 Abs. 1 Nr. 2 BGB. Diese erlangt sie nicht erst durch ein in einem weiteren Prozess einer anderen Krankenkasse erstattetes neues Gutachten, welches zu anderen Schlussfolgerungen kommt als der Gutachter im ersten Prozess.

8. Sachverständige

a) Abweichung von Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften

OLG Hamm, Beschluss v. 18.06.2014 - 3 U 66/14

RID 14-04-220

juris

BGB § 249; ZPO §§ 286, 412 I

Leitsatz: 1. **Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften** stellen einen Wegweiser für den medizinischen Standard dar. Weicht die Beurteilung des **Sachverständigen** von einer solchen Leitlinie ab, so bedarf dies einer nachvollziehbaren Begründung. Hierfür genügt die Berufung auf die eigene Expertenmeinung alleine nicht.

2. Hat das Gericht gem. § 412 Abs. 1 ZPO einen **neuen Sachverständigen** beauftragt, weil es das Gutachten des ersten Sachverständigen für ungenügend erachtet hat, so ist es im Regelfall nicht verpflichtet, den früheren Sachverständigen zum Zwecke der Gegenüberstellung mit dem neuen Sachverständigen zu einem weiteren Termin zu laden, wenn der frühere Sachverständige bereits in einem ersten Termin mündlich angehört worden ist und dabei die berechtigten Zweifel an seinem Gutachten nicht hat ausräumen können.

b) Pflicht zur Berücksichtigung privatgutachterlicher Kritik/Eingriffs- und Risikoaufklärung

OLG Koblenz, Urteil v. 18.06.2014 - 5 U 187/14

RID 14-04-221

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823; ZPO §§ 286, 287, 538; GG Art. 103 I

Leitsatz: 1. Werden nach einem sehr komplexen Eingriff (hier: laparoskopische Proktokolektomie mit Anlage eines Ileostomas) substanzielle **privatgutachterliche Einwendungen** gegenüber der Einschätzung des gerichtlichen Sachverständigen erhoben, muss das Urteil in jedem entscheidungserheblichen Einzelpunkt nachvollziehbar aufzeigen, warum das Gericht die Kritik der Privatgutachter für nicht durchschlagend erachtet. Fehlt es daran, kann das die Rückgabe des Rechtsstreits in die erste Instanz erfordern.

2. Zur Unterscheidung der ärztlichen **Eingriffs-** von der **Risikoaufklärung** vor einer Proktokolektomie und zum Inhalt der medizinischen Sachaufklärungspflicht des Gerichts nach einer derartigen Operation.

c) Mündliche Anhörung des Sachverständigen/Sturzverletzung nach Wannenbad in Klinik

OLG Koblenz, Beschluss v. 19.05.2014 - 5 U 1584/13

RID 14-04-222

juris = MDR 2014, 1083

ZPO 286, 398, 411, 529, 531; BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823

Leitsatz: 1. Dass im Arzthaftungsprozess einem Parteiantrag auf **mündliche Anhörung des Gerichtssachverständigen** stattzugeben ist, bedeutet nicht, dass in jeder schriftsätzlichen Kritik am Gutachten ein konkludenter **Antrag** auf mündliche Anhörung des Sachverständigen zu sehen ist. Einem erstmals im Berufungsverfahren nachgeholten Antrag auf mündliche Anhörung des Sachverständigen zu seinem schriftlichen Gutachten erster Instanz ist nur nachzugehen, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, unter denen der Sachverständige von Amts wegen zu laden ist.

2. Eine 66-jährige Patientin ohne erkennbare gesundheitliche Probleme bedarf während und nach einem **Wannenbad** keiner lückenlosen Überwachung und Betreuung, falls sichergestellt ist, dass sie durch Betätigen einer Klingel in Griffnähe das Personal für Hilfestellung herbeirufen kann.

d) Maßnahmen nach § 409 Abs. 1 ZPO gegen Gerichtssachverständigen/Beschwerdeverfahren

OLG Koblenz, Beschluss v. 20.03.2014 - 5 W 167/14

RID 14-04-223

juris = NJW-RR 2014, 762

ZPO §§ 286, 291, 371a, 380, 402, 404a, 407a, 409, 415, 416, 416a

Leitsatz: 1. Maßnahmen nach § 409 Abs. 1 ZPO gegen einen **Gerichtssachverständigen** erfordern den sicheren Nachweis, dass er den **Auftrag** und die für seine Erfüllung benötigten **Akten erhalten** hat.

2. Dem **Beleg eines Paketdienstes** über die Auslieferung der Sendung kann nicht in entsprechender Anwendung von §§ 415 ff. ZPO erhöhte Beweiskraft beigemessen werden. Der Beweiswert derartiger Auslieferungsbelege ist unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände des jeweiligen Einzelfalls nach § 286 ZPO frei zu würdigen (hier verneint).

3. Die **Anwaltskosten** eines gerichtlichen Sachverständigen im erfolgreichen Beschwerdeverfahren nach § 409 Abs. 2 ZPO hat nicht die Staatskasse zu tragen

e) Gründe einer möglichen Befangenheit können ausgeräumt werden

LG Marburg, Beschluss v. 20.05.2014 - 5 O 66/11

RID 14-04-224

juris

ZPO §§ 42, 406

Leitsatz: Selbst wenn ein Verhalten oder eine Äußerung eines Sachverständigen zunächst die **Besorgnis der Befangenheit begründet** hat, kann dieser durch eine entsprechende Erläuterung, Klarstellung oder Entschuldigung ein ursprünglich berechtigtes Misstrauen **ausräumen**.

9. Streitgegenstand im Arzthaftungsrecht

LG Wiesbaden, Urteil v. 09.09.2014 - 1 O 10/14

RID 14-04-225

juris

ZPO § 322

Beim **Streitgegenstand** handelt es sich um den als Rechtsschutzbegehren oder Rechtsfolgebehauptung aufgefassten eigenständigen prozessualen Anspruch. Dieser wird bestimmt durch den Klageantrag, in dem sich die vom Kläger in Anspruch genommene Rechtsfolge konkretisiert, und den Lebenssachverhalt (Anspruchsgrund), aus dem der Kläger die begehrte Rechtsfolge herleitet. Die Umsetzung dieser Grundsätze im **Arzthaftungsrecht** ist im Einzelnen umstritten. Herrschend wird vertreten, streitgegenständlich sei das gesamte vorgetragene Behandlungsgeschehen, der Behandlungszeitraum oder der gesamte Behandlungsvorgang. Die Rechtskraft erstreckt sich auf alle mit dem Geschehen verknüpften Behandlungsfehler. Nach diesen Maßstäben als streitgegenstandsidentisch angesehen wurden die Klage wegen Fehlerhaftigkeit einer Revisionsoperation einerseits und wegen zu später Durchführung dieser Operation nebst Gabe eines kontraindizierten Medikaments andererseits. Nach einer restriktiveren Ansicht liegt ein einheitlicher Streitgegenstand nur vor, wenn für einen Gesundheitsschaden verschiedene Behandlungsfehler als Ursache in Betracht kämen, die sämtlich in einem einheitlichen Geschehen - etwa einer Operation - wurzeln.

10. Richterwechsel zwischen Beweisaufnahme und Urteilserlass (Prozess um Geburtsschäden)

OLG Koblenz, Urteil v. 30.04.2014 - 5 U 1504/13

RID 14-04-226

juris = GesR 2014, 610

GG Art. 103 I; ZPO §§ 128 II, 286, 295, 313, 355, 538; GKG § 21

Leitsatz: 1. Tritt ein **Richterwechsel** zwischen der Beweisaufnahme und dem Urteil ein, leidet das Verfahren an einem zur Aufhebung und Zurückverweisung führenden Mangel, falls wegen des fehlenden persönlichen Eindrucks auszuschließen ist, dass die neu hinzugetretenen Richter das

Beweisergebnis sachgemäß gewürdigt haben. Eine **Heilung des Verfahrensmangels** nach § 295 ZPO scheidet im schriftlichen Verfahren nach § 128 Abs. 2 ZPO aus, wenn erst das schriftliche Urteil den Richterwechsel offenbart.

2. Im Arzthaftungsprozess ist ein Verstoß gegen Art. 103 Abs. 1 GG gegeben, wenn besondere Umstände deutlich machen, dass das Vorbringen der Beteiligten entweder überhaupt nicht zur Kenntnis genommen oder bei der Entscheidung ersichtlich nicht erwogen worden ist. Bei einem **komplexen Behandlungsgeschehen** (hier: Geburtsleitung und postnatale Betreuung) mit mehreren beteiligten Ärzten ist es insbesondere erforderlich, die unterschiedlichen Verantwortlichkeiten und Verursachungsbeiträge differenziert zu prüfen und zu würdigen.

11. Zahnärztliche Behandlung

a) Abstehende Kronenränder/Entlassung mit nachbesserungsbedürftiger Brücke

OLG Hamm, Urteil v. 12.09.2014 - 26 U 56/13

RID 14-04-227

juris

BGB §§ 253 II, 280, 611, 823

Leitsatz: Abstehende Kronenränder (eine Stufe zwischen den natürlichen Zähnen und der künstlichen Krone) entsprechen nicht dem zahnärztlichen Standard. Ein Zahnarzt handelt grob behandlungsfehlerhaft, wenn er einen Patienten **ohne ausdrücklichen Hinweis** darauf entlässt, dass eine von ihm eingegliederte **Brücke nachbesserungsbedürftig** ist.

b) Funktionelle Therapie bei craniomandibulärer Dysfunktion vor prothetischer Versorgung

OLG Hamm, Urteil v. 04.07.2014 - 26 U 131/13

RID 14-04-228

juris

BGB §§ 249, 253, 280, 611

Leitsatz: Liegt bei einem Patienten eine **craniomandibuläre Dysfunktion** vor, muss zunächst eine **funktionelle Therapie** durchgeführt werden.

Wird die endgültige prothetische Versorgung - ohne abzuwarten - durchgeführt, liegt darin ein grober zahnärztlicher Behandlungsfehler.

c) Bisserrhöhung ohne Austestung mit Aufbisssschiene/Honorarrückzahlung

OLG Köln, Urteil v. 14.07.2014 - 5 U 156/13

RID 14-04-229

juris

BGB § 823

Eine Behandlung ist fehlerhaft und unbrauchbar, wenn der Zahnarzt eine **Bisserrhöhung** im Seitenzahnbereich um 2 bis 3 mm vornimmt, ohne deren Auswirkungen, insb. die Aufhebung der Okklusion der Front- und Eckzähne, ausreichend lang durch eine Aufbisssschiene oder ein Provisorium auszutesten. Eine Bisserrhöhung sollte mindestens vier bis sechs Monate ausgetestet werden, wobei üblicherweise gerade eine Front-Eckzahnbeziehung angestrebt wird. Die Unbrauchbarkeit der prothetischen Versorgung hat rechtlich zur Folge, dass die Patientin das hierfür gezahlte **Honorar** vom Zahnarzt zurückverlangen kann.

d) Fehlerhafte Implantatversorgung

LG Dortmund, Urteil v. 07.05.2014 - 4 O 154/12

RID 14-04-230

juris

BGB § 823

Die Einbringung eines Implantats in regio 14 erfolgt fehlerhaft, wenn dieses Implantat in die **Kieferhöhle hineinragt**. Die Prüfung der Bohrtiefe mit einer Sonde kann nur die Tiefe der Vorbohrung erfassen. Die provisorischen Implantate sind dünne Stifte, die selbstschneidend sind.

Auch bei einer Prüfung der Vorbohrung ist nicht ausgeschlossen, dass das Implantat in die Kieferhöhle gelangt.

Eine Implantatversorgung bedarf einer **Vorplanung** und der Anfertigung von Planungsmodellen und einer Schleimhautdickenmessung, die darauf hindeutet, dass sich der Zahnarzt im Vorhinein mit der Breite des Kieferkamms beschäftigt hat. Eine Überprüfung mit der Spitze der Spritze während der Behandlung ist unzureichend.

Zwischen Implantaten ist ein **Abstand** von 3 mm notwendig.

e) Hirnblutung bei einer Implantatversorgung

OLG Köln, Urteil v. 13.08.2014 - 5 U 104/13

RID 14-04-231

juris
BGB § 823

Ein mit neun **Implantaten** geplanter, umfangreicher Eingriff kann unter **ambulanten Bedingungen** durchgeführt werden. Für einen in der Implantologie erfahrenen Zahnarzt stellt ein Eingriff mit neun Implantaten in Verbindung mit bonesplitting und augmentativen Maßnahmen in Lokalanästhesie keine ungewöhnliche Herausforderung dar, soweit **keine Vorerkrankungen** vorliegen. Ein Zahnarzt darf auf die Angaben eines Patienten, der zugleich ärztlicher Kollege ist, vertrauen.

f) Implantatverankerung: Durchtränken mit Eigenblut/Aufklärungsgespräch

OLG Koblenz, Beschluss v. 25.02.2014 - 5 U 1535/13

RID 14-04-232

juris = MDR 2014, 1084
BGB §§ 253, 276, 280, 611, 823 I

Leitsatz: 1. Hat der Zahnarzt bei der **Implantatverankerung** davon abgesehen, das zugeführte Knochenersatzmaterials mit Eigenblut zu durchtränken und körpereigene Knochenspäne beizugeben, liegt darin kein grober Behandlungsfehler.

2. Fragt ein Patient mit Migrationshintergrund beim **Aufklärungsgespräch** mehrmals in einer Weise nach, dass die weitere Reaktion auf die Erläuterungen des Zahnarztes diesem den Eindruck vermitteln durfte, nunmehr habe der Patient alles verstanden, ist ein möglicherweise gleichwohl verbliebenes Aufklärungsdefizit vom Zahnarzt nicht verschuldet und daher auch nicht haftungsbegründend.

III. Arzneimittel/Hilfsmittel/Heilmittel

1. BVerwG: Zulassung pflanzlicher Kombinationsarzneimittel (Phytopharmaka)/Begründungsanforderungen

BVerwG, Urteil v. 09.04.2014 - 3 C 10.13

RID 14-04-233

juris = A&R 2014, 191
AMG §§ 4, 5, 22, 24, 25, 25b, 26, 31

Leitsatz: Im Zulassungsverfahren für pflanzliche Kombinationsarzneimittel (Phytopharmaka) ist ausreichend zu begründen, dass jeder **Wirkstoff** in der gewählten Dosierung entweder die Wirksamkeit des Präparats im vorgegebenen Anwendungsgebiet fördert oder unerwünschten Effekten entgegenwirkt.

Bei einem **bibliographischen Zulassungsantrag** sind die Anforderungen an die Begründung der therapeutischen Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Wirkstoffe nicht deshalb herabgesetzt, weil Arzneimittel mit identischer Wirkstoffkombination bereits auf dem deutschen und europäischen Markt zugelassen und etabliert sind.

2. Bundesgerichtshof (BGH)

a) EuGH-Vorlage/Arzneimittelbegriff: Gesundheitsschädliche Stoffzusammensetzungen

BGH, Beschluss v. 08.04.2014 - 5 StR 107/14

RID 14-04-234

juris = NSTZ-RR 2014, 182 = PharmR 2014, 296

EGRL 83/2001 Art. 1 Nr. 2 Buchst. b; EGRL 27/2004; AEUV Art. 267; AMG §§ 2 I, 4 XVII, 5 I, 95 I Nr. 1

Dem Gerichtshof der Europäischen Union wird zur Auslegung der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel (ABl. EG Nr. L 311 vom 28. November 2001, S. 67) in der durch die Richtlinie 2004/27/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG (ABl. EG Nr. L 136 vom 30. April 2004, S. 34) geltenden Fassung gemäß Art. 267 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) folgende Frage zur Vorabentscheidung vorgelegt:

Ist Art. 1 Nr. 2 Buchstabe b der Richtlinie 2001/83/EG vom 6. November 2001 in der durch die Richtlinie 2004/27/EG vom 31. März 2004 geänderten Fassung dahin auszulegen, dass Stoffe oder Stoffzusammensetzungen im Sinne dieser Vorschrift, die die menschlichen physiologischen Funktionen lediglich beeinflussen – also nicht wiederherstellen oder korrigieren –, nur dann als **Arzneimittel** anzusehen sind, wenn sie einen therapeutischen Nutzen haben oder jedenfalls eine Beeinflussung der körperlichen Funktionen zum Positiven hin bewirken? Fallen mithin Stoffe oder Stoffzusammensetzungen, die allein wegen ihrer – einen Rauschzustand hervorrufenden – psychoaktiven Wirkungen konsumiert werden und dabei einen jedenfalls gesundheitsgefährdenden Effekt haben, nicht unter den Arzneimittelbegriff der Richtlinie?

b) Unzulässiger Garantie-Bonus von 3% von ausländischer Versandapotheke

BGH, Beschluss v. 26.02.2014 - I ZR 120/09

RID 14-04-235

juris = PharmR 2014, 257

AMG § 78; AMPPreisV § 3

Der Gemeinsame Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes hat die Rechtsfrage, ob die deutschen Vorschriften für den Apothekenabgabepreis auch für verschreibungspflichtige Arzneimittel gelten, die **Apotheken mit Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union** im Wege des Versandhandels nach Deutschland an Endverbraucher abgeben, bejaht (GmS-OGB, Beschl. v. 22.08.2012 -GmS-OGB 1/10 - BGHZ 194, 354 Rn. 12 ff. = SozR 4-5570 § 78 Nr. 1). In Übereinstimmung damit hat der Gesetzgeber durch die mit Wirkung vom 26.10.2012 in Kraft getretene Regelung des § 78 I 4 AMG zusätzlich klargestellt, dass die aufgrund von § 78 I 1 AMG erlassene Arzneimittelpreisverordnung auch für gemäß § 73 I 1 Nr. 1a AMG in den Geltungsbereich dieses Gesetzes verbrachte Arzneimittel gilt.

Wie der Senat mittlerweile entschieden hat, ist ein Verstoß gegen die Bestimmungen des § 78 II 2 und 3, III 1 AMG, § 1 I u. IV, § 3 AMPPreisV geeignet, die Interessen von Mitbewerbern und sonstigen Marktteilnehmern spürbar zu beeinträchtigen, wenn der Wert der für den Bezug eines Arzneimittels gewährten **Werbegabe** einen Euro übersteigt (BGH, Urt. v. 08.05.2013 - I ZR 98/12 - GRUR 2013, 1264 Rn. 18 ff., 20 = WRP 2013, 1587- RezeptBonus).

3. Apothekenrecht

a) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Belieferung im Krankenhaus durch Kooperationsapotheke

BGH, Urteil v. 13.03.2014 - I ZR 120/13

RID 14-04-236

juris = WRP 2014, 1056 = Magazindienst 2014, 757 = RDG 2014, 246

SGB V §§ 11 IV, 39 I; UWG § 4 Nr. 11; ApoG § 11 I 1

Leitsatz: Kooperationsapotheke

1. Das in § 11 Abs. 4 SGB V geregelte **Versorgungsmanagement** und das in § 39 Abs. 1 Satz 4 bis 6 SGB V geregelte **Entlassmanagement** erfordern eine einschränkende Auslegung des § 11 Abs. 1 Satz

1 ApoG. Es ist daher mit dieser Vorschrift vereinbar, wenn ein Krankenhaus oder eine von einem Krankenhaus beauftragte Person im Rahmen des Entlassmanagements den Patienten die von ihnen im Zeitpunkt ihrer Entlassung aus der Klinik benötigten **Medikamente** durch eine Apotheke **an ihr Krankenbett liefern** lässt, falls die Patienten keine Belieferung durch eine andere Apotheke wünschen.

2. Ein entsprechendes Verhalten verstößt auch nicht gegen § 12 der Berufsordnung der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg.

bb) Inverkehrbringen einer als Spirituose gekennzeichneten Bach-Blüten-Essenz

BGH, Urteil v. 24.07.2014 - I ZR 221/12

RID 14-04-237

juris

UWG §§ 3 II 3, 4 Nr. 11; ApoBetrO § 25 Nr- 2

Leitsatz: 1. Das sich aus § 25 ApBetrO in der Fassung vom 14. November 2003 ergebende **Verbot**, in der Apotheke außer Arzneimitteln andere als die in dieser Bestimmung bezeichneten **Waren in den Verkehr zu bringen**, stellt eine **Marktverhaltensregelung** im Sinne von § 4 Nr. 11 UWG dar.

2. **Lebensmittel** konnten nach § 25 Nr. 2 ApBetrO in der Fassung vom 14. November 2003 nur dann in Apotheken abgegeben werden, wenn sie einen über die allgemeinen Ernährungszwecke hinausgehenden besonderen Gesundheitsbezug aufwiesen; nicht erforderlich war eine wissenschaftlich belegbare Gesundheitswirkung.

3. Der der Regelung des Art. 2 Abs. 2 Nr. 5 der Verordnung (EG) Nr. 1924/2006 zugrundeliegende **Gesundheitsbegriff** umfasst auch das seelische Gleichgewicht.

4. Die Bezeichnung „**Original Bach-Blüten**“ stellt keine gesundheitsbezogene Angabe im Sinne von Art. 2 Abs. 2 Nr. 5 der Verordnung (EG) Nr. 1924/2006 dar, weil sie in Bezug auf die Gesundheit neutral ist.

5. Bei der Prüfung der **Irreführungsgefahr** ist die Annahme einer gespaltenen Verkehrsauffassung innerhalb eines einheitlichen Verkehrskreises grundsätzlich nicht gerechtfertigt.

6. Das in § 16 Nr. 1 MTVO geregelte Verkehrsverbot knüpft an objektive Sachverhalte an. Auf die Sichtweise der angesprochenen Verkehrskreise kommt es daher nicht an. Im Rahmen des Verkehrsverbots nach § 16 Nr. 1 MTVO ist es auch unerheblich, ob ein als **Quellwasser** bezeichnetes Wasser, das die Anforderungen nach § 10 MTVO nicht erfüllt, in qualitativer Hinsicht einem Quellwasser entspricht.

b) Medienäußerungen eines Landesdatenschutzbeauftragten zum bayerischen Apothekenrechenzentrum

OVG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 28.02.2014 - 4 MB 82/13

RID 14-04-238

juris = NordÖR 2014, 284 = ZD 2014, 53

DSchG Schleswig-Holstein § 43

Der **Landesdatenschutzbeauftragte des Landes Schleswig-Holstein** darf sich kritisch zur Praxis eines bayerischen Apothekenrechenzentrums äußern, wenn er dies unter Vermeidung eines Absolutheitsanspruchs als eigene Auffassung kennzeichnet und etwaigen sachlichen Unsicherheiten aufgrund fehlender Bewertungsgrundlagen durch entsprechende Einschränkungen Rechnung trägt.

Das OVG weist darauf hin, Hintergrund der Befassung der Datenschutzaufsichtsbehörden in mehreren Bundesländern mit der Datenverarbeitung von Apothekenrechenzentren seit etwa 2012 war, dass diese über mehrere Jahre hinweg gegen das **Gebot der Anonymisierung von Rezeptdaten** vor einer Weitergabe an Dritte zu **Zwecken der Marktforschung bzw. des Marketings** verstoßen hatten. Insoweit kann auf den Vermerk des Bayerischen Landesamtes für Datenschutzaufsicht vom 02.04.2012 verwiesen werden, dem zufolge im Zeitraum von 1998 bis 2010 eine Übermittlung nicht anonymisierter Rezeptdaten seitens der Ast. an ein drittes Unternehmen erfolgt war, die gemessen an § 44 I BDSG bei anzunehmender Bereicherungsabsicht **strafrechtlich relevant** gewesen sei.

c) Kein Totalverbot gegenüber Apotheker, Fertigarzneimittel neu zu verblistern

VG Neustadt (Weinstraße), Urteil v. 11.03.2014 - 5 K 542/13.NW

RID 14-04-239

juris

AMG § 69; ApoBetrO §§ 1a V, 2a I 3, 34 I Nr. 3, 36; VwVfG §§ 28, 45 I Nr. 3

Leitsatz: 1. Die Vorschriften der Apothekenbetriebsordnung zum patientenindividuellen **Verblistern** von Fertigarzneimitteln rechtfertigen kein Totalverbot gegenüber einem Apotheker, Fertigarzneimittel zu teilen und neu zu verblistern.

2. Dem **Apotheker** verbleibt innerhalb der Vorgaben der Apothekenbetriebsordnung die Entscheidung, in seinem Qualitätsmanagementsystem festzulegen, unter welchen Umständen er einer entsprechenden ärztlichen Anordnung, Tabletten aus einer Fertigarzneimittelpackung zum Zweck der individuellen Verblisterung zu teilen, Folge leisten will.

d) Beachtung des einheitlichen und verbindlichen Apothekenabgabepreises

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 09.10.2014 - 13 B 722/14

RID 14-04-240

juris

HeilMwerbG § 7 I 1 Nr. 1

Ein Apotheker kann nicht gekoppelt mit dem Erwerb von verschreibungspflichtigen und/oder sonstigen preisgebundenen Arzneimitteln **Vorteile** wie z.B. eine Rolle Geschenkpapier, ein Paar Kuschelsocken oder Gutscheine hierfür, gewähren sowie dafür werben. Die Bestimmungen der **Arzneimittelpreisverordnung** werden auch dann verletzt, wenn für das preisgebundene Arzneimittel zwar der korrekte Preis angesetzt wird, dem Kunden aber gekoppelt an den Erwerb des Arzneimittels Vorteile gewährt werden, die den Erwerb für ihn wirtschaftlich günstiger erscheinen lassen. Dass es sich bei den Sachzugaben um solche von geringem Wert handelt (weniger als 0,50 Euro), ist für die Annahme eines Verstoßes gegen die Preisbindungsvorschriften unerheblich. Eine **Bagatellgrenze** für zulässige Abweichungen enthalten die Preisbindungsvorschriften nicht.

e) Berufspflichtverletzung bei Verstoß gegen Arzneimittelpreisbindung

VG Gelsenkirchen, Beschluss v. 17.06.2014 - 7 L 685/14

RID 14-04-241

juris

HeilBerG NRW § 6 I Nr. 6; AMG § 78; GG Art. 12 I

Die Praxis eines Apothekers, gekoppelt an den Erwerb von verschreibungspflichtigen bzw. sonstigen **preisgebundenen Arzneimitteln Vorteile** wie zum Beispiel ein Paar „Kuschelsocken“, eine Rolle Geschenkpapier oder Gutscheine hierfür zu gewähren, verstößt aller Voraussicht nach gegen die in § 19 Nr. 3 und Nr. 7 BO Apothekerkammer Westfalen-Lippe normierten Verbote, von dem sich aus der **Arzneimittelpreisverordnung** ergebenden einheitlichen Apothekenpreis, insb. durch Gewähren von Rabatten oder sonstigen Preisnachlässen abzugehen sowie hierfür zu werben (Nr. 3) sowie die sich aus dem allgemeinen Wettbewerbsrecht sowie Heilmittelwerbegesetz ergebenden Grenzen beim Gewähren von Zugaben, Warenproben, Zuwendungen und sonstigen Werbegaben zu überschreiten (Nr. 7). § 19 Nr. 3 BO sichert die arzneimittelrechtliche Preisbindung nach § 78 AMG.

S. bereits VG Gelsenkirchen, Beschl. v. 17.06.2014 - 7 L 683/14 - RID 14-03-229.

Parallelverfahren:

VG Gelsenkirchen, Beschluss v. 17.06.2014 - 7 L 693/14

RID 14-04-242

juris

VG Gelsenkirchen, Beschluss v. 17.06.2014 - 7 L 684/14

RID 14-04-243

juris

VG Gelsenkirchen, Beschluss v. 17.06.2014 - 7 L 699/14

RID 14-04-244

juris

f) Betrugsserie durch Apotheker: Keine Aussetzung zur Bewährung

KG Berlin, Beschluss v. 30.07.2014 - 2 Ws 270/14-141 AR 351/14

RID 14-04-245

juris
StGB § 57 II Nr. 2

Leitsatz: 1. § 57 Abs. 2 Nr. 2 StGB ist nicht dahin auszulegen, dass **sozial integrierte Straftäter** in der Regel nur die Hälfte der Strafe verbüßen müssen.

2. Die Begehung einer **Vielzahl von Taten** durch einen Ersttäter, ein **langer Tatzeitraum** und ein **hoher Schaden** sind Modalitäten, die schon jeweils für sich genommen, maßgeblich gegen das Vorliegen „besonderer Umstände“ im Sinne dieser Vorschrift sprechen.

Nach den Urteilsgründen führte der Verurteilte ab 1980 eine Apotheke, die sich später auf den Vertrieb von HIV-Medikamenten spezialisierte. Ab dem Jahre 2003 begann er, Kunden einen Teil des Rezeptwertes (zunächst 5%, später nur noch 2% bis 3%) in bar zu erstatten. In der Zeit von Januar 2007 bis März 2009 kaufte der Bf. seinen Kunden Rezepte für HIV-Medikamente ab und reichte die Verordnungen bei den entsprechenden Krankenkassen ein, ohne dass die Medikamente bestellt wurden. Dadurch verursachte er bei den **Krankenkassen** einen **Schaden von über zehn Millionen Euro**. Einkommensteuerschulden bestanden in Höhe von 1,8 Millionen Euro. Im Laufe der Zeit wurde der Verurteilte von Kunden und Dritten unter Druck gesetzt, indem diese Personen ihm mit Anzeigen drohten. An solche Personen zahlte er ungefähr 250.000 € jährlich. Die **Strafvollstreckungskammer** lehnte es ab, die Vollstreckung der Restfreiheitsstrafe zur Bewährung auszusetzen. Die **sofortige Beschwerde** hatte keinen Erfolg.

4. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Werbung für Biosimilar: Bezugnahme auf wissenschaftliche Studie

OLG Hamburg, Urteil v. 02.10.2014 - 3 U 17/13

RID 14-04-246

juris
UWG §§ 3, 4 Nr. 5, 8 u. 11

Leitsatz: 1. Wird in der **Werbung** für ein biotechnologisch hergestelltes Generikum (**Biosimilar**) im Zusammenhang mit der Aussage, dass das beworbene Arzneimittel eine vergleichbare Wirksamkeit habe wie das Referenzprodukt, in einem Fußnotenvermerk auf eine wissenschaftliche Studie Bezug genommen wird, erwartet der Fachverkehr, dass es sich hierbei um eine **klinische Wirksamkeitsstudie** handelt.

2. Da die regulatorischen Rahmenbedingungen für die Zulassung von Biosimilars im Bedarfsfall auch die **Durchführung klinischer Studien** vorsehen, hat der angesprochene Verkehr auch keinen Anlass anzunehmen, die in der Werbung in Bezug genommene Studie sei nicht als klinische Wirksamkeitsstudie, sondern - wie im Streitfall - als klinisch-pharmakologische Studie mit gesunden Probanden angelegt.

b) Kostenlose Abgabe eines Fertigarzneimittels an Apotheker „zu Demonstrationszwecken“ ist unzulässig

OLG Hamburg, Urteil v. 24.09.2014 - 3 U 193/13

RID 14-04-247

juris
HeilMWebG § 7; UWG §§ 3, 4 Nr. 8 u. 11; AMG § 47 III

Leitsatz: Die **kostenlose Abgabe eines Fertigarzneimittels** mit einem Verkaufspreis von 9,97 EUR an Apotheker „zu Demonstrationszwecken“ verstößt sowohl gegen § 47 Abs. 3 AMG (Verbot der Abgabe von Arzneimittelmustern an andere als die in dieser Vorschrift genannten Personenkreise, zu denen Apotheker nicht gehören) als auch gegen § 7 HWG (Verbot nicht geringwertiger Zuwendungen und Werbegaben).

c) Unterlassungsansprüche wegen Verstoßes gegen Arzneimittelpreisrecht: Modell Vorteil24

OLG München, Urteil v. 26.06.2014 - 29 U 800/13

RID 14-04-248

juris = WRP 2014, 1078

UWG §§ 3, 4 Nr. 1 u. 11, 8 I 1, III Nr. 2; AMG § 78

Das **Modell Vorteil24**, bei dem ein Arzneimittel bei einer niederländischen Apotheke bestellt und der deutschen Apotheke übersandt wird, bei der es der Kunde abholen kann und dafür einen Preisnachlass auf die zu erbringende Zuzahlung oder einen Warengutschein für das Sortiment der teilnehmenden Apotheke erhält, dabei beläuft sich sein finanzieller Vorteil auf 3 % des Apothekenabgabepreises, mindestens jedoch 2,50 € und höchstens 15 €, führt nicht aus dem Anwendungsbereich des § 78 AMG heraus. Eine Wiederholungsgefahr ist nicht durch die zum 26.10.2012 in Kraft getretene Änderung des § 78 AMG weggefallen.

d) Zuwendungsverbot: Unzulässige Werbung für Medizinprodukte im Paket mit iPad und Software

LG Köln, Urteil v. 22.05.2014 - 31 O 30/14

RID 14-04-249

juris = WRP 2014, 1122

HeilMWerbG § 7; UWG § 4 Nr. 11

§ 7 HWG greift nicht ein, wenn die Vergünstigung nicht **unentgeltlich** gewährt wird (BGH GRUR 2003, 624 Kleidersack). Bei der Frage, ob es sich um ein Kombinationsangebot zu einem **Gesamtpreis** handelt, ist aber vom Empfängerhorizont der angesprochenen Verkehrskreise auszugehen, nicht nur von einer rein formalen Betrachtungsweise (BGH aaO.). Wird der Durchschnittskunde bei der Bestellung der Implantate zwanglos annehmen, dass iPad und Software im Wert von 730 € und 302 € nicht berechnet, also unentgeltlich abgegeben werden, so handelt es sich nicht um einen rabattierten Gesamtpreis.

e) Irreführende Werbung mit Testergebnis („ÖKO-TEST Gesamturteil sehr gut“)

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 22.05.2014 - 6 U 24/14

RID 14-04-250

juris = A&R 2014, 191

ZPO § 927; UWG § 5

Leitsatz: 1. War ein gegen die konkrete Verletzungsform gerichteter Verfügungsantrag auf verschiedene Beanstandungen gestützt und ist die **Unterlassungsverfügung** durch das Gericht nur mit einer dieser Beanstandungen begründet worden, kann sich die Prüfung innerhalb eines Aufhebungsverfahrens nach § 927 ZPO auch darauf erstrecken, ob eine andere dieser Beanstandung die Aufrechterhaltung der einstweiligen Verfügung rechtfertigt.

2. Eine nach § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 HWG n.F. **verbotene Werbung** mit einer **Empfehlung** kann auch dann vorliegen, wenn die Empfehlung nach dem Inhalt der Werbung nicht von einer natürlichen Person, sondern von einer Organisation abgegeben worden ist; als Empfehlung im Sinne der genannten Vorschrift ist auch das einem Testinstitut zugeschriebene „Gesamturteil sehr gut“ anzusehen.

3. Die Werbung mit dem in Nr. 2 genannten Testergebnis für ein Arzneimittel ist irreführend, wenn die Werbung den - unzutreffenden - Eindruck erweckt, Gegenstand des Tests sei auch **Wirksamkeit des Arzneimittels** gewesen.

f) Werbung für und Vertrieb von Gleitsichtbrillen über das Internet

OLG Schleswig-Holstein, Urteil v. 29.09.2014 - 6 U 2/14

RID 14-04-251

Revision anhängig: BGH - I ZR 227/14 -

juris

UWG §§ 3, 4, 5, 8; MPG § 4

Leitsatz: **Gleitsichtbrillen** dürfen auch dann in Verkehr gebracht, angeboten und beworben werden, wenn sie auf der Grundlage nur der Daten des Brillenpasses, nicht aber weiterer individueller

Kundendaten (Hornhautscheitelabstand, Fassungsverneigung, Einschleifhöhe) hergestellt sind. Die **Internet-Werbung** für solche Brillen mit den Begriffen „**hochwertig**“ und „**Premium**“ ist nichtssagend und deshalb nicht zur Täuschung geeignet, die Internet-Werbung für solche Brillen mit dem Begriff „individuell“ ist zutreffend. In entsprechenden Angeboten ist allerdings darauf hinzuweisen, dass eine Benutzung solcher Gleitsichtbrillen im Straßenverkehr gefährlich sein kann.

g) Unzulässige Werbung für homöopathische Arzneimittel durch Nennung früherer Anwendungsgebiete

OLG Stuttgart, Urteil v. 30.01.2014 - 2 U 32/13

RID 14-04-252

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - I ZR 52/14 -
juris = WRP 2014, 731 = A&R 2014, 190
UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8; HeilMWerbG § 5*

Das **Werbeverbot** für homöopathischer Arzneimittel ist die Folge der Vergünstigung, welche darin liegt, dass der Hersteller eines homöopathischen Arzneimittels mit der Registrierung ein vereinfachtes Verfahren wählen kann, um die Verkehrsfähigkeit seines Produktes herbeizuführen, bei dem er keinen Wirkungsnachweis vorlegen muss.

Eine **Werbung** liegt in der Nennung der Anwendungsgebiete für einzelne registrierte Arzneimittel im Rahmen einer sog. „Historie“, versehen mit der Aussage, dass diese Anwendungsgebiete bis 2005 angegeben worden seien. Dies verstehen die angesprochenen Fachkreise als werbende Angabe des jeweiligen Anwendungsgebiets.

h) Nichteinziehung der Zuzahlung von Versicherten bei der Hilfsmittelversorgung

LG Ulm, Urteil v. 23.06.2014 - 3 O 4/14

RID 14-04-253

*Berufung anhängig: OLG Stuttgart - 2 U 83/14 -
juris = PharmR 2014, 484
UWG §§ 3, 4 Nr. 11; SGB V §§ 33 VIII, 43b I 1*

Ein Unterlassungsanspruch gegen einen **Internetversandhändler** hinsichtlich der **Nichteinziehung der Zuzahlung** von den Versicherten bei der **Hilfsmittelversorgung** scheidet aus. Dabei kann im Ergebnis offen bleiben, ob die Nichteinziehung der in § 33 VIII SGB V geregelten Zuzahlung für Hilfsmittel gegen § 43b I 1 SGB V verstößt oder der Händler im Hinblick darauf, dass der Anspruch im Hilfsmittelbereich anders als in den sonstigen Zuzahlungsfällen dem Leistungserbringer zusteht und er das Inkassorisiko trägt, darüber disponieren kann. Der die Einziehung von Zuzahlungen regelnde § 43b I 1 SGB V ist keine Marktverhaltensregelung i.S.d. § 4 Nr. 11 UWG.

i) Die Bewerbung von „Abschirmfolien“

LG Lüneburg, Urteil v. 12.06.2014 - 7 O 69/13

RID 14-04-254

*juris = Magazindienst 2014, 711
HeilMWerbG § 3; UWG §§ 3, 5 I Nr. 1*

Die Bewerbung von „**Abschirmfolien**“ mit der Angabe, dieses Produkt sei hochwirksam gegen **krankmachende geopathogene Störzonen**, wie z.B. Erdstrahlungen und Wasseradern, indem diese abgeschirmt würden, ist unzulässig, wenn weder ein **Nachweis** für die Existenz sog. Erdstrahlen noch für die Wirksamkeit der angebotenen Abschirmung erbracht wird.

5. „Pflanzlicher Rohstoffe“ ohne pharmakologische Wirkung kein Funktionsarzneimittel

OLG Dresden, Urteil v. 31.07.2014 - 3 A 205/13

RID 14-04-255

*juris = A&R 2014, 231
EGRL 83/2001; AMG § 2 I Nr. 2*

Leitsatz: Ein aus getrockneten Pflanzenteilen bestehendes Produkt, das vom Hersteller/Händler als „**pflanzlicher Rohstoff**“ ohne Angabe zur bestimmungsgemäßen Anwendung an Endverbraucher abgegeben wird, ist **kein Funktionsarzneimittel**, wenn es bei Einnahme unterhalb der in einer

Arzneimittelmonographie bestimmten Dosis zwar als Lebensmittel oder Novel Food verzehrt werden kann, jedoch in dieser Form nicht in nennenswerter Weise wissenschaftliche nachweisbar die physiologischen Funktionen durch eine **pharmakologische Wirkung** verändern kann.

6. Rabattverträge

a) „Open-House-Modell“ (EuGH-Vorlage)

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 13.08.2014 - VII-Verg 13/14

RID 14-04-256

juris

EGRL 18/2004 Art. 1 II Buchst. a, 2

Leitsatz: Dem Gerichtshof der Europäischen Union werden folgende Fragen zur Auslegung der Richtlinie 2004/18/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 über die Koordinierung der Verfahren öffentlicher Bauaufträge, Lieferaufträge und Dienstleistungsaufträge (ABl. EG L 134 S. 114 vom 30. April 2004 - zukünftig Richtlinie genannt) gemäß Art. 267 AEUV zur Vorabentscheidung vorgelegt:

1. Ist der Begriff des öffentlichen Auftrags nach Art. 1 Abs. 2 lit. a) Richtlinie 2004/18/EG nicht mehr erfüllt, wenn öffentliche Auftraggeber ein Zulassungsverfahren durchführen, bei dem sie den Auftrag vergeben, ohne einen oder mehrere Wirtschaftsteilnehmer auszuwählen („**Open-House-Modell**“)?
2. Falls Frage 1. dahin zu beantworten ist, dass eine Auswahl eines oder mehrerer Wirtschaftsteilnehmer Merkmal eines öffentlichen Auftrags ist, wird folgendes gefragt: Ist das Merkmal der Auswahl von Wirtschaftsteilnehmern im Sinne von Art. 1 Abs. 2 lit. a) Richtlinie 2004/18/EG im Lichte von Art. 2 Richtlinie 2004/18/EG dahin auszulegen, dass öffentliche Auftraggeber von einer **Auswahl** eines oder mehrerer Wirtschaftsteilnehmer im Wege eines Zulassungsverfahrens nur absehen dürfen, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
 - die Durchführung eines Zulassungsverfahrens wird europaweit publiziert,
 - es werden eindeutige Regeln über den Vertragsschluss und den Vertragsbeitritt festgelegt,
 - die Vertragsbedingungen werden im Vorhinein in der Weise festgelegt, dass kein Wirtschaftsteilnehmer auf den Inhalt des Vertrags Einfluss nehmen kann,
 - Wirtschaftsteilnehmern wird ein jederzeitiges Beitrittsrecht gewährt und
 - Vertragsschlüsse werden europaweit bekannt gegeben?

b) Arzneimittel-Importeure und verbindlich verlangte Angabe von Unterauftragnehmern

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 25.06.2014 - VII-Verg 38/13

RID 14-04-257

juris

SGB V § 130a VIII

Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen - und zwar um einer sicheren und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln willen - auch vor einem Abschluss von Rabattverträgen **Mindestanforderungen an die Lieferfähigkeit der Bieter** stellen (Senatsbeschl. v. 11.12.2013 - VII-Verg 25/13 -).

Von den Anforderungen an die Eignung, insb. an die Leistungsfähigkeit, sind die zu deren Beleg geforderten Nachweise zu unterscheiden. Gegen ein **mehrstufiges Nachweisverlangen**, bei dem zunächst Eigenerklärungen von den Bietern verlangt werden mit dem Vorbehalt, von den in die engere Wahl genommenen beiden bestplatzierten Bietern Verpflichtungserklärungen von (Vor-)Lieferanten (Lieferzusagen) oder Ablichtungen der Lieferverträge zu verlangen, ist, namentlich unter Zumutbarkeitsgesichtspunkten, vergaberechtlich nichts einzuwenden.

Die **verbindlich verlangte Angabe von Unterauftragnehmern** und von deren **Lieferkapazitäten** mit dem Angebot ist **Arzneimittel-Importeuren nicht zumutbar**. Allein dies gebietet die Untersagung eines Zuschlags aufgrund der derzeitigen Vergabebedingungen. Arzneimittel-Importeure, die als pharmazeutische Unternehmen durch § 130a VII SGB V zu Rabattverträgen zugelassen sind, werden dadurch gegenüber pharmazeutischen Herstellern und deren Vertriebsunternehmen diskriminiert und in der Teilnahme am Wettbewerb behindert, weil diese ihre Lieferbeziehungen und -

kapazitäten weitaus einfacher, nämlich innerhalb des Konzerns, verbindlich ordnen und benennen können (§ 97 I, II GWB).

Die Aufteilung des Auftrags für den patentgeschützten Wirkstoff Interferon beta-1b für eine Dauer von zwei Jahren auf lediglich **zwei Gebietslose**, die den räumlichen Geschäftsbereichen der gesetzlichen Krankenkassen als Auftraggeber entsprechen, ist zu beanstanden.

c) Zuständigkeitsüberschneidung/Diskriminierung durch Verengung der Ausschreibung für einen Bieter

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 18.12.2013 - VII-Verg 21/13

RID 14-04-258

juris

GWB §§ 73 Nr. 2, 97, 120 II

Bei **Überschneidung der Zuständigkeiten** einer Vergabekammer des Bundes und der Vergabekammer eines Landes hat der Ast. ein Wahlrecht. Zuständig ist in einem solchen Fall diejenige Vergabekammer, bei welcher der Antragsteller den Nachprüfungsantrag einreicht.

Allerdings können **Aspekte der Eignung** eine **technische Besonderheit** begründen, so etwa, wenn der Auftrag wegen der vorausgesetzten besonderen Erfahrung oder technischen Ausstattung (Leistungsfähigkeit, Zuverlässigkeit) nur von einem Unternehmen ausgeführt werden kann. Die Vergabepaxis der Ag. führt dazu, dass die Gruppe der Arzneimittel-Importeure auf lange Sicht, wenn nicht gar endgültig von der streitigen Auftragsvergabe und von solcher vergleichbarer Art ferngehalten wird oder jedenfalls von der Ag. ausgegrenzt werden kann. Eine solche Vergabepaxis ist **wettbewerbswidrig** und **diskriminiert Arzneimittel-Importeure** wie die Ast. (§ 97 I u. II GWB). Ursächlich dafür ist die Festlegung des Beschaffungsgegenstands durch die Ag., die so zugeschnitten ist, dass nur ein pharmazeutischer Hersteller oder ein mit ihm in Verbindung stehendes Vertriebsunternehmen wie die Beigel. den gesamten Arzneimittelbedarf erfüllen und Rabattvertragspartner werden kann.

Parallelverfahren:

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 18.12.2013 - VII-Verg 24/13

RID 14-04-259

juris

d) Vorherige Auftragsbekanntmachung erforderlich

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 11.12.2013 - VII-Verg 25/13

RID 14-04-260

juris

SGB V § 130a; GWB §§ 73 Nr. 2, 97 I, II, 120 II

Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen - und zwar um einer sicheren und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln willen - auch vor einem Abschluss von Rabattverträgen (hier: Arzneimittel Genotropin®) **Mindestanforderungen an die Lieferfähigkeit der Bieter** stellen.

Pharmazeutische Unternehmer i.S.d. § 130a SGB V sind nicht nur Pharma-Hersteller (und ihre Vertriebsunternehmen), sondern auch Arzneimittel-Importeure. Sie sind an sich lieferfähig. Importeure sind von einer Vergabe von Rabattverträgen über Arzneimittel vom Gesetz demnach nicht, erst recht nicht generell, ausgeschlossen. Die Vergabepaxis der Ag. führt aber dazu, dass die Gruppe der Arzneimittel-Importeure auf lange Sicht, wenn nicht gar endgültig von der streitigen Auftragsvergabe und von solchen vergleichbarer Art ferngehalten wird oder jedenfalls von der Ag. ausgegrenzt werden kann.

Die Festlegung des Beschaffungsgegenstands, der zugrunde liegt und die so zugeschnitten ist, dass nur ein pharmazeutischer Hersteller den gesamten Arzneimittelbedarf erfüllen und Rabattvertragspartner werden kann, ist **wettbewerbswidrig** und diskriminiert namentlich Arzneimittel-Importeure.

e) Wirkstoff Interferon beta-1b: Verpflichtungserklärung zur Einhaltung der ILO-Kernarbeitsnormen

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 29.01.2014 - VII-Verg 28/13

RID 14-04-261

juris = VergabeR 2014, 416 = NZBau 2014, 314 = ZfBR 2014, 502
GWB § 97 IV 2

Leitsatz: 1. Das Fordern von Verpflichtungserklärungen zu den **ILO-Kernarbeitsnormen** gemäß § 18 TVgG NRW als Nachweis der beruflichen (technischen) Leistungsfähigkeit von Bietern verstößt ebenso gegen **Vergaberecht**, wie das Fordern als Nachweis zur persönlichen Lage eines Bieters. Die Einhaltung der ILO-Kernarbeitsnormen stellt keine allgemeinen Anforderungen an die Unternehmen dar.

2. Verpflichtungserklärungen zu den ILO-Kernarbeitsnormen gemäß § 18 TVgG NRW können vom öffentlichen Auftraggeber als **zusätzliche Anforderungen** (Bedingungen) an die Auftragsausführung gemäß § 97 Abs. 4 Satz 2 GWB verlangt werden.

3. Bei **öffentlichen Lieferaufträgen** (und Dienstleistungsaufträgen) liegen die Voraussetzungen des § 97 Abs. 4 Satz 2 GWB und von Art. 26 Richtlinie 2004/18/EG für die Forderung der Einhaltung der ILO-Kernarbeitsnormen durch den öffentlichen Auftraggeber vor, weil sie den Prozess der Lieferung (oder Leistung) betreffen und einen sachlichen Zusammenhang zum Auftragsgegenstand aufweisen.

4. Beim Erlass des § 18 TVgG NRW hat der **Landesgesetzgeber** die Kompetenzvorschriften des Grundgesetzes nicht verletzt.

5. Die **Verpflichtungserklärung** gemäß § 18 TVgG NRW stellt, soweit sie im Hinblick auf Nachunternehmer verlangt wird, keinen Vertrag zu Lasten Dritter dar.

7. Zahlung von Leistungen nach dem ContStifG

a) Keine Abgabe des thalidomidhaltigen Medikaments bereits im Frühjahr 1954

VG Köln, Urteil v. 17.06.2014 - 7 K 6344/12

RID 14-04-262

juris
ContStifG § 12 I

Es ist nicht ersichtlich, dass **thalidomidhaltige Medikamente** der Firma Grünenthal in einer an Menschen verabreichbaren Darreichungsform bereits in der Zeit existierten, als sich die Schwangerschaft der Mutter mit dem Kl. in der teratogenen Phase des 34. bis 50. Schwangerschaftstages befand, wenn die Einnahme im **Frühjahr 1954** stattgefunden haben müsste.

b) Keine Abgabe des thalidomidhaltigen Medikaments bereits vor Oktober 1957

VG Köln, Urteil v. 29.04.2014 - 7 K 6279/12

RID 14-04-263

juris
ContStifG § 12 I

Es ist nicht ersichtlich, dass **thalidomidhaltige Medikamente** der Firma Grünenthal in einer an Menschen verabreichbaren Darreichungsform bereits in der Zeit existierten, als sich die Schwangerschaft der Mutter mit der 1953 geb. Kl. in der teratogenen Phase des 34. bis 50. Schwangerschaftstages befand.

8. Beihilfe

a) Übernahme der Festbetragsregelung nach § 35 SGB V (Sortis)

VG Bayreuth, Urteil v. 19.08.2014 - B 5 K 13.535 RID 14-04-264

juris

BBG § 80 IV; BBhV § 22 III; SGB V § 35

§ 22 III BBhV, wonach Aufwendungen für Arzneimittel, die nach der Anlage 7 den Arzneimittelgruppen, für die ein **Festbetrag** nach § 35 I SGB V festgesetzt werden kann, zuzuordnen sind, nur bis zur Höhe der Festbeträge nach den Übersichten nach § 35 VIII SGB V beihilfefähig sind, ist nicht zu beanstanden.

b) Unzulässige dynamische Verweisung auf Festbeträge nach § 35 III SGB V

VG Berlin, Urteil v. 24.09.2014 - 7 K 140.14 RID 14-04-265

juris

Verf Berlin Art. 64 I; BG Berlin § 76 XI; BhV Berlin § 22 I 3; SGB V § 35 III

Eine dynamische Verweisung auf die nach § 35 III SGB V vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegten **Festbeträge** ist weder mit dem grundrechtlichen noch mit dem rechtsstaatlichen Gesetzesvorbehalt (Art. 80 I 2 und 4 GG, Art. 64 I Verf Berlin) vereinbar.

Parallelverfahren:

VG Berlin, Urteil v. 24.09.2014 - 7 K 204.14 RID 14-04-266

juris

VG Berlin, Urteil v. 24.09.2014 - 7 K 202.14 RID 14-04-267

juris

VG Berlin, Urteil v. 24.09.2014 - 7 K 164.14 RID 14-04-268

juris

VG Berlin, Urteil v. 24.09.2014 - 7 K 148.14 RID 14-04-269

juris

VG Berlin, Urteil v. 24.09.2014 - 7 K 147.14 RID 14-04-270

juris

VG Berlin, Urteil v. 24.09.2014 - 7 K 30.14 RID 14-04-271

juris

c) Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel/Härtefallregelung

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 12.09.2014 - 1 A 1602/13 RID 14-04-272

juris

GG Art. 33 V; BG NRW § 77 VIII, IX; BhV NRW §§ 4 I Nr. 7, 15

Leitsatz: 1. Der grundsätzliche **Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel** von der Beihilfefähigkeit durch das **nordrhein-westfälische Beihilferecht** ist für die Jahre 2008 bis 2010 wirksam. Die Rechtsprechung des Senats zum Bundesbeihilferecht (Urteil vom 20. Juni 2013 - 1 A 334/11 - RID 13-03-310) kann insoweit nicht auf die Situation in Nordrhein-Westfalen übertragen werden.

2. Beamte des Landes NRW können für medizinisch notwendige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die von der Beihilfefähigkeit grundsätzlich ausgeschlossen sind, im Wege eines **Härtefallanspruchs** Beihilfe beanspruchen, wenn die Aufwendungen für die Arzneimittel einschließlich der Kostendämpfungspauschale und ggf. weiterer Eigenbehalte eine Belastungsgrenze übersteigen. Diese ist jedenfalls bei einer Höhe von 2 v.H. der Brutto-Vorjahresbezüge erreicht.

3. In Ermangelung einer auch die Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel berücksichtigenden normativen Härtefallregelung im Beihilferecht des Landes ergibt sich der Anspruch für die **Übergangszeit** bis zu einer normativen Regelung unmittelbar aus der in Art. 33 Abs. 5 GG verankerten Fürsorgepflicht des Dienstherrn bzw. aus dieser i.V.m. § 15 Abs. 1 BVO NRW.

4. Dieser Herleitung eines Härtefallanspruchs steht § 77 Abs. 9 LBG NRW nicht entgegen, weil die Vorschrift die Voraussetzungen einer **Belastungsgrenze** nicht abschließend regelt. Sie erlaubt es, eine niedrigere Belastungsgrenze als 2 v.H. der Brutto-Vorjahresbezüge festzulegen und über die dort genannten Parameter hinaus weitere Faktoren in die Berechnung der Belastungsgrenze einzubeziehen.

d) Unwirksamkeit des Ausschlusses der Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

VG Ansbach, Urteil v. 29.07.2014 - AN 1 K 14.00406

RID 14-04-273

juris
BBhV § 50 I Nr. 2

Der in § 22 II Nr. 3 BBhV enthaltene weitgehende **Ausschluss der Beihilfefähigkeit** der Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel ist unwirksam, da die mit Wirkung ab 20.09.2012 in Kraft getretene Härtefallregelung in § 50 I 1 Nr. 2 BBhV nicht der Fürsorgepflicht (Art. 33 V GG, § 78 BGG) genügt und damit unwirksam ist.

e) „Keltican“: Diätetisches Lebensmittel

VGH Bayern, Urteil v. 21.07.2014 - 14 ZB 12.2699

RID 14-04-274

juris
BG Bay Art. 7 I Nr. 1, 96 II; BhV Bay § 18

„Keltican“ kein Arzneimittel im beihilferechtlichen Sinn. Dass trotz der Herstellerbezeichnung als **diätetisches Lebensmittel** nach objektiven Maßstäben eine therapeutische Wirkung zu erwarten ist, ergibt sich insb. nicht aus der Produktinformation.

Eine **Behandlungsmethode** ist nur dann **wissenschaftlich anerkannt**, wenn sie von der herrschenden oder doch überwiegenden Meinung in der medizinischen Wissenschaft für eine Behandlung der Krankheit als wirksam und geeignet angesehen wird.

f) Legasthenie keine Krankheit im beihilferechtlichen Sinne

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 19.08.2014 - 2 S 962/14

RID 14-04-275

juris
BhV BW § 6 I Nr. 3; VwGO § 86 I

Leitsatz: 1. Zur Frage, welche Anforderungen an die Diagnose einer Erkrankung zu stellen sind.
2. Fehlt es schon an einem schlüssigen Vortrag des Prozessbeteiligten, ist das Gericht grundsätzlich nicht verpflichtet, bloßen allgemein geäußerten Behauptungen nachzugehen und so gewissermaßen „ins Blaue hinein“ weiter zu ermitteln.

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. Privatbehandlung

a) BGH: Ausschluss eines Kooperationsarztes von Wahlarztkette nicht abdingbar

BGH, Urteil v. 16.10.2014 - III ZR 85/14

RID 14-04-276

juris
BGB § 134; KHEntgG § 17 III 1

Leitsatz: § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG legt den Kreis der **liquidationsberechtigten Wahlärzte** abschließend fest. Eine **Wahlleistungsvereinbarung** mit dem Krankenhausträger oder eine gesonderte Vergütungsvereinbarung mit dem behandelnden Arzt (hier: mit einem **Honorararzt**), die davon abweichen, sind gemäß § 134 BGB nichtig.

Die Kl., ein privates Krankenversicherungsunternehmen, nimmt den bekl. Arzt aus abgetretenem Recht auf Honorarrückzahlung in Anspruch. **LG Düsseldorf**, Urt. v. 06.03.2014 - 21 S 187/12 - RID 14-02-351 wies die Berufung gegen das der Klage stattgebende Urt. des AG zurück, der **BGH** wies die Revision des Bekl. zurück.

b) Selbständiger Honorararzt kann Wahlarztleistungen nach § 17 III KHEntgG erbringen

LG Kempten, Urteil v. 30.04.2014 - 51 S 1227/13

RID 14-04-277

juris = GesR 2014, 440
KHEntgG § 17 III

§ 17 III KHEntgG stellt weder vom Wortlaut noch nach dem Sinn und Zweck dieser Vorschrift eine sog. Verbotsnorm dar. Im Gegenteil sollen mit der „Erstreckung“ des Leistungsspektrums auch **weitere Ärzte** zusätzlich neben den angestellten und beamteten Ärzten des Krankenhauses in einer Wahlleistungsvereinbarung eingebunden werden. Aus der Formulierung „außerhalb des Krankenhauses“ in § 17 III KHEntgG kann nicht geschlossen werden, dass ein **niedergelassener Arzt** nicht im Krankenhaus (örtlich) tätig werden darf, sondern dass der insoweit eingebundene Arzt als Leistungserbringer personell eben nicht zwingend dem Kreis der Krankenhausärzte angehören muss.

c) Kostenintensive Zahnbehandlung und Aufklärung über andere Behandlungsmöglichkeiten

OLG Hamm, Urteil v. 12.08.2014 - 26 U 35/13

RID 14-04-278

juris
BGB §§ 280, 611

Leitsatz: Eine **kostenintensive Zahnbehandlung** (Implantatbehandlung mit Knochenaufbau durch Eigenknochenzüchtung) muss nicht bezahlt werden, wenn sich der Patient im Falle seiner ordnungsgemäßen **Aufklärung über andere Behandlungsmöglichkeiten** (Knochenaufbau durch Verwendung von Knochenersatzmittel oder Knochenentnahme aus dem Beckenkamm) gegen die kostenintensive Behandlung ausgesprochen hätte.

2. Private Krankenversicherung

a) Basistarif: Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten schließt Rücktrittsrecht nicht aus

LG Dortmund, Urteil v. 17.07.2014 - 2 O 31/14

RID 14-04-279

juris
VVG § 119 II

Leitsatz: Der Kontrahierungszwang des Krankenversicherers zum Abschluss einer Krankenversicherung im **Basistarif** schließt bei der **Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten** das **Rücktrittsrecht** nicht aus.

b) Erstattung nur bis zum Höchstsatz der Gebührenordnungen(3,5-fach)

LG Dortmund, Urteil v. 18.06.2014 - 2 O 268/12

RID 14-04-280

juris
BGB §§ 305c, 307 I 2

Allgemeine Versicherungsbedingungen sind so auszulegen, wie ein durchschnittlicher, um Verständnis bemühter Versicherungsnehmer sie bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und unter Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs verstehen kann. Aus dem Wortlaut der Bestimmung, auf den es in erster Linie ankommt, kann der Versicherungsnehmer erkennen, dass die Kostenerstattung des Versicherers begrenzt wird und zwar bis zu den in den **Gebührenordnungen** für Zahnärzte und Ärzte **festgelegten Höchstsätzen**. Er wird annehmen, dass sich sein Versicherungsschutz auch auf die in den GOÄ bzw. GOZ festgelegten Höchstsätze erstreckt, soweit sie gegen ihn geltend gemacht werden. Diese eindeutige Formulierung schließt aber ein Verständnis dahingehend aus, dass auch über die Höchstsätze hinausgehende Forderungen erstattet werden. Der Begriff Höchstsatz ist sprachlich durch Verwendung des Superlativ gekennzeichnet und

setzt hierdurch eine unmissverständliche Schranke nach oben. Eine höhere Erstattung als die durch den Höchstsatz gerechtfertigte ist mit dieser Formulierung ausgeschlossen.

c) Obliegenheit der Untersuchung durch Arzt

KG Berlin, Urteil v. 04.07.2014 - 6 U 30/13

RID 14-04-281

^{juris}
BGB § 307; VVG § 213; MB/KK 2009 §§ 5 Nr. 1g, 9 III

Leitsatz: 1. Die in § 9 Abs. 3 MB/KK 2009 enthaltene Obliegenheit des Versicherten, sich von einem vom Krankenversicherer beauftragten **Arzt untersuchen zu lassen**, ist wirksam und sowohl mit der Vorschrift des § 213 VVG als auch der Rspr. des BVerfG zum erforderlichen Interessenausgleich zwischen dem Interesse des Versicherungsnehmers an informationeller Selbstbestimmung über seine Gesundheitsdaten und dem Offenbarungsinteresse des Versicherers vereinbar (Beschlüsse vom 23. Oktober 2006, 1 BvR 2027/02 und vom 17. Juli 2013, 1 BvR 3167/08).

2. Diese Obliegenheit ist dahin auszulegen, dass der Versicherer den untersuchenden Arzt nicht nur beauftragen, sondern auch **auswählen** darf.

3. Die Bestimmung in § 5 Nr. 1g MB/KK 2009, wonach „für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Partnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder keine Leistungspflicht“ besteht, umfasst auch Behandlungen durch **Physiotherapeuten**.

d) Behandlung durch Mitinhaber der Gemeinschaftspraxis

AG Stuttgart, Urteil v. 04.12.2013 - 4 C 4177/13

RID 14-04-282

VersR 2014, 1073
MBKK 09 § 5 I g

Leitsatz (VersR): Der Leistungsausschluss für Behandlungen durch nahe Angehörige greift auch, wenn der Angehörige zwar nicht selbst behandelt, jedoch **Mitinhaber der Gemeinschaftspraxis** ist, in der die Behandlung erfolgt.

e) Kein Nachweis medizinisch notwendiger Behandlung bei Selbstablehnung von 18 Sachverständigen

AG Kassel, Urteil v. 10.07.2014 - 435 C 4728/09

RID 14-04-283

^{juris}
ZPO §§ 91, 708 Nr. 11, 711; AVB MB/KK 94 § 1 II

Leitsatz: Lehnen sich 18 medizinische Sachverständige ohne Widerspruch der Parteien selbst oder den Gutachtenauftrag ab, so gilt dieses Beweismittel als unerreichbar.

f) Therapeutische Apherese bei einem Fibromyalgiesyndrom

LG Köln, Urteil v. 26.03.2014 - 23 O 51/12

RID 14-04-284

^{juris}
AVB MB/KK

Eine **Behandlungsmaßnahme** ist dann als **medizinisch notwendig** anzusehen, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als solche zu beurteilen. Vertretbar ist die medizinische Notwendigkeit einer Heilbehandlung, wenn sie sowohl in begründeter und nachvollziehbarer wissenschaftlich fundierter Vorgehensweise das zugrunde liegende Leiden diagnostisch zutreffend erfasst und eine geeignete, ihm adäquate Therapie anwendet. Alternative Behandlungsmaßnahmen sind dann medizinisch notwendig, wenn sie sich in der Praxis als erfolversprechend bewährt haben und in ihrer Wirksamkeit schuldmedizinischen Behandlungen gleichkommen.

Die Behandlung mit einer **therapeutischen Apherese** stellt bei einem **Fibromyalgiesyndrom** keine therapeutische Option dar.

g) Abrechnung des Austausches einer Kniegelenksprothese

VG Stuttgart, Urteil v. 14.08.2014 - 3 K 2644/14

RID 14-04-285

juris

GOÄ § 4 II a; VwGO § 98

Leitsatz: 1. Operative Leistungen, die regelmäßig methodisch **notwendige Bestandteile einer anderen Leistung (Zielleistung)** sind, können gemäß § 4 Abs. 2a GOÄ nicht gesondert berechnet werden.

2. Beim **Austausch einer Kniegelenksprothese** stellen deshalb regelmäßig weder eine Synovektomie noch die Entfernung von Vernarbungen, Verwachsungen und knöchernen Lysen selbständig abrechenbare Leistungen dar.

3. Die von der **Postbeamtenkrankenkasse** eingeholten **Privatgutachten** sind als qualifizierter, urkundlich belegter Parteivortrag grundsätzlich geeignet, dem Gericht nach seiner freien Überzeugung die notwendige Sachkunde zu vermitteln und als Beweismittel zu dienen.

h) Leistungspflicht bei stationärer Entgiftungs- und Suchtbehandlung

LG Köln, Urteil v. 15.01.2014 - 23 O 355/11

RID 14-04-286

juris = VersR 2014, 739

VVG § 192; AVB/KK §§ 1 II; 5 I Buchst. b u. d

Leitsatz: Bei **Suchterkrankungen** aufgrund einer Abhängigkeit kann nur von einem Vorsatz ausgegangen werden, wenn sich der vollständig von der Sucht befreite VN nicht abstinent verhält.

i) Versicherung über Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten

LG Saarbrücken, Urteil v. 26.05.2014 - 14 O 254/12

RID 14-04-287

juris

AVB Ziff. 4

Leitsatz: 1. Zu den Voraussetzungen der **Eintrittspflicht** einer Versicherung über Leistungen bei bestimmten **schweren Krankheiten** („Dread-Disease“-Versicherung).

2. Bei der Auslegung **medizinischer Fachbegriffe in Allgemeinen Versicherungsbedingungen** ist auf die fachwissenschaftliche Bedeutung abzustellen, soweit nicht der allgemeine Sprachgebrauch den verwendeten Begriffen eine einigermaßen bestimmte, von der Fachterminologie abweichende Bedeutung verliehen hat und der in Frage stehende Begriff nicht erkennbar aus der Fachwissenschaft übernommen wurde. Bei divergierenden Auffassungen über das Verständnis eines (Fach-)Begriffs ist im Zweifel auf das dem Versicherungsnehmer erkennbare hergebrachte Verständnis abzustellen.

j) Kostenerstattung für Arzneimittel Prostagutt@forte

AG Backnang, Urteil v. 18.12.2013 - 4 C 1017/10

RID 14-04-288

juris = PharmR 2014, 288 = A&R 2014, 192 = BeckRS 2014, 14933

MB/KK §§ 1 I, II, 4 VI

Leitsatz: 1. Die Vorschrift des § 4 Abs. 6 MB/KK verstößt nicht gegen § 307 BGB. Das darin verwendete Wort „Schuldmedizin“ stellt keinen Verstoß gegen das **Transparenzgebot** dar. Unter **Schuldmedizin** ist zu verstehen, was wissenschaftlich allgemein anerkannt ist, an Universitäten gelehrt wird und was von Medizinern, die an wissenschaftlich geführten Universitäten ausgebildet wurden, in der Praxis angewandt und für richtig erachtet wird.

2. Eine **Heilbehandlung** ist medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Behandlung vertretbar war, sie als notwendig anzusehen. Von der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung ist im Allgemeinen auszugehen, wenn eine Behandlungsmethode zur Verfügung steht und angewandt worden ist, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken.

3. Einem **Arzneimittel** darf nur dann eine **Vollzulassung** nach §§ 21, 15 AMG erteilt werden, wenn sich nach dem jeweils gesicherten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse ergibt, dass die

Anwendung des Arzneimittels zu einer größeren Zahl an therapeutischen Erfolgen führt als eine Nichtanwendung.

4. Das Vorliegen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung folgt bei Verabreichung eines vollzugelassenen Medikaments nicht automatisch aus dessen Vollzulassung. Die Entscheidung der Verwaltungsbehörde, d.h. der Verwaltungsakt, mit dem die Vollzulassung gewährt wird, entfaltet insofern **keine Drittbindungswirkung gegenüber den privaten Krankenversicherungen**.

5. Wenn das Arzneimittel zur Behandlung von Erkrankungen, für die es im Zulassungsbescheid zugelassen wird, eingesetzt wird, ergibt eine Vollzulassung eines Arzneimittels nach §§ 21, 25 Arzneimittelgesetz jedoch eine **Vermutung** dafür, dass die Behandlung mit diesem Arzneimittel auch eine medizinisch notwendige Heilbehandlung darstellt. Diese durch den Zulassungsbescheid begründete Vermutung hat der Beklagte im Bestreitensfalle zu widerlegen.

6. Die Tatsache, dass ein Arzneimittel eine Vollzulassung nach § 25 AMG hat, ergibt auch eine Vermutung dafür, dass es sich bei der Behandlung mit diesem Arzneimittel - soweit es bei Erkrankungen eingesetzt wird, für die es zugelassen sei - um eine von der **Schulmedizin anerkannte** Behandlungsmethode handelt.

k) Versicherungsfall einer kieferorthopädischen Behandlung einer Kieferfehlstellung

LG Hamburg, Urteil v. 04.02.2014 - 314 O 37/13

RID 14-04-289

juris = NJW-RR 2014, 1063

ZPO § 256

Gemäß § 1 II 2 der AVB beginnt in „**gedehnten Versicherungsfällen**“ - hier: kieferorthopädische Behandlung einer Kieferfehlstellung - der **Versicherungsfall** mit dem Beginn der Heilbehandlung, d.h. dem Zeitpunkt der erstmaligen Inanspruchnahme ärztlicher Tätigkeit, die auf die Erkennung oder Behandlung des Leidens abzielt (vgl. hierzu LG Dortmund NJW-RR 2008, 118 m.w.N.). Der bloße Umstand, dass eine derartige Fehlstellung seinerzeit u.U. bereits vorgelegen hat und diese möglicherweise für einen Kieferorthopäden, u.U. auch für eine Zahnärztin, erkennbar gewesen sein kann, reicht für die Frage der Annahme des Beginns einer Heilbehandlung nicht aus. Hiernach würde dem Patienten je nach der Befähigung des behandelnden Arztes im konkreten Fall das Risiko dahingehend aufgebürdet, dass bei Abschluss eines Versicherungsvertrages aus diesem Grunde nicht erkannte Krankheiten keinen Versicherungsschutz genießen würden.

3. Beihilfe

a) Keine Beihilfe für Laborleistungen bei Heilpraktikerbehandlung

VG des Saarlandes, Urteil v. 24.01.2014 - 6 K 457/13

RID 14-04-290

juris

BhV Saarland § 4 I Nr. 1 S. 1

Leitsatz: Sind nach den beihilferechtlichen Vorschriften **Heilpraktikerleistungen** nicht beihilfefähig, so gilt dies gleichermaßen für ausschließlich der Vorbereitung und Durchführung einer Heilpraktikerbehandlung dienende Laboruntersuchungen.

b) Beihilfeausschluss setzt formale Anerkennung einer Berufskrankheit voraus

VG Düsseldorf, Urteil v. 03.07.2014 - 13 K 4374/12

RID 14-04-291

juris

BBhV § 8 IV Nr. 3; SGB VII § 26

Leitsatz: Ein Beihilfeberechtigter kann vor der **förmlichen Anerkennung einer Berufskrankheit** nicht im Rahmen des § 8 Abs. 4 Satz 3 Nr. 2 BBhV auf die Inanspruchnahme von Sach- und Dienstleistungen verwiesen werden.

c) Beihilfefähigkeit der im Zusammenhang mit der Transsexualität stehenden Behandlungen

OVG Sachsen, Beschluss v. 21.08.2014 - 2 A 256/14

RID 14-04-292

juris
BhV Sachsen § 5 I 1

Rechtsprechung des Senats zu den angesprochenen Rechtsfragen der Beihilfefähigkeit der im Zusammenhang mit der Diagnose der **Transsexualität** und einer hiermit im Zusammenhang stehenden **Geschlechtsumwandlung**, insb. in welchem Maße hierbei die Kriterien der MDK-Begutachtungsanleitung verbindlich sind, existiert bislang nicht. Die Aussichten des Berufungsverfahrens sind daher **als offen** zu betrachten.

d) Krankenhausbehandlung in einer Privatklinik: Prostataoperation

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 13.10.2014 - 1 A 1016/13

RID 14-04-293

juris
BhV NRW § 4 I Nr. 2 S. 3

Leitsatz: 1. Zu der Frage, ob die Kosten der in einer **Privatklinik** durchgeführten **Prostataoperation** (hier in Form einer High-Power-Diodenlaserung) in vollem Umfang beihilfefähig sind, wenn die betreffende spezielle Behandlungsmethode in einer Universitätsklinik als Krankenhaus der Maximalversorgung nicht angeboten wird (Einzelfall).
2. Zur medizinischen Gleichwertigkeit und Zumutbarkeit einer **offenen Prostataoperation**.

e) Zahnärztliche Behandlung

aa) Beschränkte Beihilfe zu Aufwendungen für Implantatversorgung einer Frendlücke

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 02.09.2014 - 1 A 954/13

RID 14-04-294

juris
BhV NRW § 4 II; GG Art. 33 V

Sind bei einer implantologischen **Behandlung einer Frendlücke** nur **Pauschalen** als beihilfefähig anzuerkennen, so ist dies nicht zu beanstanden und nicht fürsorgepflichtwidrig.

bb) Adhäsive Befestigung nach Nr. 2197 GOZ stellt Mehraufwand dar

AG Bonn, Urteil v. 28.07.2014 - 116 C 148/13

RID 14-04-295

juris
BGB § 611; GOZ Nr. 2120, 2197

Leitsatz: Die Position GOZ 2197 ist weder in Position GOZ 2120 enthalten noch deren notwendiger Bestandteil.

cc) Zulässiger Ausschluss kieferorthopädischer Behandlungen im Erwachsenenalter

VG Köln, Urteil v. 21.03.2014 - 19 K 2004/13

RID 14-04-296

juris
BVO NRW § 4 II Buchst. a

Gemäß § 4 II Buchst. a BVO sind **kieferorthopädische Leistungen** bei volljährigen Personen beihilfefähig, wenn eine schwere Kieferanomalie vorliegt, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordert. Der **Ausschluss** der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für sonstige kieferorthopädische Behandlungen im Erwachsenenalter durch § 4 II Buchst. a BVO verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

V. Verschiedenes

1. Europäischer Gerichtshof (EuGH)

a) Krankenversicherungsschutz bei Daueraufenthalt in anderem Mitgliedstaat

EuGH, Urteil v. 05.06.2014 - C-255/13

RID 14-04-297

juris = curia.europa.eu
EMGV 1408/1971

Vorabentscheidungsersuchen nach Art. 267 AEUV, eingereicht vom High Court (Irland) mit Entscheidung v. 03.05.201 in dem Verfahren I gegen Health Service Executive
Art. 1 Buchst. j und k der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit ist dahin auszulegen, dass für die Zwecke von Art. 19 Abs. 1 oder Art. 20 Abs. 1 und 2 dieser Verordnung davon auszugehen ist, dass ein Unionsbürger, der in einem ersten Mitgliedstaat wohnhaft war und während eines **Urlaubs** in einem zweiten Mitgliedstaat **plötzlich schwer erkrankt** und wegen dieser Erkrankung und der Verfügbarkeit einer **spezialisierten medizinischen Behandlung** in der Nähe des Orts, an dem er lebt, gezwungen ist, für einen **Zeitraum von elf Jahren in diesem zweiten Mitgliedstaat zu bleiben**, sich in diesem Mitgliedstaat „**aufhält**“, wenn der gewöhnliche Mittelpunkt seiner Interessen in dem ersten Mitgliedstaat liegt. Es ist Aufgabe des nationalen Gerichts, den **gewöhnlichen Mittelpunkt** der Interessen dieses Unionsbürgers anhand einer Gesamtbetrachtung der erheblichen Tatsachen und unter Berücksichtigung des Willens des Betroffenen, wie er sich aus diesen Tatsachen ergibt, zu bestimmen. Der Umstand allein, dass der Betroffene während eines langen Zeitraums in dem zweiten Staat geblieben ist, genügt nicht für die Annahme, dass er in diesem Mitgliedstaat wohnt.

b) Recht auf stationäre Behandlung im Ausland bei Versorgungsmangel

EuGH, Urteil v. 09.10.2014 - C-268/13

RID 14-04-298

juris
Verordnung (EWG) Nr. 1408/71

Elena Petru gegen Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu und Casa Națională de Asigurări de Sănătate
Ersuchen um Vorabentscheidung: Tribunalul Sibiu - Rumänien
Art. 22 Abs. 2 Unterabs. 2 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, geändert und aktualisiert durch die Verordnung (EG) Nr. 118/97 des Rates vom 2. Dezember 1996, in der Fassung der Verordnung (EG) Nr. 592/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 17. Juni 2008 ist dahin auszulegen, dass die nach Art. 22 Abs. 1 Buchst. c Ziff. i dieser Verordnung erforderliche **Genehmigung** nicht verweigert werden darf, wenn der Sozialversicherte die betreffende **Krankenhausbehandlung** im Wohnsitzmitgliedstaat aufgrund des Fehlens von Medikamenten und grundlegendem medizinischen Material nicht rechtzeitig erhalten kann. Diese Unmöglichkeit ist auf der Ebene sämtlicher Krankenhauseinrichtungen dieses Mitgliedstaats zu beurteilen, die in der Lage sind, diese Behandlung vorzunehmen, und im Hinblick auf den Zeitraum, in dem diese Behandlung rechtzeitig erlangt werden kann.

2. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)

a) Zugänglichmachen der Prozessunterlagen in Blindenschrift

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 10.10.2014 - 1 BvR 856/13

RID 14-04-299

juris
GG Art. 3 III 2; GVG § 191a

Aus dem Benachteiligungsverbot des Art. 3 III 2 GG folgt der Auftrag, Menschen mit Behinderung so zu stellen, dass ihnen gleichberechtigte Teilhabe wie Menschen ohne Behinderung ermöglicht wird. Eine anwaltlich vertretene Person kann bei übersichtlichem Streitstoff grundsätzlich auf die **Kenntnisvermittlung durch ihren Rechtsanwalt** verwiesen werden. Die Fürsorgepflicht des

Gerichts erfordert es aber, die Prozessunterlagen gleichwohl in **Blindenschrift** zugänglich zu machen, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Vermittlung durch den Rechtsanwalt nicht gleichwertig mit der unmittelbaren Kenntnis ist.

b) Rauchverbot auch gegenüber Verein mit Zweck des gemeinsamen Rauchens wirksam

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 24.09.2014 - 1 BvR 3017/11

RID 14-04-300

juris

GG Art. 3 I, 9 I; Gesundheitsschutzgesetz Bayern

Das **Rauchverbot** betrifft einen Verein nicht in einer von Art. 9 I GG geschützten Tätigkeit. Ein Rauchverbot in den Vereinsräumlichkeiten ist jedenfalls dann kein Eingriff in die Betätigungsfreiheit des Vereins und der Vereinsmitglieder, wenn die **Räumlichkeiten** zwar zur Ausübung des gemeinsam verfolgten Vereinszwecks - dem gemeinsamen Rauchen - genutzt werden sollen, aber aufgrund der **offenen Mitgliederstruktur tatsächlich öffentlich zugänglich** sind. Die Gründung eines Vereins kann den Grundrechtsschutz einer individuellen Tätigkeit insofern nicht erweitern. Die rechtliche Zulässigkeit des Vereinszwecks muss an der Zulässigkeit des entsprechenden Individualverhaltens gemessen werden; Art. 9 I GG privilegiert nicht die kollektive gegenüber der individuellen Zweckverfolgung. Dagegen spricht auch nicht, dass ein Rauchverbot für einen Raucherverein existenzbedrohend sein kann, denn Art. 9 I GG schützt nicht den gemeinsamen Tabakgenuss, dem ein spezifischer Bezug zur korporativen Organisation fehlt.

3. Bundessozialgericht (BSG)

a) Berufsständische Versorgung: Keine Befreiung von der Versicherungspflicht als Syndikusanwalt

BSG, Urteil v. 03.04.2014 - B 5 RE 13/14 R

RID 14-04-301

BSGE = SozR 4-2600 § 6 Nr. 12 = NJW 2014, 2743 = ZIP 2014, 1799 = NZA 2014, 971 = AnwBl 2014, 854 = BRAK-Mitt

SGB IV §§ 7 I 1, 8 I 4

Leitsatz: Wer als Rechtsanwalt zugelassen und zugleich rentenversicherungspflichtig beschäftigt ist, kann wegen seiner berufsständischen Versorgung für diese Beschäftigung nicht von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit werden.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 03.04.2014 - B 5 RE 3/14 R

RID 14-04-302

juris

BSG, Urteil v. 03.04.2014 - B 5 RE 9/14 R

RID 14-04-303

WM 2014, 1883

b) Rechtsweg bei Streit über ein Hausverbot

BSG, Beschluss v. 21.07.2014 - B 14 SF 1/14 R

RID 14-04-304

juris = SozR 4-1500 § 51 Nr. 12

GVG § 17a; SGG § 51

Leitsatz: Bei einem Rechtsstreit über ein **Hausverbot** ist der **Rechtsweg** zur **Sozialgerichtsbarkeit** gegeben, wenn ein Rechtsverhältnis zwischen der Behörde, die das Hausverbot ausspricht, und dem Adressaten des Hausverbots besteht und für Streitigkeiten aus diesem Rechtsverhältnis der Rechtsweg zur Sozialgerichtsbarkeit eröffnet ist (Fortführung von BSG vom 1.4.2009 - B 14 SF 1/08 R = SozR 4-1500 § 51 Nr. 6).

4. Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)

a) Kein Anspruch auf Erhöhung der Leistungen nach Conterganstiftungsgesetz

BVerwG, Urteil v. 19.06.2014 - 10 C 1.14

RID 14-04-305

juris
GG Art. 3, 14; ContStifG

Leitsatz: Über den durch das **Conterganstiftungsgesetz** bestimmten Rahmen hinaus haben auch die durch Contergan **besonders schwer geschädigten Personen** keinen Anspruch auf Erhöhung der Leistungen für den **Zeitraum 2004 bis 2012**. Ausgestaltung und Bemessung der gesetzlichen Leistungen für diesen Zeitraum sind mit dem Grundgesetz vereinbar (im Anschluss an BVerfG, Urteil vom 8. Juli 1976 - 1 BvL 19/75 u.a. - BVerfGE 42, 263; Beschluss vom 26. Februar 2010 - 1 BvR 1541, 2685/09 - NJW 2010, 1943).

b) Gerichtliche Anordnung der Entbindung eines Arztes von der Schweigepflicht zu Beweis Zwecken

BVerwG, Beschluss v. 26.05.2014 - 2 B 69/12

RID 14-04-306

juris = NJW 2014, 2971
VwGO § 98; ZPO § 444; BG BW §§ 57a II 2, 84 III; PoldG BW § 8 I 1

Leitsatz: Die gerichtliche Anordnung, einen **Arzt** zu Beweis Zwecken von der **Schweigepflicht** zu entbinden und sich mit der Beiziehung einer früheren ärztlichen Begutachtung einverstanden zu erklären, muss dem **Grundsatz der Verhältnismäßigkeit** genügen. Das gilt insbesondere bei psychischen Erkrankungen. Die früheren Erkenntnisse müssen nach ärztlicher Auffassung für die neue Begutachtung zwingend erforderlich sein. Die Verweigerung einer unverhältnismäßig weitgehenden Schweigepflichtentbindung und einer ebensolchen Aktenbeiziehung darf nicht zum Anlass für die Anwendung der Beweisregel des § 444 ZPO genommen werden.

c) Umfang des Aufsichtsrechts der Heimaufsichtsbehörden über Heimträger

BVerwG, Beschluss v. 28.05.2014 - 8 B 71.13

RID 14-04-307

juris = NZS 2014, 667 = Sozialrecht aktuell 2014, 202 = BtPrax 2014, 238 = GesR 2014, 637
SGB XI §§ 75, 88 I, 117 I

Leitsatz: Bundesrecht hindert nicht, dass der **Landesgesetzgeber** die **Heimaufsichtsbehörde** dazu ermächtigt, die Einhaltung von Regelungen der Pflegeversicherung - unter Einschluss von Festlegungen in Rahmenverträgen nach § 75, § 88 SGB XI - durch die Heimträger zu überwachen und gegen Verstöße einzuschreiten.

5. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme (Wachkomapatientin)

BGH, Beschluss v. 17.09.2014 - XII ZB 202/13

RID 14-04-308

juris
BGB §§ 1901a, 1904

Leitsatz: 1. Der **Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme** bedarf dann nicht der betreuungsgerichtlichen Genehmigung nach § 1904 Abs. 2 BGB, wenn der Betroffene einen entsprechenden eigenen Willen bereits in einer wirksamen Patientenverfügung (§ 1901a Abs. 1 BGB) niedergelegt hat und diese auf die konkret eingetretene Lebens- und Behandlungssituation zutrifft. Im Übrigen differenziert § 1901a Abs. 2 Satz 1 BGB zwischen den Behandlungswünschen einerseits und dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen andererseits.

2. Das Vorliegen einer **Grunderkrankung** mit einem „irreversibel tödlichen Verlauf“ ist nicht Voraussetzung für den zulässigen Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen. Für die Verbindlichkeit

des tatsächlichen oder mutmaßlichen Willens eines aktuell einwilligungsunfähigen Betroffenen kommt es nicht auf die Art und das Stadium der Erkrankung an (§ 1901a Abs. 3 BGB).

3. Für die Feststellung des **behandlungsbezogenen Patientenwillens** gelten strenge Beweismaßstäbe, die der hohen Bedeutung der betroffenen Rechtsgüter Rechnung zu tragen haben. Dabei ist nicht danach zu differenzieren, ob der Tod des Betroffenen unmittelbar bevorsteht oder nicht (Abgrenzung zu Senatsbeschluss, 17. März 2003, XII ZB 2/03, BGHZ 154, 205 = FamRZ 2003, 748).

b) Genehmigung der Unterbringung zur Durchführung der Heilbehandlung (Einnahme von Neuroleptika)

BGH, Beschluss v. 30.07.2014 - XII ZB 169/14

RID 14-04-309

juris

BGB § 1906; FamFG §§ 68, 329 I 2

Leitsatz: 1. Sofern sich ein Betroffener nicht behandeln lassen will, ist die **Genehmigung der Unterbringung zur Durchführung der Heilbehandlung** gemäß § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB nur dann zulässig, wenn die Voraussetzungen für die Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme vorliegen und diese rechtswirksam genehmigt wird (Fortführung von Senatsbeschluss vom 14. August 2013, XII ZB 614/11, FamRZ 2013, 1726).

2. Zu den Anforderungen an den **Tatrichter** betreffend Feststellung und Darlegung eines Versuchs, den Betroffenen von der Notwendigkeit einer ärztlichen Maßnahme zu überzeugen (im Anschluss an Senatsbeschluss vom 4. Juni 2014, XII ZB 121/14, juris).

c) Bestellung eines Betreuers für Gesundheitsvorsorge bei Ablehnung der Heilbehandlung

BGH, Beschluss v. 10.09.2014 - XII ZB 305/14

RID 14-04-310

juris

BGB § 1896

Leitsatz: Kann der Betroffene aufgrund einer psychischen Erkrankung seine Angelegenheiten hinsichtlich des Aufgabenkreises der **Gesundheitsvorsorge** nicht selbst besorgen, so ist ihm hierfür grundsätzlich auch dann ein **Betreuer** zu bestellen, wenn er die notwendige Behandlung ablehnt (im Anschluss an Senatsbeschluss vom 23. Januar 2013, XII ZB 395/12, FamRZ 2013, 618).

d) Abrechnungsbetrug eines ambulanten Pflegedienstes: Unqualifiziertes Pflegepersonal

BGH, Beschluss v. 16.06.2014 - 4 StR 21/14

RID 14-04-311

juris

StGB § 263

Leitsatz: Zum **Abrechnungsbetrug** der Betreiberin eines ambulanten Pflegedienstes, deren **Mitarbeiter** nicht über die mit der Kranken- und Pflegekasse vertraglich vereinbarte Qualifikation verfügen.

Aus den Gründen:

„ 19 a) Zwar fordert das SGB V bezüglich der **häuslichen Krankenpflege** keine besondere **Qualifikation** der von den Leistungserbringern eingesetzten Personen. Die Krankenkassen sind jedoch berechtigt, den Abschluss eines Vertrages über die Leistung häuslicher Krankenpflege von einer bestimmten formalen Qualifikation des Pflegepersonals abhängig zu machen (BSGE 90, 150, 154 ff.; BSGE 98, 12, 17, 19). Wird eine solche Vereinbarung getroffen, bildet sie neben den gesetzlichen Bestimmungen die Grundlage der Leistungsbeziehung und soll sicherstellen, dass sich die Pflege nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht (vgl. BSG, Beschluss vom 17. Mai 2000 – B 3 KR 19/99 B, Rn. 5, juris; BSGE 94, 213, 220 Rn. 26; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 11. April 2008 – L 1 KR 78/07, Rn. 32, juris). Eine solche Bestimmung haben die Vertragsparteien hier in § 2 der am 12. September 2008 unterzeichneten „Ergänzungsvereinbarung“ getroffen, und zwar ausdrücklich für die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V und die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI. Die Leistungserbringung gegenüber der Krankenversicherung und gegenüber der Pflegeversicherung richtete sich daher nach denselben Maßstäben.

20 b) Das Landgericht ist rechtsfehlerfrei davon ausgegangen, dass nach der getroffenen Vereinbarung jegliche pflegerische Versorgung des Patienten O. durch **besonders qualifiziertes Personal**, nämlich durch Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-innen und Kinderkrankenpfleger/-innen für pädiatrische Intensivpflege durchgeführt werden, zumindest aber das Personal durch derart ausgebildete Personen eingearbeitet, angeleitet, unterstützt und überwacht werden sollte. Die Bestimmung in § 2 Abs. 1 Satz 2 der Vereinbarung, dass der Pflegedienst genügend Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-innen für Intensivpflege und Anästhesie bzw. Krankenpfleger/-innen und Kinderkrankenpfleger/-innen für pädiatrische Intensivpflege beschäftigen müsse, hat das Landgericht – ebenso wie die Vertragsparteien – als Konkretisierung der Anforderungen im Satz 1 der Regelung verstanden. Danach waren die Herrn O. verordneten Vertragsleistungen nur

von dazu fachlich besonders qualifizierten Pflegekräften durchzuführen. Gegen diese Auslegung des Vertrags, die dem Tatrichter obliegt (vgl. BGH, Beschluss vom 20. September 2012 – 3 StR 314/12, StraFo 2013, 123, 125; Urteil vom 13. Mai 2004 – 5 StR 73/03, NJW 2004, 2248, 2250), ist aus Rechtsgründen nichts zu erinnern.

21 c) Hiervon ausgehend hat das Landgericht rechtsfehlerfrei auch insoweit in den Abrechnungen der Angeklagten eine Täuschung der Mitarbeiter der B. erblickt; denn tatsächlich setzte die Angeklagte – obwohl sie dies in den eingereichten Rechnungen zumindest konkludent (mit-)erklärt hat – zur Pflege des Herrn O. **zu keinem Zeitpunkt Mitarbeiter mit der vereinbarten Zusatzqualifikation ein** und veranlasste auch keine Einweisung und Überwachung des vor Ort tätigen Personals durch solche Mitarbeiter. Auch hatte sie nur kurzzeitig Personal beschäftigt, das diese Qualifikation aufwies.

(...) 25 a) Nach diesem Maßstab liegt zunächst ein **Vermögensschaden** der B. vor, soweit die Angeklagte in sämtlichen Abrechnungen gegenüber der Krankenkasse **mehr Dienststunden angegeben** hat als tatsächlich geleistet wurden (vgl. BGH, Urteil vom 1. Dezember 1989 – 4 StR 419/89, BGHSt 36, 320, 321; Volk, NJW 2000, 3385, 3386; SSW-StGB/Satzger, 2. Aufl., § 263 Rn. 255).

26 b) Aber auch soweit durch die Mitarbeiter der Angeklagten die Pflegeleistungen tatsächlich erbracht wurden, tragen die Feststellungen die Annahme eines Vermögensschadens und damit die Verurteilung wegen Betrugs.

27 aa) Denn die B. war im Tatzeitraum **nicht zur Zahlung der in Rechnung gestellten Beträge verpflichtet**, da die von der Angeklagten eingesetzten und beschäftigten Pflegekräfte nicht über die in der Vereinbarung zwischen der Angeklagten und der B. vorausgesetzte **Qualifikation** verfügten.

28 Das Unterschreiten der nach dem Vertrag vereinbarten Qualifikation führt nach den insoweit maßgeblichen Grundsätzen des Sozialrechts auch dann zum **vollständigen Entfallen des Vergütungsanspruchs**, wenn die Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht wurden („streng formale Betrachtungsweise“, vgl. BGH, Urteil vom 5. Dezember 2002 – 3 StR 161/02, BGHR StGB § 263 Abs. 1 Vermögensschaden 62 m. Anm. Beckemper/Wegner, NStZ 2003, 315, 316; Beschluss vom 28. September 1994 – 4 StR 280/94, NStZ 1995, 85 f.; Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 18. Dezember 2009 – L 1 KR 89/06, Rn. 36, juris). Dies ergibt sich aus Folgendem: (...)“

e) Erstattung von Rentenversicherungsbeiträgen durch Kfz-Haftpflichtversicherung

BGH, Urteil v. 01.07.2014 - VI ZR 546/13

RID 14-04-312

juris
SGB VI § 179 I 1, Ia 1

Leitsatz: Ersatzansprüche gehen nach § 179 Abs. 1a Satz 1 SGB VI erst in dem Zeitpunkt über, in dem die Erstattungsleistungen nach § 179 Abs. 1 SGB VI erbracht werden.

f) Gehörsverletzung durch Überraschungsentscheidung entgegen eines erteilten rechtlichen Hinweises

BGH, Beschluss v. 29.04.2014 - VI ZR 530/12

RID 14-04-313

juris = NJW 2014, 2796
ZPO § 139 II; GG Art. 103 I

Leitsatz: Erteilt das **Gericht** einen rechtlichen Hinweis in einer entscheidungserheblichen Frage, so darf es diese Frage im Urteil nicht abweichend von seiner **geäußerten Rechtsauffassung** entscheiden, ohne die Verfahrensbeteiligten zuvor auf die Änderung der rechtlichen Beurteilung hingewiesen und ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben zu haben.

g) Fristversäumnis und Erkrankung eines prozessbevollmächtigten Rechtsanwalts

BGB, Beschluss v. 22.10.2014 - XII ZB 257/14

RID 14-04-314

juris
ZPO § 233

Leitsatz: Auch bei einer **unvorhergesehenen Erkrankung** muss ein Rechtsanwalt alle ihm dann noch möglichen und zumutbaren Maßnahmen zur Wahrung einer Frist ergreifen. An einer **schuldhaften Fristversäumnung** fehlt es nur dann, wenn infolge der Erkrankung weder kurzfristig ein **Vertreter** eingeschaltet noch ein **Fristverlängerungsantrag** gestellt werden konnte; dies ist glaubhaft zu machen (im Anschluss an BGH Beschluss vom 7. März 2013, I ZB 67/12, NJW-RR 2013, 1011).

6. Bundesarbeitsgericht (BAG)

a) Beschäftigungsanspruch bei Nachtdienstuntauglichkeit im Krankenhaus

BAG, Urteil v. 09.04.2014 - 10 AZR 637/13

RID 14-04-315

juris = NZA 2014, 719 = GesR 2014, 436 = NJW 2014, 2302
GewO § 196; BGB §§ 611, 613, 615

Leitsatz: 1. Kann eine **Krankenschwester** aus gesundheitlichen Gründen keine **Nachtschichten** im Krankenhaus mehr leisten, ist sie deshalb nicht arbeitsunfähig krank. Sie hat Anspruch auf Beschäftigung, ohne für Nachtschichten eingeteilt zu werden.

2. Wird die Arbeitsleistung dem Arbeitgeber mit dieser Einschränkung angeboten, handelt es sich um ein **ordnungsgemäßes Angebot** i.S.d. §§ 294, 295 BGB.

b) Symptomlose HIV-Infektion: Behinderung i.S.d. Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes

BAG, Urteil v. 19.12.2014 - 6 AZR 190/12

RID 14-04-316

BAGE = AP Nr. 3 zu § 2 AGG = NZA 2014, 372
AGG § 7 I, 8 I, 15 II

Leitsatz: 1. Eine ordentliche Kündigung, die einen Arbeitnehmer, auf den das Kündigungsschutzgesetz (noch) keine Anwendung findet, aus einem der in § 1 AGG genannten Gründe diskriminiert, ist nach § 134 BGB i.V.m. § 7 Abs. 1, §§ 1, 3 AGG unwirksam. § 2 Abs. 4 AGG steht dem nicht entgegen.

2. Eine **symptomlose HIV-Infektion** hat eine Behinderung im Sinne des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes zur Folge. Das gilt so lange, wie das gegenwärtig auf eine solche Infektion zurückzuführende soziale Vermeidungsverhalten sowie die darauf beruhenden Stigmatisierungen andauern.

7. Krankenhäuser

a) BVerwG: Zuschläge für besondere Leistungen von Brustzentren in NRW

BVerwG, Urteil v. 22.05.2014 - 3 C 8/13

RID 14-04-317

juris = GesR 2014, 620

KHG §§ 17b I 4, 18 V 1; KHEntgG §§ 2 II 2 Nr. 4, 5 III, 11 I 1, 14 I 2, III; VwGO §§ 66, 88

Leitsatz: 1. Wird ein Krankenhaus bestandskräftig als **Brust(krebs)zentrum** mit dem entsprechenden besonderen Versorgungsauftrag in den **Krankenhausplan** des Landes aufgenommen, ist wegen der Verknüpfung von Krankenhausplanungs- und Krankenhausentgeltrecht auch **entgeltrechtlich** von einem Zentrum auszugehen.

2. Der Begriff der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten in § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG erfasst sowohl patientenübergreifende Leistungen für die stationäre Versorgung als auch stationäre Leistungen, die der Behandlung des einzelnen Patienten zugutekommen.

Parallelverfahren:

BVerwG, Urteil v. 22.05.2014 - 3 C 15/13

RID 14-04-318

juris

BVerwG, Urteil v. 22.05.2014 - 3 C 14/13

RID 14-04-319

juris

BVerwG, Urteil v. 22.05.2014 - 3 C 13/13

RID 14-04-320

juris

BVerwG, Urteil v. 22.05.2014 - 3 C 12/13

RID 14-04-321

juris

BVerwG, Urteil v. 22.05.2014 - 3 C 9/13

RID 14-04-322

juris

b) Keine Kostenerstattung nach Infektionsschutzgesetz für Behandlung ansteckender Lungentuberkulose

VG Düsseldorf, Beschluss v. 29.08.2014 - 23 K 9350/13

RID 14-04-323

juris
IfSG § 19 I, II 1

Leitsatz: Die Behandlung eines Patienten wegen **Tuberkulose** in einer Klinik ist keine „Untersuchung“ oder „Behandlung“ im Sinne von § 19 Abs. 2 Satz 1 IfSG. Hierunter fallen nur Untersuchungen und Behandlungen durch das Gesundheitsamt im Sinne von § 19 Abs. 1 IfSG.

c) Festsetzung der Krankenhauspflegesätze: Intensivmedizinische Komplexbehandlung

OVG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 24.06.2014 - 7 A 11124/13

RID 14-04-324

juris
BGB § 133; KHEntgG §§ 4 IV 1 Nr. 1, 8 I 11, 14 I 2; KHG §§ 8 I 3, 17b VI 1

Leitsatz: 1. Maßgebend für den Inhalt und den Umfang des **Versorgungsauftrages** eines in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses (**Plankrankenhaus**) sind die Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung.

2. Durch die Zuweisung einer **Fachabteilung Innere Medizin** in einem Feststellungsbescheid (Planbettenbescheid) auf der Grundlage der Festlegungen des Landeskrankenhausplans für Rheinland-Pfalz 2003 ist unter Berücksichtigung der einschlägigen Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz im Planungszeitraum 2003 bis 2007 die fachgebundene **Intensivbehandlung** und Intensivüberwachung vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses grundsätzlich umfasst.

3. Der **Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)** dient als Grundlage der Ermittlung der Vergütung von Krankenhausleistungen im pauschalierten Entgeltsystem und ist seiner Funktion nach keine gutachterliche Äußerung zum Erkenntnisstand in der Medizin sowie zu den tatsächlichen Ressourcen eines Krankenhauses.

4. Bei einem Streit um Abrechnungsvoraussetzungen kann die Budgetfestsetzung grundsätzlich allein auf den Versorgungsauftrag abstellen (ebenso Urteil des Senats vom 25. Februar 2010 - 7 A 10976/09.OVG -).

d) Ausnahme vom Mehrleistungsabschlag aufgrund der Krankenhausplanung/Zusätzliche Kapazitäten

VG München, Urteil v. 06.08.2014 - M 9 K 13.3508

RID 14-04-325

juris
KHEntgG § 4 IIa 3

Leitsatz: 1. Eine **Ausnahme vom Mehrleistungsabschlag** „aufgrund der Krankenhausplanung“ liegt nur vor, wenn die Kapazitätserhöhung durch die **Krankenhausplanung** erfolgt und nicht auf einer autonomen Entscheidung des Krankenhausträgers beruht.

2. **Zusätzliche Kapazitäten** i.S.v. § 4 Abs. 2a S. 3 KHEntgG liegen vor, wenn organisatorische Maßnahmen des Krankenhauses zu einer Erhöhung des Umfangs der möglichen Krankenhausleistungen führen.

e) Ausnahme vom Mehrleistungsabschlag aufgrund der Krankenhausplanung

VG München, Urteil v. 06.08.2014 - M 9 K 14.273

RID 14-04-326

juris
KHEntgG § 4 IIa 3

Leitsatz: Eine **Ausnahme vom Mehrleistungsabschlag** „aufgrund der Krankenhausplanung“ liegt nur vor, wenn die Kapazitätserhöhung durch die **Krankenhausplanung** nicht auf einer autonomen Entscheidung des Krankenhausträgers beruht.

f) Schuldendienstlasten aus Darlehensvertrag und Verzicht auf Fördermittel

VG Berlin, Urteil v. 16.09.2014 - 24 K 427.12

RID 14-04-327

juris

KHG Berlin § 8 I 1; KHG §§ 2, 8, 9 II Nr. 3

Für **Lasten aus Darlehen**, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten aufgenommen worden sind („alte Lasten“), sieht das KHG in § 9 II Nr. 3 KHG einen eigenständigen Fördertatbestand vor. Sie sind von Investitionskosten im Sinne des § 9 I KHG für Errichtung von Krankenhäusern abzugrenzen. Maßgeblich ist der Zeitpunkt der Darlehensaufnahme. Zu den Investitionskosten im Sinne des KHG zählen Darlehenslasten nur, wenn das Darlehen nach der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan aufgenommen worden ist. Ist das Darlehen - wie hier - bereits vor der Aufnahme in den Krankenhausplan aufgenommen worden, ist eine Förderung nach § 9 II Nr. 3 KHG auf Antrag möglich, soweit und solange das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen ist.

Einem möglichen Förderungsanspruch steht entgegen, wenn auf Dauer auf die Bewilligung von Fördermitteln für den Neubau des Krankenhauses **verzichtet** wurde. Der Umstand, dass die Investitionskosten für einen Neubau aufgrund der Einführung des DRG-Entgeltsystems seit 2009 nicht mehr über die Budgets gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden können, begründet keinen Anspruch auf Aufhebung des Verzichts.

g) Verkehrssicherungspflichten des Krankenhauses gegenüber betagten Patienten

OLG Koblenz, Urteil v. 11.08.2014 - 5 U 788/14

RID 14-04-328

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 328, 823 I, 831

Leitsatz: 1. Lehnt ein im Krankenhaus tätiger Anstreicher die dort aus den Angeln gehobene Tür neben der deutlich wahrnehmbaren Türöffnung senkrecht gegen die Wand, liegt darin keine Verletzung der **Verkehrssicherungspflicht**, falls auf der betreffenden Station keine sehbehinderten oder aus sonstigen Gründen desorientierten Patienten untergebracht sind.

2. Bestand nach sachverständiger Einschätzung kein Anhalt für persistierende Unaufmerksamkeit oder Zerstreutheit einer 87-jährigen Patientin, deren Allgemeinzustand bei der stationären Aufnahme als „sehr gut“ befunden wurde und die „allseits orientiert und mobil“ wirkte, liegt kein haftungsrelevantes Versäumnis darin, dass man sie den **Hin- und Rückweg** zu Untersuchungen innerhalb des Krankenhauses **unbegleitet** zurücklegen lässt.

3. Ob und gegebenenfalls welche Vorkehrungen im Krankenhaus gegen einen **Sturz hochbetagter Patienten** zu treffen sind, kann nur aufgrund einer wertenden Gesamtschau aller vor dem Unfall erkennbaren Umstände des jeweiligen Einzelfalls entschieden werden.

h) Disziplinarmaßnahme gegen verbeamteten Direktor wegen Zulassung als Vertragsarzt

OVG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 17.06.2014 - 10 L 1/14

RID 14-04-329

juris

BG Sachsen-Anhalt § 77 I 1

Leitsatz: 1. Ein **verbeamteter Direktor einer Universitätsklinik** unterliegt den beamtenrechtlichen Dienstpflichten.

2. In dem verbotswidrigen - dazu noch wahrheitswidrig verneinten - **Betreiben einer Kassenarztzulassung** und in der verbotswidrigen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Grundversorgung außerhalb des Universitätsklinikums im Sinne eines Konkurrenzunternehmens kann eine Verletzung von Dienstpflichten aus dem Beamtenverhältnis und damit ein Dienstvergehen gemäß § 77 Abs. 1 Satz 1 BG LSA liegen.

3. Im Rahmen der gemäß § 40 Abs. 1 Nr. 4 DG LSA anzustellenden **Prognoseentscheidung** hinsichtlich des Verfalls von einbehaltenen Dienstbezügen ist das Gericht befugt, nach eigener Prüfungskompetenz zu klären, ob die zum Zeitpunkt der Behördenentscheidung vorliegenden Erkenntnisse den Schluss rechtfertigen, dass im Fortgang des Disziplinarverfahrens auf die Entfernung aus dem Beamtenverhältnis erkannt worden wäre.

8. Rettungsdienst: Voraussetzungen der Pflicht von Rettungsassistenten zur Hinzuziehung des Notarztes

LG München, Urteil v. 07.05.2014 - 15 O 17872/09

RID 14-04-330

juris = VersR 2014, 1086
GG Art. 34; BGB § 839

Leitsatz (VersR): 1. **Aufgabe** von **Rettungsassistenten** ist es, am Notfallort bis zur Übernahme der Behandlung durch den Arzt lebensrettende Maßnahmen bei Notfallpatienten durchzuführen, die Transportfähigkeit solcher Patienten herzustellen, die lebenswichtigen Körperfunktionen während des Transports zum Krankenhaus zu beobachten und aufrechtzuerhalten sowie kranke, verletzte und sonstige hilfsbedürftige Personen, auch soweit sie nicht Notfallpatienten sind, unter sachgerechter Betreuung zu befördern.

2. Anhalt für die Frage, ob die **Hinzuziehung eines Notarztes** erforderlich ist, bietet der Notarzt-Indikationskatalog der Bundesärztekammer.

3. Deuten konkrete Umstände auf eine **Beinvenenthrombose** bei einem schon länger auf dem Boden liegenden und ärztlicherseits noch nicht untersuchten Patienten hin, so hat ein Rettungsassistent einen Notarzt zur Prüfung hinzuzuziehen, ob eine sofortige Heparinisierung erforderlich ist. Sofern allerdings keines der Kardinalsymptome einer Beinvenenthrombose festzustellen ist (Schmerz, Ödem, Zyanose), ist es Aufgabe des Rettungsassistenten, den Patienten ohne Hinzuziehung eines Arztes zu mobilisieren und in ein Krankenhaus zu transportieren.

9. Krankenkassen

a) Rechtsweg: Auskunftsbegehren eines Insolvenzverwalters über Sozialversicherungsbeiträge

VGH Baden-Württemberg, Beschluss v. 16.09.2014 - 10 S 1451/14

RID 14-04-331

juris
GVG § 17, 17a; VwGO § 40 I; SGG § 51 I Nr. 5

Leitsatz: 1. Eine **Verweisung des Rechtsstreits** ist nur dann geboten und zulässig, wenn der beschrittene Rechtsweg schlechthin, d.h. für den Klageanspruch mit allen in Betracht kommenden Klagegründen, unzulässig ist (im Anschluss am BVerwG, Beschluss vom 15.12.1992 - 5 B 144/91 - NVwZ 1993, 358).

2. Für eine auf **Auskunftserteilung** auf der Grundlage von § 15 Abs. 1 und 2 SGB I gerichtete Klage ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet, wenn die begehrte Auskunft ausschließlich in § 51 SGG erwähnte **Sozialleistungsbereiche** betrifft. Dies ist bei Auskunftsbegehren eines Insolvenzverwalters gegen eine Krankenkasse über von der Insolvenzschuldnerin abgeführte Sozialversicherungsbeiträge der Fall.

10. Hebammenhaftung: Überlange Austreibungsphase ohne CTG-Kontrolle bei Hausgeburten

LG Düsseldorf, Urteil v. 12.12.2013 - 3 O 389/08

RID 14-04-332

juris
BGB § 823

Für die noch hinnehmbare Dauer der **Austreibungsphase** bei einer Geburt gibt es zwar keine starren zeitlichen Grenzen; eine Austreibungsphase von mehr als zwei Stunden kann jedoch (in einem gewissen zeitlichen Rahmen) nur für den Fall hingenommen werden, dass während der gesamten Geburtsdauer eine **CTG-Kontrolle**, bei der die kindlichen Herztöne und auch die Wehentätigkeit aufgezeichnet werden, stattfindet. Eine derartige Kontrolle ist erforderlich, da generell eine lange Austreibungsphase zu einer Stresssituation des Kindes führt, die hier gemäß den medizinischen Feststellungen des Sachverständigen eine **Asphyxie** des Kl. verursacht hat.

Eine Hebamme darf nicht darauf vertrauen, dass das Kind trotz der langen Dauer der Austreibungsphase sowie der nicht hinreichenden Möglichkeit, seine Herztöne zu kontrollieren,

unbeschadet entwickelt werden kann. Wird die zu tolerierende Austreibungsphase von etwa zwei Stunden, die ohne das Herbeiholen ärztlicher Hilfe hätte abgewartet werden dürfen, um das Doppelte überschritten, so stellt sich ein derartiges Verhalten als unverständlich dar und darf einer Hebamme nicht unterlaufen, so dass der entsprechend zu beurteilende rechtliche Vorwurf eines **grob fahrlässigen Fehlverhaltens** begründet ist.

Diese festzustellenden schwersten Defizite an mindestens fünf Organ-/Funktionssystemen des Körpers des Kl. rechtfertigen nach Art, Umfang sowie ihrer Anzahl unter weiterer Zugrundelegung, dass die gesundheitlichen Schädigungen sich als dauerhaft darstellen, uneingeschränkt das als Mindestsumme geltend gemachte **Schmerzensgeld** von 550.000 €.

11. Fortführung des berufsgerichtlichen Verfahrens (eines Tierarztes) nach Praxisverlegung

LBerufsG für Heilberufe Münster, Beschluss v. 05.08.2014 - 6t E 285/12.T

RID 14-04-333

juris

HeilBerG NRW §§ 1, 2, 59 III, 76 III

Leitsatz: 1. Die **Kammerangehörigkeit** ist nicht einer konstitutiven Regelung durch Verwaltungsakt zugänglich. Es handelt sich vielmehr um eine **gesetzlich geregelte Folge**, die ausschließlich von der Erfüllung der Tatbestandsvoraussetzungen der §§ 1 und 2 HeilBerG NRW abhängig ist.

2. Trotz **Wegfalls der Kammerangehörigkeit** eines beschuldigten Tierarztes nach Eröffnung des **berufsgerichtlichen Verfahrens** ist die **Fortführung** dieses Verfahrens auf der Grundlage des § 59 Abs. 3 HeilBerG NRW regelmäßig angezeigt, wenn der Beschuldigte als sog. „Autobahntierarzt“ Viehbestände im gesamten Bundesgebiet betreut.

3. Die einem Strafbefehl fehlende Bindungswirkung des § 76 Abs. 3 HeilBerG NRW ist ohne Belang für die Frage, ob nach Wegfall der Kammerangehörigkeit des Beschuldigten aus **generalpräventiven Gründen** ein Bedürfnis für die Fortführung des Verfahrens besteht.

12. Impfschadensrecht

a) Hirninfarkt infolge zerebraler Vaskulitis beruht nicht auf Hepatis-B-Impfung

LSG Hamburg, Urteil v. 25.08.2014 - L 3 VE 8/11

RID 14-04-334

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

IfSG §§ 2 Nr. 11, 60

Ein Hirninfarkt infolge einer zerebralen Vaskulitis ist mangels Kausalität nicht als Impfschaden aufgrund einer Hepatis-B-Impfung (am 02.06.1997) anzuerkennen.

b) Impferum Encepur®Kinder (0,25) gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

LSG Hessen, Urteil v. 26.06.2014 - L 1 VE 12/09

RID 14-04-335

www.sozialgerichtsbarkeit.de

IfSG §§ 2 Nr. 11, 60

Die **Möglichkeit einer Impfreaktion** in Form einer entzündlichen Erkrankung des zentralen und peripheren Nervensystems nach einer FSME-Impfung ist unstrittig gegeben. Ein **Ursachenzusammenhang** zwischen einer FSME-Impfung und einer entzündlichen Erkrankung des zentralen und peripheren Nervensystems hat sich mit hinreichender Wahrscheinlichkeit realisiert, wenn nach der geltenden ärztlichen wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht (hier bejaht).

13. Anspruch auf Kostenerstattung nach Infektionsschutzgesetz

VG Trier, Urteil v. 07.04.2014 - 6 K 1342/13.TR

RID 14-04-336

juris
IfSG §§ 28 I 3, 30 I 2, 69 I 1 Nr. 7

Leitsatz: 1. § 69 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 IfSG beinhaltet nicht nur eine objektiv-rechtliche Regelung, wonach die Kosten für die Durchführung von Schutzmaßnahmen nach den §§ 29 und 30 IfSG aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten sind, sondern gewährt dem Abgesonderten und den sonst zur Durchführung einer Absonderung herangezogenen Personen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen einen entsprechenden **Anspruch auf Kostenerstattung**.

2. Ein solcher Anspruch entsteht bereits dann, wenn jemand zur **Durchführung einer Absonderung** hoheitlich in Anspruch genommen wird; eine ausdrückliche Absonderungsanordnung ist hierfür nicht erforderlich.

3. Die nach § 69 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 IfSG zu übernehmenden Kosten müssen infolge der Durchführung von **Schutzmaßnahmen** - hier: einer Absonderung - entstanden sein. Der Anspruch erfasst grundsätzlich nicht für die Kosten einer während einer Absonderung durchgeführten Heilbehandlung.

4. Die in einem Pflegesatz pauschalierten Kosten eines **Krankenhausaufenthaltes** können nur insgesamt entweder als nach § 69 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 IfSG erstattungsfähige Absonderungskosten oder als nach dieser Vorschrift nichterstattungsfähige Heilbehandlungskosten eingeordnet werden. Die Abgrenzung ist danach vorzunehmen, ob eine gelegentlich der Absonderung durchgeführte stationäre Heilbehandlung schon aus medizinischen Gründen erforderlich gewesen wäre - in diesem Falle fallen die Krankenhauskosten als Heilbehandlungskosten an -, oder ob in medizinischer Hinsicht jedenfalls eine stationäre Behandlung nicht nötig gewesen wäre (Anschluss an BVerwG, Urteil vom 2. März 1977 - I C 36.70 -, BVerwGE 52, 132).

14. Sozialhilfe und Krankheitskosten

a) Kein weitergehender Anspruch auf OTC-Arzneimittel

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 24.07.2014 - L 19 AS 1088/14 B ER

RID 14-04-337

juris
SGB V § 34; SGB II § 21 VI

Die Verordnung von **OTC-Mitteln** ist nach den **AM-RL** ausnahmsweise zulässig, wenn die Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Dabei gilt eine Krankheit als schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist, oder wenn sie aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. Damit ist hier ohne weitere Ermittlungen seitens der Träger der Grundsicherung davon auszugehen, dass grundrechtsrelevante Beeinträchtigungen durch eine nicht ausreichende Krankenbehandlung, die durch ergänzende Leistungen der Grundsicherung abzuwenden wären, ausscheiden.

Abweichendes ergibt sich nicht aus BSG, Urt. v. 06.03.2012 - B 1 KR 24/10 R - BSGE 110, 183 = SozR 4-2500 § 34 Nr. 9, wonach es nach dem Plan des Gesetzgebers keinen Anspruch gegen die GKV begründet, wenn ein Versicherter wirtschaftlich nicht hinreichend leistungsfähig ist, um sich OTC-Mittel zu verschaffen. Vielmehr sehe das Gesetz u.a. mit **§ 21 VI SGB II** bei fehlender wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit Ansprüche gegen Sozialleistungsträger vor. Allerdings hat der Senat betont, dass die Beurteilung der für die Grundsicherung zuständigen Senate des BSG unterliegt. Es gelten die vom 14. Senat aufgestellten Grundsätze. Dieser hat ausdrücklich festgehalten: „Die übrigen Kosten für Gesundheitspflege, die unter anderem für die medizinisch notwendige, aber nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse abgedeckte OTC-Präparate unter dem Gesichtspunkt der Eigenverantwortung der GKV-Versicherten auch von Hilfebedürftigen nach dem SGB II selbst zu zahlen sind, sind in der **Regelleistung abgebildet** und lösen damit grundsätzlich **keinen Bedarf** nach § 73 SGB XII (jetzt: § 21 Abs. 6 SGB II) aus.“

Da allenfalls ein **Leistungsanspruch gegen die GKV** in Betracht kommt, ist der Ast. gehalten, bei der Krankenkasse einen Antrag auf die gewünschte Leistung zu stellen und das nach § 13 SGB V vorgesehene Verfahren einzuhalten. Bei einer Ablehnung der Leistung kann und muss er zunächst von

den Möglichkeiten des **einstweiligen Rechtsschutzes** nach Art. 19 IV GG **gegenüber der GKV** Gebrauch machen.

b) Nicht verschreibungspflichtige Medikamente: Anspruch auf Hautpflegemittel

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 04.06.2014 - L 7 AS 357/13 B

RID 14-04-338

juris

SGB II § 21; SGB XII § 30; SGG § 103

Zu der Rechtsfrage, ob und unter welchen Voraussetzungen apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Medikamente (OTC [over the counter]-Präparate) von der Krankenkasse oder aber als Mehrbedarf nach § 21 SGB II vom Job-Center zu übernehmen sind, liegen **widerstreitende Entscheidungen** vor (BSG, Urt. v. 26.05.2011 - B 14 AS 146/10 R - BSGE 108, 235 = SozR 4-4200 § 20 Nr. 13 und BSG, Urt. v. 06.03.2012 - B 1 KR 24/10 R - BSGE 110, 183 = SozR 4-2500 § 34 Nr. 9). Zwar hat der für das Grundsicherungsrecht zuständige 14. Senat des BSG geurteilt, dass aufgrund der Notwendigkeit einer Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln grundsätzlich keine unabweisbaren laufenden Bedarfe entstehen. Die Verordnungsfähigkeit könne nur innerhalb des Leistungssystems des SGB V geprüft werden. In Ansehung der Rechtsprechung des für das Krankenversicherungsrecht zuständigen 1. Senats des BSG kann jedoch nicht der Schluss gezogen werden, dass ohne weitere Ermittlungen seitens der Träger der Grundsicherung davon auszugehen ist, dass grundrechtsrelevante Beeinträchtigungen durch eine nicht ausreichende Krankenbehandlung, die durch ergänzende Leistungen der Grundsicherung abzuwenden wären, ausscheiden (so aber LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 14.03.2012 - L 12 AS 134/12 B -). Nach der Rechtsprechung des 1. Senats sichern die bei Hilfebedürftigkeit eingreifenden Teile des Sozialsystems das verfassungsrechtlich garantierte Existenzminimum, sofern Versicherte krankheitsbedingt Mittel benötigen, die verfassungskonform nicht dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung unterfallen. Bei Bedürftigkeit Betroffener übernehmen daher andere Teile des Sozialsystems die Versorgung mit solchen Leistungen, etwa das SGB II und SGB XII unter den dort genannten Voraussetzungen. Das gilt nach der Rechtsprechung des 1. Senats grundsätzlich sowohl für nicht verschreibungspflichtige als auch für nicht verordnungsfähige Arzneimittel.

Daher wird umfassend das **Erkrankungsbild** des Kl. zu ermitteln sein, um abzugleichen, ob die Voraussetzungen, unter denen nach den Richtlinien des GBA die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Medikamente übernommen werden können, erfüllt sind.

c) Zumutbare Ansparquote für Kosten der Brillengläser

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 06.08.2014 - L 7 AS 269/14

RID 14-04-339

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB II § 24 II

Es besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme, wenn sich die Kosten der Brillengläser auf 144,80 € belaufen, da der Betrag bei einer noch **zumutbaren Ansparquote von 10 %** des maßgebenden Regelbedarfs, also 37,40 €, in vier Monaten angespart werden kann. Bei diesem Betrag erscheint das menschenwürdige Existenzminimum nicht gefährdet.

d) Konduktive Therapie nach Petö

SG Trier, Urteil v. 15.04.2014 - S 6 SO 66/11

RID 14-04-340

juris

SGB XII §§ 2 I, 53 I 1, 54

Leitsatz: 1. Der **Therapienutzen** der konduktiven **Therapie nach Petö** entspricht dem einer evidenzbasierten Krankengymnastik.

2. Aufgrund der Nachrangigkeit der Leistungen der Sozialhilfe scheidet eine Kostenübernahme für die konduktive Therapie nach Petö bei gleichwertigem Therapieerfolg einer im **Leistungskatalog der GKV** enthaltenen Maßnahme aus.

e) Kein Ersatz von Fahrkosten zu ärztlichen Behandlungsterminen

SG Chemnitz, Beschluss v. 13.10.2014 - | S 26 AS 3947/14 ER

RID 14-04-341

juris
SGB II § 21 VI

Leitsatz: **Fahrtkosten** für eine Taxifahrt zu einem zweimal jährlich stattfindenden augenärztlichen Kontrolltermin (Patient in Heilungsbewährung nach Tumorentfernung) von einem Wohnort im Vogtlandkreis nach der Universitätsklinik E. und zurück sind einem Mehrbedarf nach § 21 Abs. 6 SGB II nicht zugänglich. Es handelt sich schon nicht um einen laufenden Bedarf.

Fahrten zu augenärztlichen Kontrolluntersuchungen im **Nahbereich** sowie die Fahrten nach E. sind im Rahmen der Prüfung des § 21 Abs. 6 SGB VI nicht als ein einheitlicher Bedarf zu bewerten.

Fahrtkosten zu ärztlichen Behandlungsterminen sind grundsätzlich **kein besonderer Bedarf** nach § 21 Abs. 6 SGB II, da sie dem System der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind. Auch soweit von dort Fahrtkosten nicht übernommen werden, besteht regelmäßig kein Anspruch auf Kompensation durch einen Mehrbedarf nach § 21 Abs. 6 SGB II (Anschluss an SächsLSG, Beschluss vom 25.9.2013 - L 7 AS 83/12 NZB).

Soweit im Einzelfall eine Fahrtkostenübernahme nach § 21 Abs. 6 SGB II gleichwohl denkbar erscheint, obliegt es dem Leistungsempfänger nach dem SGB II, Fahrtkosten zunächst bei seiner **gesetzlichen Krankenkasse** geltend zu machen und ggf. mit Rechtsbehelfen durchzusetzen.

15. Altersdiskriminierung bei Stellenbesetzung am BSG

VG Kassel, Beschluss v. 09.04.2014 - 1 L 1342/13.KS

RID 14-04-342

juris
VwGO § 123 I

Das VG Kassel hat im Rahmen eines **Konkurrentenverfahrens** um die Besetzung zwei neuer Stellen beim BSG entschieden, dass die Stellen nicht besetzt werden dürfen, bevor nicht ein neues Auswahlverfahren durchgeführt worden ist.

Im zurückliegenden Auswahlverfahren wurden nach Ansicht des Gerichts schwerwiegende Fehler gemacht.

Am BSG will das Ministerium **zwei Stellen für Vorsitzende Richter** neu besetzen. Einer der Bewerber hatte sich auf beide Stellen beworben. Er wurde abgelehnt und ihm wurde mitgeteilt, die Stellen sollten mit Mitbewerbern besetzt werden. Um die Stellenbesetzung mit den ausgewählten Mitbewerbern zu verhindern, legte er die Sache in einem Eilverfahren dem VG Kassel zur Entscheidung vor.

Das VG Kassel hat die Besetzung der zwei neuen Stellen vorläufig gestoppt.

Nach Auffassung des Verwaltungsgerichts hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein **Anforderungsprofil** erstellt, das der Bewerber gar nicht erfüllen konnte. Denn noch mindestens fünf Jahre, so die Anforderung, hätte der Bewerber am BSG als Vorsitzender arbeiten sollen. Dies sei dem Bewerber jedoch nicht möglich, da er noch **vor Ablauf dieser fünf Jahre pensioniert** werde. Insofern stelle die Ablehnung des Bewerbers eine Diskriminierung aufgrund seines Alters dar. Diese Altersdiskriminierung sei unzulässig, weil es insoweit an einer gesetzlichen Grundlage fehlt. Diese Grundlage dürfe die Verwaltung nicht durch ein Anforderungsprofil ersetzen.

Zudem sei zu beanstanden, dass der Präsident des BSG bei seiner Beurteilung die **schriftlichen Arbeiten** des Bewerbers **lediglich aus einem Jahr** (2011/2012) berücksichtigt habe und sich nicht einen repräsentativen Überblick über die Leistungen des Bewerbers in den letzten fünf Jahren (2008 bis 2013) verschafft habe.

Der Bewerber habe in fünf verschiedenen Senaten des BSG in unterschiedlichen Rechtsgebieten gearbeitet. Grundsätzlich könne der Präsident, müsse aber nicht von den fünf Vorsitzenden dieser Senate schriftliche Beurteilungen über den Bewerber einholen.

Die Besonderheit im vorliegenden Fall liege darin, dass das Verhältnis des Bewerbers zu einem der Vorsitzenden dieser Senate zerrüttet war. Hier stand zu befürchten, dass dieser Vorsitzende die Beförderung des Bewerbers würde verhindern wollen. Um die Fähigkeiten des Bewerbers objektiv beurteilen zu können, hätte der Präsident zum einen Stellungnahmen aller fünf Senatsvorsitzenden einholen müssen und zum anderen diese Stellungnahmen in schriftlicher Form anfordern müssen.

Beides habe der Präsident versäumt, so das Verwaltungsgericht. Wolle das Ministerium die Stellen weiterhin besetzen, müssten die Auswahlverfahren wiederholt werden.
Pressemitteilung v. 10.04.2014, zit. nach juris

Parallelverfahren:

VG Kassel, Beschluss v. 07.04.2014 - 1 L 1382/13.KS
juris

RID 14-04-343

16. Steuerrecht

a) Einkommenssteuerrecht

aa) BFH: Außergewöhnliche Belastungen für wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethoden

BFH, Urteil v. 26.06.2014 - VI R 51/13
juris
EStG § 33 I; EStDV § 64 I Nr. 2 Buchst. f

RID 14-04-344

Leitsatz: 1. **Wissenschaftlich nicht anerkannt** i.S. des § 64 Abs. 1 Nr. 2 Satz 1 Buchst. f EStDV i.d.F. des StVereinfG 2011 ist eine **Behandlungsmethode** dann, wenn Qualität und Wirksamkeit nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

2. Die Feststellung, ob eine Behandlungsmethode wissenschaftlich nicht anerkannt ist, obliegt dem FG als Tatsacheninstanz.

bb) „Verzicht“ auf einen (möglichen) Erstattungsanspruch keine Sonderausgabe

FG Düsseldorf, Urteil v. 06.06.2014 - 1 K 2873/13 E
juris
EStG §§ 10 I Nr. 3 Buchst. a u. 2, 11 II

RID 14-04-345

Vorsorgeaufwendungen, zu denen auch die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung gehören, sind gemäß dem auch bei den Sonderausgaben geltenden Zufluss- und Abflussprinzip in dem Veranlagungszeitraum abzugsfähig, in dem sie gem. § 11 II 1 EStG abgefließen sind. Ist der Steuerpflichtige durch die Aufwendungen jedoch nicht tatsächlich und endgültig wirtschaftlich belastet, da die Beiträge ihm (ggfs. teilweise) **erstattet** werden, sind die Aufwendungen nicht als Sonderausgaben abzugsfähig. Erfolgt die Erstattung nicht in demselben Jahr, erfolgt die Verrechnung erstatteter Sonderausgaben mit im Erstattungsjahr gezahlten gleichartigen Sonderausgaben. Der **„Verzicht“ auf einen (möglichen) Erstattungsanspruch** der selbst getragenen Krankheitskosten (hier: in Höhe von 111 €) zur Erlangung der Beitragsrückerstattung kann **nicht als Sonderausgabe** berücksichtigt werden.

b) Umsatzsteuerrecht

aa) BFH: Akupunkturbehandlungen an Menschen durch einen Tierarzt

BFH, Beschluss v. 27.08.2014 - XI B 33/14
juris
UStG § 4 Nr. 14

RID 14-04-346

Leitsatz NV: Behandelt ein **Tierarzt** auch Menschen, sind seine Behandlungen nicht umsatzsteuerfrei, wenn er nicht über einen beruflichen Befähigungsnachweis zur Behandlung von Menschen verfügt.

bb) Umsatzsteuerfreiheit: Physiotherapeutin und Heilpraktikerin

FG Baden-Württemberg, Urteil v. 04.06.2014 - 14 K 797/12
juris
UStG § 4 Nr. 14

RID 14-04-347

Umsätze einer **Physiotherapeutin und Heilpraktikerin** aus der **NST-Behandlung (Neurostructural Integration Technique, eine der Bowen Therapien)** sind gem. § 4 Nr. 14 UStG umsatzsteuerfrei, wenn nachweislich eindeutig **Krankheitssymptome** behandelt werden.

cc) Umsatzsteuerfreiheit für Leistungen aus Pflegeverträgen

FG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 10.04.2014 - 6 K 1796/13

RID 14-04-348

Revision anhängig: BFH - XI R 23/14 -

juris = EFG 2014, 1336 = RDG 2014, 295

UStG § 4 Nr. 16 Buchst. e; EGRL 112/2006

Leitsatz: Pflegeleistungen sind unabhängig davon, ob sie in mindestens 40% der Fälle überwiegend von der Pflegeversicherung oder vom Sozialhilfeträger getragen wurden, steuerfrei, soweit sie aufgrund von Verträgen mit den Pflegekassen erbracht werden.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 07.11.2014. 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				
Individueller Anpassungsfaktor (KV Saarland)	B 6 KA 28/14 R	Ist nach der Übergangsregelung, wie sie im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 vorgesehen ist, eine Bemessung des Honorarvolumens zulässig, die sich am Durchschnittsvolumen der Fachgruppe im Vorjahresquartal modifiziert durch einen individuellen Anpassungsfaktor orientiert?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 03.12.2013 - L 3 KA 5/11 -	14-04-18 NZB
Quotierung von Laborleistungen	B 6 KA 33/14 R	Verstößt die Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes gegen höherrangiges Recht, wenn die für die Leistungen und Kostenerstattungen im Laborbereich nach den Vergütungen verfügbaren Mittel des Vergütungsvolumens quotiert werden?	<i>SG Hamburg</i> , Urt. v. 25.06.2014 - S 27 KA 151/11 -	14-04-11
Quotierung von Laborleistungen einer Laborgemeinschaft	B 6 KA 34/14 R	Ist eine Quotierung von Laborleistungen durch einen Honorarverteilungsmaßstab bei Laborgemeinschaften im Hinblick auf die Kostenerstattungsregelung des Abschn 32.2 Nr 1 S 2 EBM (juris: EBM-Ä 2008) zulässig?	<i>SG Hamburg</i> , Urt. v. 25.06.2014 - S 27 KA 152/11 -	14-04-10
Vergütung probatorischer Sitzungen	B 6 KA 13/14 R B 6 KA 16/14 R B 6 KA 17/14 R	Verstoßen Regelungen zur Vergütung probatorischer Sitzungen unter den Bedingungen des Regelleistungsvolumens für die Quartale II/05 bis I/06 gegen höherrangiges Recht, soweit eine Quotierung des Regelleistungspunktwerts zu einem Punktwert von unter 2,56 Cent geführt hat oder soweit Honoraranteile für die Vergütung probatorischer Sitzungen innerhalb des Regelleistungsvolumens zur Finanzierung einer Ausgleichsregelung zur Vermeidung praxisbezogener Honorarverwerfungen herangezogen werden und der obere Regelleistungswert für diese Leistungen 2,56 Cent nicht übersteigt?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 29.01.2014 - L 4 KA 30/12 - - L 4 KA 29/12 - - L 4 KA 31/12 -	14-02-11 14-02-10 14-02-12
Gemittelter Mindestpunktwert für probatorische Leistungen/Zugunstenverfahren	B 6 KA 22/14 R	Ist eine durch § 45 SGB 10 ausgeschlossene isolierte Korrektur eines Verwaltungsakts im Rahmen eines Zugunstenverfahrens zulässig?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 19.02.2014 - L 7 KA 10/11 -	14-03-1
BEMA-Umstrukturierung 2004	B 6 KA 12/14 R	Ist die Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen im BEMA-Z (juris: EBM-Z) ab dem 1.1.2004 rechtmäßig?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 02.10.2013 - L 8 KA 13/10 -	14-01-12
Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen	B 6 KA 2/14 R	Ist die Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen im BEMA-Z (juris: EBM-Z) ab dem 1.1.2004 rechtmäßig?	<i>SG Magdeburg</i> , Urt. v. 17.07. 2013 - S 13 KA 109/09 -	14-01-13
Honoraransprüche gegen die K(Z)V nach „modifizierter“ Freigabe durch Insolvenzverwalter	B 6 KA 45/13 R	Hat ein Vertrags(zahn)arzt, der seine künftigen Honoraransprüche im Voraus abgetreten hatte und über dessen Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet wurde, einen Anspruch auf Auszahlung des in der Zeit zwischen der Freigabe seiner vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit nach § 35 Abs 2 InsO und einem später ergangenen Beschluss des Insolvenzgerichts über die Unwirksamkeit der Freigabeerklärung bereits an den Insolvenzverwalter geleisteten Honorars?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 20.12.2012 - L 7 KA 51/11 -	14-01-10
Sachlich-rechnerische Berichtigung				
Pauschalierende Umlegung des Defizitanteils wegen Nachvergütung für Psychotherapeuten	B 6 KA 36/14 R	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung berechtigt, Honorarbescheide nachträglich pauschal zu korrigieren, wenn sich die maßgeblichen Verhältnisse für die Verteilung des Honorarvolumens, welches insgesamt für die Verteilung zur Verfügung stand, aufgrund einer Nachvergütung für psychotherapeutische Leistungen ändern?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 17.06.2014 - L 4 KA 35/11 -	14-04-21
Fortbildungsnachweis	B 6 KA 19/14 R	Ist eine Honorarkürzung wegen nicht erbrachten Fortbildungsnachweises ausgeschlossen,	<i>SG Magdeburg</i> ,	14-03-10

		wenn die Nachweiserbringung durch einen quartalsmittig zugelassenen Vertragszahnarzt zwar nach dem Stichtag, jedoch im stichtagsrelevanten Quartal nachgeholt wird?	Urt. v. 25.09.2013 - S 13 KA 109/10 -	
Laborarzt: Anforderung der Laboratoriumsuntersuchung von Laborgemeinschaft	B 6 KA 27/14 R	Haben auch Laborärzte die Möglichkeit Laborleistungen (Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen / Basislabor) nach § 25 Abs 3 S 1 BMV-Ä aus einer Laborgemeinschaft zu beziehen, deren Mitglied sie sind oder gilt diese Ausnahme vom Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung ausschließlich für Nicht-Laborärzte?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.12.2013 - L 7 KA 39/12 -	14-01-19 NZB
Nr. 01770 EBM 2009	B 6 KA 10/14 R	Kann die Nr 01770 EBM-Ä 2009 abgerechnet werden, wenn eine verdeckte Mehrfachbehandlung stattgefunden hat?	SG für das Saarland, Urt. v. 19.02.2014 - S 2 KA 64/13 -	14-02-23
	B 6 KA 15/14 R	Darf ein Vertragsarzt, der innerhalb des Quartals bei einer schwangeren Versicherten ohne Kenntnis der Vorbetreuung durch einen anderen Vertragsarzt eine weitere Betreuung durchführt, die Gebührenordnungsnummer 01770 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen erneut abrechnen?	SG Mainz, Urt. v. 26.02.2014 - S 8 KA 119/12 -	14-04-53

Arzt-/Psychotherapeutenregister

Psychotherapeutenregister: Kein Fachkundenachweis für Gasthörerin an Ausbildungsinstitut	B 6 KA 7/13 R Termin: 02.04.2014	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

e) Feststellungsklage eines Konkurrenten wg. Genehmigung einer Zweigpraxis mit Dialyse	B 6 KA 7/14 R	Räumt das Regelwerk in Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä einem Facharzt für Innere Medizin mit Dialysepraxis eine Berechtigung zur Drittanfechtung einer Genehmigung einer fachärztlich nephrologischen Zweigpraxis mit Dialyse ein?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.10.2013 - L 11 KA 92/10 -	14-01-26
Genehmigung zur Erbringung zytologischer Untersuchungen an weiterem Tätigkeitsort	B 6 KA 23/14 R	Zur Frage der Versagung einer Abrechnungsgenehmigung für die Ausführung und Abrechnung der zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix-Uteri nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie im Hinblick auf den Ort der Leistungserbringung.	LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 14.01.2014 - L 4 KA 24/11 -	14-03-23
Abrechnungsgenehmigung für MRT des Herzens nicht ohne spezielle Gebietsbezeichnung	B 6 KA 24/13 R Termin: 02.04.2014	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

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Eingeschränkte Einzelfallprüfung: Unzureichende Vorlage der Unterlagen und Prüfquote unter 20 %	B 6 KA 41/13 R Termin: 13.08.2014	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 Beschwerdeausschusses für Ausnahmefall bei Verordnungsausschluss	B 6 KA 25/13 R B 6 KA 26/13 R Termin: 02.07.2014	Greift der Ausschluss des Vorverfahrens nach § 106 Abs 5 S 8 SGB 5 ein, wenn der 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?	SG Dresden, Urt. v. 27.02.2013 - S 18 KA 141/11 - - S 18 KA 190/11 -	13-02-44 juris

Wahl der preisgünstigsten Bezugsquelle	B 6 KA 18/14 R	Hat der Vertragsarzt im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots die preisgünstigste Bezugsquelle für die Verordnung von Arzneimitteln zu wählen? Liegt ein Ermessensfehler vor, wenn der Beschwerdeausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Festsetzung eines Arzneykostenregresses keinerlei Überlegungen im Hinblick auf eine Berücksichtigung des Arzneimittelherstellerrabatts angestellt hat?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 15.01.2014 - L 9 KA 5/12 -	14-02-58
Zeitpunkt der Geltung der Neuregelung „Beratung vor Regress“	B 6 KA 8/14 R Termin: 22.10.2014	Gilt die Neufassung des § 106 Abs 5e S 7 SGB 5 nur für Verfahren, in denen das Widerspruchsverfahren zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung durch Verkündung im Bundesgesetzblatt am 26.10.2012 noch nicht abgeschlossen war?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 20.11.2013 - L 11 KA 49/13 -	14-02-56
Ersetzt früherer Regressbescheid Beratung?	B 6 KA 3/14 R Termin: 22.10.2014	Verstößt die Festsetzung eines Heilmittelregresses wegen Überschreitung des individuellen Richtgrößenvolumens, der am 31.12.2011 noch nicht abgeschlossen war, gegen den in § 106 Abs 5e SGB 5 geregelten Grundsatz "Beratung vor Regress", wenn vor Erlass des angefochtenen Bescheids keine individuelle Beratung des Vertragsarztes zur Wirtschaftlichkeit seines Ordnungsverhaltens stattgefunden hat?	<i>SG Stuttgart</i> , Gerichtsb. v. 21.11.2013 - S 11 KA 5773/12 -	14-01-35
Abänderung eines Regressbescheids zu Ungunsten des Arztes	B 6 KA 38/13 R Termin: 13.08.2014	Unter welchen Voraussetzungen darf der Beschwerdeausschuss seinen Beschluss zu Lasten des Arztes ändern, wenn noch keine Bestandskraft eingetreten ist?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 17.01.2013 - L 7 KA 29/11 -	13-04-32 NZB
Mängelgutachten: Kostentragung durch Vertragszahnarzt möglich	B 6 KA 46/13 R Termin: 13.08.2014	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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , 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
Kosten der Erstbegutachtung	B 6 KA 5/14 R Termin: 13.08.2014 (omV)	Ist eine Kassenzahnärztliche Vereinigung bei Mängeln im Rahmen der prothetischen Versorgung verpflichtet, eine Ermessensentscheidung darüber zu treffen, ob dem betroffenen Vertragszahnarzt die Kosten der Erstbegutachtung durch einen Sachverständigen auferlegt werden?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 25.10.2013 - L 3 KA 2/11 -	14-02-70
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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 15.05.2013 - L 11 KA 147/11 -	13-04-27
Regressfestsetzung nach Insolvenzeröffnung	B 6 KA 30/14 R	Richtet sich eine Regressfestsetzung wegen Überschreitung der Richtgrößen im Arzneimittelbereich nach Insolvenzeröffnung als neue Forderung gegen den Insolvenzschuldner?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 30.04.2014 - L 11 KA 16/12 -	14-03-34

Zulassung und Ermächtigung

Weitere hälftige Zulassung in anderem K(Z)V-Bezirk	B 6 KA 11/14 R	Ist die Erteilung von zwei Teilzulassungen an einen Vertrags(zahn)arzt mit jeweils hälftigem Versorgungsauftrag - auch im Bezirk von zwei Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen - rechtmäßig?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 02.10.2013 - L 8 KA 48/11 -	14-02-74
Konkurrentenklage bei Vielzahl von besetzender Stellen	B 6 KA 31/14 R B 6 KA 32/14 R B 6 KA 29/14 R	Darf eine Bewerberin, die in einem Verfahren um die Erteilung einer Vielzahl von Zulassungen nicht berücksichtigt worden ist, ihre Anfechtungsklage auf einzelne erfolgreiche Bewerber beschränken?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 23.10.2013 - L 7 KA 16/13 - - L 7 KA 40/12 - - L 7 KA 28/13 -	14-03-39 14-03-40 14-03-41 Alle NZB
Sonderbedarfszulassung: Psychotherapeut u. Beherrschung einer besonderen Kommunikationsmethode	B 6 KA 33/13 R Termin: 13.08.2014	Begründet die Beherrschung einer besonderen Methode zur Verständigung mit sprachbehinderten Menschen (hier: augmentative alternative Kommunikation) einen Anspruch auf Sonderbedarfszulassung als Psychologischer Psychotherapeut?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 17.09.2012 - L 7 KA 38/10 -	13-01-48 NZB
Nachbesetzung einer ärztlichen Psychotherapeutenstelle mit	B 6 KA 23/13 R Termin: 02.07.2014	Muss im Rahmen der Nachbesetzung einer Arztstelle in einem Medizinischen Versorgungszentrum zwischen dem ausscheidendem - psychotherapeutisch tätigen -	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 12.12.2012	13-02-59

Psychologischer Psychotherapeutin		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?	- L 11 KA 65/11 -	
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 , Ur. 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 Termin: 22.10.2014	Kann der unterlegene Konkurrent in einem Nachbesetzungsverfahren die Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft erhalten?	SG Hannover , Ur. v. 30.10.2013 - S 65 KA 189/12 - - S 65 KA 370/12 -	14-01-42 14-01-43
Teil-Berufsausübungsgemeinschaft: Gemeinsame Berufsausübung	B 6 KA 24/14 R	Ist das Merkmal der "einzelnen Leistung" in § 33 Abs 2 Ärzte-ZV dahingehend auszulegen, dass es der Annahme einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft (Teil-BAG) entgegensteht, wenn einer der beteiligten Ärzte sein gesamtes Leistungsspektrum in die Teil-BAG einbringt? Ist die (beabsichtigte) gemeinsame Behandlung von Patienten Voraussetzung für die Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft? Darf die Genehmigung einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft von der medizinischen Erforderlichkeit dieser Form der gemeinsamen Berufsausübung abhängig gemacht werden	LSG Baden-Württemberg , Ur. v. 20.11.2013 - L 5 KA 516/11 -	14-04-43 NZB
Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung für MVZ durch GmbH	B 6 KA 36/13 R Termin: 22.10.2014	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 , Ur. 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 , Ur. v. 17.06.2013 - L 5 KA 483/13 -	14-01-51 NZB
Job-Sharing: Anforderungen an KV-Antrag auf Änderung der Obergrenzen wegen EBM-Änderung	B 6 KA 26/14 R	Müssen Anträge auf Neuberechnung der Job-Sharing-Obergrenzen auch dann substantiiert und individuell bezogen auf die betroffene Praxis begründet werden, wenn gravierende Änderungen im Vergütungsrecht eingetreten sind (hier: Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung zu Beginn des Jahres 2009 mit grundlegenden Veränderungen der Berechnungssystematik)?	LSG Nordrhein-Westfalen , Ur. v. 26.02.2014 - L 11 KA 70/13 -	14-03-50
Zulassungsentziehung MVZ: Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht am Praxissitz	B 6 KA 25/14 R	Welche Anforderungen stellt § 19 Abs 3 Ärzte-ZV an die Aufnahme der Tätigkeit eines MVZ innerhalb von drei Monaten nach Erteilung der Zulassung? Zu den Voraussetzungen, unter denen eine Pflichtverletzung die Entziehung der Zulassung eines MVZ rechtfertigt.	LSG Baden-Württemberg , Ur. v. 20.11.2013 - L 5 KA 312/12 -	14-03-51 NZB
Überörtliche Teil-BAG: Unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte	B 6 KA 21/14 R	Welche Anforderungen sind bei der Genehmigung einer überörtlichen diabetologischen Teilberufsausübungsgemeinschaft an den Begriff der einzelnen Leistungen iS von § 33 Abs 2 S 3 Ärzte-ZV zu stellen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Ur. v. 26.02.2014 - L 11 KA 17/13 -	14-02-80

Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV

Festsetzung des Behandlungsbedarfes	B 6 KA 6/14 R Termin: 13.08.2014	Dürfen die Partner der Gesamtverträge den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs 4 SGB 5 unabhängig von den gegenüber dem Vorjahr eingetretenen Veränderungen neu festsetzen?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 13.11.2013 - L 9 KA 4/13 KL -	14-02-87
Hat KV hat für Richtgrößenregresse einzustehen?	B 6 KA 35/14 R	Findet die Regelung des § 106 Abs 5c SGB 5 auch dann Anwendung, wenn es einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr möglich ist, den auf sie übergegangenen Anspruch gegen den Vertragsarzt wegen Einstellung der vertragsärztlichen Tätigkeit geltend zu machen?	<i>SG Potsdam</i> , Urt. v. 18.06.2014 - S 1 KA 57/10 -	14-04-54
Klage gegen Schiedsperson: HzV-Vertrag Baden-Württemberg	B 6 KA 9/14 R	Erfüllt der Schiedsspruch einer Schiedsperson nach § 73b Abs 4a SGB 5 die Voraussetzungen eines Verwaltungsaktes nach § 31 S 1 SGB 10? Zur Frage der Darlegung von Verstößen gegen verfahrensrechtliche Grundsätze im Schiedsverfahren und zur Wirksamkeit eines durch Schiedsspruch festgelegten Vertrages über die hausarztzentrierte Versorgung.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 18.12.2013 - L 5 KA 3838/12 -	14-02-87
Vergütung sozialpädiatrischer Zentren	B 6 KA 20/14 R	Zum Umfang der Überprüfung der individuellen Leistungsfähigkeit eines Sozialpädiatrischen Zentrums durch die Schiedsstelle.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 27.11.2013 - L 11 KA 71/13 KL -	14-02-89
Aufnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel in AMR (Buscopan® Dragées)	B 6 KA 21/13 R Termin: 14.05.2014	Ist die Ablehnung des Gemeinsamen Bundesausschusses der Aufnahme eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels (Buscopan Dragees) zur Behandlung von leichten bis mäßig starken Spasmen des Magen-Darm-Trakts sowie Behandlung spastischer Abdominalbeschwerden beim Reizdarmsyndrom in die Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie rechtmäßig?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 24.10.2012 - L 7 KA 1/10 KL -	13-02-68
Aufnahme in die OTC-Liste: Homöopathische Arzneimittel zur Behandlung von Schwindelzuständen (Vertigoheel)	B 6 KA 34/13 R Termin: 22.10.2014	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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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 rheumatische Gelenkbeschwerden	B 6 KA 35/13 R Termin: 22.10.2014	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 Begründung rechtmäßig, dass rheumatische Gelenkbeschwerden keine schwerwiegende Erkrankung iS von § 34 Abs 1 S 2 SGB 5 darstellen?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 27.03.2013 - L 7 KA 45/10 KL -	13-03-62
Defensive Konkurrentenklage gg. Neue Behandlungsmethode (Photosoletherapie u. Bade-PUVA)	B 6 KA 28/13 R Termin: 14.05.2014	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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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 Termin: 14.05.2014	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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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 Termin: 14.05.2014	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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 27.02.2013 - L 7 KA 114/11 KL -	13-03-69
GBA: Streichung aus der Liste der	B 6 KA 14/14 R	Rechtfertigt die bloße Neubewertung des im Zeitpunkt der Entscheidung vorliegenden	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> ,	14-02-90

verordnungsfähigen Medizinprodukte		Erkenntnismaterials zum medizinischen Nutzen eines Medizinproduktes (hier von Jacutin® Pedicul Fluid zur Bekämpfung von Kopfläusen) eine Aufhebung des bestandskräftigen Bescheides, mit dem dieses Medizinprodukt vom Gemeinsamen Bundesausschuss in die Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte aufgenommen worden war?	Urt. v. 29.01.2014 - L 7 KA 119/11 KL -	
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

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: 07.11.2014. 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				
Kontinuierliche Glukosemessung	B 3 KR 5/14 R	Handelt es sich bei dem Continous Glucosemonitoring System (CGMS) um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode iS des § 135 Abs 1 SGB 5 oder um ein Hilfsmittel iS des § 33 Abs 1 S 1 SGB 5?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 06.03.2014 - L 5 KR 253/13	14-02-123
Präimplantationsdiagnostik: Polkörperdiagnostik	B 1 KR 15/14 R	Haben GKV-Versicherte auch unter Berücksichtigung des Verfassungsrechts Anspruch auf Polkörperdiagnostik als eine Krankenkassenleistung, die anlässlich der Entscheidung über eine künstliche Befruchtung - wie im Zusammenhang mit einer Fertilitätsstörung - dem möglichen Ausschluss von mit einer Erbkrankheit versehenen Eizelle dient?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 28.01.2014 - L 1 KR 862/12 -	14-02-126
Präimplantationsdiagnostik (PID)	B 1 KR 19/13 R Termin: 18.11.2014	Besteht ein Kostenerstattungsanspruch für die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik (PID) und reproduktionsmedizinischer Behandlungen mittels	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 19.07.2013	13-04-68

		In-Vitro-Fertilisation (IVF), wenn die künstliche Befruchtung nicht wegen einer Fertilitätsstörung des Versicherten, sondern aufgrund seiner vererbaren Erkrankung ausschließlich deshalb erfolgen soll, weil allein die im Zusammenhang mit der Befruchtung durchzuführende PID die Möglichkeit eröffnet, für die Implantation erbesunde Zellen aufzufinden und damit die Chance zur Geburt eines gesunden Kindes zu erhöhen?	- L 4 KR 4624/12 -	
Versorgung mit Goldinlays bei Allergiker und fehlender Alternative	B 1 KR 3/13 R Termin: 02.09.2014	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 Termin: 02.09.2014	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
Festzuschuss/Zuwendungen Angehöriger zu Heimunterbringungskosten	B 1 KR 22/14 R	Gehören Zuwendungen Angehöriger zu ungedeckten Heimunterbringungskosten zu den Bruttoeinnahmen des Versicherten zum Lebensunterhalt iS von § 55 Abs 2 SGB 5?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 20.03.2014 - L 5 KR 246/13 -	14-02-133
Kostenerstattung				
Erstattung der vollen Kosten für ärztliche Injektion von Lucentis	B 1 KR 65/12 R Termin: 02.09.2014	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
Behandlungsbeginn nach Bescheiderteilung	B 1 KR 14/14 R	Unter welchen Voraussetzungen ist der Beschaffungsweg im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs 3 SGB 5 auch dann nicht eingehalten, wenn der Behandlungsbeginn (hier: Protonentherapie) nach Bescheiderteilung liegt? Schließt eine nicht der Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ entsprechende Rechnung den Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 SGB 5 aus und kann gegebenenfalls im Gerichtsverfahren noch eine GOÄ-konforme Rechnung nachgereicht werden?	LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 16.01.2014 - L 5 KR 102/12 -	14-02-137
Stationäre Behandlung				
Auslandskrankenbehandlung				
Augenbehandlung in Kuba	B 1 KR 4/13 R Termin: 02.09.2014	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 Termin: 02.09.2014	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				
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

Treppensteighilfe (Scalamobil) für Rollstuhl	B 3 KR 1/14 R Termin: 16.07.2014	Hat ein auf einen Rollstuhl angewiesener 80-jähriger Versicherter einen Anspruch auf Kostenübernahme für ein Scalamobil (Treppensteighilfe) zur Sicherstellung des Zugangs zu seiner in der ersten Etage liegenden Mietwohnung?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 17.09.2013 - L 1 KR 491/13 -	14-01-103
Silikon-Fingerprothese	B 3 KR 14/14 R	Kann eine Versicherte die Versorgung mit einer Silikon-Fingerprothese für den Zeigefinger der rechten Hand beanspruchen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 24.01.2014 - L 8 KR 6/13 -	14-03-102 NZB
Rauchmelder für Gehörlose	B 3 KR 8/13 R Termin: 18.06.2014	Umfasst die Leistungspflicht der Krankenkassen die Versorgung gehörloser Versicherter mit für sie geeigneten Rauchmeldern?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 27.09.2012 - L 1 KR 147/11 -	13-01-122 NZB
Pertücke für Mann	B 3 KR 3/14 R	Fällt die Versorgung mit einer Pertücke bei krankheitsbedingtem vollständigem Haarverlust bei Männern in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 20.02.2014 - L 5 KR 189/13 -	14-02-157

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

An- und Ablegen eines Gilchristverbandes	B 3 KR 2/13 R Termin: 16.07.2014	Gehört das An- und Ablegen eines Gilchristverbandes zum Leistungsspektrum der häuslichen Krankenpflege?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 23.05.2012 - L 1 KR 48/10 -	13-01-128 NZB
Vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen	B 3 KR 16/14 R	Kann eine vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen iS von § 43a S 1 SGB 11 auch ein "sonst geeigneter Ort" iS von § 37 Abs 2 S 1 SGB 5 in der Fassung des GKV-WSG vom 26.3.2007 sein oder sind die Kosten der medizinischen Behandlungspflege für den in der Behinderteneinrichtung vollstationär Untergebrachten durch die pauschale Vergütung der Pflegekasse ausgeschlossen bzw im Rahmen der Eingliederungshilfe gem § 55 S 1 SGB 12 zu übernehmen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 12.03.2014 - L 4 KR 119/12 -	14-04-111

Fahrkosten

Zuzahlung zu jeder Fahrt auch bei ambulanter Serienbehandlung	B 1 KR 8/13 R Termin: 18.11.2014	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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 17.01.2013 - L 5 KR 180/12 -	13-02-127
Nächst erreichbare Arzt	B 1 KR 27/14 R	Sind Vertragsärzte auch dann noch nächsterreichbar, wenn andere Vertragsarztsitze in kürzerer Distanz zur Wohnung des Versicherten liegen; bejahendenfalls bis zu welcher Entfernungsdifferenz? Ist ein langjähriges Arzt-Patienten-Verhältnis ein zwingender Grund iS des § 76 Abs 2 SGB 5?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 06.03.2014 - L 4 KR 58/12 -	14-04-118 NZB

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankenhauskosten

QualitätssicherungsRL und Vergütungsabschlag	B 1 KR 15/13 R Termin: 01.07.2014	Stehen Verstöße eines zugelassenen Krankenhauses gegen die Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma einem Vergütungsanspruch entgegen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 15.04.2013 - L 1 KR 383/12 -	13-03-159
Mindestmengenregelung: Prognose am Jahresanfang ausreichend	B 1 KR 33/13 R Termin: 14.10.2014	Welche Anforderungen sind an die Prognose zu stellen, dass die nach § 137 Abs 3 S 1 Nr 2 SGB 5 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen von einem Krankenhaus voraussichtlich nicht erreicht wird?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 27.09.2012 - L 1 KR 383/11 -	13-04-92 NZB
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)?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 17.04.2012 - L 9 KR 354/10 - - L 9 KR 84/11 -	12-04-109 12-04-107 NZB
Versorgungsauftrag für HNO-Heilkunde und neurochirurgische Operation	B 1 KR 20/14 R	Hat das Krankenhaus gegen die Krankenkasse einen Vergütungsanspruch, wenn das Krankenhaus einen Versorgungsauftrag für HNO-Heilkunde und für Unfallchirurgie hat, das Akustikusneurinom der Versicherten aber neurochirurgisch operiert wurde und die	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 27.11.2012 - L 4 KR 168/10 -	14-02-163

		Krankenkasse nach Ablauf der Sechs-Wochenfrist des § 275 Abs 1c S 2 SGB 5 hiervon erfährt?		
Notfallbehandlung nach telefonisch abgesprochener Verlegung?	B 3 KR 9/13 R	Zur Auslegung des Notfallbegriffs bei stationärer Versorgung in einem Krankenhaus außerhalb seines Versorgungsauftrags.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 18.07.2012 - L 4 KR 468/09 -	13-03-161 NZB
Fehlerhafte Hauptdiagnose und Sechs-Wochen-Frist	B 1 KR 34/13 R Termin: 14.10.2014	Greift der Einwendungsausschluss nach § 275 Abs 1c S 2 SGB 5 ein, wenn das Krankenhaus eine interku7/rrente Erkrankung - hier Sturz mit Fraktur - als Hauptdiagnose kodiert, erst nach Ablauf der Sechs-Wochen-Frist dem MDK die Behandlungsunterlagen zur Abrechnungsprüfung überlässt und die Krankenkasse auch durch die Berufsgenossenschaft von dem Sturz ihrer Versicherten erfährt?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 21.11.2013 - L 1 KR 158/11 -	14-01-89
Mitteilungspflicht auch für Leistungen zur medizinischen Frührehabilitation	B 1 KR 26/13 R B 1 KR 25/13 R Termin: 14.10.2014	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?	<i>SG Magdeburg</i> , Urt. v. 30.07.2013 - S 45 KR 101/11 WA - - S 45 KR 75/11 WA -	13-04-103 14-01-121
Unzulässige Rechtsausübung bei vorprozessualer Auskunftsverweigerung	B 3 KR 13/14 R	Ist das Krankenhaus nach dem Grundsatz von Treu und Glauben von der Geltendmachung des Vergütungsanspruchs ausgeschlossen, wenn es vorprozessual jegliche ergänzende Auskunft zur Notwendigkeit einer stationären Behandlung gegenüber der Krankenkasse abgelehnt und erstmals mit Klageerhebung die für die stationäre Behandlung maßgeblichen Gründe benannt hat?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 22.05.2014 - L 8 KR 216/13 -	14-03-119
Nachforderung der Vergütung	B 3 KR 19/14 R	Ist eine Nachforderung der Vergütung für eine bereits abgerechnete stationäre Krankenhausbehandlung bis zum Ende des auf die unrichtige erste Abrechnung folgenden Kalenderjahres zulässig?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 07.08.2014 - L 5 KR 259/13 -	
Spätere Änderung der Begründung einer Rechnung	B 1 KR 21/14 R	Ist das Vertrauen der Krankenkasse in den endgültigen Abschluss eines Abrechnungsfalles nur dann schutzwürdig, wenn sie die Rechnung des Krankenhauses vollständig bezahlt hat, weil sie in diesem Fall regelmäßig keinen Anlass hat, mit nachträglichen Korrekturen zu rechnen?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 20.02.2014 - L 1 KR 34/12 -	14-02-162
Aufrechnung 1 Jahr nach Begleichung einer Krankenhausrechnung ohne MDK-Prüfung	B 1 KR 24/13 R Termin: 01.07.2014	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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , 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)?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 10.10.2013 - L 16 KR 813/12 -	14-01-117
Verjährungsfrist	B 1 KR 26/14 R	Gelten die Regelungen über die vierjährige (sozialrechtliche) Verjährungsfrist oder die Verjährungsregeln des BGB für Vergütungsansprüche von Krankenhäusern gegen Krankenkassen und für Erstattungsforderungen von Krankenkassen gegen Krankenhäuser?	<i>SG Mainz</i> , Urt. v. 04.06.2014 - S 3 KR 645/13 -	14-03-115
	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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 27.04.2012 - L 1 KR 267/11 -	13-01-142 NZB
Verwirkung eines öffentlich-	B 1 KR 27/13 R	Unter welchen Voraussetzungen kann ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch der	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> ,	14-01-120

rechtlicher Erstattungsanspruch der Krankenkasse	Termin: 14.10.2014	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 Einwendungsausschluss?	Urt. v. 26.06.2013 - L 4 KR 108/11 -	
Nachträgliche Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung	B 1 KR 2/13 R Termin: 01.07.2014	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
Abgrenzung vorstationäre Behandlung/Ambulantes Operieren	B 1 KR 28/13 R Termin: 14.10.2014	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 NZZ
	B 1 KR 30/14 R	Schließt eine gemäß § 115b Abs 1 SGB 5 in Verbindung mit dem AOP-Vertrag nach den Regelungen des EBM (juris: EBM-Ä) vergütete ambulante Operation im Krankenhaus den Anspruch auf Vergütung für eine sog Aufklärungsuntersuchung bei vorstationärer Behandlung aus?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 29.07.2014 - L 4 KR 409/11 -	14-04-127
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 NZZ
Behandlungsfall 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
DRG-Fallpauschalen als aufteilbare Abrechnungseinheit/Kostenträger	B 1 KR 18/13 R Termin: 14.10.2014	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
Fallzusammenführung nach akutem Myocardinfarkt	B 1 KR 62/12 R Termin: 01.07.2014	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
Festlegung der Hauptdiagnose am Ende der Behandlung	B 3 KR 4/14 R	Zur Auslegung der Definition der Hauptdiagnose in den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2005.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 16.01.2014 - L 16 KR 177/09	14-02-173
DRG-Fallpauschale G64A	B 1 KR 13/14 R	Kann eine Krankenhausbehandlung nach der DRG-Fallpauschale G64A abgerechnet werden, wenn neben der Hauptdiagnose K 51.3 (Ulzeröse (chronische) Rektosigmoiditis) auch die Nebendiagnose N 17.9 (Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet) zu berücksichtigen ist?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 16.12.2013 - L 1 KR 292/11 -	14-02-178
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 NZZ
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
Prüffrist gilt auch im Bereich ambulanten Operierens	B 1 KR 1/13 R Termin: 01.07.2014	Bewirkt die Fristversäumnis nach § 275 Abs 1c S 2 SGB 5 nicht nur einen teilweisen Einwendungsausschluss, der auf diejenigen Abrechnungspositionen beschränkt ist, die	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 27.11.2012	13-01-154

		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?	- L 4 KR 339/10 -	
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 fristwährend vornehmen?	LSG Hamburg , Urt. v. 31.01.2013 - L 1 KR 150/11 -	13-02-137
Freiwillige Teilnahme am Prüfverfahren trotz Erweiterung	B 1 KR 29/13 R Termin: 01.07.2014	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
Aufwandspauschale: Feststellungen des MDK und Gerichtsverfahren	B 1 KR 24/14 R	Ist die Zahlung der Aufwandspauschale gem § 275 Abs 1c SGB 5 ausschließlich von dem Ergebnis der Prüfung durch den MDK abhängig oder ist im Falle einer sich anschließenden gerichtlichen Überprüfung auf deren Ergebnis abzustellen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 13.02.2014 - L 5 KR 530/12 -	14-02-182
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
Aufwandspauschale auch bei Entbindungen?	B 3 KR 10/13 R Termin: 18.06.2014	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
Überprüfung einer Fallzusammenführung	B 1 KR 17/14 R B 1 KR 23/14 R	Ist für die Zahlung der Aufwandspauschale die Prüfung der jeweiligen Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ausschlaggebend, auch wenn die Krankenkasse durch die Prüfungen klären lassen möchte, ob es sich in Wahrheit um einen einheitlichen zusammenzuführenden Fall handelt?	LSG Hamburg , Urt. v. 21.11.2013 - L 1 KR 125/12 - - L 1 KR 28/13 -	14-02-180 14-02-181
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 Termin: 01.07.2014	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 stattgefunden 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
Schlichtungsverfahren für Altfälle	B 3 KR 7/14 R Termin: 08.10.2014	Ist ein Schlichtungsverfahren nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Prozessrechts auch bei Vergütungsansprüchen wegen vollstationärer	SG Berlin , Urt. v. 25.03.2014	14-02-168

		Krankenhausbehandlung durchzuführen, die vor dem 1.8.2013 entstanden sind?	- S 182 KR 2450/13 -	
	B 3 KR 15/14 R	Ist § 17c Abs 4b S 3 KHG nur auf Ansprüche anwendbar, die ab dem 1.8.2013 entstanden sind?	<i>SG Ulm</i> , Urt. v. 09.07.2014 - S 8 KR 4113/13 -	14-04-131

Ambulante Versorgung

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

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.	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 21.11.2012 - S 208 KR 99/11 -	13-01-162
Vergütung der Apotheker für im Jahre 2009 abgegebene Arzneimittel	B 3 KR 17/14 R B 3 KR 18/14 R	Hat die Krankenkasse auch dann einen Anspruch auf Gewährung eines Apothekerrabatts nach § 130 SGB 5, wenn sie nach Begleichung der Erstabrechnung innerhalb von 10 Tagen aufgrund einer Schiedsstellenentscheidung später Abrechnungskorrekturen zugunsten des Apothekers vornimmt?	<i>SG Aachen</i> , Urt. v. 19.08.2014 - S 13 KR 396/13 - - S 13 KR 398/13 -	14-04-138 14-04-140
	B 1 KR 32/14 R B 1 KR 33/14 R B 1 KR 34/14 R B 1 KR 38/14 R	Hat die Krankenkasse auch dann einen Anspruch auf Gewährung eines Apothekerrabatts nach § 130 SGB 5, wenn sie nach Begleichung der Erstabrechnung innerhalb von 10 Tagen aufgrund einer Schiedsstellenentscheidung später Abrechnungskorrekturen zugunsten des Apothekers vornimmt?	<i>SG Aachen</i> , Urt. v. 19.08.2014 - S 13 KR 389/13 - - S 13 KR 391/13 - - S 13 KR 393/13 - - S 13 KR 401/13 -	14-04-143 14-04-142 14-04-141 14-04-139
Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis	B 3 KR 6/14 R	Unter welchen Voraussetzungen ist für ein Hilfsmittel, das therapeutischen Zwecken dient, von dem gleichen therapeutischen Nutzen auszugehen, das ein bereits gelistetes Hilfsmittel aufweist, so dass für die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis der therapeutische Nutzen nicht mehr durch klinische Prüfungen nachzuweisen ist?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 11.12.2012 - L 4 KR 70/08	14-03-131 NZB
Auskunftsanspruch einer Orthopädietechniker-Innung über Verträge	B 3 KR 2/14 R	Hat eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, die die Interessen des Orthopädietechnikerhandwerks vertritt, einen Auskunftsanspruch über den Inhalt der Verträge, die zwischen Leistungserbringern oder Leistungserbringergemeinschaften und den Krankenkassen geschlossen werden?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 09.01.2014 - L 5 KR 319/12 -	14-01-139
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?	<i>LSG Hamburg</i> , 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.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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 Termin: 18.11.2014	Ist die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte mit Lichtbild mit den bestehenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen und dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten vereinbar? Können Versicherte die Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte wegen ihrer (zukünftig möglichen) Online-Funktion wirksam ablehnen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 26.09.2013 - L 1 KR 50/13 -	13-04-116
Satzungsleistungen: Künstliche Befruchtung für Unverheiratete	B 1 A 1/14 R Termin: 18.11.2014	Erlaubt die Satzungsermächtigung in § 11 Abs 6 SGB 5 eine Ausweitung der Leistungen medizinischer Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft auf den Kreis nichtverheirateter Paare?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 13.06.2014 - L 1 KR 435/12 KL -	14-03-142

Satzungsleistungen: Zuschuss zu Brillen und Kontaktlinsen für volljährige Versicherte	B 3 A 1/14 R (alt: B 1 A 2/14 R)	Ist eine Aufsichtsbehörde berechtigt, die Genehmigung einer satzungsrechtlichen Regelung einer Krankenkasse zu versagen, wenn diese eine Bezuschussung von Brillengläsern und Kontaktlinsen für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr mit einem bestimmten Maximalbetrag unabhängig von der Änderung der Sehfähigkeit alle zwei Jahre vorsieht?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 28.05.2014 - L 1 KR 56/13 KL -	14-03-143
Eigeneinrichtung der Krankenkasse: Einsichtnahme in Patientenakte	B 1 KR 36/14 R	Hat der in einer Eigeneinrichtung der Krankenkasse - hier Zahnzentrum - behandelte Versicherte gegen die Krankenkasse Anspruch auf Herausgabe oder Einsichtnahme in seine Patientenakte?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 09.07.2014 - L 11 KR 5691/11 -	14-04-150 NZB
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 8/13 R) Termin: 20.05.2014	Sind die Bestimmungen des § 33b RSAV zur Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds mit den gesetzlichen Vorgaben des § 272 SGB 5 vereinbar?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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
	B 1 KR 5/14 R (alt: B 12 KR 18/13 R) Termin: 20.05.2014	Verstoßen die §§ 29, 31 RSAV bzw das vom Bundesversicherungsamt festgelegte Klassifikationsmodell gegen die Ermächtigungsgrundlage des § 268 Abs 2 S 1 SGB 5?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 08.06.2013 - L 16 KR 24/09 KL -	13-03-173
	B 1 KR 16/14 R B 1 KR 18/14 R Termin: 20.05.2014	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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. v. 13.02.2014 - L 16 KR 761/13 KL - - L 16 KR 17/14 KL -	14-02-194 14-02-195
	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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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?	<i>LSG Hamburg</i> , 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?	<i>LSG Hamburg</i> , 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	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 29.11.2012 - L 1 KR 48/11 KL -	13-01-174

		Vertrag mitzuteilen, der entgeltliche System-Dienstleistungen für ein Bonusprogramm vorsieht?		
	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 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?	LSG Hamburg, Urt. v. 29.11.2012 - L 1 KR 47/11 KL -	13-01-176
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 Mitglieds-kassen in besonderen Notlagen festgesetzte Umlageverpflichtung einzelner Mitglieds-kassen gegen höherrangiges Recht?	LSG Bayern, Urt. v. 27.09.2011 - L 5 KR 302/08 -	12-02-191
Amtsenthhebung 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
Vorschlagsliste zu Sozialwahlen: Begrenzter Anteil der Bediensteten	B 1 KR 28/14 R	Ist bei der Gesamtzahl der Unterzeichner im Sinne von § 48 Abs 3 S 2 SGB 4 auf die Gesamtzahl der für die Erfüllung des Quorums in Abs 2 entscheidenden Anzahl der Unterstützerunterschriften oder auf die Gesamtzahl der eingereichten Unterstützerunterschriften abzustellen?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.06.2014 - L 16 KR 80/13 -	14-03-148
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
	B 1 A 10/13 R (alt: B 1 KR 22/13 R)	Richtet sich die aufsichtsrechtliche Einstufung einer IKK als landesunmittelbar oder bundesunmittelbar nach der jeweiligen aktuellen Situation, wobei ausschlaggebend für die Bewertung der Zuständigkeit einer geöffneten IKK das tatsächliche Vorhandensein von betreuten Betrieben – einschließlich unselbstständiger Betriebsteile – in mehr als drei Bundesländern ist?	LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 27.06.2013 - L 5 KR 14/11 KL -	13-04-114
Erstattungsanspruch des Sozialhilfeträgers	B 1 KR 12/14 R (alt: B 12 KR 29/13 R) Termin: 18.11.2014	Zu den Voraussetzungen eines Erstattungsanspruchs des Sozialhilfeträgers gegen die Krankenkasse für geleisteten Aufwendungersatz nach § 264 Abs 7 SGB 5 trotz bestehender Familienversicherung.	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 08.11.2013 - L 1 KR 268/11 -	14-01-148
Erstattung: Häusliche Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe	B 3 KR 10/14 R B 3 KR 11/14 R	Handelt es sich bei stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ohne Anspruch auf Behandlungspflege um "sonst geeignete Orte" im Sinne von § 37 Abs 2 S 1 Alt 3 SGB 5 in der ab 1.4.2007 geltenden Fassung?	LSG Hamburg, Urt. v. 24.04.2014 - L 1 KR 23/12 - - L 1 KR 24/12 -	14-03-146 14-03-147
Leistungen zur medizinischen	B 1 KR 7/13 R	Sind die persönlichen Anspruchsvoraussetzungen des § 10 SGB 6 zur Bewilligung von	LSG Bayern,	13-02-146

Rehabilitation für Behinderte durch Rentenversicherungsträger	Abgabe an 13. Senat: B 13 R 12/14 R	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?	Urt. v. 04.12.2012 - L 4 KR 235/10 -	
Nachträgliche Leistungszuständigkeit der KK und Rückabwicklung	B 1 KR 20/13 R Termin: 18.11.2014	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) Wiederum Abgabe an 11. Senat - B 11 AL 4/14 R - dort erledigt durch Urteil vom 11.03.2014	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 des Arbeitslosengeldes nach § 126 SGB 3 mangels erneuten Antrags des Leistungsberechtigten tatsächlich nicht erfolgte?	SG München , Urt. v. 13.04.2012 - S 36 AL 1154/09 -	juris
Erstattungspflicht nach dem BVG: Allgemeine Zweckidentität und Leistungsvoraussetzung	B 1 KR 30/13 R Termin: 02.09.2014	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 Termin: 14.10.2014	Welche Anforderungen sind an die Prognose zu stellen, dass die nach § 137 Abs 3 S 1 Nr 2 SGB 5 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen von einem Krankenhaus voraussichtlich nicht erreicht wird?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 27.09.2012 - L 1 KR 383/11 -	13-04-92 NZB
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) Termin: 18.11.2014	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
Leistungen des Bildungs- und Teilhabepaktes im Jahr 2012	B 1 AS 1/14 KL	Hat der Bund einen aufrechenbaren Anspruch auf Erstattung der Mittel, die er Ländern für Leistungen des Bildungs- und Teilhabepaktes im Jahr 2012 gezahlt hat, soweit sie die Mittel nicht hierfür verwendet haben?		