

Rechtsprechungsinformationsdienst 15-02

REDAKTION	9
EDITORISCHE HINWEISE	9
A. VERTRAGSARZTRECHT	10
I. Honorarverteilung	10
1. Vergütung ab Quartal I/09	10
a) Vorgaben des (Erweiterten) Bewertungsausschusses rechtmäßig (Quartal I/09)	10
b) RLV-Fallwert niedriger als Versichertenpauschale	10
c) RLV-Fallzahl für neue BAG ab 2. Leistungsjahr: Aufsatzquartal maßgebend	10
d) RLV-Fallzahl für neue überörtliche BAG ab 2. Leistungsjahr: Aufsatzquartal maßgebend	11
e) Vergütung der speziellen Laborleistungen: Kap. 32.3 EBM	11
f) Zulässige Quotierung von Laborleistungen	11
g) RLV-Sonderregelung erst nach Erhöhung der Fallzahl um 15 %/Vergütung hausärztlicher Internisten	12
h) 10%-iger RLV-Aufschlag für Job-Sharing-BAG	12
i) Kein Aufschlag für arztgruppen- und schwerpunkungleiche BAG/MVZ	12
j) Fortgeltung eines nordrheinspezifischen Referenzfallwerts für Endokrinologen ab Quartal I/14	13
2. Vergütung bis 2008	13
a) Kein Anspruch auf Höhervergütung bei Spezialisierung (ambulante Operationen)	13
b) Darlegungs- und Nachweispflicht für Honoraranspruch	14
c) Rückzahlung eines Kürzungsbetrags nach Ziff. 7.5 HVV KV Hessen	14
d) Zahnärztliche Vergütung und Individualbudgets: Keine Honorarsteigerung über Fallwertzuwachs	14
3. Abrechnungsfristen: Änderungen der Abrechnungsmodalitäten nicht erkennbar	15
4. Keine Kontoummeldung per E-Mail	15
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	15
1. Vertauschen der lebenslangen Arztnummer: Keine nachträgliche Korrektur	16
2. Kein Anspruch auf Umwandlung von Abrechnungspositionen	16
3. Kein Ausschluss von Vertrauensschutz bei Scheinselbstständigkeit vor 2010	17
4. Fortbildungsverpflichtung: Vorheriger Hinweis als Voraussetzung einer Honorarkürzung	17
5. Antrag einer Krankenkasse	18
a) Keine Prüfung als sonstiger Schaden/Bagatellgrenze	18
b) Nr. 03212 EBM (Chronikerpauschale): Erforderlicher Arzt-Patienten-Kontakt	18
6. Plausibilitätsprüfung: Verallgemeinerung von Fallbeispielen für weitere Quartale	19
7. Notfallpraxis außerhalb des organisierten Notdienstes	19
a) Keine unvorhergesehene Inanspruchnahme in Notfallpraxis (Nr. 01100 und 01101 EBM 2005)	19
b) Keine Abrechnung der Bereitschaftsdienstpauschale (Nr. 03005 EBM 2005) in Notfallpraxis	20
c) Erhebung psychopathologischer Status im freiwilligen Notfalldienst (Nr. 03313 EBM 2005)	20
d) Abrechnung in einer Notfallpraxis	21
8. Nr. 03351 EBM 2005: Nachweis der Abrechnungsberechtigung nach Übergangsregelung	21
9. Frauenarzt: Keine Behandlung von Männern außer im Rahmen der Reproduktionsmedizin	21
10. Laborkostenpauschale nach Nr. 40100 EBM	22
a) Rechtmäßige Einschränkung	22
b) Abrechnungsausschluss ist rechtswidrig	22
11. Bindungswirkung des Richtigstellungsbescheides bei begrenzter Widerspruchsbegründung	23
12. MKG-Chirurgen: Verstoß gegen Splittingverbot	23
13. Zahnärzte	24
a) Behandlung ohne Vorlage der Krankenversichertenkarte	24
b) MKG-Chirurgen: Verstoß gegen Splittingverbot	24
14. Einhaltung der Grenzen einer Notfall-Erstversorgung: Einzelfallprüfung/Nachholung des Vortrags	24
III. Genehmigung/Notdienst	25
1. Weichstrahl- und Orthovolttherapie für Radiologen fachfremd (Nr. 25310 u. 25340 EBM)	25
2. Approbation ist Voraussetzung für zahnärztlichen Vorbereitungsassistenten	25
3. Notdienst	26
a) MKG-Chirurg u. Belegarzt: Befreiung und Berücksichtigung der Einnahmen als Zahnarzt	26
b) Zweigpraxis verpflichtet nicht zu weiteren Notdiensten	26
c) Teilnahmepflicht eines ermächtigten Krankenhausarztes	27
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	27

Arzneikostenregress	27
a) Arzneimittelverordnung während des stationären Aufenthaltes eines Patienten	27
b) Off-Label-Use: Immunglobuline Octagam und Flebogamma	28
c) Keine Verordnungsfähigkeit von LeukoNorm mit fiktiver Zulassung	28
d) Sprechstundenbedarf/Katheter: Berücksichtigung besonderer Patienten mit Mehrbedarf	29
V. Zulassungsrecht	29
1. Zulassung	29
a) Sofortvollzug: Unzureichende Auseinandersetzung mit Versorgungssituation im Planungsbereich	29
b) Häufige Teilzulassungen als Hausarzt und als Facharzt	29
c) Ausschreibung für eine Praxisnachfolge: Bewerbungsfrist als Ausschlussfrist	30
2. Anordnung der sofortigen Vollziehung nach einer Auswahlentscheidung	30
3. Einbringung einer Facharztstelle in MVZ: Anstellung für Zweigpraxis (Konkurrentenwiderspruch)	31
4. Keine Befristung der Genehmigung einer Zweigpraxis	31
5. Job-Sharing und Erhöhung des Punktzahlvolumens: Außergewöhnliche Entwicklungen	31
6. Beteiligtenfähigkeit allein des Trägers eines MVZ, nicht des MVZ selbst	32
7. Ermächtigungen	32
a) Kinderkardiologe: Keine Ermächtigung zur Behandlung Erwachsener	32
b) Ermächtigung einer Einrichtung der Behindertenhilfe	33
c) Sozialpädiatrisches Zentrum: Keine Beschränkung auf bestimmte Behandlungsorte	33
d) Krankenhausbeschäftigung als Nebentätigkeit einer Vollzulassung: Keine Ermächtigung	34
VI. Gesamtvergütung/GBA/SSB-Vb./Hausarztzentrierte Versorgung	34
1. Gesamtvergütung	34
a) Zuständige KV bei gesetzlich Krankenversicherten mit Wohnsitz im Ausland	34
b) Gesamtvertrag über Hautkrebsvorsorge-Untersuchung vor Vollendung des 35. Lebensjahres	34
c) Zahnärztliche Gesamtvergütung	35
aa) Schiedsspruch: Zahnärztliche Gesamtvergütung 2014 und Steigerungsfaktoren	35
bb) EKV-Z: Kein endgültiger Einbehalt von Teilen der Gesamtvergütung	36
2. GBA: Verordnungsausschluss für Antidiarrhoika	36
3. Rechtsschutz gegen Sprechstundenbedarfsvereinbarung über Kontrastmittel	36
4. Hausarztzentrierte Versorgung	37
a) HzV-Vertrag Bayern: Keine Verrechnung von Überzahlungen mit Abschlagszahlungen	37
b) Kein Ausschluss von Versicherten aus HzV-Vertrag wegen Praxisumzugs	38
VII. Verfahrensrecht	38
1. Unzulässigkeit der Klage wegen bereits anhängiger Honorarklagen	38
2. Zulässigkeit der Untätigkeitsklage	39
3. Missbräuchlicher Antrag auf Ablehnung eines Richters	39
VIII. Streitwert/Rechtsanwaltsgebühren	39
1. Streitwert	39
a) Irrtümliche Vorstellungen über die Höhe der zu erstreitenden Beträge	39
b) Einstweiliger Rechtsschutz gegen Honorarrückforderung: Zinsinteresse	40
c) KV-weite Suspendierung vom Notdienst	40
d) Offensive Konkurrentenklage gegen Praxisnachfolge	40
e) Durchführung eines Vertrages zur Hausärztlichen Versorgung	41
2. Keine fiktive Termingebühr nach Nr. 3104 bei Teilanerkennung und Teilrücknahme	41
IX. Bundessozialgericht (BSG)	42
1. Honorarverteilung: Erstattungsforderung wegen überhöhter Abschlagszahlungen	42
2. Teilnahme an einem Kolloquium nach der Labor-Richtlinie: Urologe	42
3. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	42
a) Keine Zuständigkeit des Beschwerdeausschusses für Ausnahmefall bei Verordnungsausschluss	42
b) Beratung vor Regress: Geltungszeitraum/Erstmalige Überschreitung	43
c) Eingeschränkte Einzelfallprüfung mit Hochrechnung: Zahl der Behandlungsfälle	43
d) Abänderung des Regresses nach Übersendung des Sitzungsprotokolls zu Ungunsten des Arztes	43
e) Mängelgutachten: Kostentragung durch Zahnarzt/Inzidentprüfung Bundesschiedsamtssentsch.	43
4. Zulassungsrecht	44
a) Sonderbedarfzulassung: Besondere Qualifikation (Psychotherapeut/Kommunikationsmethode)	44
b) Praxisnachfolge in BAG: Bewerberauswahl	44
c) Keine Konkurrentenklage gegen Genehmigung einer BAG	44
d) Nachbesetzung einer ärztlichen Psychotherapeutenstelle mit Psychologischer Psychotherapeutin	44
e) Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung für MVZ durch GmbH	44
f) Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen gemäß § 121a SGB V	45
g) Zulassungsentziehung wegen Verletzung der Fortbildungspflicht	45
5. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung: Prinzip der Vorjahresanknüpfung	46

6. Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)	46
a) Aufnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel in AMR (OTC-Übersicht)	46
b) Mitwirkung der Patientenvertretung/Kein eigenes Antragsrecht eines Patientenvertreters	47
c) Erhebung einer Gebühr für die Zurückweisung eines Widerspruchs (OTC-Übersicht)	47
d) Defensive Konkurrentenklage gg. neue Behandlungsmethode (Photosoletherapie u. Bade-PUVA)	47

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT 48

I. (Zahn-)Ärztliche Behandlung 48

1. Behandlung mit Lucentis (Wirkstoff: Ranibizumab) zur intravitrealen Therapie des Makulaödems	48
2. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	48
a) Brustaufbau nach einer Brustkarzinomoperation mit sog. (Eigen)Fettgewebsinjektionen	48
b) Thermochemotherapie (Ganzkörper-Hyperthermie)	48
c) Chemoperfusion unter Hyperthermiebedingungen: Fehlender Nachweis von Behandlungsalternativen	49
d) Analfisteloperation mittels der FAPP-Methode	49
e) Behandlung mit Medizinal-Cannabisblüten	49
f) Kopforthese (Helmtherapie)	49
3. Zahnärztliche Behandlung	50
a) Kostenerstattung für Zahnersatz: Vorherige Prüfung des Heil- und Kostenplans	50
b) Implantatversorgung: Genetische Nichtanlage von Zähnen (Oligodontie)	50

II. Kostenerstattung 50

1. Genehmigungsfiktion	50
a) Ausschluss aller Einwendungen	50
b) Einwendungsausschluss bei Genehmigungsfiktion (hier: Doppelversorgung)	50
c) Schriftformerfordernis für Verlängerung der Entscheidungsfrist	51
d) Keine Mitteilung über Nichteinhaltung der Frist	51
e) Unbestimmte Mitteilung über Verzögerungsgründe	51
f) Keine unverzügliche Einholung einer gutachterl. Stellungnahme (Postbariatrische Operation)	52
g) 5-Wochen-Frist: Einwendungsausschluss (postbariatrische Wiederherstellungsoperation)	52
h) Abschluss behördeninterner Entscheidungsfindung/Notwendige Leistungen	52
i) Genehmigungsfiktion für neue Behandlungsmethode (amb. Liposuktion an Beinen u. Armen)	53
j) Genehmigungsfiktion auch bei neuer Behandlungsmethode (Crosslinking-Behandlung)	53
k) Genehmigungsfiktion für Entfernung der Barthaare bei Transsexualität	53
l) Keine Genehmigungsfiktion für Altfälle	53
2. Kausalzusammenhang: Kieferorthopädische Behandlung als zusammenhängender Komplex	54
3. Keine Erstattung der Behandlungskosten in Privatkrankenhaus	54

III. Stationäre Behandlung 54

1. Kein Nachweis der Effektivität der neuen Behandlungsmethode	54
2. Krankenhausaufenthalt bei Radiojodtherapie	54
3. Liposuktion	55
a) Liposuktion der Oberschenkel: Qualitäts- und Wissenschaftsgebot	55
b) Liposuktion der Oberschenkel: Qualitätsnachweis/Medizinische Indikation	55
c) Beratungsverfahren zur Bewertung der Liposuktion ohne Auswirkung auf frühere Leistung	55
4. Aufenthalt und Behandlung in Diabetes-Dorf	56

IV. Arzneimittel 56

1. Zulässigkeit einer Infusion mit nicht verschreibungspflichtigem Arzneimittel	56
2. Ausschluss von Harn- und Blutzuckerteststreifen bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2	56
3. Off-Label-Use: Forsteo (Teriparatid) bei schwangerschaftsassoziierter Osteoporose	56
4. Lactrase als Lebensmittel nicht vom Leistungskatalog der GKV umfasst	57

V. Hilfsmittel 57

1. Spezialdreirad zur sozialen Integration auch nach Vollendung des 15. Lebensjahres	57
2. Fahrrad mit Elektrounterstützung (E-Bike)	57
3. Mobilgerät zur Flüssigsauerstoffversorgung	58
4. Hochtun-Therapiegerät HiToP 191	58

VI. Heilmittel 58

Unzulässige Begrenzung podologischer Leistungen durch Heilmittelrichtlinie	58
--	----

VII. Häusliche Krankenpflege/Reha-Maßnahmen 59

1. Häusliche Krankenpflege	59
a) Sonstiger geeigneter Ort: Betreutes Wohnen	59
b) Insulininjektionen während des Aufenthaltes in der Werkstatt für behinderte Menschen	60

c) Beaufsichtigung während der Fahrten mit dem Schulbus/Erstangelegener Träger	60
d) Kein Anspruch für Versorgung mit Verbandsmitteln bei fehlender ärztlicher Verordnung	60
e) Kosten im Pflegeheim für Wachkoma-Patienten	61
f) Unvollständige Verordnung/Ursachenzusammenhang/Unaufschiebbarkeit/Vorlagefrist	61
2. Reha-Maßnahmen	61
a) Radonheilstollenbehandlung bei Morbus Bechterew	61
b) Klima-Balneo-Therapie am Toten Meer	61
c) Zusage für stationäre Drogentherapie	62
VIII. Beziehungen zu Krankenhäusern	62
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	63
a) Erforderlichkeit einer kardiorespiratorischen Polysomnographie wegen neurolog. Schlafstörungen	63
b) Keine Verwirkung durch Schweigen/Stationäre Durchführung der Polysomnographie	64
c) Stationäre Behandlung zum Ausschluss einer schwerwiegenden Herzerkrankung	64
2. Fallpauschalen	64
a) Kodierung der Hauptdiagnose	64
b) Fachärztl. Behandlungsleitung: OPS 8-9831.1 „Multimodale rheumatolog. Komplexbehandlung“	65
c) Biopsie an der Lippe durch Inzision	65
d) Portimplantation für Chemotherapie als eigenständige nachstationäre Behandlung	65
e) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	66
aa) Geriatrisches Team	66
bb) Krankheiten des Nervensystems	66
cc) Keine Voraussetzung eines Mindestalters	66
f) Kodierung der DRG B96.5! als Nebendiagnose	67
g) Kodierbarkeit der Nebendiagnose N17.9 nach der DKR 2010 (Akutes Nierenversagen)	67
3. Abrechnung einer ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V/Onkologie-Vereinbarung	67
4. Schlichtungsverfahren	67
a) Durchführung eines Schlichtungsverfahrens als Zulässigkeitsvoraussetzung	67
b) Arbeitsfähiger Schlichtungsausschuss als Klagevoraussetzung	68
IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	68
1. Apotheker: Herstellen von Arzneimitteln (Oxybutinin-Fertigspritzenset)	68
2. Arzneimittelhersteller: Rechtliches Gehör vor Schiedsstelle	68
3. Hilfsmittelherbringer	69
a) Schadensersatzanspruch gegen Krankenkasse	69
b) Hilfsmittelverzeichnis: Fehlender Nachweis der Funktionstauglichkeit (Vorlesesystem)	69
4. Selbständigkeit der Tätigkeit einer Logopädin mit Honorarvertrag in logopädischer Praxis	69
5. Häusliche Krankenpflege	70
a) Schiedsspruch zur Vergütung der Leistungen häuslicher Krankenpflege	70
b) Schiedsverfahren: Verfahrensgarantien/Beweislastverteilung/Diskriminierung	70
c) Frist zur Vorlegung der Verordnung/Umfang eines Ablehnungsbescheids	71
d) Unmittelbarer Vergütungsanspruch aus HKPRL auch bei fehlenden Vertragsbeziehungen	71
6. Krankentransportunternehmer: Entgelt für Einsätze/Einstweiliger Rechtsschutz	72
X. Angelegenheiten der Krankenkassen	72
1. RSA: Beanstandungen gemeldeter Familienversicherungszeiten	72
2. Unterstützung eines Versicherten bei Verfolgung von Schadensersatzansprüchen	73
3. Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)	73
4. Erstattungsstreit mit BG: Ausschlussfrist/Entscheidung über Erstattung von Zuzahlungen	73
5. Befristung einer aufsichtsrechtlichen Genehmigung eines Stellenplanes	74
6. Zulässige Erhebung eines einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags	74
XI. Gemeinsamer Bundesausschuss	74
Mindestmenge für die Behandlung sehr geringgewichtiger Früh- und Neugeborener	74
XII. Sonstiges	75
1. Versichertenteilnahme an einem Hausarztvertrag/Fortsetzungsfeststellungsklage	75
2. Landwirtschaftliche Krankenversicherung: Keine Erbringung von Betriebshilfe an KG	75
XIII. Verfahrensrecht	75
1. Keine vorbeugende Feststellungsklage über mögliche Folgekosten privatärztlicher Operation	75
2. Gerichtliche Zuständigkeit bei einer englischen Limited Company	75
3. Keine Streitwertbeschwerde eines nicht kostenpflichtigen Beteiligten	76
XIV. Bundessozialgericht (BSG)	76
1. Kuba-Therapie nach Dr. Pelaez bei Retinitis Pigmentosa/Wirksamkeitsnachweis	76
2. Hilfsmittel: Treppensteighilfe (Scalamobil) für Rollstuhl	76

3. Beziehungen zu Krankenhäusern	77
a) Vergütungsanspruch/Fälligkeit	77
aa) QualitätssicherungsRL und Vergütungsabschlag	77
bb) Regelmäßig ambulant vorzunehmende Krankenbehandlung/Beweislast/Grundsatzgutachten	77
cc) Mitteilungspflicht auch für Leistungen zur medizinischen Frührehabilitation	77
dd) Anspruch auf Vergütung ambulanter Operationen/Fachfremde Leistungen/Prüfregime	77
ee) Obligatorisches Schlichtungsverfahren muss durchführbar sein	78
b) Ambulante Behandlung bei anschließender stationärer Notfallaufnahme (Arzneikosten)	78
c) Vorstationäre Krankenhausbehandlung: Unzureichend begründete vertragsärztliche Verordnung	78
d) Fallpauschalen	78
aa) Verpflichtung zur Information bei abweichender Kodierpraxis	78
bb) DRG-Fallpauschalen als aufteilbare Abrechnungseinheit/Kostenträger	78
cc) Prüfung der sachlich-rechnerische Unrichtigkeit neben einer Auffälligkeitsprüfung	79
e) Prüfverfahren: Prüfanzeige durch Krankenkasse	79
4. Bestimmung einer Schiedsperson: Häusliche Krankenpflege	79
5. Angelegenheiten der Krankenkassen	79
a) RSA: Verfassungsmäßigkeit des Versichertenklassifikationsmodells nach Morbiditätsgruppen	79
b) Satzungsleistungen: Keine Künstliche Befruchtung für Unverheiratete	80
c) Erstattungsstreitigkeiten	80
aa) Keine Ausschlussfrist für Aufwendersersatzanspruch im Auftragsverhältnis des § 264 SGB V	80
bb) Sozialhilfeträger: Freiwillige Versicherung/Ausschlussfrist	80
d) Schadensersatz gegenüber Vorstand: Übernahme von Bewirtungskosten bei Betriebsfeier	81
6. Anspruch auf persönliche Anhörung eines Sachverständigen	81

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE 82

I. Ärztliches Berufsrecht	82
1. Rücknahme/Widerruf der Approbation	82
a) Rücknahme wegen Unwürdigkeit (Sexuelle Verfehlung): Übernahme aus österreichischem Strafurteil	82
b) Widerruf der Approbation	82
aa) Unerlaubte Verschreibung von Betäubungsmitteln bei Substitutionsbehandlungen	82
bb) Unwürdigkeit nach Abrechnungsbetrug aufgrund einer Verständigung nach § 257c StPO	83
cc) Fehlende Genehmigung der Psychotherapieleistungen	83
dd) Falschabrechnung gegenüber KV in einer Vielzahl von Fällen über fünf Jahre	84
ee) Unzuverlässigkeit nach wertender Gesamtbetrachtung: Kein ordnungsgemäßer Praxisbetrieb	85
c) Keine isolierte Anfechtbarkeit einer Anordnung zur ärztlichen Untersuchung	85
2. Verlängerung einer Berufserlaubnis im Wege der einstweiligen Anordnung	85
3. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen	86
a) Weiterbildungsbefugnis nur für einen zeitlich beschränkten Ausbildungszeitraum	86
b) Teilzeitweiterbildung: Keine Anerkennung von Nacht- u. Bereitschaftsdiensten, Überstunden	86
c) Nur Wiederholung der Prüfung nach fehlerhaft durchgeführter mündlicher Prüfung	86
d) Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“: Kenntnisse der letzten acht Jahre	86
e) Zugangsvoraussetzung für Psychologische Psychotherapeuten	87
aa) Nachweis eines abgeschlossenen universitären Bachelor- und Masterstudiums	87
bb) Neben Masterzeugnis ist Bachelorzeugnis über den Studiengang Psychologie erforderlich	87
f) Studium der Stomatologie (Zahnmedizin) am staatlichen Institut für Medizin Smolensk	87
4. Berufspflichten	88
a) Ausschluss eines Disziplinarverfahrens bei vorheriger Sanktionierung durch KV	88
b) Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht	88
c) Befreiung vom Notdienst und einstweiliges Anordnungsverfahren	88
d) Keine Radiofrequenzbehandlungen durch Zahnarzt	89
5. Strafrecht	89
a) Unzureichende Diagnostik einer psychiatrischen Erkrankung durch einen Arzt	89
b) Strafbarkeit der Abgabe von Betäubungsmitteln durch Substitutionsarzt	89
6. Entzug der Bescheinigung über die Fachkunde im Strahlenschutz/Prüfungsgespräch	90
7. Einstufung onkolytischer Viren als bedenkliche Arzneimittel	90
8. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht	90
a) BGH: Verkürzter Versorgungsweg (Hörgeräteversorgung III)	90
b) Kein alleiniger Hinweis auf verkürzten Versorgungsweg (Hörgeräteversorgung)/Testpatienten	91
c) Kostenlose Zweitbegutachtung unzulässig	91
d) Werbung osteopath. Praxis: Fehlender Hinweis auf unzureichende wissenschaftl. Absicherung	91
e) Werbung für Coolsculpting oder auch Cryolipolyse zur Reduktion von Fettgewebe	91
9. Operationen an Tieren durch Humanmediziner kein Verstoß gegen Tierschutzrecht	91
10. Goodwill einer reproduktionsmedizinischen Schwerpunktpraxis/Modifizierte Ertragswertmethode	92
11. Berufshaftpflichtversicherung Zahnärzte: Kein Versicherungsschutz für Erfüllungsschäden	92
12. Berichterstattung über Ermittlungsverfahren wegen gefährlicher Körperverletzung gegen Zahnarzt	93
13. Einstweilige Verfügung über Aufnahme in Warteliste für Herztransplantation	93
14. Unterlassungsanspruch gegen Betreiber eines Ärztebewertungsportals	93

15. Arbeits- und Sozialrecht	94
a) Bundesarbeitsgericht (BAG)	94
aa) Änderungskündigung für Chefarzt: Beteiligung der ärztl. Mitarbeiter an Honorareinnahmen	94
bb) Zeitzuschläge für die erforderlichen Wegezeiten innerhalb der Rufbereitschaft	94
cc) Darlegungslast einer Zahnarzthelferin für besseres Arbeitszeugnis	94
b) BSG: Kein Kurzarbeitergeld bei Erkrankung der Praxisinhaberin	94
c) Sozialrecht	95
aa) Sozialversicherungspflicht von Stationsärzten mit Honorarverträgen	95
bb) Tätigkeit eines Notarztes im Rettungsdiensteinsatz nicht sozialversicherungspflichtig	95
cc) Abhängige Beschäftigung eines Zahnarztes bei fehlendem wirtschaftlichen Risiko	95
16. Kündigung eines Lizenzvertrags für Wiedergabe von Musiktiteln im Wartezimmer	95
17. Versorgungswerk	96
a) BVerwG: Altersgrenze von 45 Jahren bei Aufnahme	96
b) Berufsunfähigkeitsrente	96
aa) Keine Berufsunfähigkeitsrente bei fehlender Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit	96
bb) Voraussetzungen einer Berufsunfähigkeit/Verweisungstätigkeiten	96
cc) Widerruf einer Berufsunfähigkeitsrente/Feststellungslast/Arztberufsspezif. Berufsunfähigkeit	97

II. Arzthaftung **97**

1. Bundesgerichtshof (BGH)	97
a) Erforderliches Sachverständigengutachten/Juristische Wertung als grobes Fehlverhalten	97
b) Aufklärung über Schnittentbindung	97
c) Keine Verpflichtung zur Bekanntgabe der Privatanschrift eines Klinikarztes	98
d) Berufung im Arzthaftungsprozess: Anforderungen an den Inhalt der Begründungsschrift	98
e) Richterablehnung im Anwaltshaftungsprozess wegen Mitwirkung des Richters im Vorprozess	98
2. Behandlungsfehler	98
a) Mitursächlichkeit eines Behandlungsfehlers/Schmerzensgeld	98
b) Hinwirken auf gebotene Krankenhauseinweisung (gastrointestinale Blutung)	99
c) Beweispflichtigkeit für Hygieneverstoß/Keine Aufklärungspflicht bei minimalem Risiko	99
d) Nichtwahrnehmung von Kontrollterminen durch den Patienten	99
e) Keine Dokumentationspflicht für Probestudien vor Manipulationen an Wirbelsäule (Chirotherapie)	99
f) Methodenwahl bei der Behandlung eines Hüftgelenkschadens	100
g) Ganzbeinröntgenaufnahme vor der Implantation von Karbonstiften	100
h) Kein Schmerzensgeld für geringfügige Beeinträchtigungen durch kurzzeitige Hüftluxation	100
i) Als Belegarzt operierender Gynäkologe: „Bridging“ (hier: Ausschabung der Gebärmutter)	101
j) Schulterdystokie nach vaginaler Entbindung	101
k) Sorgfaltsanforderungen eines Kinderarztes bei Gelbfärbung eines Neugeborenen	101
l) Übersehen einer Appendizitis bei einem knapp fünfjährigen Kind	102
m) Fortlaufende Kontrolle pathologischer Kreatininwerte	102
n) Anastomose statt Anlage eines doppelläufigen protektiven Anus praeter	102
o) Schwierigkeiten der Diagnose einer Herpes-Zoster-Infektion	102
3. Aufklärung/Einwilligung	102
a) Aufklärungspflicht über seltenes Risiko (Spinale Ischämie bei infrarenalen Aorteneingriff)	102
b) Aufklärung bei einer laparoskopischen Magenschlauchresektion: Todesrisiko	103
c) Unzureichende Aufklärung über Wundinfektionsrisiko (Nabelhernien-Op)/Mutmaßl. Einwilligung	103
d) Keine Aufklärung vor Mobilisation	103
e) Alternative Verfahren zu einer Totalendoprothese	104
f) Nachweis über Aufklärungsgespräch	104
g) Nachweis über Aufklärungsgespräch durch Zeugnis über übliche Aufklärungspraxis	104
h) Beweiserhebung über Aufklärungsgespräch	104
4. Sachverständige	105
a) Grundsatz fachgleicher Begutachtung: Gewichtszunahme während des stationären Aufenthaltes	105
b) Besorgnis der Befangenheit	105
aa) Erstattung eines Privatgutachtens in vergleichbarer Sache für Dritten (ASR-Hüftgelenksprothese)	105
bb) Behandlung der Patienten in weiterer Klinik des Arbeitgebers des Sachverständigen	105
5. Pflicht zur Überwachung der Aufwachphase nach einer Magenspiegelung	106
6. Aufsichtspflicht eines psychiatrischen Krankenhauses bei Übergriff einer Mitpatientin	106
7. Keine Haftung bei Sturz bei Toilettengang ohne mögliche Hilfestellungen des Pflegepersonals	106
8. Verjährung von Schadensersatzansprüchen: Kenntnis des Patienten vom ärztl. Behandlungsfehler	106
9. Haftungserklärung des Haftpflichtversicherers: Kein Rechtsschutzbedürfnis für Feststellungsklage	106
10. Faires Verfahren/Anhörungspflichten/Schriftliches Sachverständigengutachten	107
11. Entscheidungsrelevanter Streitstoff und gerichtliche Sachaufklärungspflicht	107
12. Beratungspflichten eines Rechtsanwalts vor Abfindungsvergleich	107
13. Zahnärztliche Behandlung	107
a) Kein Honoraranspruch bei nicht mehr möglicher Nachbesserung	107
b) Schäden am eingebrachten ZE u. Behandlungsfehler/Aufklärung über Risiko der Zerstörung	108
c) Einbringung von Brackets mittels Adhäsionstechnik	108
d) Aufklärung über Folgen des Unterlassens der (gebotenen) zahnmedizinischen Behandlung	108

e) Schmerzensgeldbemessung bei fehlerhafter Implantatversorgung	108
f) Überstopfen eines Zahnes: Schadensersatz und Schmerzensgeld	108
g) Eingliederung einer Brücke ohne ausreichende Vorbehandlung/Schmerzensgeld	109
III. Arzneimittel/Hilfsmittel/Heilmittel	109
1. Europäischer Gerichtshof (EuGH)	109
a) Preisfestsetzung bei Arzneimitteln	109
b) Produkthaftung für Herzschrittmacher und Defibrillatoren	109
2. Apothekenrecht	110
a) Widerruf der Approbation	110
aa) Dauerhafter Wegfall der gesundheitlichen Eignung bei Alkoholabhängigkeit	110
bb) Verwendung nicht zugelassener Fertigarzneimittel (Zytostatika-Herstellung)	110
b) Wettbewerbsrecht	110
aa) Unlautere Werbung mit der Empfehlung eines Arzneimittels durch einen Apothekerverband	110
bb) Q-Taler für Nachweis eines Arztbesuchs innerhalb von zwei Tagen	111
c) Ohrlochstechen keine apothekenübliche Dienstleistung	111
d) Gestaltung der Offizin/Barrierefreiheit	111
e) Verstoß gegen Selbstbedienungsverbot	111
f) BGH: Betrug durch Einreichung gefälschter oder angekaufter Kassenrezepte	112
3. Vergabeverfahren: Einschätzungsprärogative/Kein Absehen von Ausschreibung (Inkontinenzartikel)	112
4. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht	112
a) Werbung für anderes Anwendungsgebiet (Schlafstörungen/nervöse Unruhezustände)	112
b) Werbung außerhalb des zugelassenen Anwendungsgebiets	113
c) Unzulässige Werbung für Arzneimittel mit unveröffentlichter Studie	113
d) Die Bewerbung von „Abschirmfolien“	113
e) Bezeichnung eines Arzneimittels durch Verwendung einer Dachmarke	114
f) Bilanzierte Diät zur Behandlung von Migräne	114
g) Darstellung verschiedener Hörgeräte im Schaufenster eines Hörgeräteakustikergeschäftes	114
h) Hörgeräte: Keine Unterhaltung mit mehreren Personen bei Kassenmodell	115
5. Deutschsprachige Wochentage auf Blister einer parallelimportierten Antibabypille („Yasmin“)	115
6. Beihilfe	115
a) Beschränkung auf Festbetrag	115
b) Ausschluss der Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Medikamente	115
c) Festbeträge für Arzneimittel (Berufungszulassung)	116
d) Keine Beihilfe für potenzsteigerndes Mittel (Cialis)	116
e) Hilfsmittel	116
aa) Weitergehende Beihilfe für Hörgerät	116
bb) Versorgung mit Kontaktlinsen	116
cc) Austausch beider Brillengläser ist nicht beihilfefähige Ersatzbeschaffung	116
dd) Beihilfe für Hörgeräte: Belastungsgrenze	117
ee) Beihilfe für eine Brillenverordnung	117
ff) Keine Beihilfefähigkeit von sensomotorischen Einlagen	117
f) Begrenzung der Aufwendungen für osteopathische Behandlung durch Physiotherapeuten	117
g) Keine Beihilfe zu Aufwendungen für eine heilpädagogische Behandlung	117
h) Häusliche Krankenpflege im Umfang von 20 Stunden täglich an sieben Tage in der Woche	118
i) Übergangsregelung von Beihilfeansprüchen in Thüringen: Statische Verweisung	118
IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe	118
1. Privatbehandlung	118
a) BVerfG: Ausschluss eines Kooperationsarztes von Wahlartzkette nicht abdingbar	118
b) BGH: Auskunftsanspruch gegen Reproduktionsmediziner über Samenspender	119
c) Keine Berechnung wahlärztlicher Leistungen durch Honorararzt	119
d) Kein Bereicherungsanspruch des Patienten gegen Chefarzt ohne Liquidationsrecht	119
e) Abrechnung einer schmerztherapeutischen Erstanamnese durch Analogziffer	119
f) Stationäre psychiatrische Behandlungskosten nach Suizidversuch/Übliche Vergütung	120
g) Fehlende Notwendigkeit der zahnärztlichen Versorgung	120
h) Erlass einer zahnärztlichen Honorarforderung	120
2. Private Krankenversicherung	120
a) BGH: Beginn des Versicherungsfalls (Feststellung eines erkrankten Zahns)	120
b) Keine Leistungserstattung bei Behandlung durch Konsiliararzt	121
c) Erstattung der Behandlungskosten: Bandscheibenprotrusion und Rückenschmerzen	121
d) Anspruch auf eine operative Magenverkleinerung	121
e) Beurteilung der Erfolgsaussichten künstlicher Befruchtung	122
f) Keine Behandlung bei fehlender Niederlassung eines Heilpraktikers	122
g) Kein Leistungsausschluss wegen Beschädigung des Hilfsmittels bei Schuldunfähigkeit	122
h) Keine Erstattungspflicht für eine häusliche Krankenbeobachtung wegen Anfallsleidens	123
i) Auslandsreisekrankenversicherung: Erstattungsfähigkeit der Kosten des Rücktransports	123
3. Beihilfe	123

a) Greenlight-Laser-Therapie zur Behandlung gutartiger Prostatavergrößerungen	123
b) Magnetfeldtherapie nicht beihilfefähig (Nichtzulassung der Berufung)	123
c) Ernährungstherapie nach Dr. Fratzter/Dr. Hebener bei Multipler Sklerose	124
d) Psychotherapeutische Leistungen eines Heilpraktikers nicht beihilfefähig	124
e) Keine Erstattungsfähigkeit der von Heilpraktiker erbrachten Psychotherapie	124
f) Keine Beihilfe für Aknebehandlung durch nichtärztliche Behandlerin in Arztpraxis („Kosmetikerin“)	124
g) Stationäre Behandlung	124
aa) BVerwG: Behandlungskosten in einem privaten Krankenhaus	124
bb) BVerwG: Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen privater Krankenhäuser	125
h) Beihilfe für pflichtversicherte Angehörige für in GKV ausgeschlossenen Aufwendungen	125
i) Zahnärztliche Behandlung	126
aa) Kieferorthopädische Behandlung: Schwere Kieferanomalie	126
bb) Kieferorthopädische Leistungen: Adhäsive Befestigung von Klebebrackets	126
cc) Überschreiten des Schwellenwertes ist durch Gericht zu entscheiden	126
dd) Anrechnung von Leistungen gesetzlicher Krankenkassen: Anzahl beihilfefähiger Implantate	127

V. Verschiedenes 127

1. Europäischer Gerichtshof (EuGH)	127
a) Zollrechtliche Abgrenzung von Medizinprodukten	127
b) Mehrwertsteuer: Einfuhr von Zahnersatz durch Zahnärzte und Zahntechniker	127
c) Ausschluss Homosexueller von der Blutspende	128
2. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)	128
a) Weitere Unterbringung in Psychiatrie: Fehlende Entbindung von der ärztl. Schweigepflicht	128
b) Wohnungsdurchsuchung: Anbau von Betäubungsmitteln zur ärztlich begleiteten Schmerztherapie	129
3. Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)	130
a) E-Zigaretten	130
aa) Nikotinhaltige Liquids in E-Zigaretten unterfallen nicht Arzneimittelbegriff	130
bb) Feststellungsklage/Arzneimittelbegriff/MedizinprodukteG	130
cc) Öffentliche Warnung eines Gesundheitsministeriums/Arzneimittelbegriff/MedizinprodukteG	130
b) Nichtzulassungsbeschwerde: Unangemessen lange Verfahrensdauer kein Verfahrensmangel	131
4. Bundessozialgericht (BSG): Überlanges Gerichtsverfahren	131
a) Angemessene Vorbereitungs- und Bedenkzeit des Gerichts bis zu zwölf Monate je Instanz	131
b) Unverzügliche Verzögerungsrüge in Altfällen	131
c) Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren/Angemessene Vorbereitungs- und Bedenkzeit	132
d) Vorbereitungs- und Bedenkzeit des Gerichts bis zu zwölf Monate je Instanz	132
5. Bundesgerichtshof (BGH)	132
a) Beschlussformel der Genehmigung einer Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme	132
b) Exhumierung zur Feststellung der Vaterschaft	133
6. Krankenhäuser	133
a) Nothelferanspruch	133
aa) Zuständiger Sozialhilfeträger/Eilfall/Umfang des Erstattungsanspruchs	133
bb) Kein Nothelferanspruch bei Schutz der Allgemeinheit vor strafbaren Handlungen	133
b) Teilweise Herausnahme eines Plankrankenhauses aus dem Krankenhausplan	133
c) Herausnahme einer Betriebsstätte eines Kooperativen Brustzentrums aus Krankenhausplan	134
d) Keine Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nur für Diabetiker	134
e) Erhöhter Bedarf: Burton-Hill-Formel (Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung)	134
f) Widerruf der Konzession einer Privatkrankenanstalt	135
g) Gewährung eines Zentrumszuschlags: Besonderer Versorgungsauftrag erforderlich	135
h) Ausgleichszahlungen für die Schließung eines insolventen Krankenhauses	135
i) Eilantrag gegen Versagung der Genehmigung eines Schiedsspruchs	136
7. Rettungsdienst/Krankentransport	136
a) Wettbewerbsrecht: Betreiben eines qualifizierten Krankentransports ohne Lizenz	136
b) Verweigerung eines absehbar über Dienstende hinausgehenden Krankentransportes	136
c) Kein Betriebsübergang eines Rettungsdienstes nach Übernahme durch Landkreis	137
8. Ambulanter Pflegedienst: Kündigung eines Versorgungsvertrags nach Falschabrechnung	137
9. Entziehung der Heilpraktiker-Erlaubnis für Psychotherapie wegen sittlicher Unzuverlässigkeit	137
10. Tierärztliche Praxis nicht in der Rechtsform einer juristischen Person des privaten Rechts	138
11. Landesblindengeldgesetz: Bindung an die Statusentscheidung (Merkzeichen BI)	138
12. Vertrag über „esoterische Dienstleistung“	138
13. Impfschadensrecht: Impfungen gegen Hepatitis A und B: Diabetes mellitus/Wahlfeststellung	139
14. Anerkennung als Contergangeschädigte	139
a) Wahrscheinlichkeit gerade der Einwirkung von Thalidomid während der Embryonalentwicklung	139
b) Keine charakteristischen thalidomidbedingten Fehlbildungen	140
15. Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)	140
a) Behandlung bei nicht nach dem SGB V zugelassener Psychotherapeutin	140
b) Psychotherapeutische Behandlung bei Persönlichkeitsänderung nach Extrebelastung	140
16. Sozialhilfe: Fahrkosten für die Wahrnehmung von Substitutionsbehandlungen	141
17. Steuerrecht	141

a) Umsatzsteuerrecht	141
aa) BFH: Umsatzsteuerfreiheit privater Krankenhausbetreiber	141
bb) BFH: „Aufwandsentschädigungen“ für Mitwirkung der Patienten an Apothekenberatung	141
cc) BFH: Umsatzsteuerbefreiung für mediz. indizierte fußpfleg. Leistungen durch Podologen	141
dd) Umsatzsteuerpflicht einer KV-GmbH zur Unterstützung der Bereitschaftsdienstpraxen	141
ee) Steuerfreie Heilbehandlungsleistungen: Ästhetische Operationen/Regelbeweismaß	142
ff) Steuerfreie Heilbehandlungsleistungen: Ästhetische Operationen/Angaben zur Zielsetzung	142
gg) Heileurythmie im Rahmen der Integrierten Versorgung als steuerfreie Tätigkeit	143
hh) Kein ermäßigter Umsatzsteuersatz für die Lieferung von Sondennahrung	143
b) Einkommensteuerrecht	143
aa) Keine außergewöhnlichen Belastungen durch verbotene Eizellspende	143
bb) Massageliege als Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens	143

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT 144

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG 150

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

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

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

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

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

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank **www.sozialgerichtsbarkeit.de** wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 05.05.2015 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 10.12.2014 - **B 6 KA 45/13 R** - verzichtet ein **Insolvenzverwalter** mit der Freigabeerklärung auf seine Verwaltungs- und Verfügungsbefugnis hinsichtlich des Vermögens aus der selbständigen Tätigkeit eines Vertragsarztes. Fallen Zahlungen in den **Zeitraum der Freigabe**, der erst mit der Unwirksamkeitserklärung durch Beschluss des Insolvenzgerichts enden kann, lässt ein solcher Beschluss die Freigabe nicht rückwirkend (ex tunc) entfallen, sondern nur mit Wirkung für die Zukunft (ex nunc). Nach BSG, Urt. v. 10.12.2014 - **B 6 KA 12/14 R** u. **B 6 KA 2/14 R** - ist die **Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen** im BEMA-Z ab dem 01.01.2004 **rechtmäßig**.

1. Vergütung ab Quartal I/09

a) Vorgaben des (Erweiterten) Bewertungsausschusses rechtmäßig (Quartal I/09)

SG Stuttgart, Urteil v. 24.10.2013 - S 11 KA 6099/11

RID 15-02-1

juris

SGB V §§ 87, 87a, 87b, 87c; GG Art. 3 I, 12 I, 20 III

Leitsatz: Die Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008, 17.10.2008 und 23.10.2008 sind überwiegend mit den gesetzlichen Vorgaben vereinbar.

Das **SG** wies die Klage einer Fachärztin der Inneren Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie auf Auszahlung des unbudgetierten Honorars für das Quartal I/09 ab.

b) RLV-Fallwert niedriger als Versichertenpauschale

LSG Hamburg, Urteil v. 25.02.2015 - L 5 KA 61/13

RID 15-02-2

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Der Arztgruppenfallwert des **Regelleistungsvolumens** kann niedriger sein als die **Versichertenpauschale**. Die Erheblichkeitsgrenze ist bei einem Unterschreiten des Fallwertes gegenüber den Versichertenpauschalen von insgesamt weniger als 10 % nicht erreicht.

Ein Vertragsarzt hat kein subjektives Recht auf ermessensfehlerfreie Entscheidung der **Gesamtvertragspartner** über die Frage, ob (und ggf. wie) diese von der **Korrekturmöglichkeit**, die ihnen ein Beschluss des **Bewertungsausschusses** einräumt, Gebrauch machen.

Der kl. Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin streitet über die Höhe des Honorars im Quartal III/10 und begehrt die Festsetzung eines höheren Regelleistungsvolumens. **SG Hamburg**, Urt. v. 31.07.2013 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) RLV-Fallzahl für neue BAG ab 2. Leistungsjahr: Aufsatzquartal maßgebend

SG Marburg, Urteil v. 08.04.2015 - S 11 KA 332/12

RID 15-02-3

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Leitsatz: Der **Zusammenschluss** eines seit längerem zugelassenen Vertragsarztes mit einem ebenfalls seit längerem niedergelassenen Facharzt gleicher Fachrichtung zu einer **Berufsausübungsgemeinschaft** an dessen Praxisstandort rechtfertigt **keine Sonderregelung** bei der Zuweisung des **Regelleistungsvolumens**.

Die Grundsätze der **Aufbaupraxis** sind auch bei der Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft nicht anzuwenden.

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Regelleistungsvolumens für die Quartale IV/10, I u. II/11. Die Kl. ist eine seit dem 01.10.2009 bestehende Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) zwischen Frau Dr. C. und Herrn Dr. A., beides Fachärzte für Augenheilkunde, mit Praxisstandort in A-Stadt. Frau Dr. C. ist seit 1996 zugelassen und war bis Juni 2009 in einer BAG in C-Stadt tätig. Herr Dr. A. war seit 1997 in Einzelpraxis in A-Stadt niedergelassen. Zum 01.10.2009 wechselte Frau Dr. C. in den Bedarfsplanungsbereich A-Stadt und ist seitdem mit Herrn Dr. A. in BAG niedergelassen. Das **SG** wies die Klage ab.

d) RLV-Fallzahl für neue überörtliche BAG ab 2. Leistungsjahr: Aufsatzquartal maßgebend

SG Marburg, Urteil v. 23.04.2015 - S 16 KA 156/13

RID 15-02-4

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

Leitsatz: Eine Berufsausübungsgemeinschaft, die zwischen einem seit zahlreichen Jahren zugelassenen Vertragsarzt und einem erst zum Gründungszeitpunkt zugelassenen Vertragsarzt gegründet wird, stellt keine „junge Praxis“ dar, der entsprechende Vergünstigungen bei der Ermittlungen des Regelleistungsvolumens zu gewähren wären.

Die Beteiligten streiten noch um den RLV-Zuweisungsbescheid und Honorarbescheid für das Quartal I/10 und hierbei um eine Sonderregelung im Rahmen des Regelleistungsvolumens für Dr. R, ob diesem die Fallzahl der Fachgruppe zuzuweisen ist. Die Kl. ist eine BAG. Dr. K, zugelassen seit 26.06.2001 mit Praxissitz in F, war zunächst in Einzelpraxis tätig. Er gründete mit Dr. R, zugelassen seit 01.06.2008 mit Praxissitz in R eine überörtliche BAG. Frau Dr. H kam nach ihrer Zulassung zum 01.08.2008 hinzu. Dr. R war vom 05.05. bis 31.08.2008 zur Fortbildung, so dass er vertragsärztlich erst zum 01.09.2008 tätig wurde. Er verlegte seinen Sitz nach G zum 01.01.2009 unter Aufrechterhaltung der überörtlichen BAG. Das SG wies die Klage ab.

e) Vergütung der speziellen Laborleistungen: Kap. 32.3 EBM

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 14.01.2015 - L 11 KA 44/14 B ER

RID 15-02-5

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

Nach Teil E Ziff. 3.4.5 der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung gemäß § 87b IV SGB V („Die Regelungen nach 3.4.1 bis 3.4.3 sind für alle Nicht-Laborärzte verbindlich anzuwenden, es sei denn, betroffene Ärzte weisen der Kassenärztlichen Vereinigung nach, dass sie die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllen. In diesem Fall kann die Kassenärztliche Vereinigung das Budget nach 3.4.2 erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.“) ist keine reine Zuständigkeitszuweisung, sondern eine **Ermessensbetätigung** bzw. auch **Auswahlermessen** fordernde Regel.

Ein **Anordnungsgrund** liegt vor, wenn ohne einstweiligen Rechtsschutz ein Honorarverlust von ca. 117.868 € eintreten würde, was die glaubhaft gemachten Jahresgewinne nachhaltig übersteigen und zu einer existenzbedrohlichen Situation führen würde. Die Anforderungen an den Anordnungsgrund reduzieren sich nachhaltig, wenn ein Anordnungsanspruch - wie hier - eindeutig gegeben ist.

Streitig ist die fallwertbezogene Budgetierung der Vergütung der speziellen Laborleistungen nach Kap. 32.3 EBM nach Vorgaben der KBV. Die Ast. zu 1) ist ein MVZ, in dem der Ast. zu 3), Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Zusatzbezeichnung Allergologie, sowie Dr. T, Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, und Dr. B (vormals Ast. zu 2)), Fachärztin für Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung Allergologie, als angestellte Ärzte tätig sind. Dr. B und der Ast. zu 3) sind zur Abrechnung spezieller Laboruntersuchungen nach Kapitel 32.3 EBM berechtigt. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 13.05.2014 - S 2 KA 77/14 ER - gab dem Antrag insoweit statt, als es die Ag. verpflichtete, der Vergütung der speziellen Laborleistungen (Kap. 32.3 EBM) der Ast. bzgl. des Ast. zu 3) über den 31.12.2013 hinaus den bis zu diesem Zeitpunkt maßgeblichen Referenzfallwert von 25,09 € zugrunde zu legen. Weiter hat das SG tenoriert: „Diese Verpflichtung endet mit der Erteilung von Bescheiden über die Widersprüche der Antragstellerin zu 2) und des Antragstellers zu 3) gegen die Bescheide vom 15.01.2014.“. Das **LSG** verpflichtete die Ag. auf Beschwerde der Ast. wie die Vorinstanz ohne die weitere Tenorierung und wies die Beschwerde der Ag. zurück.

f) Zulässige Quotierung von Laborleistungen

SG Dresden, Urteil v. 21.01.2015 - S 18 KA 118/11

RID 15-02-6

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 11/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 85 IV 7, IVa 1, 87a II, 87b IV 2

Eine Laborarzt hat keinen Anspruch auf Vergütung der laboranalytischen Leistungen zu den von den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten und in Kapitel 32 EBM ausgewiesenen Euro-Beträgen. Die Vergütung der **Kosten laboranalytischer Leistungen** dürfen im Rahmen der Honorarverteilung (hier: Quartal I/10) einer **Quotierung** unterworfen werden. Dies gilt auch für laboranalytische Leistungen, die Vertragsärzte bei Laborgemeinschaften beziehen (vgl. SG Hamburg, Ur. v.

25.06.2014 - S 27 KA 151/11 - RID 14-04-11, Sprungrevision anhängig: B 6 KA 33/14 R; SG Dresden, Urt. v. 03.09.2014 - S 18 KA 167/11 - RID 15-01-5, Sprungrevision anhängig: B 6 KA 44/14 R; anders SG Hamburg, Urt. v. 25.06.2014 - S 27 KA 152/11 - RID 14-04-10, Sprungrevision anhängig: B 6 KA 34/14 R).

Die Beteiligten streiten über die Quotierung der Vergütung laboranalytischer Untersuchungen im Quartal I/10. Das **SG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

SG Dresden, Urteil v. 21.01.2015 - S 18 KA 180/11

RID 15-02-7

*Sprungrevision anhängig: B 6 KA 12/15 R
juris*

g) RLV-Sonderregelung erst nach Erhöhung der Fallzahl um 15 %/Vergütung hausärztlicher Internisten

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 20.02.2015 - L 24 KA 98/13

RID 15-02-8

*www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b*

Die erforderliche Erhöhung um mehr als 15 % der Zahl der behandelten Versicherten im Vergleich zum Vorjahresquartal für eine **Erhöhung des Regelleistungsvolumens** ist nicht zu beanstanden.

Die Vergütung für hausärztlich tätige Internisten in Brandenburg verstößt im Quartal I/10 nicht gegen den **Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung**. Greifbare Anhaltspunkte für eine Gefährdung der hausärztlichen Versorgung liegen nicht einmal in Ansätzen vor.

Die Kl. betreiben eine Gemeinschaftspraxis und sind als hausärztlich tätige Internisten zugelassen. Sie wandten sich gegen den Honorarbescheid für das Quartal I/10. **SG Potsdam**, Urt. v. 16.10.2013 - S 1 KA 13/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

h) 10%-iger RLV-Aufschlag für Job-Sharing-BAG

LSG Hamburg, Urteil v. 25.02.2015 - L 5 KA 10/12

RID 15-02-9

*www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b; EBM Allg. Best. Nr. 5.1 Abs. 3*

Einer Berufsausübungsgemeinschaft mit zwei Fachärzten für Kinder-und Jugendmedizin, von denen einer als **Job-Sharing-Partner** zugelassen ist, steht im Quartal IV/09 der 10%-ige RLV-Aufschlag für fach- und schwerpunktgleiche BAGen zu, auch wenn lediglich dem unbeschränkt zugelassenen Vertragsarzt ein RLV zugewiesen wird.

Die kl. Berufsausübungsgemeinschaft (zwei Fachärzte für Kinder-und Jugendmedizin im **Job-Sharing**) wandte sich gegen den Honorarbescheid für das Quartal IV/09, weil ihr der **10%-ige Aufschlag** auf das Regelleistungsvolumen nicht bewilligt worden war. **SG Hamburg**, Urt. v. 25.04.2012 - S 3 KA 211/10 - verurteilte zu Neubescheidung, das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

i) Kein Aufschlag für arztgruppen- und schwerpunktungleiche BAG/MVZ

LSG Hamburg, Urteil v. 25.02.2015 - L 5 KA 3/13

RID 15-02-10

*www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b; EBM Allg. Best. Nr. 5.1 Abs. 3*

Nr. 5.1 Abs. 3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM kann mit der Vorinstanz nicht dahin ausgelegt werden, dass entgegen dem Wortlaut auch in **arztgruppen- und schwerpunktungleichen (Teil-)BAGen bzw. MVZ ein Aufschlag** in Höhe von 10% auf die jeweiligen **Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen** erfolgt.

Im Streit ist die Höhe des Honoraranspruchs des kl. MVZ für das Quartal II/09. **SG Hamburg**, Urt. v. 23.01.2013 - S 3 KA 103/10 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

j) Fortgeltung eines nordrheinspezifischen Referenzfallwerts für Endokrinologen ab Quartal I/14

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 28.01.2015 - L 11 KA 35/14 B ER

RID 15-02-11

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87b; SGG § 86b II

Teil E Nr. 3.4.5 Satz 2 der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung gemäß § 87b IV SGB V ist nicht als reine Zuständigkeitszuweisung, sondern als eine **Ermessensbetätigung** fordernde Regel zu verstehen. Die Entscheidung der KV ist mangels konkreter Vorgaben nach pflichtgemäßem Ermessen zu treffen. Das der KV eingeräumte Auswahlermessen verlangt, von einer der drei Handlungsalternativen der Ziff. 3.4.5 Satz 2 Gebrauch zu machen.

Ein **Anordnungsgrund** liegt vor, wenn glaubhaft gemacht wird, ohne einstweiligen Rechtsschutz in eine prekäre finanzielle Situation zu geraten. Die Anforderungen an den Anordnungsgrund reduzieren sich nachhaltig, wenn ein Anordnungsanspruch - wie hier - eindeutig gegeben ist.

Die Ast. ist eine Berufsausübungsgemeinschaft aus Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie. Nach Teil E Nr. 3.4 der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung gemäß § 87b IV SGB V unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM bei „Nicht-Laborärzten“ einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die Höhe des Budgets ergibt sich aus Multiplikation der Zahl der Behandlungsfälle mit dem für die Arztgruppe vorgegebenen bundeseinheitlichen Referenzfallwert von 40 € für Endokrinologen. Die Ag. hatte diese Vorgaben zunächst nicht umgesetzt. Bezogen auf Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie sah der HVM für die Quartale III und IV/13 einen nordrheinischen Referenzfallwert von 87,99 € vor. Der zum 01.10.2013 in Kraft getretene HVM überträgt zum 01.01.2014 den bundeseinheitlichen Referenzfallwert von 40 € auf den Zuständigkeitsbereich der Ag. Die Anträge auf Aussetzung bzw. Anpassung der Mengenbegrenzung im Speziallabor nach Kap. 32.3. EBM lehnte die Ag. ab. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 03.04.2014 - S 33 KA 420/13 ER - verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung widerruflich, der Vergütung der laboratoriumsmedizinischen Leistungen der Ast. auf der Grundlage eines fallwertbezogenen Budgets über den 31.12.2013 hinaus vorläufig weiterhin den bis zu diesem Zeitpunkt maßgeblichen Referenz-Fallwert in Höhe von 87,99 € zugrunde zu legen. Das **LSG** wies die Beschwerde der Ag. zurück.

2. Vergütung bis 2008

a) Kein Anspruch auf Höhervergütung bei Spezialisierung (ambulante Operationen)

SG Stuttgart, Urteil v. 18.12.2014 - S 4 KA 2452/10

RID 15-02-12

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 72 II, 85 IV, 87 II; GG Art. 12

Der Bewertungsausschuss hat bzgl. der Bewertung **ambulanter Operationen** seine Grenzen nicht überschritten. Zwar bleibt unklar, welche Beurteilungsrundlagen bei der Bewertung zugrunde lagen. Jedoch darf bei der Bewertung von Leistungen einer Facharztgruppe (hier: orthopädische Leistungen) nicht nur auf einen **Teilbereich** abgestellt werden, sondern auf das **gesamte Spektrum** der wesentlichen Leistungen des gesamten Fachgebiets. Denn jeder zugelassene Facharzt hat alle wesentlichen Leistungen des Fachgebiets anzubieten und zu erbringen. Er hat keinen Anspruch auf Berücksichtigung einer selbst gewählten Behandlungsausrichtung, individueller Praxis- und Kostenstrukturen.

Spezialisiert sich ein Arzt innerhalb seines Gebietes auf wenige ausgewählte Leistungen mit der Folge, dass ein wirtschaftlicher Ausgleich zwischen einer größeren Zahl unterschiedlicher Leistungen nicht mehr möglich ist, so muss er das Risiko der mangelnden Rentabilität der von ihm betriebenen **Spezialpraxis** tragen (BSG, Urt. v. 07.02.1996 - 6 RKA 6/95 - SozR 3-5533 Nr. 763 Nr. 1)

Zwischen den Beteiligten streitig ist die Höhe der Vergütung von Leistungen des ambulanten Operierens in den Quartalen II/05-IV/06 u. II/06-IV/08. Das **SG** wies die Klage der orthopädischen Gemeinschaftspraxis ab.

b) Darlegungs- und Nachweispflicht für Honoraranspruch

SG München, Gerichtsbescheid v. 27.04.2015 - S 38 KA 5034/12

RID 15-02-13

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 85 IV

Wegen der dem Vertragsarzt obliegenden **Darlegungs- und Nachweispflicht** ist von ihm ein substantiierter Vortrag zu fordern (vgl. BSG, Urt. v. 02.11.2005 - B 6 KA 63/04 R - BSGE 95, 199 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 11; LSG Hessen, Urt. v. 20.03.2013 - L 4 KA 60/10 - RID 13-02-21).

Die Übersendung von 15.722 Kopien ersetzt nicht den erforderlichen **substantiierten Sachvortrag**. Wenn die Deckblätter der Gehefte und Ordner, die erst vor kurzem bei Gericht eingereicht wurden, nur kurze handschriftliche, z.T. kaum lesbare Zusammenfassungen enthalten, kann schwerlich von einer nachvollziehbaren und strukturierten Aufbereitung des Unterlagenkonvoluts, das seinesgleichen sucht, gesprochen werden (vgl. LSG Hessen, aaO.).

Das Verfahren wurde ursprünglich unter dem Az.: S 38 KA 5492/01 geführt und mit Beschluss v. 23.06.2006 zum Ruhen gebracht. Der Kl., der als MKG-Chirurg sowohl vertragszahnärztlich, als auch vertragsärztlich zugelassen war, nannte im Betreff als Gegenstand der Klage folgendes: „Abrechnung der kassenzahnärztlichen Leistungen aus Kieferbruch-Aufbissschienenbehandlungen für die Zeit von November 1994 bis August 1996; Zurückweisung der Abrechnung wegen fehlerhafter Abrechnungen des gewerblichen Labors R.-Zahntechnik gemäß monatlicher Auflistung, Widersprüche zu den genannten Abrechnungen und Zurückweisungen.“ Das **SG** wies die Klage ab.

c) Rückzahlung eines Kürzungsbetrags nach Ziff. 7.5 HVV KV Hessen

SG Marburg, Urteil v. 18.03.2015 - S 12 KA 328/14

RID 15-02-14

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 21/15 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V a.F. § 85 IV; SGB X §§ 31 S. 1, 35

Leitsatz: Bei der Regelung nach Ziff. 7.5 des Honorarverteilungsvertrags der KV Hessen (HVV) (hier: Quartal I/06) handelt es sich um einen **Berechnungsfaktor** zur Berechnung des **Honoraranspruchs** und insoweit um eine **Teilbegründung** (vgl. § 35 SGB X) des Honorarbescheids. Lediglich die Gesamtfestsetzung bildet als Regelung i. S. d. § 31 Satz 1 SGB X den Verwaltungsakt. Insofern ist eine ursprüngliche Kürzung nach Ziff. 7.5 HVV kein selbständiger Eingriff in einen bereits festgestellten Honoraranspruch, dessen Folgen im Rahmen einer evtl. Korrektur durch Auskehrung des Kürzungsbetrags zu beseitigen wären.

Die Beteiligten streiten um den Honorarbescheid für das Quartal IV/06 und hierbei insb. darum, ob der ursprüngliche Kürzungsbetrag aufgrund der Regelung nach Ziff. 7.5 HVV in Höhe von 4.215,93 € abzüglich Verwaltungskosten der Kl., einer Fachärztin für Allgemeinmedizin, im Rahmen der Neuberechnung gesondert „zurückzuzahlen“ ist. Das **SG** wies die Klage ab.

d) Zahnärztliche Vergütung und Individualbudgets: Keine Honorarsteigerung über Fallwertzuwachs

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.11.2014 - L 5 KA 3228/12

RID 15-02-15

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 72 I 2, 85 IV 1; GG Art. 3 I, 12 I

Die Koppelung der Vergütung an **individuelle Leistungsbudgets** ist zulässig. Ihnen liegt die berechnete Annahme zu Grunde, dass der in der Vergangenheit erreichte Praxisumsatz bei typisierender Betrachtung ein maßgebendes Indiz für den Umfang ist, auf den der Vertragszahnarzt seine vertragszahnärztliche Tätigkeit ausgerichtet hat. Die sachliche Rechtfertigung für solche Honorarkontingente ergibt sich aus dem Ziel, die Anreize zur Ausweitung der Leistungsmenge zu verringern, dadurch die Gesamthonorarsituation zu stabilisieren und damit die Kalkulierbarkeit der Einnahmen aus vertragszahnärztlicher Tätigkeit zu verbessern sowie die Versorgungsqualität zu steigern (BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 28 S. 205 f.).

Werden die individuellen Budgets durch **Mehrpatienten** erhöht, indem die Zahl der Mehrpatienten mit dem individuellen Fallwert des Basisjahres, mindestens jedoch mit dem KZV-Durchschnittsfallwert des Basisjahres multipliziert wird, so ist auch einer unterdurchschnittlichen

etablierten Praxis das **Wachstum** bis zum KZV-Durchschnitt innerhalb angemessener Zeit möglich. Dies gilt auch für eine Praxis mit nahezu durchschnittlichen Fallzahlen und einem weit unterdurchschnittlichem Fallwert.

Gegen eine **Honorarsteigerung über den Fallwertzuwachs** bestehen schon im Ansatz grundsätzliche Bedenken. Bei limitierter Gesamtvergütung führt eine Fallwerterhöhung dazu, dass die zusätzlich erbrachten Leistungen entweder nicht oder nur teilweise vergütet werden können oder für alle Leistungen das Entgelt sinkt. Erhöhungen des Fallwerts ist entgegenzuhalten, dass auch in der Vergangenheit von der Gesamtheit der Zahnärzte die notwendigen Behandlungen in ausreichendem und wirtschaftlichem Maße erbracht worden sind. Erhöhungen können sich daher nur aus einer Änderung der Patientenstruktur oder durch neuartige, teurere Behandlungsmethoden ergeben. Andernfalls handelt es sich bei Fallwerterhöhungen um medizinisch nicht gerechtfertigte Mengenausweitungen.

Der kl. Vertragszahnarzt wendet sich gegen eine Honorarkürzung im Rahmen des Budgetausgleichs für das Jahr 2008 in Höhe von 4.160,57 €. **SG Stuttgart**, Urt. v. 21.06.2012 - S 10 KA 3617/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Abrechnungsfristen: Änderungen der Abrechnungsmodalitäten nicht erkennbar

SG München, Urteil v. 04.02.2015 - S 38 KA 548/13

RID 15-02-16

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 12 KA 46/15 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 85 IV

Abrechnungsbestimmungen und **Abrechnungsfristen** dienen vor allem dazu, dass die Vergütungen zügig und zeitnah an die Ärzte ausgekehrt werden. Es ist aber unverhältnismäßig, die Abrechnungsregelungen strikt anzuwenden, wenn sich der abrechnende Krankenhausträger rechtstreu verhalten hat und **Änderungen der Abrechnungsmodalitäten** nicht erkennbar waren.

Zwischen der Bekl. und der Kl., einem Klinikträger, bestand seit 1991 eine „Vereinbarung über die Vergütung der bei der Notfallbehandlung verbrauchten Materialien einschließlich aller Medikamente“. Der Vereinbarung folgte die Nachtragsvereinbarung vom 11.09.2008, mit der die Pauschale nunmehr auf 5,11 € pro Fall festgelegt wurde. Mit Schreiben vom 05.12.2008 informierte die Bekl. darüber, die Partner der Gesamtverträge hätten sich zur Vereinheitlichung auf eine Pauschale geeinigt. Diese sei ab 01.01.2009 über die Nr. 97550 abzurechnen und werde mit 2,56 € bewertet. Das **SG** verurteilte die Bekl., für das Krankenhaus im Quartal III/09 den Bescheid insoweit aufzuheben, als anstelle der Nr. 97550 EBM für die pauschale Vergütung des Materialbedarfs eine Vergütung in Höhe von 5,11 € pro Leistung zu leisten ist.

4. Keine Kontoummeldung per E-Mail

SG Marburg, Urteil v. 18.03.2015 - S 12 KA 458/13

RID 15-02-17

Berufung anhängig: LSG Hessen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Leitsatz: Eine Kassenärztliche Vereinigung, die **Zahlungen** auf ein **Konto** leistet, dessen Inhaber nicht die zahlungsberechtigte Vertragsärztin ist, kann die Zahlung nicht von der Vertragsärztin zurückfordern. Eine **E-Mail** mit dem Namen der Vertragsärztin und der Bitte, die Zahlung auf das andere Konto (hier: des Ehemanns) zu leisten, reicht als Nachweis für den Zugang der Zahlung gegenüber der Vertragsärztin nicht aus, da eine E-Mail ohne ein Verfahren der Absicherung der Authentizität keine Rückschlüsse auf den Urheber bzw. Absender zulässt.

Die Beteiligten streiten um eine Honorarrückforderung in Höhe von 43.327,32 € wegen der Überzahlung des Honorarkontos. Das **SG** gab der Klage einer Fachärztin für Allgemeinmedizin weitgehend statt und hob den Bescheid auf, soweit die Honorarrückforderung über einen Betrag von 3.327,32 € hinaus festgesetzt wurde.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 11.02.2015 - **B 6 KA 10/14 R** - u. - **B 6 KA 15/14 R** - kann die **Betreuungsleistung nach Nr. 01770 EBM** nur von einem Vertragsarzt je Quartal und schwangerer Versicherter abgerechnet werden. Eine korrigierende Auslegung für den Fall, dass der zweitbehandelnde Arzt entweder nicht weiß, dass die Schwangere schon bei einem anderen Vertragsarzt in Behandlung ist, oder dass dieser die Betreuung in Kenntnis der Vorbehandlung vollständig übernimmt, ist nicht geboten. Härten, die in ganz besonders gelagerten Einzelfällen in Betracht kommen, etwa im Todesfalle

des Erstbehandlers, darf der **Bewertungsausschuss** bei einer generalisierenden Regelung grundsätzlich in Kauf nehmen. Es obliegt dem BewA als Normgeber zu entscheiden, ob in derartigen Ausnahmefällen eine Berechnung der Leistung durch einen zweiten Arzt - ggf. geringer bewertet - ermöglicht werden soll. Nach BSG, Urt. v. 11.02.2015 - **B 6 KA 19/14 R** - ist eine Honorarkürzung wegen nicht erbrachten Fortbildungsnachweises ausgeschlossen, wenn die Nachweiserbringung durch einen quartalsmittig zugelassenen Vertragszahnarzt zwar nach dem Stichtag, jedoch im stichtagsrelevanten Quartal nachgeholt wird.

1. Vertauschen der lebenslangen Arztnummer: Keine nachträgliche Korrektur

LSG Bayern, Urteil v. 12.11.2014 - L 12 KA 58/13

RID 15-02-18

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV; 295 I Nr. 2 u. 3

Ist eine **nachträgliche Korrektur der Abrechnung** nach den Abrechnungsbestimmungen der KV nicht möglich, so kann die **lebenslange Arztnummer**, mit der bei der Abrechnung die Leistungspositionen jeweils zu kennzeichnen sind (§ 295 I Nr. 2 u. 3 SGB V), nicht nachträglich ausgetauscht werden. Insb. bei einer Berufsausübungsgemeinschaft ist entscheidend, welcher Vertragsarzt die jeweilige Leistung erbrachte, wenn nicht alle der BAG angehörenden Vertragsärzte über die gleichen Genehmigungen verfügen. Liegt keine Genehmigung vor, kann die Leistungsposition nicht abgerechnet werden und ist sie im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung nach § 106a SGB V abzusetzen. Abrechnungstechnisch sind Leistungsposition und lebenslange Arztnummer als Einheit zu betrachten.

Abrechnungsfristen und die Sanktionierung von Fristüberschreitungen durch Honorarabzüge sind rechtmäßig und von der Rechtsgrundlage des § 85 IV 2 SGB V gedeckt (BSG, Urt. v. 29.08.2007 - B 6 KA 29/06 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 37).

Eine Honorarberichtigung in Höhe von 4.414,08 € bei einem Gesamthonorar von 55.613,28 €, also 7,9 % der gesamten Honorarsumme, ist **verhältnismäßig**.

Die Kl. sind in einer Gemeinschaftspraxis tätig und als Hausärztinnen zugelassen. Dr. R. verfügt über die Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung. Dr. V. ist Internistin, nimmt an der Diabetesvereinbarung teil und hat eine Genehmigung nach der Ultraschallvereinbarung. Die Kl. wandte sich erfolglos gegen die Richtigstellung der Nr. 35135 und 35110 EBM wegen Fehlens der Genehmigung für die Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung sowie der Nr. 97360, 97272, 92269, 97324, 97274, 97321, 97350, 97320 und 02311 wegen Fehlens der Genehmigung nach der Diabetes-Vereinbarung sowie der Nr. 33012 wegen Fehlens der Genehmigung nach der Ultraschallvereinbarung, weil wegen eines **Softwarefehlers** im November 2009 die **lebenslangen Arztnummern** von Dr. R. und Dr. V. **vertauscht** worden seien. **SG München**, Gerichtsbb. v. 08.05.2013 - S 28 KA 568/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Kein Anspruch auf Umwandlung von Abrechnungspositionen

LSG Bayern, Urteil v. 25.03.2015 - L 12 KA 37/13

RID 15-02-19

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a

Von der Vertreterversammlung beschlossene **Abrechnungsbestimmungen** können vorsehen, dass die Abrechnungen unter Beachtung der dafür geltenden Regelungen innerhalb der von der KV festgesetzten **Fristen** einzureichen sind (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 04.12.2013 - L 12 KA 139/12 - RID 14-02-20). Dem nachträglichen Abrechnungsausschluss unterfällt auch die **nachträgliche Umsetzung einzelner Gebührenordnungspositionen** in bereits abgerechneten Behandlungsfällen. Denn eine Umsetzung von Gebührenordnungspositionen ist abrechnungstechnisch nicht anders zu bewerten als die nachträgliche Geltendmachung einer Gebührenziffer nach dem EBM. Für diese gilt der Grundsatz, dass die vertragsärztlichen Leistungen von der für das jeweilige Quartal geleisteten Gesamtvergütung honoriert werden soll. Es besteht kein sachlicher Grund, die Umsetzung von Gebührenordnungspositionen gegenüber der nachträglichen Geltendmachung zu privilegieren.

Eine Kürzung des Honorarvolumens von 3,5 % ist **nicht unverhältnismäßig**.

SG München, Urt. v. 12.03.2013 - S 38 KA 387/12 - verpflichtete die Bkl., die abgesetzten GOP 97272, 97350A, 97360A und 97360B in die ab dem 01.01.2011 geltenden neuen Gebührenordnungspositionen umzusetzen mit der Maßgabe, dass die Kl. aufgrund der Namensliste vom 15.09.2011 in jedem Einzelfall der fälschlich angesetzten GOP die aufgrund der Diabetesvereinbarung neuen Abrechnungsziffern mit Angabe der Diagnosen zuordnet. Das **LSG** wies die Klage ab.

3. Kein Ausschluss von Vertrauensschutz bei Scheinselbstständigkeit vor 2010

SG Schwerin, Urteil v. 17.09.2014 - S 3 KA 23/10

RID 15-02-20

juris
Ärzte-ZV § 32 I 1

Eine Laborärztin verfügte nicht über die berufliche und persönliche **Selbstständigkeit**, die für die Ausübung der Tätigkeit als Vertragsarzt in „freier Praxis“ erforderlich ist, wenn sie keinerlei **wirtschaftliches Risiko** trägt und letztlich eine arbeitnehmerähnliche feste Vergütung erhält.

Ist bei Bekanntgabe des Richtigstellungsbescheides die **4-jährige Ausschlussfrist** verstrichen, kann eine Richtigstellung nicht mehr erfolgen, wenn die Ärztin im Zusammenhang mit ihrer Zulassung weder grob fahrlässig unrichtige Angaben gemacht noch im Zeitpunkt der Erteilung der Honorarbescheide grob fahrlässig nicht erkannt hat, dass ihr ein Vertragsarzthonorar nicht zusteht. Die Rechtsprechung hat zur Klärung der Zulassungsvoraussetzung einer Tätigkeit in freier Praxis wesentlich erst mit BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 7/09 R - BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4 beigetragen.

Das **SG** hob den Berichtigungsbescheid v. 24.03.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides v. 02.03.2010 für die Quartale III/92 bis II/99 mit einer Honorarrückforderung in Höhe von insgesamt 12.682.158,28 € gegen eine Laborärztin auf.

4. Fortbildungsverpflichtung: Vorheriger Hinweis als Voraussetzung einer Honorarkürzung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 12.11.2014 - L 11 KA 106/12

RID 15-02-21

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95d

§ 95d IV 2 SGB V stellt nicht allein auf die Fortbildung, sondern auf den **Nachweis der Fortbildung** ab. Folgerichtig knüpft das Gesetz insbesondere auch die Verpflichtung der KV zur Honorarkürzung an den fehlenden Nachweis.

Nach der von der KBV erlassenen **FortbRI-Ä** muss mindestens drei Monate vor Ablauf des Fünfjahreszeitraums ein **Hinweis** erfolgen, dass die Versäumnis der Nachweisfrist mit einer Honorarkürzung verbunden ist. Fehlt es hieran, ist eine Honorarkürzung unzulässig.

Die FortbRI-Ä ist nicht deswegen rechtswidrig, weil die KV bei einem Verstoß gegen die Fortbildungspflicht ausnahmslos aufgrund **§ 95d III SGB V** eine Honorarkürzung vorzunehmen hat. Diese Vorschrift ordnet nicht selbst eine Kürzung des Honorars an.

Bei der Regelung des **§ 4 FortbRI-Ä** handelt es sich um eine **individuelle Hinweispflicht**. Eine allgemeine Veröffentlichung in einem Verbandsorgan reicht nicht aus. Die Nichtbeachtung dieser persönlichen Hinweispflicht führt zur formellen Rechtswidrigkeit und Aufhebbarkeit der Honorarbescheide.

Bei der **FortbRI-Ä** handelt es sich, da einseitig von der KBV erlassen, um keine vertraglichen Bestimmungen (vgl. §§ 81 III Nr. 1, 95 III 3 SGB V) oder Richtlinien i.S.d. § 81 III Nr. 1 SGB V, sondern um verfahrensausfüllende und norminterpretierende **Verwaltungsvorschriften**. Aber auch wenn die FortbRI-Ä keine normativen Wirkungen erzeugt, so erlangt sie dennoch als antizipierende Hinweise auf die **Verwaltungspraxis** Bedeutung (vgl. BSG, Urt. v. 27.08.2009 - B 13 R 107/08 R - SozR 4-2600 § 237 Nr. 14). Sie bewirkt eine **Selbstbindung der Verwaltung** und begründet einen Anspruch auf Gleichbehandlung (vgl. BSG, Urt. v. 06.12.2007 - B 14/7b AS 50/06 R - SozR 4-4200 § 59 Nr. 1).

SG Düsseldorf, Urt. v. 19.09.2012 - S 2 KA 147/12 - verurteilte die Bekl. unter Abänderung des Abrechnungsbescheides für das Quartal II/11 zur Nachvergütung des Honorars in Höhe von 10.188,52 €; das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

5. Antrag einer Krankenkasse

a) Keine Prüfung als sonstiger Schaden/Bagatellgrenze

SG Dresden, Urteil v. 17.12.2014 - S 18 KA 101/13

RID 15-02-22

Revision anhängig: B 6 KA 8/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 82 I, 106, 106a

Die bis zum 30.09.2013 in § 47 Satz 1 EKV geregelte und ab dem 01.10.2013 in § 51 Satz 1 BMV-Ä überführte bundesmantelvertragliche **Geringfügigkeitsgrenze** von zunächst 25,60 € und jetzt 30,00 € pro Vertragsarzt, Krankenkasse und Quartal gilt nicht für das Verfahren der **Abrechnungsprüfung nach § 106a III SGB V**. Die Geringfügigkeitsgrenze gilt nur für Schadenersatzansprüche nach §§ 48 und 49 BMV-Ä.

Die Abrechnung von **Leistungen für nicht - jedenfalls nicht wie angegeben - Versicherte** ist stets als ein **Abrechnungsfehler** zu behandeln und berechtigt, wenn ein anderweitiger Ausgleich scheitert, zur Abrechnungskorrektur im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung nach § 106a II 1 SGB V. Anzuwenden sind ausschließlich die Vorschriften über die Abrechnungsprüfung nach § 106a III SGB V und nicht die Vorschriften über den Ausgleich eines sog. **sonstigen Schadens** nach § 44 EKV bzw. § 48 BMV-Ä oder beide Verfahren betreffende Regelungen - alternativ oder kumulativ - nebeneinander. Die Rechtssicherheit gebietet, dass bei Fehlern dieses Typs der von der Krankenkasse zu beschreitende Verfahrensweg und die dafür geltenden Regelungen von vornherein feststehen und nicht von Umständen abhängen, die erst im Rahmen der Prüfung gegenüber dem Vertragsarzt festgestellt werden können.

§ 51 S. 2 BMV-Ä bezieht sich allein auf Abrechnungsprüfungen der KV, ggf. auf Antrag der Krankenkasse, nach § 45 III u. IV BMV-Ä bzw. § 34 IV u. V EKV. Die **Abrechnungsprüfung** durch die KV **auf Antrag der Krankenkasse** mit **sachlich-rechnerischer Richtigstellung** ist gesetzlich in § 106a IV 1 u. II 1 SGB V geregelt und von der Abrechnungsprüfung durch die Krankenkasse mit anschließendem Honorarberichtigungsverfahren bei der KV nach § 106a III 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB V zu unterscheiden. Demzufolge kann eine Bagatellgrenze im Sinne von § 51 S. 2 BMV-Ä auch nur einem Antrag der Krankenkasse auf Honorarberichtigung nach § 45 III u. IV BMV-Ä bzw. § 34 IV u. V EKV entgegengehalten werden, nicht aber der Umsetzung der Prüfmitteilung der Krankenkasse nach § 106a III 2 SGB V.

Die kl. Krankenkasse beantragte eine Korrektur der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen des Quartals III/11 u.a. zum Ausgleich von Kosten, die ihr dadurch entstanden seien, dass Fachärzte für Frauenheilkunde in drei Fällen zytologische Untersuchungen gemäß Abschnitt B.II §§ 7 und 8 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie nach Nr. 01733 EBM zu je 7,47 € abgerechnet hatten, obwohl die in den Behandlungsausweisen angegebenen **Versicherten nicht ihr zugeordnet** werden konnten. Die Kl. war deshalb in Höhe von insgesamt 22,41 € außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung belastet worden. Die bekl. KV lehnte den Antrag wegen der bundesmantelvertraglichen Geringfügigkeitsgrenze von 25,60 € ab. Einen **weiteren Antrag** bzgl. der Quartale I bis IV/11 wegen **Mehrfachabrechnung einmalig abrechenbarer Leistungen** - Fachärzte für Frauenheilkunde hätten in zwei Fällen nur einmalig im Kalenderjahr abrechenbare Leistungen zur Krebsfrüherkennung nach Nr. 01730 EBM zu je 17,87 € zweifach im Kalenderjahr abgerechnet, in beiden Fällen sei wegen einer zwischenzeitlichen Änderung des Familiennamens die Identität der Versicherten nicht beachtet worden - lehnte die Bekl. ab, weil die Geringfügigkeitsgrenze von 50 € entsprechend der Vereinbarung nach § 106a V SGB V nicht überschritten sei. Das **SG** verurteilte die Bekl., über beide Anträge unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden, im Übrigen wies es die - auch auf Honorarberichtigung und Zahlung gerichtete - Klage ab.

b) Nr. 03212 EBM (Chronikerpauschale): Erforderlicher Arzt-Patienten-Kontakt

SG für das Saarland, Urteil v. 28.01.2015 - S 2 KA 178/14

RID 15-02-23

juris
SGB V §§ 62, 67, 106, 106a; EBM Nr. 03212

Leitsatz: Die Abrechnung der Nr. 03212 EBM-Ä 2008 ohne einen Arzt-Patienten-Kontakt in jedem der dem Abrechnungsquartal vorausgehenden vier Quartale steht nicht im Einklang mit der Leistungslegende des EBM.

Das **SG** verurteilte die KV auf Klage der Krankenkasse, das in den Quartalen I u. II/11 von den Vertragsärzten für Versicherte der Kl. bei der Bekl. angeforderte Honorar gezielt unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts auf die Erfüllung der Voraussetzungen für die Abrechnung der Nr. 03212 EBM 2008 hin zu prüfen.

S. zuletzt SG Marburg, Urt. v. 03.09.2014 - S 11 KA 177/14 - RID 15-01-16, Sprungrevision zugelassen, Berufung anhängig; LSG Hessen - L 4 KA 75/14 -; LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 16.07.2014 - L 9 KA 12/12 - RID 14-04-51; SG Dresden, Urt. v. 27.11.2013 - S 11 KA 88/11 - RID 14-02-24.

6. Plausibilitätsprüfung: Verallgemeinerung von Fallbeispielen für weitere Quartale

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 17.02.2015 - L 11 KA 82/14 B ER

RID 15-02-24

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a; SGG § 86b I

Das Abstellen auf **sechs Fallbeispiele aus drei Quartalen** kann im Rahmen einer **Plausibilitätsprüfung für 16 Quartale** ausreichend sein, wenn der Vertragsarzt ein grundsätzliches Verständnis von der Abrechnungsfähigkeit der betroffenen Leistungen deutlich macht, alle Fälle gleichgelagert sind und deshalb einvernehmlich auf die Besprechung weiterer Fälle verzichtet wird. Dann darf die KV davon ausgehen, dass die aufgedeckten Abrechnungsfehler in sämtlichen Quartalen vorhanden waren, und kann das aus der Besprechung von Fällen aus drei Quartalen gewonnene Ergebnis auf die übrigen Quartale hochrechnen.

Der Ast. Facharzt für Chirurgie, wandte sich erfolglos gegen einen Berichtigungsbescheid für die Quartale III/08 bis II/12 in Höhe von insgesamt 224.770,51 €. Die Ag. führte darin aus, der Ansatz der Nr. 31102 und 31103 EBM (Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2 bzw. A3) sei nicht plausibel. Die Beispiele erlaubten den Schluss, dass der Ast. in fehlerhafter Anwendung der maßgeblichen Bestimmungen, insb. der Leistungslegenden des EBM, abgerechnet habe. Es handele sich nicht um ein lediglich leichtes Versehen. Im Wege des Schätzungsermessens seien für den o.g. Zeitraum die Nr. 31102 EBM in 90 % der Fälle um die Differenz zur Nr. 02301 EBM und die Nr. 31103 EBM in 90 % der Fälle um die Differenz zur Nr. 02302 EBM gekürzt worden. Die Ag. sah Ratenzahlung durch Verrechnung bis zum Quartal II/23, ab Quartal III/13 in Höhe von 5.900 €, ab Quartal II/14 in Höhe von 5.700 € vor. Mit weiterem Bescheid forderte die Ag. für die Quartale III/12 bis III/13 74.209,45 € zurück. Sie erhöhte die monatliche Rückzahlung ab Juni 2014 von zuletzt 1.900 € auf 2.600,00 €. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 04.08.2014 - S 2 KA 286/14 ER - lehnte den Antrag, die aufschiebende Wirkung der Klage anzuordnen, ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

7. Notfallpraxis außerhalb des organisierten Notdienstes

a) Keine unvorhergesehene Inanspruchnahme in Notfallpraxis (Nr. 01100 und 01101 EBM 2005)

LSG Hamburg, Urteil v. 25.02.2015 - L 5 KA 32/11

RID 15-02-25

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: b 6 KA 26/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a; EBM 2005 Nr. 01100, 01101, 03005

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach Leistungen nach den **Nr. 01100 und 01101 EBM 2005** in einer **Notfallpraxis** nicht abgerechnet werden dürfen, da der diensthabende Vertragsarzt durch die Patienten **nicht unvorhergesehen in Anspruch genommen** wird, ist zutreffend. **Nr. 03005 EBM 2005** kann nicht abgerechnet werden, da der erforderliche unmittelbare diagnostische oder therapeutische Zusammenhang zur Notfallversorgung nicht besteht.

Der kl. Facharzt für Allgemeinmedizin behandelte im Quartal III/07 neben seiner regulären Tätigkeit sowie der Teilnahme an dem von der Bekl. organisierten Notdienst Patienten auch in der Hausärztlichen Notfallpraxis am M. Hierbei handelt es sich um eine Einrichtung niedergelassener Hausärzte in Zusammenarbeit mit dem M., die die allgemeinärztliche Notfallbehandlung sichern und die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Hausarzt verbessern soll. Die Praxis hat am Wochenende und an Feiertagen von 9 Uhr bis 21 Uhr geöffnet. Die Bekl. nahm eine sachlich-rechnerische Richtigstellung u.a. mit der Begründung vor, der Kl. habe im Rahmen des „Notfalldienstes im Krankenhaus“ unberechtigt nach den Nr. 01100, 01101 und 03005 EBM 2005 abgerechnet. **SG Hamburg**, Urt. v. 13.04.2011 - S 3 KA 384/09 - verurteilte die Bekl. hinsichtlich 13 Leistungen nach Nr. 01821 EBM 2005 zur Neubescheidung und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** wies die Berufung des Kl. zurück.

Parallelverfahren:

LSG Hamburg, Urteil v. 25.02.2015 - L 5 KA 34/11

RID 15-02-26

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 28/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

LSG Hamburg, Urteil v. 25.02.2015 - L 5 KA 35/11

RID 15-02-27

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 29/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de

b) Keine Abrechnung der Bereitschaftsdienstpauschale (Nr. 03005 EBM 2005) in Notfallpraxis

LSG Hamburg, Urteil v. 25.02.2015 - L 5 KA 30/11

RID 15-02-28

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 24/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106a; EBM 2005 Nr. 03005

Die **Nr. 03005 EBM 2005** („Pauschale für die versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft, einmal im Behandlungsfall (kurativ-ambulant)“) stellt aufgrund ihrer systematischen Stellung eine allgemeine hausärztliche Strukturleistung dar und enthält eine pauschale Abgeltung des Mehraufwandes, der dem Arzt durch den ärztlichen Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst entsteht, für jeden regulären Behandlungsfall und insb. nicht für diejenigen Behandlungsfälle, die lediglich im Rahmen eines Notfalles behandelt wurden (LSG Hessen, Urt. v. 26.11.2008 - L 4 KA 35/07 - RID 09-02-20, juris, Rn. 21). Die Behandlung von Patienten im freiwilligen Notfalldienst stellt ein aliud nicht nur gegenüber dem organisierten Notdienst dar, sondern auch gegenüber der regulären Praxistätigkeit eines Vertragsarztes. Während sie sich vom organisierten Notdienst vor allem durch die Freiwilligkeit der Teilnahme unterscheidet, kann sie angesichts der Gesamtkonzeption der Einrichtung auch nicht als Fortsetzung der üblichen Sprechstunde aufgefasst werden.

Der kl. Facharzt für Allgemeinmedizin behandelte im Quartal III/07 neben seiner regulären Tätigkeit sowie der Teilnahme an dem von der Bekl. organisierten Notdienst Patienten auch in der Hausärztlichen Notfallpraxis am M. Hierbei handelt es sich um eine Einrichtung niedergelassener Hausärzte in Zusammenarbeit mit dem M., die die allgemeinärztliche Notfallbehandlung sichern und die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Hausarzt verbessern soll. Die Praxis hat am Wochenende und an Feiertagen von 9 Uhr bis 21 Uhr geöffnet. Die Bekl. nahm eine sachlich-rechnerische Richtigstellung verschiedener Leistungen vor. **SG Hamburg**, Urt. v. 13.04.2011 - S 3 KA 383/09 - verurteilte die Bekl. hinsichtlich 7 Leistungen nach Nr. 01821 EBM 2005 zur Neubescheidung und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** wies die Berufung des Kl. zurück.

c) Erhebung psychopathologischer Status im freiwilligen Notfalldienst (Nr. 03313 EBM 2005)

LSG Hamburg, Urteil v. 25.02.2015 - L 5 KA 37/11

RID 15-02-29

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 31/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

EBM 2005 Nr. 03313

Nr. 03313 EBM 2005 (Orientierte Erhebung psychopathologischer Status) kann im freiwilligen Notfalldienst abgerechnet werden (vgl. Senatsurt. v. 25.02.2015 - L 5 KA 29/11 -). Eine Dokumentation erfüllt die Anforderungen aus der Leistungslegende von Nr. 03313 EBM 2005, wenn sie dokumentiert, dass der psychopathologische Status orientierend erhoben und dabei lebensgeschichtliche und soziale Daten einbezogen worden sind. Dass die schriftliche ärztliche Aufzeichnung eher kursorischer Natur ist und häufig nur Abkürzungen oder Symbole verwendet, ist dem nur orientierenden Charakter der abgerechneten Leistung geschuldet und entspricht im Übrigen ärztlicher Übung. Maßgeblich ist, dass der Arzt jedenfalls in der Lage gewesen ist, auf der Grundlage seiner Dokumentationen zwar eher knappe, aber auch ausreichende Befundberichte abzufassen.

SG Hamburg, Urt. v. 13.04.2011 - S 3 KA 380/09 - verurteilte die Bekl. hinsichtlich sechs Leistungen nach Nr. 01821 EBM 200 zur Neubescheidung und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** verurteilte auf die Berufung des Kl. die Bekl., die Honorarabrechnung des Kl. für das Quartal III/06 erneut zu bescheiden mit der Maßgabe, dass drei Leistungen nach Nr. 03313 EBM 2005 zu vergüten sind. Im Übrigen wies es die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Hamburg, Urteil v. 25.02.2015 - L 5 KA 31/11

RID 15-02-30

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 25/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de

d) Abrechnung in einer Notfallpraxis

LSG Hamburg, Urteil v. 25.02.2015 - L 5 KA 39/11

RID 15-02-31

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 33/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a

Parallelverfahren zu LSG Hamburg, Urt. v. 25.02.2015 - L 5 KA 32/11 - RID 15-02 bzgl. Nr. 01100 und 01101 EBM 2005, LSG Hamburg, Urt. v. 25.02.2015 - L 5 KA 30/11 - RID 15-02 bzgl. Nr. 03005 EBM 2005 sowie LSG Hamburg, Urt. v. 25.02.2015 - L 5 KA 37/11 - RID 15-02 bzgl. Nr. 03313 EBM 2005.

SG Hamburg, Urt. v. 13.04.2011 - S 3 KA 452/09 - verurteilte zur Neubescheidung hinsichtlich fünf Leistungen nach Nr. 01821 EBM 2005 und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** verurteilte auf Berufung des Kl. die Bekl., die Honorarabrechnung des Kl. für das Quartal III/05 mit der Maßgabe erneut zu bescheiden, dass 13 Leistungen nach Nr. 03313 EBM 2000plus zu vergüten sind. Im Übrigen wies es die Berufung zurück.

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

LSG Hamburg, Urteil v. 25.02.2015 - L 5 KA 29/11

RID 15-02-32

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 23/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
EBM 2005 Nr. 03351

Parallelverfahren zu LSG Hamburg, Urt. v. 25.02.2015 - L 5 KA 37/11 - RID 15-02 bzgl. Nr. 03313 EBM 2005.

Die **Nr. 03351 EBM 2005** („Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung eines Säuglings, Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen“) bestimmt ausdrücklich, dass Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereiches die Leistungen berechnen können, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistungen bereits vor dem 31. Dezember 2002 abgerechnet haben. Ein Genehmigungsvorbehalt besteht nicht. Die Vorschrift ist aber so zu verstehen, dass der Vertragsarzt, der sich auf die darin enthaltene **Übergangsregelung** beruft, deren Voraussetzungen nicht nur **selbst zu belegen** hat, sondern dies auch **nicht erst nachträglich** tun kann. Der Wortlaut der Gebührenordnungsnummer verknüpft das Berechnen der Leistung mit dem in der Vorschrift näher definierten Nachweis.

SG Hamburg, Urt. v. 13.04.2011 - S 3 KA 153/08 - verurteilte die Bekl. hinsichtlich zwölf Leistungen nach Nr. 01821 EBM 2005 zur Neubescheidung und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** verurteilte auf die Berufung des Kl. die Bekl., den Kl. über die Honorarabrechnung für das Quartal I/06 mit der Maßgabe neu zu bescheiden, dass sieben Leistungen nach Nr. 03313 EBM 2005 zu vergüten sind, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Hamburg, Urteil v. 25.02.2015 - L 5 KA 38/11

RID 15-02-33

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 32/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

9. Frauenarzt: Keine Behandlung von Männern außer im Rahmen der Reproduktionsmedizin

SG Stuttgart, Urteil v. 18.12.2014 - S 4 KA 4572/12

RID 15-02-34

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

Leitsatz: 1. Ein Vertragsarzt ist verpflichtet, seine Tätigkeit auf das **Fachgebiet** zu beschränken, für das er zugelassen ist.

2. Eine Abrechnung von Gebührenpositionen durch den **Frauenarzt** auf dem Behandlungsschein eines **Mannes** ist ausgeschlossen, es sei denn, der EBM sieht ausnahmsweise eine Abrechnungsmöglichkeit vor oder eine solche ergibt sich als zwingende Adnex-Leistung.

3. Eine Abrechnung der Gebührenziffer 08211 (**Beratung**) ist nur dann bezüglich des Mannes möglich, wenn im selben Quartal in derselben Arztpraxis auch die Gebührenziffer 08540 (Gewinnung und Untersuchung(en) des Spermas) abgerechnet wird.

Der kl. Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berät u.a. auch Partner von Sterilitätspatientinnen im Zusammenhang mit einer Fertilisation. Künstliche Befruchtungen führt er selbst nicht durch. Im Quartal I/10, wie auch in Quartalen zuvor, rechnete er die Nr. 08211 EBM (Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr) auf Behandlungsscheinen von Männern ab. Erstmals für dieses Quartal zog die Bekl. diese Gebühren bei der Honorarabrechnung ab. Im anschließenden Widerspruchsverfahren half der Widerspruchsausschuss dem Widerspruch des Kl. ab und vergütete diese Gebührenziffern nach. Im Honorarbescheid II/10 strich die Beklagte wiederum folgende Leistungen, die auf Behandlungsscheinen für Männer abgerechnet wurden: 3x 08211, 1x 01430 (Verwaltungskomplex), 1x 35110 (Verb. Intervent. bei psychosom. Krankheitsz.). Vom Honorar zog sie diesbezüglich 60,46 € ab. Das **SG** wies die Klage ab.

10. Laborkostenpauschale nach Nr. 40100 EBM

a) Rechtmäßige Einschränkung

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 18.12.2014 - L 7 KA 22/13

RID 15-02-35

Revision anhängig: B 6 KA 10/15 R

juris

SGB V §§ 82 I, 87 I 2, 106a; EBM 2008 Nr. 40100

Die Einschränkung der Abrechenbarkeit der **Nr. 40100 EBM** in der Anmerkung zur Leistungslegende ist nicht zu beanstanden. Es liegen ausreichende sachliche Gründe vor, die die Parteien der Bundesmantelverträge bewogen haben, die Abrechenbarkeit der **Kostenpauschale** auf die Fälle zu beschränken, in denen ausschließlich Leistungen des Speziallabors erbracht werden. Der abweichenden Beurteilung der SG Hannover (Urt. v. 07.08.2013 - S 61 KA 177/10 - RID 14-01-18, juris) und Dresden (Urt. v. 03.09.2013 - S 18 KA 163/11 - RID 14-04-14, juris) vermag der Senat deshalb nicht zu folgen.

Der kl. Arzt für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin wandte sich erfolglos gegen die sachlich-rechnerischen Korrekturen der vertragsärztlichen Abrechnungen in den Quartalen II-IV/09 betreffend die Streichung der Kostenpauschale nach der Nr. 40100 EBM. **SG Mainz**, Urt. v. 10.04.2013 - S 14 KA 39/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Abrechnungsausschluss ist rechtswidrig

SG Dresden, Urteil v. 27.11.2014 - S 11 KA 166/11

RID 15-02-36

Sprungrevision zugelassen, Berufung anhängig: LSG Sachsen - L 8 KA 1/15 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 106a, 82 I, 87 I 2; GG Art. 3 I, 12 I

Der Abrechnungsausschluss, mit dem die **Kostenpauschale nach Nr. 40100 EBM** in demselben Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM berechnungsfähig ist, steht mit höherrangigem Recht nicht in Einklang (Anschluss an SG Dresden, Urt. v. 03.09.2014 - S 18 KA 163/11 - RID 14-04-14, Berufung anhängig: LSG Sachsen - L 8 KA 26/14 -).

Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid für das Quartal III/10 auf, soweit die Bekl. die Leistungen der Kl., einem MVZ mit vier Fachärzten für Laboratoriumsmedizin, drei Fachärzten für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie und einem Facharzt für Immunologie, nach der Nr. 40100 EBM gestrichen hat, weil die Kostenpauschale in demselben Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM berechnungsfähig ist, und verurteilte die Bekl. insoweit, die Vergütung nachzuzahlen.

Vgl. zuletzt und anders SG Düsseldorf, Urt. v. 12.02.2014 - S 14 KA 434/10 - RID 15-01-26, Sprungrevision anhängig: B 6 KA 39/14 R.

11. Bindungswirkung des Richtigstellungsbescheides bei begrenzter Widerspruchsbegründung

LSG Hamburg, Urteil v. 25.02.2015 - L 5 KA 33/11

RID 15-02-37

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 27/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106a; BMV-Ä § 45 II 1; EKV-Ä § 34 IV 2

Parallelverfahren zu LSG Hamburg, Urt. v. 25.02.2015 - L 5 KA 32/11 - RID 15-02 bzgl. Nr. 01100 und 01101 EBM 2005 sowie LSG Hamburg, Urt. v. 25.02.2015 - L 5 KA 30/11 - RID 15-02 bzgl. Nr. 03005 EBM 2005.

Einer Klage gegen eine sachlich-rechnerische Richtigstellung steht die **Bindungswirkung** des **Richtigstellungsbescheides** (§ 77 SGG) entgegen, wenn der Kl. in seiner auf ausdrückliche Bitte der Bekl. vorgelegten Widerspruchsbegründung nicht auf diese Leistung (hier: Nr. 03351 EBM 2005) und damit auch nicht auf die diesen Richtigstellungen zugrundeliegenden Behandlungsfälle Bezug genommen hat.

SG Hamburg, Urt. v. 13.04.2011 - S 3 KA 381/09 - hob den Richtigstellungsbescheid für das Quartal IV/06. insoweit auf, als dort 14 Leistungen nach Nr. 01821 EBM 2005 von der Abrechnung ausgenommen worden waren, und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** wies die Berufung des Kl. zurück.

12. MKG-Chirurgen: Verstoß gegen Splittingverbot

LSG Hessen, Urteil v. 25.02.2015 - L 4 KA 30/14

RID 15-02-38

Revision anhängig: B 6 KA 16/15 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Es bestehen keine Bedenken hinsichtlich der **Rechtmäßigkeit** der Vorschriften über das sog. **Splittingverbot** nach Nr. 4 Allg. Best. EBM.

Das Splittingverbot findet auch in der Konstellation, nach der ein doppelt zugelassener **MKG-Chirurg** an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer Einzelpraxis und an der zahnärztlichen Versorgung im Rahmen einer **Berufsausübungsgemeinschaft** (BAG) mit anderen Vertragszahnärzten teilnimmt, Anwendung. Es liegt ein **einheitlicher Behandlungsfall** bei allen Leistungen des MKG-Chirurgen vor, auch in Bezug auf die von der BAG gegenüber der KZV abgerechneten Leistungen. Es ist unerheblich, ob die bei der KZV abgerechneten Leistungen vom MKG-Chirurgen selbst oder einem anderen Mitglied der BAG erbracht werden, in jedem Fall ist MKG-Chirurg rechtlich in das Leistungsgeschehen und das Abrechnungsverhalten der BAG eingebunden. Der Begriff des „einheitlichen Behandlungsfalles“ i.S. von Ziff. 6.3 Allg. Best. EBM ist nach Sinn und Zweck dieser Vorschrift (wie auch nach dem objektivierten Willen der Vertragsschließenden als untergesetzliche Normgeber) auf die Person des doppelt zugelassenen Vertrags(zahn)arztes und dessen Leistungs- und Abrechnungsverhalten zu beziehen.

Es ist nicht zu beanstanden, wenn der Teil der Abrechnung mit dem monetären Schwerpunkt vergütet, der übrige Teil von KV bzw. KZV **sachlich-rechnerisch berichtigt** wird. Zwischen KV und KZV wechselseitige sachlich-rechnerische Berichtigungen, die zu einem Verlust aller gesplittet angeforderten Honorare führen würden, wären wohl unverhältnismäßig.

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Honorarabrechnung für 292 Behandlungsfälle im Quartal III/09 und für 288 Behandlungsfälle im Quartal IV/09 wegen des sog. Splittingverbots in Höhe von insgesamt 35.344,76 € bzw. 32.302,24 €, insgesamt in Höhe von 67.647,00 €. **SG Marburg**, Urt. v. 02.04.2014 - S 12 KA 609/13 - RID 14-02-29 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zur Berichtigung durch die KZV s. LSG Hessen, Urt. v. 25.02.2015 - L 4 KA 42/14 - RID 15-02 (diese Ausgabe).

13. Zahnärzte

a) Behandlung ohne Vorlage der Krankenversichertenkarte

SG Düsseldorf, Urteil v. 06.08.2014 - S 2 KA 19/14

RID 15-02-39

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a

Nach § 8 I BMV-Z und § 12 I EKV-Z weist der Berechtigte seinen Anspruch auf vertragszahnärztliche Versorgung durch **Vorlage der Krankenversichertenkarte** nach. Der Versicherte ist grundsätzlich verpflichtet, bei jedem Zahnarztbesuch die Krankenversichertenkarte vorzulegen (Ziffer 1.1 der Anlage 6 zum BMV-Z/EKV-Z). Ist dies nicht geschehen, können die Leistungen abgesetzt werden.

Das SG wies die Klage der Zahnärztin gegen die Berichtigung der KCH-Abrechnungen der Quartale I/07 bis IV/09 in Höhe von insgesamt 24.012 € ab.

b) MKG-Chirurgen: Verstoß gegen Splittingverbot

LSG Hessen, Urteil v. 25.02.2015 - L 4 KA 42/14

RID 15-02-40

Revision anhängig: B 6 KA 17/15 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Es bestehen keine Bedenken hinsichtlich der **Rechtmäßigkeit** der Vorschriften über das sog. **Splittingverbot** nach Nr. 4 Allg. Best. BEMA.

Das Splittingverbot findet auch in der Konstellation, nach der ein doppelt zugelassener **MKG-Chirurg** an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer Einzelpraxis und an der zahnärztlichen Versorgung im Rahmen einer **Berufsausübungsgemeinschaft** (BAG) mit anderen Vertragszahnärzten teilnimmt, Anwendung. Es liegt ein **einheitlicher Behandlungsfall** bei allen Leistungen der BAG vor, auch in Bezug auf die vom MKG-Chirurgen gegenüber der KV abgerechneten Leistungen. Der Begriff des „einheitlichen Behandlungsfalles“ i.S. von Nr. 4 Allg. Best. BEMA ist (ebs. wie in Ziff. 6.3 Allg. Best. EBM) nach Sinn und Zweck dieser Vorschrift (wie auch nach dem objektivierten Willen der Vertragsschließenden als untergesetzliche Normgeber) auf die Person des doppelt zugelassenen Vertrags(zahn)arztes und dessen Leistungs- und Abrechnungsverhalten zu beziehen.

Es ist nicht zu beanstanden, wenn der Teil Abrechnung mit dem monetären Schwerpunkt der Abrechnungen vergütet, der übrige Teil von KV bzw. KZV **sachlich-rechnerisch berichtigt** wird. Zwischen KV und KZV wechselseitige sachlich-rechnerische Berichtigungen, die zu einem Verlust aller gesplittet angeforderten Honorare führen würden, wären wohl unverhältnismäßig.

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Berichtigung der KCH-Abrechnung in neun Behandlungsfällen für das Quartal III/09 und in 37 Behandlungsfällen für das Quartal IV/09 wegen des sog. Splittingverbots in Höhe von insgesamt 3.517,55 € und 2.034,37 €, zusammen von 5.551,92 €. Die Kl. ist eine Gemeinschaftspraxis mit drei zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Zahnärzten, von denen einer zudem als Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zugleich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Das **SG Marburg**, Urt. v. 07.05.2014 - S 12 KA 438/13, S 12 KA 612/13 - RID 14-02-36 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zur Berichtigung durch die KV s. LSG Hessen, Urt. v. 25.02.2015 - L 4 KA 30/14 - RID 15-02 (diese Ausgabe).

14. Einhaltung der Grenzen einer Notfall-Erstversorgung: Einzelfallprüfung/Nachholung des Vortrags

SG Marburg, Urteil v. 18.03.2015 - S 12 KA 616/14

RID 15-02-41

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 20/15 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 106a, 115a; SGB § 131 V

Leitsatz: 1. Eine sachlich-rechnerische Prüfung zur Einhaltung der **Grenzen einer Notfall-Erstversorgung** beruht auf einer **Einzelfallprüfung**. Die generelle Absetzung aller Laborleistungen

der Notfallambulanz eines Krankenhauses unter Hinweis auf eine fehlende Berechnungsfähigkeit ist unzulässig, da ein allgemeiner Leistungsausschluss von Laborleistungen im Rahmen einer Notfallbehandlung nicht besteht. In diesen Fällen kann ein Bescheid nach § 131 Abs. 5 SGG aufgehoben werden.

2. Auch ein **Tatsachenvortrag** zur Notwendigkeit der Laborleistungen im Rahmen einer Notfall-Erstversorgung kann noch **im gerichtlichen Verfahren** erfolgen (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 20.03.2013 - L 4 KA 60/10 - juris Rdnr. 32; nicht eindeutig BSG, Urt. v. 12.12.2012 - B 6 KA 5/12 R - SozR 4-2500 § 115 Nr. 1 = KHE 2012/149 = MedR 2013, 555 = USK 2012-125 = GesR 2014, 35 = Breith 2013, 567, juris, Rdnr. 17).

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Berichtigung in den 13 Quartalen I/09 bis I/13 in Höhe von insgesamt 274.319,15 € netto wegen der Absetzung von im Rahmen von Notfallbehandlungen erbrachter Laborleistungen des Kapitels 32 EBM. Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid auf und wies die Klage im Übrigen zurück.

III. Genehmigung/Notdienst

Nach BSG, Urt. v. 11.02.2015 - **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. Im Sonderfall der Genehmigung eines weiteren Standortes für die Erbringung von Dialyseleistungen wird durch die durchzuführende **Bedarfsprüfung** mit der Vorgabe in den Bundesmantelverträgen, nach der die Zweigpraxis jedenfalls im Grundsatz nicht in der Versorgungsregion einer anderen Praxis liegen darf, **Drittschutz** für denjenigen vermittelt, der bei der Ermittlung des Bedarfs zu berücksichtigen ist.

1. Weichstrahl- und Orthovolttherapie für Radiologen fachfremd (Nr. 25310 u. 25340 EBM)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.05.2014 - L 11 KA 36/11

RID 15-02-42

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 13/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Heilberufsg NRW § 41 I; StrahlentherapieVb

Die Bindung des Arztes an die **Grenzen des Fachgebietes**, für das er zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, ist auch bei der Erteilung von Genehmigungen nach § 2 StrahlentherapieVb zu beachten (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.11.2006 - L 5 KA 1894/05 - juris). Nach dem für das Gebiet **Radiologie** maßgeblichen Weiterbildungsinhalt gehören die strahlentherapeutischen Leistungen der **Weichstrahl- und Orthovolttherapie** nicht zum Fachgebiet der Radiologie. Für einen Facharzt für Diagnostische Radiologie sind Leistungen nach Nr. 25310 und 25340 EBM fachfremd.

Die **Fachgebietsumgrenzungen** können weder durch besondere persönliche Qualifikationen, durch Sondergenehmigungen der KVen zur Erbringung und Abrechnung weitere Leistungen noch durch berufsrechtliche Berechtigungen zur Führung von Zusatzbezeichnungen erweitert werden (vgl. BSG Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 32/03 R - BSGE 93, 170 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 8; Beschl. v. 08.09.2004 - B 6 KA 39/04 B - juris).

BVerfG, Kammerbeschl. vom 01.02.2011 - 1 BvR 2383/10 - BVerfGK 18, 345 hält Einschränkungen im **vertragsärztlichen Bereich** ausdrücklich weiterhin für zulässig. Die strikte fachgebietsbezogene Vergütungssystematik insbesondere seit dem EBM 2005 gilt daher weiterhin.

Der Kl., seit 1993 als Facharzt für Diagnostische Radiologie zugelassen und in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig, beantragte erfolglos die Genehmigung zur Abrechnung der Weichstrahl-/Orthovolttherapie nach den Nr. 25310 (Weichstrahl- oder Orthovolttherapie) und 25340 EBM (Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung ohne Rechnerunterstützung und individuelle Dosisplanung). **SG Düsseldorf**, Urt. v. 23.02.2011 - S 14 KA 232/09 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Approbation ist Voraussetzung für zahnärztlichen Vorbereitungsassistenten

LSG Bayern, Beschluss v. 26.02.2015 - L 12 KA 5036/14 B ER

RID 15-02-43

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Zahnärzte-ZV § 32 II 1; ZHG § 12; SGG § 86b II

Die nach § 32 II 1 Zahnärzte-ZV für die Beschäftigung eines **Vorbereitungsassistenten** notwendige Genehmigung setzt eine **Approbation** des Vorbereitungsassistenten i.S.d. § 2 ZHG voraus. Eine

Erlaubnis nach § 13 ZHG genügt nicht. Dies ergibt eine Auslegung der Vorschriften der Zahnärzte-ZV unter Berücksichtigung des Willens des Gesetzgebers und des systematischen Zusammenhangs. Aus § 4 II Buchst. c Zahnärzte-ZV ergibt sich bereits ein Hinweis darauf, dass die zahnärztliche Tätigkeit als Vorbereitungsassistent nach der Approbation liegen muss. Außerdem ist die Tätigkeit als Vorbereitungsassistent eine kumulative, nur für den Bereich der Tätigkeit als Vertragszahnarzt erforderliche Voraussetzung für die Eintragung ins Zahnarztregister und damit für die Tätigkeit als Vertragszahnarzt, die zum Erfordernis der Approbation i.S.d. § 2 ZHG hinzutritt. Im **Gesetzgebungsverfahren zum VÄndG** wurde der Vorschlag zur Ergänzung des § 32 II 1 Zahnärzte-ZV („für die Beschäftigung genügt es, dass die Assistenten Inhaber einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde gemäß § 13 ZHG sind.“, BR-Drucks 353/1/06, S. 15 ff.) abgelehnt. LSG Hessen, Beschl. v. 14.07.2005 - L 4 KA 21/05 ER - RID 05-03-26 kann vor diesem Hintergrund keine Geltung mehr beanspruchen.

SG München, Beschl. v. 02.06.2014 - S 43 KA 5085/14 ER - lehnte den Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

3. Notdienst

a) MKG-Chirurg u. Belegarzt: Befreiung und Berücksichtigung der Einnahmen als Zahnarzt

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 18.12.2014 - L 7 KA 24/14

RID 15-02-44

Revision anhängig: B 6 KA 7/15 R

juris

SGB V § 75 I 2

Eine Satzungsbestimmung, nach der eine Freistellung von der Verpflichtung zur Teilnahme am **(vertragsärztlichen) Bereitschaftsdienst** davon abhängig gemacht wird, ob dem Vertragsarzt aufgrund seines **Honorarumsatzes** nicht mehr zugemutet werden kann, den Bereitschaftsdienst auf eigene Kosten von einem Vertreter wahrnehmen zu lassen, ist rechtlich nicht zu beanstanden (vgl. auch BSG, Urt. v. 11.06.1986 - 6 RKa 5/85 - MedR 1987, 122, juris Rn. 13; SG Marburg, Urt. v. 29.01.2014 - S 12 KA 12/13 - juris, RID 14-01-27). Der dabei zu berücksichtigende Honorarumsatz umfasst auch das Honorar eines **MKG-Chirurgen** aus seiner **vertragszahnärztlichen Tätigkeit**.

Die Tätigkeit als **Belegarzt** ist freiwillig und darf grundsätzlich nicht zu einer Beschränkung der vertragsärztlichen Pflichten führen (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.07.2012 - L 3 KA 77/11 - juris Rn. 19 m.w.N., RID 13-01-32).

Der Kl. nimmt als Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Gleichzeitig ist er als Belegarzt der Abteilung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie des D-Krankenhauses tätig. Zudem nimmt er als Zahnarzt an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil. Von der Teilnahme am vertragszahnärztlichen Notdienst ist er befreit. Er beantragte erfolglos die Befreiung von der Pflicht zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst. Zur Begründung führte er aus, dass er die Belegabteilung alleine betreibe und für ihn somit keine Möglichkeit bestehe, gleichzeitig in Präsenz oder Rufbereitschaft für die Beklagte und in entsprechender Erreichbarkeit für seine Belegabteilung tätig zu sein. Die Honorare aus seiner vertragsärztlichen Tätigkeit seien so gering, dass auch eine Ausgleichszahlung für ihn wirtschaftlich keinen Sinn machen würde. Seine Einnahmen liegen unter dem Durchschnitt der Fachgruppe (Quartal I-IV/11: 7.704,55 €, 5.921,05 €, 11.935,55 €, 7.718,97 €). Der Kl. lehnte es ab, Angaben über die vertragszahnärztlichen Einnahmen zu machen. **SG Mainz**, Urt. v. 16.07.2014 - S 16 KA 310/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Zweigpraxis verpflichtet nicht zu weiteren Notdiensten

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.11.2014 - L 5 KA 3306/12

RID 15-02-45

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 75 I 2, 95 III; Ärzte-ZV § 24 III; NDO Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg

Für den **Umfang der Heranziehung zum Notfalldienst** ist der sich aus der Zulassung ergebende Umfang des Versorgungsauftrags grundsätzlich maßgebend. Es würde der aus Art. 3 GG folgenden Verpflichtung, alle Ärzte gleichmäßig zum Bereitschaftsdienst heranzuziehen, widersprechen, wenn Praxen mit halbem Versorgungsauftrag und Praxen mit vollem Versorgungsauftrag in gleicher Weise zum Notfalldienst herangezogen würden.

Vertragszahnärzte mit einer **Zweigpraxis** können nicht in doppeltem Umfang zum Notdienst herangezogen werden, sondern nur anteilig am Haupt- und Nebensitz. Die **Genehmigung der Zweigpraxis** verdoppelt die Zulassung nicht und stellt sich auch nicht als weitere Zulassung dar.

Die drei Kl. sind zur vertragszahnärztlichen Versorgung in Ö. zugelassen und bilden dort zusammen mit einem weiteren Kollegen eine Berufsausübungsgemeinschaft. Darüber hinaus betreiben sie im etwa 16 km (ca. 20 Autominuten) entfernten K. eine Zweigpraxis. Die Bekl. hatte die entsprechende Genehmigung für die Praxis mit der Auflage erteilt, dass die vertragszahnärztliche Tätigkeit am Stammsitz in Ö. zu 2/3 der jeweiligen bisherigen Sprechzeiten aufrechtzuerhalten sei, um sicherzustellen, dass die ordnungsgemäße Versorgung am Ort des Vertragszahnarztsitzes in Ö. nicht beeinträchtigt werde. Ö. und K. liegen innerhalb eines Notfalldienstbereichs (H.). Der eingeteilte Arzt übernimmt am Ort seiner Praxis den Notfalldienst für den ganzen Notfalldienstbereich. Je nach Lage der Praxis müssen Patienten z. B. von Ö. nach K. oder von K. nach Ö. fahren. Bei der **Einteilung zum Notfalldienst** werden die Kl. sowohl wegen des Vertragszahnarztsitzes in Ö. als auch wegen der Zweigpraxis in K. vollumfänglich innerhalb des für den gesamten Bezirk einheitlichen Notfalldienstes, mithin also **in doppeltem Umfang**, berücksichtigt. Statt als drei Zahnärzte werden sie wie sechs Zahnärzte im Turnus der Einteilung herangezogen. Dies führt dazu, dass in gleichem Umfang wie für die Hauptpraxis in Ö. (1-2 Notdienste pro Jahr) durch die Kl. auch jeweils an ein bis zwei weiteren Terminen zusätzlich Notdienst wegen der Zweigpraxis in K. zu leisten ist. **SG Stuttgart**, Urt. v. 21.06.2012 - S 10 KA 944/11 - wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete die Bekl., die Kl. bzgl. ihrer Zweigpraxis in K. nicht zusätzlich zum zahnärztlichen Notfalldienst heranzuziehen.

c) Teilnahmepflicht eines ermächtigten Krankenhausarztes

SG Marburg, Urteil v. 25.02.2015 - S 11 KA 11/15

RID 15-02-46

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 18/15 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 75 I 2, 77 III, 81 I 1 Nr. 10, 95 III, IV

Leitsatz: Eine Satzungsbestimmung, wonach **ermächtigte Krankenhausärzte** zu 0,25 eines Versorgungsauftrages am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen, ist rechtmäßig. Dies folgt aus der gesetzgeberischen Anordnung in § 95 Abs. 3 und 4 SGB V, welche den ermächtigten Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet.

Zwischen den Beteiligten ist die grundsätzliche Teilnahmepflicht eines ermächtigten Krankenhausarztes am ärztlichen Bereitschaftsdienst streitig. Das **SG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

SG Marburg, Urteil v. 25.02.2015 - S 11 KA 12/15

RID 15-02-47

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 19/15 -

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Arzneikostenregress

a) Arzneimittelverordnung während des stationären Aufenthaltes eines Patienten

SG Hannover, Urteil v. 17.09.2014 - S 71 KA 193/11

RID 15-02-48

juris

SGB V § 106

Grundsätzlich verursachen **Arzneimittelverordnungen**, die ein Vertragsarzt **während des stationären Aufenthaltes eines Patienten** tätigt, einen **Schaden** auf Seiten der Krankenkasse (BSG, Urt. v. 29.06.2011 - B 6 KA 16/10 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 31, juris Rn. 13 f.). Die Regresspflicht des Vertragsarztes ist aber nur gegeben, sofern ihm ein schuldhaftes Handeln vorgeworfen werden kann und soweit für die Krankenkasse durch das Entstehen zusätzlicher Kosten tatsächlich ein Schaden entstanden ist.

§ 41 VIII BMV-Ä regelt, dass die Verordnung u.a. von Arzneimitteln „für die stationäre Behandlung“ unzulässig ist. Hieran fehlt es, wenn der Arzt **vom Krankenhausaufenthalt nichts gewusst hat** und es sich um eine notwendige Folgeverordnung im Rahmen einer Dauermedikation handelt. Jedenfalls angesichts der gesteigerten Notwendigkeit der regelmäßigen Medikamenteneinnahme und der Tatsache, dass die Rezeptanforderung durch den Ehegatten bei diesem Patienten nicht unüblich sind,

kann die **unterbliebene Nachfrage** der Ärzte nach einem Krankenhausaufenthalt bei einer Dauermedikation eines HIV-Präparates kein **Verschulden** begründen.

Grundsätzlich gilt in Regressfällen der **normative Schadensbegriff**. Im Falle eines Arzneimittelregresses wegen der Verordnung während eines stationären Aufenthaltes folgt aber bereits aus den gesetzlichen Vorgaben, dass der Verordnungsausschluss nur für die Arzneimittel gilt, die für die Behandlung im Krankenhaus notwendig sind (§ 39 I 3 SGB V, § 2 I 1 KHEntgG). Ein Verordnungsausschluss besteht also nicht allein deswegen, weil eine Verordnung lediglich zeitlich mit einer stationären Behandlung des Patienten zusammenfällt. Ein Schaden kann also nur dann angenommen werden, wenn das Arzneimittel für die **Einnahme während der Zeit des Krankenhausaufenthaltes bestimmt** war und in dieser Zeit auch verbraucht wurde. Ein Verordnungsausschluss liegt demgegenüber nicht für diejenigen Verordnungen vor, die nicht für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind (BSG, Urt. v. 29.06.2011. aaO., Rn. 14). Jedenfalls solche Medikamente sind nicht für die Versorgung im Krankenhaus notwendig, die der Patient gerade **nicht während des stationären Aufenthaltes verbraucht**. Kommt ein Krankenhaus seiner Verpflichtung, auch die Arzneimittelversorgung zu übernehmen, nicht nach oder fordert es den Patienten gar auf, seine vom Vertragsarzt verordneten Medikamente mitzubringen - etwa weil diese so selten und teuer sind - so liegt darin ein schwerwiegender Pflichtverstoß. Die Kammer neigt zu der Auffassung, dass die **Beweislast** für den Nichteintritt des Schadens nicht beim Vertragsarzt liegen darf.

Das **SG** hob den Arzneimittelregress in Höhe von 804,46 € wegen einer Arzneimittelverordnung, die während eines stationären Aufenthaltes des Patienten erfolgte, auf.

b) Off-Label-Use: Immunglobuline Octagam und Flebogamma

LSG Bayern, Urteil v. 12.11.2014 - L 12 KA 17/12

RID 15-02-49

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 34/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Die Verordnung der **Immunglobuline Octagam und Flebogamma** (Quartale IV/00 bis II/01) kann zu einem Arzneikostenregress führen, wenn aufgrund **unzureichender Angaben** des Arztes die zusätzliche Immunglobulintherapie nicht als erforderlich angesehen werden kann.

SG München, Gerichtsbb. v. 11.01.2012 - S 38 KA 950/08 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Keine Verordnungsfähigkeit von LeukoNorm mit fiktiver Zulassung

LSG Hamburg, Urteil v. 16.02.2015 - L 5 KA 44/13

RID 15-02-50

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 18/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Das Arzneimittel **LeukoNorm** kann nicht zulasten der Krankenkassen verordnet werden, da es im Jahr 2005 nur eine **fiktive Zulassung** besaß (Anschluss an LSG Hamburg, Urt. v. 24.03.2011 - L 1 KA 21/07 - RID 11-02-61).

Der Prüfungsausschuss setzte wegen Überschreitens des Richtgrößenvolumens für Arzneimittel einen Regress in Höhe von 69.316 € fest. Der Bkl. reduzierte den Regress auf 59.587,83 € wegen der Verordnung von LeukoNorm bei 13 Patienten. **SG Hamburg** wies die Klage des Facharztes für Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Infektiologie ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Hamburg, Beschluss v. 16.02.2015 - L 5 KA 45/13

RID 15-02-51

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 19/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

d) Sprechstundenbedarf/Katheter: Berücksichtigung besonderer Patienten mit Mehrbedarf

SG Dortmund, Urteil v. 22.01.2014 - S 9 KA 190/11

RID 15-02-52

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = MedR 2015, 72
SGB V § 106; SGB X § 20

Ein **Sprechstundenbedarfsregress** kann nicht allein auf die Anzahl der bezogenen Mittel (hier: Katheter) im Verhältnis zur Anzahl der abgerechneten Leistungen (hier: Nr. 02323 EBM) gestützt werden, wenn der Vertragsarzt bereits im Widerspruchsverfahren **Angaben zu besonderen Patienten** und damit zu den behandelten Krankheiten, die einen Mehrbedarf (hier: wegen der Schwierigkeiten der sicheren Befestigung) hervorrufen, gemacht hat.

Es ist eine allgemein bekannte Tatsache, dass z.B. bei Patientinnen mit schweren Beinkontrakturen, wie sie in Pflegeheimen gehäuft vorkommen, eine korrekte Darstellung der Harnröhrenmündung oft nicht möglich ist, so dass eine **korrekte Positionierung des Dauerkatheters** oft erst im zweiten oder dritten Versuch gelingt und die zuvor eingesetzten Katheter aus Hygienegründen nicht wieder verwandt werden dürfen.

Das SG gab der Klage des Urologen gegen einen Sprechstundenbedarfsregress in Höhe von 2.406,12 € statt.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 11.02.2015 - **B 6 KA 11/14 R** - können einem (Zahn-)Arzt auch zwei Zulassungen mit jeweils hälftigem Versorgungsauftrag für zwei Vertragsarztsitze, auch im Bezirk von zwei K(Z)Ven, erteilt werden. Nach BSG, Urt. v. 10.12.2014 - **B 6 KA 49/13 R** - kann einem **Kinderarzt** die **Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung** nicht für Leistungen eröffnet werden, für die er nicht die erforderliche **formale Qualifikation** zur Abrechnung (hier: in Gestalt der Schwerpunktbezeichnung **Neuropädiatrie**) verfügt; eine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung kann Anforderungen, die der EBM an die formale Qualifikation des Arztes stellt, nicht überspielen.

1. Zulassung

a) Sofortvollzug: Unzureichende Auseinandersetzung mit Versorgungssituation im Planungsbereich

LSG Bayern, Beschluss v. 28.01.2015 - L 12 KA 135/14 B ER

RID 15-02-53

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§95, 103 III; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Leitsatz: Eine nach summarischer Prüfung nicht ausreichende Auseinandersetzung der Zulassungsgremien mit der **Versorgungssituation im Planungsbereich** steht der Anordnung des Sofortvollzuges einer statusrechtlichen Entscheidung in vertragsärztlichen Zulassungssachen entgegen.

Der Ast. wurde nach Entsperrung des Planungsbereichs für einen Orthopädensitz zugelassen, wogegen die unterlegene Bewerberin Klage erhob. **SG München**, Beschl. v. 09.07.2014 - S 20 KA 904/14 ER - wies den Antrag auf Anordnung der sofortigen Vollziehung der Entscheidung des Ag. ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

b) Hälfte Teilzulassungen als Hausarzt und als Facharzt

SG Dortmund, Urteil v. 24.09.2014 - S 16 KA 315/11

RID 15-02-54

juris
SGB V §§ 73 I, Ia 1 Nr. 1, 82 I, 95 III 1; Ärzte-ZV § 19a

Ein Arzt kann **zwei hälftige Teilzulassungen** erhalten. Er kann mit jeweils hälftigem Versorgungsauftrag als **Hausarzt** (Facharzt für Allgemeinmedizin) und als **Chirurg/Facharzt** zugelassen sein.

Der Kl. ist seit 1999 **Facharzt für Chirurgie** und seit 2001 auch **Facharzt für Allgemeinmedizin** und hat die Zusatzbezeichnung Chirotherapie. Seit Juli 2001 nimmt er in einer hausärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft als Allgemeinmediziner an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Der Bekl. bzw. die Beigel. zu 7) hatten ihn wegen der schlechten chirurgischen Versorgung vor Ort gemäß § 73 Ia 3 SGB V befristet berechtigt, spezifische fachärztliche Leistungen (insbesondere teiltradiologische Leistungen und

ambulante Operationen) zu erbringen. Sein Antrag, ihn als Facharzt für Chirurgie - unter Reduzierung des hausärztlichen Versorgungsauftrags auf die Hälfte - im Wege einer Sonderbedarfsfeststellung gemäß § 26 i.V.m. § 24a BedarfsplRL zur fachärztlichen Versorgung mit hälftigem Versorgungsauftrag nach § 19a II Ärzte-ZV zuzulassen, blieb erfolglos. Das **SG** verurteilte den Bekl. zur Neubescheidung.

c) Ausschreibung für eine Praxisnachfolge: Bewerbungsfrist als Ausschlussfrist

LSG Bayern, Urteil v. 11.03.2015 - L 12 KA 68/14
SGB V § 103 IV

RID 15-02-55

Eine in einer **Ausschreibung für eine Praxisnachfolge** gesetzte behördliche **Frist** ist eine **Ausschlussfrist** (vgl. BSG, Urt. v. 19.10.2011 - B 6 KA 20/11 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 10; Aufgabe von LSG Bayern, Urt. v. 23.04.2008 - L 12 KA 443/07 - RID 08-04-51). Eine kürzere Frist als sechs bis acht Wochen ist ausreichend (hier: vier Wochen).

Wird der Bescheid über eine Praxisnachfolge an einen Mitbewerber nicht bekanntgegeben, so gilt für den **Widerspruch** die **Jahresfrist** nach § 66 II SGG (vgl. BSG, Urt. v. 18.10.2012 - B 6 KA 40/11 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 27).

SG München, Urt. v. 28.03.2014 - S 38 KA 848/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Anordnung der sofortigen Vollziehung nach einer Auswahlentscheidung

LSG Thüringen, Beschluss v. 12.02.2015 - L 11 KA 1626/14 B ER
juris
SGB V §§ 95, 103 III; SGG § 86b I 1 Nr. 2

RID 15-02-56

Ein Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gegen eine Entscheidung des Berufungsausschusses ist bereits mit **Bekanntgabe des Beschlusstextes** zulässig.

Der **Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung** der Klage gegen eine **Auswahlentscheidung** bei mehreren Bewerbern für einen einzigen Vertragsarztsitz ist **zulässig**, auch wenn der unterlegene Bewerber eine Zulassung in diesem Verfahren nicht erreichen und die Entscheidung des Berufungsausschusses im Klageverfahren revidiert werden kann, da eine vorläufige Tätigkeit des begünstigten Bewerbers möglicherweise doch vom Berufungsausschuss berücksichtigt wird. Wenn also auch keine Rechtsverletzung aus Rechtsgründen droht, so doch die Gefahr einer **faktischen Rechtsverletzung**. Dieser faktische Nachteil begründet das nötige Rechtsschutzinteresse. Ein zunächst zugelassener Bewerber, dessen **Zulassung im Klageverfahren aufgehoben** wird, kann sich nach Rechtskraft der Entscheidung nicht mehr auf seine zurückliegende Zulassung berufen. Diese ist durch die Rechtskraft der Entscheidung entfallen.

Eine **Vollzugsanordnung** ist rechtswidrig, wenn sie auf falschen rechtlichen Erwägungen beruht und darüber hinaus keine Ausführungen zu einem überwiegenden öffentlichen Interesse und/oder einem Interesse Begünstigten an der sofortigen Vollziehung enthält. Die Begründung des Sofortvollzugs allein mit der Notwendigkeit einer lückenlosen Regelung für die Beteiligten ist unzureichend.

Die Beteiligten streiten in der Hauptsache über die Besetzung eines Vertragsarztsitzes auf dem Fachgebiet der Orthopädie nach Öffnung für einen Sitz. Zugelassen wurde der Bf., abgelehnt die Beigel zu 8). Deren Klage wies SG Gotha, Urt. v. 11.01.2012 ab, auf ihre Berufung gab das LSG mit Urt. v. 05.12.2013 - L 11 KA 608/12 - ihrer Klage weitgehend statt. BSG, Beschl. v. 02.07.2014 - B 6 KA 15/14 B - RID 14-04-79 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück. Daraufhin ließ der Ag. die Beigel. zu 8) zu und ordnete die sofortige Vollziehung an. **SG Gotha**, Beschl. v. 22.12.2014 wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage zurück, das **LSG** stellte die aufschiebende Wirkung der Klage wieder her. Den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen die Nr. 1 des Beschlusses (Aufhebung der früheren Zulassung des Bf. zur vertragsärztlichen Tätigkeit) wies es zurück.

3. Einbringung einer Facharztstelle in MVZ: Anstellung für Zweigpraxis (Konkurrentenwiderspruch)

SG Dresden, Beschluss v. 28.01.2015 - S 18 KA 253/14 ER

RID 15-02-57

juris

SGB V § 103 IVa; SGG § 86b I 1

Eine **Genehmigung zur Anstellung einer Fachärztin** für Frauenheilkunde und Geburtshilfe greift nicht in **Rechte eines bereits zugelassenen Vertragsarztes** ein. Ist die Erteilung der Anstellungsgenehmigung mit der **Einbringung einer Facharztstelle** aus freier Niederlassung **in ein MVZ zur Anstellung** verbunden, hat das MVZ nach § 103 IVa 1 SGB V einen Anspruch auf die Anstellungsgenehmigung, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Soweit LSG Bayern, Urt. v. 16.01.2013 - L 12 KA 77/12 - RID 13-03-49 die Kombination aus beiden zulässigen Gestaltungsmöglichkeiten - Anstellung nach § 103 IVa 1 SGB V in einer Zweigpraxis in einem anderen Planungsbereich als dem, in dem das MVZ seinen Sitz hat - für unzulässig gehalten hat, ist dem jedenfalls für die Konstellation, bei der die Anstellung im selben Planungsbereich erfolgt, in dem die Vertragsärztin zuvor ihren Praxissitz hatte und der Übergang der Zulassung in die Anstellung bedarfsplanerisch neutral ist, nicht zu folgen.

Der **Widerspruch** eines bereits zugelassenen Vertragsarztes gegen eine **Zweigstellengenehmigung** ist offensichtlich unzulässig und ist deshalb keiner aufschiebenden Wirkung zugänglich (BSG, Urt. v. 28.10.2009 - B 6 KA 42/08 B - RID 10-01-103).

Das **SG** stellte vorläufig fest, dass der Widerspruch des Beigel. gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses und der Widerspruch des Beigel. gegen den Bescheid der Ag. keine aufschiebende Wirkung haben.

4. Keine Befristung der Genehmigung einer Zweigpraxis

SG München, Urteil v. 27.02.2015 - S 28 KA 295/14

RID 15-02-58

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Ärzte-ZV § 24; SGB X § 32 I

Die **Genehmigung einer Zweigpraxis** kann nicht **befristet** werden. § 32 I 2. Alt. SGB X kann nicht dahingehend ausgelegt werden, dass ein Verwaltungsakt mit einer Nebenbestimmung versehen werden kann, um den **künftigen Fortbestand** seiner **gesetzlichen Voraussetzungen** sicherzustellen. Der Auffassung, bei Verwaltungsakten mit Dauerwirkung komme eine Befristung in Betracht, wenn entweder von der Eigenart des Verwaltungsaktes her typischerweise damit zu rechnen sei, dass dessen Voraussetzungen nach einer gewissen Zeit wieder entfallen könnten, oder wenn im konkreten Einzelfall greifbare Anhaltspunkte befürchten ließen, die Voraussetzungen könnten möglicherweise wieder wegfallen, ist nicht zu folgen (vgl. BSG, Urt. v. 02.04.2014 - B 6 KA 15/13 R - SozR 4-1300 § 47 Nr. 1 = GesR 2014, Nr. 11, 678, juris Rn. 19).

Der Kl. ist seit 1995 als Internist mit Schwerpunkt Endokrinologie in C-Stadt (Bezirk der KV Baden-Württemberg) in einer Gemeinschaftspraxis zugelassen. Seinen **Antrag** auf Ermächtigung zur Aufnahme einer weiteren vertragsärztlichen Tätigkeit im Rahmen einer Filiale im Bezirk der beigel. KV Bayern, in der er Leistungen auf dem Gebiet der Endokrinologie sowie Laborleistungen erbringen wollte, lehnte der **Zulassungsausschuss** ab, der **Bekl.** genehmigte die Filiale unter Aufführung der umfassten Leistungen auf dem Gebiet der Endokrinologie und befristet bis zum 31.12.2015. Das **SG** gab der Klage statt und hob die Befristung der Ermächtigung auf.

5. Job-Sharing und Erhöhung des Punktzahlvolumens: Außergewöhnliche Entwicklungen

SG Düsseldorf, Urteil v. 18.03.2015 - S 2 KA 132/13

RID 15-02-59

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 101 I; BedarfspIRL a.F. § 23c S. 7; SGB X § 44 II

Ist bei Beginn eines Job-Sharings wegen einer fünfwöchigen „Auszeit“ ein geringerer Abrechnungsumfang in den Aufsatzquartalen bei **Anerkennung der Gesamtpunktzahlvolumina**

gegenüber dem Zulassungsausschuss bekannt gewesen, so stellt dies keinen Grund für eine Erhöhung dar.

Außergewöhnliche Entwicklungen im Vorjahr, wie z.B. Krankheit eines Arztes, bleiben nach § 23c S. 7 BedarfsplRL a.F. (jetzt: § 42 I 7 BedarfsplRL) außer Betracht. Solche außergewöhnlichen Umstände liegen nicht darin, dass die Praxisinhaberin für die Dauer von fünf Wochen im Bemessungszeitraum nach Tansania gereist ist, um ihre an Schwangerschaftsdepression leidende Tochter aufzubauen. Der Hinweis in § 23c S. 7 BedarfsplRL a.F. auf das Beispiel einer Krankheit des Arztes macht deutlich, dass außergewöhnliche Umstände in der Person oder jedenfalls in der beruflichen Sphäre des Arztes (bzw. Psychotherapeuten) liegen müssen. Dazu können Unfälle des Arztes (so der Fall des SG Dresden, Urt. v. 12.12.2008 - S 18 KA 243/05 -) ebenso zählen wie ggf. durch Naturereignisse (Hochwasser, Brand) hervorgerufene Ausfälle der Nutzbarkeit der Praxisräume, soweit diese apparativ ausgestattet sind.

Eine vorgetragene **faktische Unterversorgung** mit psychotherapeutischen Leistungen ist kein Grund für eine Erhöhung. Lediglich ein kurzfristiger, zeitlich begrenzter zusätzlicher Versorgungsbedarf, der etwa durch die vorübergehende Schließung einer Praxis entstehen kann, schließt eine Erhöhung der Leistungsobergrenze nicht aus. Strukturelle und damit langfristig bestehende lokale Bedarfe bedürfen jedoch zunächst einer Neufeststellung der Versorgungssituation durch den Landesausschuss (BSG, Urt. v. 28.08.2013 - B 6 KA 43/12 R - BSGE 114, 170 = SozR 4-2500 § 106a Nr. 11).

Die Kl. ist eine seit dem Quartal II/10 bestehende Gemeinschaftspraxis zweier Psychologischer Psychotherapeutinnen, bis zum 31.12.2012 im Job-Sharing-Verhältnis mit Gesamtpunktzahlvolumina in Höhe von 988.404,7 Punkten (1. Quartal), 1.061.605 Punkten (2. Quartal), 828.301,2 Punkten (3. Quartal) und 907.689,2 Punkten (4. Quartal). Ein Antrag auf Erhöhung um 25 %, weil u.a. aufgrund einer außerordentlichen familiären Belastung eine fünfwöchige Auszeit bestanden habe, blieb erfolglos. Das **SG** wies die Klage ab.

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

SG Nürnberg, Gerichtsbescheid v. 13.04.2015 - S 1 KA 18/14

RID 15-02-60

SGB V § 95; SGG § 69

Die **Zulassung** ist an die **Trägerschaft eines MVZ** gebunden und nicht übertragbar. Ein einzelnes, zu der Trägerschaft gehörendes MVZ kann diese Rechtsposition nicht in eigenem Namen geltend machen. Tut sie es dennoch, fehlt es insoweit an einer **Prozessführungsbefugnis**. Eine aktive Konkurrentenklage ist unzulässig.

Das **SG** wies die Klage des MVZ gegen die Zulassung des beigel. Radiologen für einen hälftigen Versorgungsauftrag nach teilweiser Entsperrung ab.

7. Ermächtigungen

a) Kinderkardiologie: Keine Ermächtigung zur Behandlung Erwachsener

LSG Sachsen, Urteil v. 10.12.2014 - L 8 KA 17/13

RID 15-02-61

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt. B 6 KA 12/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31a

Ein Facharzt für Kinderheilkunde mit der Schwerpunktbezeichnung **Kinderkardiologie** kann nicht für die Behandlung **Erwachsener mit angeborenen Herzfehlern** ermächtigt werden, da sie für einen Kinderkardiologen **fachgebietsfremd** ist, selbst wenn er das für die Versorgung dieser Patienten von ärztlichen Fachgesellschaften eingeführte EMAH-Zertifikat erworben hat.

SG Dresden, Urt. v. 23.05.2013 - S 11 KA 178/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Ermächtigung einer Einrichtung der Behindertenhilfe

LSG Bayern, Urteil v. 01.10.2014 - L 12 KA 101/13

RID 15-02-62

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 14/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 119a; Ärzte-ZV § 31 I Nr. 2

Eine **Einrichtung der Behindertenhilfe**, die über **keine ärztlich geleitete Abteilung** verfügt, kann nicht nach § 119a SGB V ermächtigt werden. Es kommt nicht nur auf das Behandlungskonzept der Einrichtung für die ärztlich geleitete Abteilung an, sondern darüber hinaus auch auf das tatsächliche Vorhandensein eines Arztes in der Abteilung. Die Abteilung muss eine ständige Einrichtung im Institut darstellen, die mit Personal der Einrichtung besetzt wird, welches für das Institut verfügbar ist. Eine reine Kooperation mit außerhalb der Einrichtung tätigen Fachärzten kann das multiprofessionelle Angebot zwar ergänzen, nicht jedoch ersetzen.

Ob und in welchem Umfang die Beteiligung der Ärzte von Einrichtungen der Behindertenhilfe **erforderlich** ist, richtet sich grundsätzlich danach, ob gegenwärtig eine ausreichende ärztliche Versorgung dieses Patientenkreises gewährleistet ist. Um dies prüfen zu können, ist es erforderlich, konkrete ärztliche Leistungen zu benennen, die in der Einrichtung, nicht aber im niedergelassenen Bereich erbracht werden können.

Insbesondere wenn nur ein Arzt in der Einrichtung vorhanden ist, muss dieser namentlich genannt werden und muss die **ärztliche Qualifikation** im Hinblick auf die Fachrichtung überprüfbar sein.

Die Kl. ist eine Stiftung des öffentlichen Rechts, die nach eigenen Angaben seit mehr als 30 Jahren schwerst mehrfach behinderte blinde und sehbehinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene betreut, insgesamt ca. 500 Personen überwiegend auch mit geistiger Behinderung. Eine Institutsermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 119a SGB V wurde abgelehnt. **SG Nürnberg**, Urt. v. 21.08.2013 - S 1 KA 6/13 - wies die Klage, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Sozialpädiatrisches Zentrum: Keine Beschränkung auf bestimmte Behandlungsorte

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 10.12.2014 - L 7 KA 102/13

RID 15-02-63

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 119; Ärzte-ZV §§ 24 I, III, V, 31 I, VII; SGG § 55

Leitsatz: 1. **Sozialpädiatrische Zentren** dürfen ihre Leistungen **in unterschiedlichen Gebäuden** bzw. unter unterschiedlichen Anschriften erbringen, wenn gewährleistet ist, dass einerseits die versicherten Kinder den Weg zwischen den einzelnen Gebäuden ungefährdet in kurzer Zeit zurücklegen können und dass andererseits der Informationsaustausch zwischen den in den einzelnen Gebäuden tätigen Mitarbeitern zügig und umfassend möglich ist (**Leistungserbringung „unter einem Dach“**).

2. Für die Entscheidung, ob diese Voraussetzungen vorliegen, sind die **Zulassungsgremien** zuständig, die auf Antrag entsprechende Feststellungen auszusprechen haben.

3. Es stellt keine **Klageänderung** dar, wenn der erstinstanzlich obsiegende Kläger erst im Berufungsverfahren einen seinem Anliegen entsprechenden sachgerechten Klageantrag stellt.

SG Berlin, Urt. v. 16.10.2013 - S 83 KA 339/11 - stellte fest, dass der Beschl. des Bekl. insoweit rechtswidrig war, als darin der Widerspruch des Kl. gegen die Nichteinbeziehung der Anschrift S Straße 13 v. 01.01.2011 an in die Ermächtigung seines SPZ Berlin-S zurückgewiesen worden war. Ferner verpflichtete es den Bekl., über den Antrag des Kl., die Anschrift S Straße 13 in die Ermächtigung dieses SPZ einzubeziehen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Im Übrigen wies es die Klage ab. Das **LSG** wies die Berufung des Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass festgestellt wird, dass die Räumlichkeiten in der S Straße 13 in die Ermächtigung des Zulassungsausschusses einbezogen sind.

d) Krankenhausbeschäftigung als Nebentätigkeit einer Vollzulassung: Keine Ermächtigung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 29.10.2014 - L 11 KA 46/13

RID 15-02-64

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31a

Auf der Grundlage des § 116 SGB V i.V.m. § 31a Ärzte-ZV können nur Ärzte **ermächtigt** werden, die **hauptberuflich in einem Krankenhaus** bzw. einer der anderen dort genannten Einrichtungen beschäftigt sind. Der Beschäftigungsumfang muss so ausgestaltet sein, dass er die ärztliche Berufstätigkeit des Arztes prägt und darf - ausgedrückt in Stunden der regelmäßigen vertragsgemäßen Beschäftigung - die Hälfte des insoweit für einen vollzeitbeschäftigten Arzt maßgeblichen Volumens nicht unterschreiten (BSG, Ur. v. 20.03.2013 - B 6 KA 26/12 R - SozR 4-2500 § 116 Nr. 8). Die Tätigkeit in einem Krankenhaus im Umfang von durchschnittlich ca. 10 bis 11 Wochenstunden neben einer vertragsärztlichen Zulassung für einen vollen Versorgungsauftrag ist keine eine Ermächtigung ermöglichende hauptberufliche Tätigkeit, sondern lediglich eine Nebentätigkeit.

Der Kl. ist als Facharzt für Innere Medizin in T zugelassen und nimmt dort an der hausärztlichen Versorgung teil. Er ist daneben seit dem 01.03.2011 an der Sankt Antonius Klinik X im Umfang von durchschnittlich ca. 10 bis 11 Wochenstunden angestellt. Der Kl. beantragte als Klinikarzt eine Ermächtigung im Bereich der Gastroenterologie. Dem Antrag gab der Zulassungsausschuss teilweise statt. Der Bekl. hob auf den Widerspruch der Beigel. den Beschluss auf und wies den Widerspruch des Kl. zurück. **SG Aachen**, Ur. v. 22.02.2013 - S 7 KA 1/12 - gab der Klage mit dem Antrag auf Neubescheidung statt, das **LSG** wies die Klage auf Berufung der Beigel. ab.

VI. Gesamtvergütung/GBA/SSB-Vb./Hausarztzentrierte Versorgung

Nach BSG, Ur. v. 11.02.2015 - **B 6 KA 4/14 R** - wird der vom BVerfG aufgestellte **Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei Wahlen** verletzt, wenn der prozentuale Anteil bestimmter Fraktionen bei der Besetzung des Haupt-, Finanz- und des Satzungsausschusses einer KZV 20 % beträgt, obwohl in diesen Fraktionen insgesamt 40 % der Mitglieder der KZV zusammengeschlossen sind.

1. Gesamtvergütung

a) Zuständige KV bei gesetzlich Krankenversicherten mit Wohnsitz im Ausland

SG für das Saarland, Urteil v. 15.10.2014 - S 2 KA 3/14

RID 15-02-65

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 75 VIIa, 82 I 2, 87 I 1, 87a III 1, 194 I Nr. 1; Anl 21 BMV-Ä § 4

Leitsatz: Die **morbiditätsbedingte Gesamtvergütung** für die gesetzlich Krankenversicherten mit **Wohnsitz im Ausland** ist mit der Kassenärztlichen Vereinigung zu verhandeln und an diese zu zahlen, in deren Bezirk die **Krankenkasse** ihren **Sitz** hat (§ 4 Anl 21 BMV-Ä). Sitz meint den Sitz nach der Satzung der Krankenkasse; auf Verwaltungsbinnenstrukturen - hier konkret das Bestehen einer Landesdirektion der Krankenkasse in einem anderen KV-Bezirk - kommt es hingegen nicht an.

Das SG wies die Klage der KV ab.

b) Gesamtvertrag über Hautkrebsvorsorge-Untersuchung vor Vollendung des 35. Lebensjahres

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.11.2014 - L 11 KA 29/13 KL

RID 15-02-66

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB IV § 87 I; SGB V §§ 2573c, 92

Eine **Hautkrebsvorsorge-Untersuchung** für Versicherte bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres ist keine Leistung der GKV. Eine Krankenkasse darf deshalb nicht mit einer KV im Rahmen eines **Gesamtvertrags** oder als dessen Anlage vereinbaren, dass ihre Versicherten, die das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, dennoch auf ihre Kosten Anspruch auf diese Leistungen durch nach dem Vertragsinhalt zur Durchführung berechnete Vertragsärzte haben.

Das **LSG** wies die Klage gegen den Verpflichtungsbescheid vom 05.02.2013 mit der Maßgabe ab, dass die Kl. verpflichtet wird, die zum 01.01.2012 in Kraft getretene Anlage 2 zum Gesamtvertrag nach § 83 SGB V

(Durchführung einer Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung für Versicherte bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres) zwischen der KV Saarland und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See fristgerecht (3 Monate zum Jahresende) zum 31.12.2015 zu kündigen.

c) Zahnärztliche Gesamtvergütung

aa) Schiedsspruch: Zahnärztliche Gesamtvergütung 2014 und Steigerungsfaktoren

LSG Bayern, Urteil v. 17.12.2014 - L 12 KA 5022/14 KL

RID 15-02-67

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 71 III, 85, 87a, 89 I

Der **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** hat nach der aktuellen Rechtslage keinen Vorrang vor den in § 85 III 1 SGB V genannten Kriterien. Dennoch ist ein Überschreiten der Veränderungsrate nach § 71 III SGB V nur dann nach dem Ermessen der Gesamtvertragsparteien bzw. des Landesschiedsamts möglich, wenn die Überschreitung nach Abwägung mit den in § 85 III 1 SGB V genannten Kriterien erforderlich ist, um eine angemessene Berücksichtigung der in § 85 III 1 SGB V genannten Kriterien zu gewährleisten. Bei der Feststellung, ob der Grundsatz der Beitragssatzstabilität verletzt ist, hat das Landesschiedsamt keinen Beurteilungsspielraum.

Beträgt die Veränderungsrate für das gesamte Bundesgebiet 2,81 %, sieht demgegenüber der Schiedsspruch eine Hebung der Gesamtvergütung um 4,3 % vor, also um einen 53 % über der Veränderungsrate liegenden Prozentsatz, und tritt zu dieser Erhöhung eine weitere um insgesamt 33,5 Mio €, die bei einer Gesamtvergütung von rund 580 Mio € nochmals einer Anhebung um 5,7 % entspricht, hinzu, so ist dies nicht mehr **beitragsneutral**. **Rücklagen** der gesetzlichen Krankenkassen und **Überschüsse** einer Krankenkasse sind nicht zu berücksichtigen.

Aus einem Schiedsspruch muss ersichtlich werden, dass das Landesschiedsamt zwischen der Zahl und Struktur der Versicherten, der Morbiditätsentwicklung, der Kosten- und Versorgungsstruktur, der für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit und der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen einerseits und dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität, das heißt der Veränderungsrate nach § 71 III SGB V andererseits abgewogen hat und auf dieser **Abwägung** basierend sein **Gestaltungsermessen** fehlerfrei ausgeübt hat.

Aus § 20 SGB X ergibt sich die Verpflichtung des Schiedsamts zur **Ermittlung entscheidungserheblicher Tatsachen** von Amts wegen.

Tragfähige Tatsachenfeststellungen zu **Gehaltssteigerungen** fehlen, wenn von höheren Gehaltssteigerungen je Beschäftigtem in Zahnarztpraxen als tariflich vereinbart ausgegangen wird. Die Verringerung der Personalkosten beim Einsatz sog. Reinigungs- und Desinfektionsgeräte ist zu berücksichtigen.

Nach § 85 III 1 SGB V ist die Höhe der Gesamtvergütung ab 01.01.2013 entsprechend der Zahl und Struktur der **Versicherten**, nicht mehr der **Mitgliederzahl**, anzupassen. Eine einmalige Erhöhung der Gesamtvergütungsobergrenze um 8 Mio € wegen der Berücksichtigung der Zahl der Versicherten ist unzulässig.

§ 85 I 1 SGB V ermöglicht es, bei der Veränderung der Gesamtvergütung die **orale Morbiditätsentwicklung** zu berücksichtigen, da sie einen maßgeblichen Parameter für den zahnärztlichen Behandlungsbedarf darstellt. Dabei kann ein morbiditätsbedingter Rückgang - infolge einer verbesserten Mundhygiene - oder ein Anstieg bestimmter Leistungen und Verschiebungen zwischen Leistungsbereichen der zahnärztlichen Versorgung berücksichtigt werden, nicht jedoch ein **Anstieg der Fallzahlen**. Die Frequenz der Arztbesuche, die nach Wegfall der Praxisgebühr zu einer höheren Fallzahl in zahnärztlichen Praxen führte, erlaubt prima facie keine Rückschlüsse auf die Morbidität, d.h. die Krankheitshäufigkeit innerhalb einer Population, zumal die orale Morbidität nicht durch Pan-, En- und Epidemien beeinflusst wird.

Das **LSG** hob den Beschluss des Landesschiedsamts für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern vom 26.02.2014 (für das Jahr 2014) auf und verurteilte den Bekl., über den Antrag der Beigel. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

bb) EKV-Z: Kein endgültiger Einbehalt von Teilen der Gesamtvergütung

LSG Hessen, Urteil v. 25.02.2015 - L 4 KA 73/13

RID 15-02-68

Revision anhängig: B 6 KA 14/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 82; EKV-Z § 17

Die sechsmonatige **Frist zur sachlich-rechnerischen Prüfung** beginnt mit Eingang des Antrags der Krankenkasse bei der KZV.

Aus § 17 I 5 EKV-Z folgt jedoch nicht das Recht, bei Versäumung der dort genannten Fristen die entsprechenden Teile der mit den Berichtigungsanträgen geltend gemachten Forderungen **endgültig zu behalten**.

Die erstinstanzlich aufgeworfene Frage, ob die **Bundesmantelvertragsparteien** überhaupt berechtigt gewesen wären, im Falle der nicht fristgerechten Entscheidung einen endgültigen Anspruchsverlust als Rechtsfolge festzulegen, braucht, weil § 17 I 5 EKV-Z keine solche Regelung enthält, nicht entschieden zu werden.

Die Beteiligten streiten um einen Einbehalt der bekl. Krankenkasse in Höhe von 5.322,67 € nach § 17 Abs. 1 Satz 5 EKV-Z, wonach Berichtigungsanträge, die nicht innerhalb von 6 Monaten bearbeitet worden sind, die Ersatzkasse zur Einbehaltung von 75 v.H. der mit den Berichtigungsanträgen geltend gemachten Forderungen berechtigen, und hierbei um die Frage, ob der Einbehalt vorläufig oder endgültig erfolgt. **SG Marburg**, Urt. v. 27.11.2013 - S 12 KA 122/12 - RID 14-01-56 gab der Klage der KZV statt, das **LSG** wies die Berufung der Krankenkasse zurück.

2. GBA: Verordnungsausschluss für Antidiarrhoika

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 10.12.2014 - L 7 KA 79/12 KL

RID 15-02-69

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 92 I 1, 139a; SGG §§ 29 IV Nr. 3, 55 I Nr. 1

Leitsatz: 1. Es entspricht den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin, ungeplanten nachträglichen **Subgruppenanalysen** keinen Beweiswert beizumessen; derartige Subgruppenanalysen sind - anders als a priori im Studienkonzept festgelegte - lediglich zur Hypothesen-Generierung geeignet.

2. Der **Verordnungsausschluss für Antidiarrhoika** in Anlage III Nr. 12 der Arzneimittel-Richtlinie ist Teil einer Negativliste im Sinne von Art. 7 Nr. 1 der Transparenzrichtlinie. Die in Anlage III Nr. 12 der Arzneimittel-Richtlinie enthaltenen - **Rückausnahmen** - stellen ihrerseits keine Positivliste im Sinne von Art. 6 der Transparenzrichtlinie dar, sondern grenzen nur den grundsätzlich geltenden Verordnungsausschluss ein.

Die Beteiligten streiten über die Verordnungsfähigkeit von Lacteol® Kapseln und Lacteol® Pulver für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Die KL ist ein pharmazeutisches Unternehmen mit Sitz in Frankreich und Herstellerin des apothekenpflichtigen und verschreibungsfrei erhältlichen Arzneimittels Lacteol®. Das **LSG** wies die Klage ab.

3. Rechtsschutz gegen Sprechstundenbedarfsvereinbarung über Kontrastmittel

SG Dortmund, Urteil v. 20.11.2013 - S 16 KA 4/10

RID 15-02-70

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 35, 69, 82 II 1, 83 I 1; SGG §§ 10 II, 31 II; GWB §§ 19 ff.; EBM 2005 Allg. Best. Abschn. 7.3 u. 7.4

Bei der Streitigkeit eines Produzenten von Kontrastmitteln gegen eine diese Kontrastmittel betreffende Sprechstundenbedarfsvereinbarung handelt es sich um eine **Angelegenheit des Vertragsarztrechts**.

Ermächtigungsgrundlage für eine **Sprechstundenbedarfsvereinbarung** ist §§ 82 II 1, 83 S. 1 SGB V. In diesem Rahmen ist auch die Vereinbarung von Kostenpauschalen für bestimmte Materialien (Röntgenkontrastmittel) oder Behandlungen zulässig (s. bereits LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.12.2010 - L 11 KA 54/10 B ER - RID 11-02-104). Ziff. 7.4 Allg. Best. EBM steht dem nicht entgegen. Beim SSB geht es nicht darum, welche Arzneimittel und Medizinprodukte der Versicherte beanspruchen kann, sondern in welchem Umfang der Vertragsarzt die gem. Ziff. 7.3 EBM nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltenen Kosten seines Praxisbedarfs (insb. bei Notfällen) nicht selbst aufwenden muss, sondern entweder unmittelbar zu Lasten der Krankenkassen verordnen kann

oder von diesen erstattet bekommt. Dies beurteilt sich gem. Ziff. 7.4 EBM nach Maßgabe der Gesamtverträge.

Eine Rechtswidrigkeit der Pauschale lässt sich auch nicht aus § 69 II SGB V i.V.m. **wettbewerbsrechtlichen** Vorschriften herleiten.

Die Ast. ist die deutsche Konzerntochter eines amerikanischen Medizingeräteherstellers mit Konzernsitz in Irland. Sie produziert und vertreibt eine vielfältige Palette medizinischer und pharmazeutischer Produkte. Hierzu rechnen die Kontrastmittel Optiray (Röntgen-Kontrastmittel) und Optimark (MRT-Kontrastmittel) jeweils in verschiedenen Konzentrationen, Handelsformen und Packungsgrößen. Der Gesamtumsatz der Ast. mit ihren diversen Geschäftsbereichen beträgt nach eigenen Angaben ca. 260 Mio. €. Davon entfallen ca. 11,5 Mio. € auf den Vertrieb der Kontrastmittel, wobei sich der Umsatz im Bezirk der Ag. zu 1) auf ca. 1,8 Mio. € beläuft. Am 01.12.2009 schloss die Ag. zu 1) mit den Ag. zu 2) bis 12) eine Ergänzungsvereinbarung zur SSB-Vereinbarung für 2010, mit der für den patientenbezogenen Verbrauch bestimmter Kontrastmittel Pauschalen festgesetzt wurden. **SG Dortmund**, Beschl. v. 07.04.2010 - S 52 KA 2/10 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 23.12.2010 - L 11 KA 54/10 B ER - RID 11-02-104 wies die Beschwerde mit dem Antrag, bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens in der Sache S 52 KA 4/10 vorläufig die Ergänzungsvereinbarung außer Kraft zu setzen, hilfsweise außer Kraft zu setzen, soweit davon die Kontrastmittel Optiray und Optimark in verschiedenen Stärken, Handelsformen und Packungsgrößen betroffen sind, zurück. Das **SG** wies die Klage ab.

4. Hausarztzentrierte Versorgung

a) HzV-Vertrag Bayern: Keine Verrechnung von Überzahlungen mit Abschlagszahlungen

SG München, Beschluss v. 27.02.2015 - S 38 KA 111/15 ER

RID 15-02-71

Beschwerde anhängig: LSG Bayern - L 12 KA 48/15 B ER -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 73b; SGG § 86b II

Die Funktion des Bayer. **Hausärzterverbands** e.V. beschränkt sich nach dem seit dem 13.02.2012 durch Schiedsspruch festgesetzten bayer. hausarztzentrierten Versorgungsvertrag mit der AOK Bayern (Ag.) nicht auf die eines bloßen Erfüllungsgehilfen nach § 278 BGB. Er hat eine **Prozessführungsbefugnis** im Wege der gewillkürten Prozessstandschaft.

Nach summarischer Prüfung ist der Bayer. Hausärzterverband berechtigt, von der AOK Bayern die **ungekürzte Auszahlung der Abschlagszahlungen** zu verlangen (Anordnungsanspruch). Nach § 2 III 4 HzV-Vertrag ist sie zur Durchführung des HzV-Vertrages bevollmächtigt. Die Aktivlegitimation folgt hier der Prozessführungsbefugnis.

Die AOK Bayern ihrerseits ist nicht berechtigt, etwaige **Rückforderungen mit den Abschlagszahlungen zu verrechnen**. Das **Korrekturverfahren** betreffend die HzV-Abrechnungen ist im HzV-Vertrag nur rudimentär geregelt. Adressaten zur Ausfüllung von Lücken unter Beachtung des Grundsatzes von Treu und Glauben nach § 242 BGB sind beide Vertragspartner. Selbst wenn eine Analogie zu § 6 II der Anlage 3 HzV-Vertrag nicht herzustellen wäre, ergibt sich eine hinreichende Begründungspflicht für eine Berichtigung allein aus dem Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB), aber auch aus dem Umstand, dass Hausärzterverband, AOK und der Hausarzt HzV-Partner sind. Somit erscheint es äußerst fraglich, ob die den Hausärzten mitgeteilte standardisierte Begründung einer solchen Begründungspflicht genügt mit der Folge, dass eine solche „Geltendmachung“ unwirksam wäre. Auch ist zu bezweifeln, dass das Korrekturverfahren formell korrekt durchgeführt wurde.

Die AOK ist allgemein nicht berechtigt, **zu verrechnen**.

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, die im Rahmen des zwischen den Parteien bestehenden Vertrages zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V mit Rechnung vom 07.01.2015 von der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG im Namen und für Rechnung des Bayerischen Hausärzterverbandes e.V. für den Abschlagszeitraum 2015-1 angeforderte Abschlagszahlung „Abschlag 1“ in Höhe von 6.105.016,50 €, die am 01.02.2015 fällig war, in vollständiger Höhe an den Ast. auszuzahlen und die einbehaltene Differenz in Höhe von 2.001.336,87 € auf das Konto des Ast. auszukehren.

Parallelverfahren:

SG München, Beschluss v. 27.02.2015 - S 38 KA 138/15 ER

RID 15-02-72

Beschwerde anhängig: LSG Bayern - L 12 KA 49/15 B ER -
www.sozialgerichtsbarkeit.de

SG München, Beschluss v. 27.02.2015 - S 38 KA 139/15 ER

RID 15-02-73

www.sozialgerichtsbarkeit.de

b) Kein Ausschluss von Versicherten aus HzV-Vertrag wegen Praxisumzugs

SG München, Beschluss v. 25.03.2015 - S 49 KA 208/15 ER

RID 15-02-74

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 73b; SGG § 86b II

Eine Krankenkasse kann ihre bei Vertragsärzten einer Gemeinschaftspraxis zur Teilnahme am HzV-Vertrag eingeschriebenen Versicherten nicht aufgrund des **Umzugs der Praxis** ausschreiben mit der Folge, dass deren Teilnahme und damit faktisch auch die Teilnahme der Vertragsärzte am HzV-Vertrag enden. Da die Ausschreibung der Versicherten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit rechtswidrig ist, ist auch der daraus resultierende faktische Ausschluss der Vertragsärzte und damit die Beendigung deren Teilnahme am Hausarztvertrag nicht rechtmäßig. Dies gilt jedenfalls dann, wenn der Vertrag keine Regelungen betreffend einen Umzug des Hausarztes, insb. keine Regelung, dass die Teilnahme des Versicherten dadurch automatisch endet, enthält.

Bei einem Widerspruch zwischen Satzung und HzV-Vertrag gehen nicht die Satzung, sondern die vertraglichen Regelungen vor (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 18.12.2013 - L 5 KA 3838/12 - RID 14-02-88, bestätigt von BSG, Urt. v. 25.03.2015 - B 6 KA 9/14 R -).

Im Rahmen einer **Interessenabwägung** ist das Interesse der Vertragsärzte und der Patienten zu berücksichtigen, das nicht nur finanzieller Natur ist, sondern auf die Teilnahme am HzV-Vertrag mit den damit verbundenen Ansprüchen auf zusätzliche Leistungen gerichtet ist, höher zu bewerten als ein behauptetes, nicht weiter glaubhaft gemachtes und auch nicht beziffertes rein finanzielles Interesse der Krankenkasse, aufgrund der angeblich erfolgten Bereinigungsmeldung an die KV, die hausärztlichen Leistungen nicht doppelt bezahlen zu müssen.

Zwischen dem bayerischen Hausärzterverband und der Ag. wurde durch Schiedsspruch am 31.03.2012 ein HzV-Vertrag nach § 73b IV SGB V festgesetzt. Die Ag. kündigte diesen HzV-Vertrag zum 30.06.2014. Aufgrund einer mündlichen Verhandlung am 05.05.2014 erging ein Schiedsspruch, wonach bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens eines neuen HzV-Vertrags der bisherige Vertrag weiterhin Anwendung findet, allerdings ohne neue Einschreibungen von Ärzten und Versicherten. Mit Schiedsspruch v. 10.10.2014 wurde ein neuer HzV-Vertrag festgesetzt, der zum 01.04.2015 finanzwirksam werden soll. Die Ag. erhob gegen diesen Vertrag Klage zum SG München. Bei den Ast. handelt es sich um drei in einer Gemeinschaftspraxis tätige Internisten. Im laufenden Quartal waren insgesamt 344 Versicherte der Ag. in der Praxis der Ast. eingeschrieben. Zum 01.01.2015 verlegten die Antragsteller ihren Vertragsarztsitz in A-Stadt von der Adresse „A-Straße 5“ nach „A-Straße 1“, nach ihren Angaben handelt es sich um eine Entfernung von 100 Metern. Die Ag. wandte sich an ihre bei den Ast. eingeschriebenen Versicherten und teilte diesen mit, dass ihr Hausarzt umgezogen sei. Deshalb ende die Teilnahme bei der Praxis der Ast. zum 31.03.2015, zu diesem Zeitpunkt ende auch die Gültigkeit ihrer bisherigen HzV-Teilnahmebestätigung. Das **SG** verpflichtete die Ag. vorläufig im Wege der einstweiligen Anordnung bis zum Abschluss eines Hauptsacheverfahrens, die Teilnahme ihrer bei den Ast. im Quartal I/15 eingeschriebenen Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung, soweit nicht Änderungen am Teilnahmezustand dieser Patienten aus anderen Gründen als allein dem Umzug der Ast. erforderlich sind, unverändert über den 31.03.2015 hinaus fortzuführen.

VII. Verfahrensrecht

1. Unzulässigkeit der Klage wegen bereits anhängiger Honorarklagen

LSG Hamburg, Urteil v. 25.02.2015 - L 5 KA 4/13

RID 15-02-75

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 85 IV; GVG § 17 I 2

Sind im Zeitpunkt der Klageerhebung bereits wegen der Höhe der Vergütung der erbrachten Leistungen in den Quartalen II/05 bis IV/06 mehrere **Klagen erhoben worden**, kann keine Klage auf Verpflichtung zur Neubeschreibung mit Blick auf diejenigen Leistungen begehrt werden, die unter Angabe der **Abrechnungsnr.** 99506 geltend gemacht wurden, die lediglich auf den nach dem HVM geltenden Vorabzug hinweist. Hierbei kommt es auch nicht darauf an, ob und inwieweit die in den

genannten Berufungsverfahren weiterverfolgten Klagen zulässig sind, denn auch unzulässige Klagen lassen die Sperrwirkung der anderweitigen Rechtshängigkeit eintreten.

Im Streit steht die Höhe der Nachzahlung für extrabudgetär vergütete Leistungen in den Quartalen II/05 bis IV/06. **SG Hamburg**, Gerichtsb. v. 05.02.2013 - S 27 KA 295/12 WA - wies die Klage als unzulässig ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Zulässigkeit der Untätigkeitsklage

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 04.11.2014 - L 11 KA 15/13

RID 15-02-76

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 20/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG §§ 77, 88

Für die **Zulässigkeit der Untätigkeitsklage** kommt es grundsätzlich nicht darauf an, ob der Kläger einen Anspruch in der Sache selbst oder ob der beantragte Bescheid materiell-rechtliche Auswirkungen für ihn hat. Auch wenn das nicht der Fall sein sollte, kann grundsätzlich der Anspruch auf Bescheidung geltend gemacht werden. Anders kann dies unter Umständen in Fällen rechtsmissbräuchlicher Rechtsverfolgung beurteilt werden, wenn ein materiell-rechtlicher Anspruch offensichtlich unter jedem denkbaren Gesichtspunkt ausscheidet und die Erhebung der Untätigkeitsklage sich lediglich als Ausnutzung einer formalen Rechtsposition ohne eigenen Nutzen und zum Schaden für den anderen Beteiligten darstellt.

SG Düsseldorf, Gerichtsb. v. 14.12.2012 - S 14 KA 136/12 - verpflichtete die Bekl., den Widerspruch des Kl. zu bescheiden. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

3. Missbräuchlicher Antrag auf Ablehnung eines Richters

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 03.12.2014 - L 11 KA 40/14 B RG

RID 15-02-77

www.sozialgerichtsbarkeit.de
ZPO §§ 44, 45

Der **Antrag auf Ablehnung eines Richters** ist **missbräuchlich**, wenn eine querulatorisch getragene Richterablehnung ohne neue Gesichtspunkte wiederholt wird (hierzu BSG, Beschl. v. 29.03.2007 - B 9a SB 18/06 B -; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 24.10.2011 - L 11 SF 329/11 AB -).

§ 44 III ZPO bestimmt, dass sich der abgelehnte Richter über den Ablehnungsgrund dienstlich äußert. Der **Umfang der dienstlichen Äußerung** steht grundsätzlich im Ermessen des Richters. Er kann zu den für das Ablehnungsgesuch entscheidungserheblichen Tatsachen Stellung nehmen, soweit ihm das notwendig und zweckmäßig erscheint. Inhalt und Umfang der dienstlichen Äußerung sollen sich nach dem jeweils geltend gemachten Ablehnungsgrund richten. Steht - wie hier - der für die Entscheidung über das Ablehnungsgesuch erhebliche Sachverhalt unstreitig fest, bedarf es jedenfalls keiner im Einzelnen begründeten dienstlichen Äußerung.

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. Streitwert

a) Irrtümliche Vorstellungen über die Höhe der zu erstreitenden Beträge

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 16.02.2015 - L 9 KA 7/14 B

RID 15-02-78

www.sozialgerichtsbarkeit.de
GKG §§ 52 I, 53 III, 66 VI 1, 68 I 5

Eine Klägerin hat kein **Rechtsschutzbedürfnis**, einen höheren Streitwert festzusetzen.

Irrtümliche Vorstellungen über die Höhe der zu erstreitenden Beträge sind unerheblich (hier: Wegen Überschreitung des Regelleistungsvolumens kam nur eine Vergütung mit dem abgestaffelten, sehr niedrigen Punktwert in Betracht).

Die Bf. hatte sich mit der KV (Ag.) nach einer sachlich-rechnerischen Berichtigung vergleichsweise geeinigt mit der Kostenregelung Bf. 1/3, Ag. 2/3, woraus sich eine Nachvergütung in Höhe von 1.390,31 € ergab. In dieser Höhe setzte das **SG** den Streitwert fest. Mit der Beschwerde tragen die Bf. und ihr Prozessbevollmächtigter vor, sie seien bei Klageerhebung davon ausgegangen, dass infolge der Nichtanerkennung der Nr. 13550 EBM in den beiden Quartalen ein Verlust i. H. v. ca. 245.000 € entstanden sei. Das **LSG** verwarf die Beschwerde der Bf. als unzulässig und setzte auf Beschwerde ihres Prozessbevollmächtigten den Streitwert auf 2.000 € fest.

b) Einstweiliger Rechtsschutz gegen Honorarrückforderung: Zinsinteresse

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 15.04.2015 - L 11 KA 107/14 B

RID 15-02-79

www.sozialgerichtsbarkeit.de

GKG § 52

In einem auf **einstweiligen Rechtsschutz** gerichteten Verfahren kann keine endgültige Zuweisung der geltend gemachten **Forderungen** erfolgen. Das zu berücksichtigende Interesse ist allein darauf gerichtet, zumindest für die Dauer des Hauptsacheverfahrens das einbehaltene Honorar ausgekehrt zu erhalten, um darüber verfügen zu können. Das wirtschaftliche Interesse wird mithin durch den Zeitfaktor „Länge des Verfahrens“ und durch das Zinsinteresse bestimmt (vgl. dazu Beschl. des Senats v. 07.11.2011 - L 11 KA 110/11 B - RID 12-01-98, 04.10.2011 - L 11 KA 50/11 B -, 28.02.2011 - L 11 KA 63/10 B - u. v. 31.08.2011 - L 11 KA 24/11 B ER). Das Zinsinteresse ist darauf gerichtet, nicht auf eine etwaige **Zwischenfinanzierung** angewiesen zu sein. Ob der ärztlichen Praxis tatsächlich aufgrund der Insolvenz eine Zwischenfinanzierung bei einer Bank nicht möglich ist, ist unerheblich. Auch im Fall der Insolvenz kann im auf einstweiligen Rechtsschutz gerichteten Verfahren keine endgültige Regelung erfolgen. Der für das Zinsinteresse maßgebliche Zinssatz kann mit 10 % veranschlagt werden.

Mit ihrem am 09.08.2012 erhobenen Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung wandte sich die Ast. gegen den vorläufigen Rückforderungsbescheid der Ag. v. 19.08.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids v. 23.07.2012, aufgrund dessen die Ag. Honorare in Höhe von 319.239,80 € für die Jahre 2003-2006 zurückforderte. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 28.11.2014 - S 2 KA 402/12 ER - setzte den Streitwert auf 9.200 € fest, das **LSG** wies die Beschwerde der Ast. zurück.

c) KV-weite Suspendierung vom Notdienst

LSG Hessen, Beschluss v. 03.02.2015 - L 4 KA 21/14 B

RID 15-02-80

GKG 42 III, 52 I, 53 III Nr. 4, 63 II 1; SGG §§ 86b, 197a I 1

In Fällen einer **KV-weiten Suspendierung vom Notdienst** ist vom **dreifachen Jahresbetrag** des aus dem Notdienst im Vorjahr erzielten Honorars einschließlich der privatärztlichen Vergütungen auszugehen, ohne dass ein Betriebskostenanteil abzuziehen ist (vgl. LSG Hessen, Beschl. v. 25.10.2010 - L 4 KA 28/10 B - ; v. 16.01.2008 - L 4 KA B 338/07 -).

Für die Wertberechnung ist der Zeitpunkt der den jeweiligen Streitgegenstand betreffenden Antragstellung maßgebend, die den **Rechtszug einleitet** (§ 40 GKG).

SG Marburg, Beschl. v. 24.01.2014 - S 11 KA 69/13 ER - setzte den Streitwert auf 173.000 € fest, das **LSG** wies die Beschwerde der KV zurück.

d) Offensive Konkurrentenklage gegen Praxisnachfolge

LSG Hamburg, Beschluss v. 20.03.2015 - L 5 KA 54/14 B

RID 15-02-81

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 197a; GKG § 52

Abweichend von LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 28.06.2007 - L 4 B 269/06 KA ER - RID 07-03-100 ist das mit der offensiven Konkurrentenklage verfolgte Rechtsschutzinteresse daran, den Weg für eine **neue Auswahlentscheidung der Zulassungsgremien** nach § 103 IV 4 SGB V freizumachen, höher als mit einem Drittel des nach allgemeinen Kriterien ermittelten „vollen Zulassungsinteresses“ zu bewerten, nämlich mit der **Hälfte**, da bereits für einen Antrag auf Aufhebung der Anordnung der sofortigen Vollziehung ein Drittel genommen wird (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.05.2014 - L 11 KA 99/13 B ER - RID 14-03-44).

Etwas anderes gilt auch nicht vor dem Hintergrund eines **gesteigerten Kostenrisikos**, das sich in Rechtsstreitigkeiten der vorliegenden Art regelmäßig aus der gegenüber anderen sozialgerichtlichen Verfahren **gesteigerten Anzahl von Beigeladenen** ergibt. Einem hieraus resultierenden Kostenrisiko, das geeignet wäre, den Bewerber von seinen – im Kern durch Art. 19 IV 1 GG garantierten – Rechtsschutzmöglichkeiten abzuhalten, lässt sich allerdings im Wege des gerichtlichen Ermessens bei der **Kostengrundentscheidung**, ob der Kläger die Kosten auch der Beigeladenen zu erstatten hat (zu diesem Ermessen BSG, Urt. v. 31.05.2006 - B 6 KA 62/04 R - BSGE 96, 257, juris Rn. 16), begegnen. Auf die gedanklich von der Kostengrundentscheidung zu trennende Festsetzung des Streitwerts – für die § 52 I GKG ausdrücklich auf die Bedeutung der Sache für den Kl. abstellt – hat die Anzahl der Beigel. allerdings keine Bedeutung.

Vorausgehend **SG Hamburg**, Beschl. v. 05.12.2014 - S 3 KA 28/14 -, Das **LSG** setzte den Streitwert auf 54.825 € fest und wies die Beschwerde im Übrigen zurück.

e) Durchführung eines Vertrages zur Hausärztlichen Versorgung

LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss v. 21.07.2014 - L 7 KA 12/14 B ER

RID 15-02-82

juris
GKG § 52

Im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes mit dem Hauptantrag des Erlasses einer einstweiligen Anordnung auf Verpflichtung der Ag. zur (vorläufigen) **Umsetzung** des durch Schiedsspruch festgesetzten „**Vertrages zur Hausärztlichen Versorgung** gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V“ ist der Streitwert auf 2,5 Mio. € festzusetzen. Unter Berücksichtigung des vom Ast. angenommenen durchschnittlichen Fallwerts der im Vertrag vorgesehenen Vergütung für die hausarztzentrierte Versorgung von 75 € betrüge das Vergütungsvolumen selbst bei einer Einschreibung von nur 10 % der nach den Angaben der Ag. rd. einer Million Versicherten bereits nach einem Quartal 7,5 Mio. € und damit mehr als den gesetzlichen Höchststreitwert nach § 12 IV Nr. 2 GKG. Ein Abschlag vom Höchststreitwert ist für das vorliegende Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes nicht vorzunehmen, da ein Sofortvollzug der Vertragsdurchführung die Hauptsache vorweggenommen hätte.

2. Keine fiktive Terminsgebühr nach Nr. 3104 bei Teilerkenntnis und Teilrücknahme

SG Stuttgart, Beschluss v. 26.01.2015 - S 4 SF 5570/14 E

RID 15-02-83

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG §§ 101 II, 197; RVG VV Nr. 3104

Voraussetzung der **fiktiven Terminsgebühr** nach Nr. 3104 I VV RVG ist u.a., dass das Verfahren nach angenommenem Anerkenntnis ohne mündliche Verhandlung endet. Auch wenn viel dafür spricht, dass ein **Anerkenntnis** im Sinne der Vergütungsregelung anders als bei der reinen Prozesshandlung nicht zwingend eine explizite diesbezügliche Erklärung erfordert, so setzt die Beendigung des Verfahrens voraus, dass es sich um das **gesamte Verfahren** handelt. Denn nur dann tritt der vom Gesetzgeber gewollte Entlastungseffekt für die Gerichte ein (siehe auch LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 12.12.2013 - L 19 AS 1972/13 B - juris = NZS 2014, 119). Wird eine Klage **teilweise für erledigt erklärt** und im Übrigen **zurückgenommen**, entsteht keine **fiktive Terminsgebühr** gem. Nr. 3104 Abs. 1 RVG-VV. Dies gilt auch bei Annahme eines Teilerkenntnisses und Rücknahme der Klage im Übrigen.

Bzgl. der Beteiligten war ein Rechtsstreit bezüglich der Honorarabrechnungen für die Quartale III u. IV/09 anhängig. Die Bekl. erstattete dem Kl. die im Rahmen der Konvergenz einbehaltenen Honorarabzüge in voller Höhe zurück u. erklärte den Rechtsstreit für erledigt. Der Klägerbevollmächtigte wertete den Bescheid als prozessuales Teilerkenntnis und nahm dieses an. Im Übrigen nahm er die Klage zurück. Die Bekl. wehrte sich gegen die Annahme eines Anerkenntnisses. Daraufhin erklärte der Klägerbevollmächtigte, dass der Rechtsstreit erledigt ist. Das Gericht traf eine **Kostengrundentscheidung**. Die Bekl. wandte sich erfolgreich gegen die Festsetzung der fiktiven Terminsgebühr.

IX. Bundessozialgericht (BSG)

1. Honorarverteilung: Erstattungsforderung wegen überhöhter Abschlagszahlungen

BSG, Beschluss v. 04.02.2015 - B 6 KA 31/14 B

RID 15-02-84

BeckRS 2015, 66113

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hessen*, Beschl. v. 26.05.2014 - L 4 KA 35/13 - RID 14-03-8 wird zurückgewiesen.

Es bedarf keiner vorherigen sachlich-rechnerischen Richtigstellung, wenn auf **überhöhten Abschlagzahlungen** beruhende **Überzahlungen des Honorarkontos zurückgefordert** werden sollen. Eine (nachgehende) sachlich-rechnerische Richtigstellung nach § 106a SGB V, die zugleich eine teilweise Rücknahme des ursprünglich erteilten Honorarbescheides beinhaltet (vgl. BSG SozR 4-2500 § 106a Nr. 3 Rn. 18), ist dann erforderlich, wenn die Honorarfestsetzung - also die Konkretisierung des Teilhabeanspruchs des Vertragsarztes durch den Honorarbescheid (vgl. BSGE 105, 224 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 52 Rn. 33 f. m.w.N.) - fehlerhaft ist. Dies trifft bei überhöhten Abschlagzahlungen jedoch nicht zu, weil ihnen (noch) keine Honorarfestsetzung zugrunde liegt, sondern sie dieser vorangehen. Ob Abschlagzahlungen überhöht waren - und insb. in welcher Höhe dies der Fall ist -, steht (erst) in dem Moment fest, in dem die Höhe des dem Vertragsarzt tatsächlich zustehenden Honorars festgestellt ist (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 64 Rn. 13). Stellt sich im Nachhinein heraus, dass höhere Abschlagzahlungen gezahlt wurden als dem Vertragsarzt nach dem Honorarbescheid zugestanden haben, ist nichts „richtigzustellen“, weil vor Erlass des Honorarbescheides für das betreffende Quartal überhaupt noch nichts „festgestellt“ bzw. „festgesetzt“ worden war.

2. Teilnahme an einem Kolloquium nach der Labor-Richtlinie: Urologe

BSG, Beschluss v. 11.02.2015 - B 6 KA 41/14 B

RID 15-02-85

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 28.05.2014 - L 11 KA 60/12 - wird zurückgewiesen.

Eine Befreiung vom Nachweis der erfolgreichen **Teilnahme an einem Kolloquium** sieht Nr. 2 des Anhangs zu Abschnitt E der Labor-Richtlinie ausschließlich für die dort bezeichneten Arztgruppen vor. Ein **Facharzt für Urologie** ist nicht von der Pflicht zum Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium befreit. Ein Arzt, der bereits über eine Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Laboratoriumsuntersuchungen verfügt, hat keinen Anspruch auf eine Erweiterung der Genehmigung für bestimmte sehr ähnliche Untersuchungen unabhängig von der Durchführung eines Kolloquiums.

Im Vertragsarztrecht dürfen **Qualifikationsanforderungen** anknüpfend an die **Weiterbildung** in einem Fachgebiet formuliert werden.

3. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

a) Keine Zuständigkeit des Beschwerdeausschusses für Ausnahmefall bei Verordnungsausschluss

BSG, Urteil v. 02.07.2014 - B 6 KA 25/13 R

RID 15-02-86

SozR 4-2500 § 106 Nr. 45

Leitsatz: Ein **Vorverfahren vor dem Beschwerdeausschuss** ist auch dann ausgeschlossen, wenn Gegenstand des Regresses Arzneimittel sind, deren Verordnung grundsätzlich durch das Gesetz oder die Arzneimittelrichtlinie ausgeschlossen ist, die aber in **besonderen Ausnahmefällen** mit Begründung verordnet werden dürfen.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 02.07.2014 - B 6 KA 26/13 R

RID 15-02-87

juris

b) Beratung vor Regress: Geltungszeitraum/Erstmalige Überschreitung

BSG, Urteil v. 28.10.2014 - B 6 KA 3/14 R

RID 15-02-88

SozR 4-2500 § 106 Nr. 48

Leitsatz: 1. Die Rechtmäßigkeit von Maßnahmen der **Wirtschaftlichkeitsprüfung** beurteilt sich grundsätzlich **nach dem Recht**, das im jeweiligen Prüfungszeitraum gegolten hat, soweit nicht etwas anderes ausdrücklich gesetzlich angeordnet ist; eine derartige Geltungsanordnung enthält § 106 Abs. 5e S. 7 SGB V.

2. Der in § 106 Abs. 5e SGB V normierte **Beratungsvorrang** erfasst nur Prüfverfahren, die am 31.12.2011 noch nicht abgeschlossen waren und in denen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses nach dem 25.10.2012 ergangen ist.

3. Eine „**erstmalige Überschreitung des Richtgrößenvolumens**“ setzt die Feststellung voraus, dass es in den vorangegangenen Prüfungszeiträumen nicht - zumindest einmalig oder gar wiederholt - zu Überschreitungen gekommen ist.

4. Relevant sind dabei nur Überschreitungen des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 v.H., die nicht durch Praxisbesonderheiten begründet sind. Zudem bedarf es einer „**förmlichen Feststellung**“ der Überschreitung durch die Prüfungsgremien.

5. Die gesetzlichen **Krankenkassen** können sich nicht darauf berufen, dass einer Norm unzulässige echte **Rückwirkung** zukommt, weil dieses Recht nur (natürlichen und juristischen) Personen zusteht, die auch Träger von Grundrechten sind.

c) Eingeschränkte Einzelfallprüfung mit Hochrechnung: Zahl der Behandlungsfälle

BSG, Urteil v. 13.08.2014 - B 6 KA 41/13 R

RID 15-02-89

SozR 4-2500 § 106 Nr. 46

Leitsatz: Bei der **eingeschränkten Einzelfallprüfung mit Hochrechnung** kann die Zahl der in die Prüfung einbezogenen Behandlungsfälle weniger als ein Fünftel der Gesamtzahl der Fälle betragen, wenn der Arzt aus Gründen, die zumindest auch in seiner Sphäre liegen, außerstande ist, die angeforderten Akten vollzählig zu übersenden.

d) Abänderung des Regresses nach Übersendung des Sitzungsprotokolls zu Ungunsten des Arztes

BSG, Urteil v. 13.08.2014 - B 6 KA 38/13 R

RID 15-02-90

SozR 4-2500 § 106 Nr. 47

Leitsatz: Die **Übersendung des Sitzungsprotokolls des Beschwerdeausschusses** als Information über die in der Sitzung gefassten Beschlüsse kann die Bekanntgabe eines Verwaltungsakts darstellen, der nur nach Maßgabe der allgemeinen verfahrensrechtlichen Vorschriften aufgehoben werden kann.

e) Mängelgutachten: Kostentragung durch Zahnarzt/Inzidentprüfung Bundesschiedsamtsentsch.

BSG, Urteil v. 13.08.2014 - B 6 KA 46/13 R

RID 15-02-91

SozR 4-5555 § 22 Nr. 1 = GesR 2015, 104

Leitsatz: 1. Eine Vereinbarung der Vertragspartner der vertragszahnärztlichen Versorgung auf Bundesebene, wonach der **Vertragszahnarzt** mit den **Kosten der Begutachtung** von ihm erbrachter prothetischer Leistungen belastet werden kann, wenn das Gutachten Mängel ergeben hat, die der Zahnarzt zu vertreten hat, ist zulässig.

2. Im Rahmen der **Inzidentprüfung von Entscheidungen der Bundesschiedsämter** für die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung ist die Beachtung der formellen Vorgaben für die Durchführung des Schiedsverfahrens vom Gericht nicht zu prüfen. Prüfungsgegenstand ist allein, ob die vom Bundesschiedsamt festgesetzte Regelung wirksam wäre, wenn sie im Wege freier Verhandlungen der Vertragspartner zustande gekommen wäre (Fortentwicklung und teilweise Aufgabe von BSG vom 8.5.1996 - 6 RKa 49/95 = BSGE 78, 191 = SozR 3-2200 § 368i Nr. 1).

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 13.08.2014 - B 6 KA 5/14 R
juris

RID 15-02-92

4. Zulassungsrecht

**a) Sonderbedarfszulassung: Besondere Qualifikation
(Psychotherapeut/Kommunikationsmethode)**

BSG, Urteil v. 13.08.2014 - B 6 KA 33/13 R

RID 15-02-93

SozR 4-2500 § 101 Nr. 16 = ZMGR 2014, 425

Leitsatz: **Besondere Qualifikationen**, die nicht in einer speziellen ärztlichen Weiterbildung oder Subspezialisierung ihren Niederschlag gefunden haben, können keinen Anspruch auf Erteilung einer **Sonderbedarfszulassung** begründen.

b) Praxisnachfolge in BAG: Bewerberauswahl

BSG, Urteil v. 22.10.2014 - B 6 KA 44/13 R

RID 15-02-94

SozR 4-2500 § 103 Nr. 16 = GesR 2015, 43

Leitsatz: 1. Die Zulassungsgremien haben die Existenz einer **Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)** bei der Entscheidung über eine **Praxisnachfolge** auch dann hinzunehmen, wenn die BAG allein mit dem Ziel gegründet wurde, Einfluss auf das Nachbesetzungsverfahren zu nehmen.

2. Die **Interessen** der in der BAG verbleibenden Ärzte haben nur geringes Gewicht, wenn die BAG allein mit dem Ziel gegründet wurde, Einfluss auf das Nachbesetzungsverfahren zu nehmen.

3. Auch im Falle einer zweckgerichteten Gründung der BAG dürfen die Zulassungsgremien im Nachbesetzungsverfahren keinen Bewerber auswählen, mit dem aus objektiv nachvollziehbaren Gründen eine **Zusammenarbeit** keinesfalls erwartet werden kann.

4. Ein Bewerber ist den verbleibenden BAG-Partnern **nicht zumutbar**, wenn sich dieser an der gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht beteiligen und die Tätigkeit des ausscheidenden Arztes in der BAG nicht fortsetzen will.

c) Keine Konkurrentenklage gegen Genehmigung einer BAG

BSG, Urteil v. 22.10.2014 - B 6 KA 43/13 R

RID 15-02-95

SozR 4-1500 § 54 Nr. 37 = GesR 2015, 24

Leitsatz: Dritte sind nicht berechtigt, die anderen Ärzten erteilte **Genehmigung zur gemeinschaftlichen Berufsausübung** anzufechten. Dies gilt selbst dann, wenn die Gründung der Berufsausübungsgemeinschaft nur zu dem Zweck erfolgt, Einfluss auf die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes zu nehmen.

d) Nachbesetzung einer ärztlichen Psychotherapeutenstelle mit Psychologischer Psychotherapeutin

BSG, Urteil v. 02.07.2014 - B 6 KA 23/13 R

RID 15-02-96

BSGE = SozR 4-2500 § 103 Nr. 14 = GesR 2015, 26

Leitsatz: Die Stelle eines **psychotherapeutisch tätigen Arztes** in einem medizinischen Versorgungszentrum kann grundsätzlich auch mit einem **Psychologischen Psychotherapeuten** **nachbesetzt** werden.

e) Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung für MVZ durch GmbH

BSG, Urteil v. 22.10.2014 - B 6 KA 36/13 R

RID 15-02-97

SozR 4-2500 § 95 Nr. 28 = SGB 2014, 674 = ZMGR 2015, 22

Leitsatz: Ist die alleinige Gesellschafterin eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), das in der Rechtsform einer GmbH betrieben wird, wiederum eine GmbH, so sind die für die Zulassung des

MVZ erforderlichen **Bürgschaftserklärungen** von dieser GmbH und nicht von den dahinter stehenden natürlichen oder juristischen Personen abzugeben.

f) Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen gemäß § 121a SGB V

BSG, Beschluss v. 11.02.2015 - B 6 KA 43/14 B

RID 15-02-98

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Bayern**, Urt. v. 25.06.2014 - L 12 KA 48/14 - RID 14-04-40 wird zurückgewiesen.

Schon die Verwendung des Begriffes „**bedarfsgerecht**“ im SGB V lässt erkennen, dass die Genehmigungsbehörde bei der gemäß § 121a II SGB V durchzuführenden Bedarfsermittlung nicht an „hergebrachte Maßstäbe des Bedarfsplanungsrechts“ nach den §§ 99 bis 105 SGB V gebunden ist. Denn auch wenn das Gesetz den Begriff der „bedarfsgerechten Versorgung“ bzw. des „bedarfsgerechten Versorgungsgrades“ im Zusammenhang mit der Bedarfsplanung wiederholt gebraucht (etwa in § 99 I 3, § 101 I 1 Nr. 1 und § 104 I 1 SGB V), wird der Begriff „bedarfsgerecht“ im SGB V - unabhängig von einer Bedarfsplanung im engeren Sinne - als Obergriff verwendet und immer dann benutzt, wenn der Gesetzgeber eine **Steuerung der Leistungserbringung** für erforderlich hält (s. § 25 V 2, § 70 I 1, § 73 Ia 3, § 109 II 2, III 1 Nr. 2, § 111 II 1 Nr. 2, § 111c I Nr. 2, § 132b, § 132c I, § 132d I 1, II Nr. 3, § 132e II 3 SGB V).

Das Merkmal „bedarfsgerecht“ schließt die Prüfung ein, ob **andere Leistungserbringer** schon in ausreichendem Maße die in Frage stehenden Leistungen erbringen (BSG SozR 4-2500 § 121a Nr. 3 Rn. 28, 33; BSG SozR 4-2500 § 121a Nr. 4 Rn. 20).

Die Genehmigungsbehörde kann **generelle Prüfkriterien** bestimmen, welche sie ihrer nach § 121a SGB V zu treffenden Entscheidung zugrunde legt. Sie kann zur Bestimmung der Bedarfsgerechtigkeit Planungsbereiche festlegen, weil auf der Hand liegt, dass sich eine Prüfung der Bedarfsgerechtigkeit auf einen bestimmten Einzugsbereich beziehen muss (siehe hierzu schon BSG SozR 4-2500 § 121a Nr. 3 Rn. 19). Sie kann allgemeine und örtliche Verhältniszahlen bestimmen und diese in ein Verhältnis zueinander setzen.

g) Zulassungsentziehung wegen Verletzung der Fortbildungspflicht

BSG, Beschluss v. 11.02.2015 - B 6 KA 37/14 B

RID 15-02-99

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Bayern**, Urt. v. 19.03.2014 - L 12 KA 72/13 - RID 14-03-52 wird zurückgewiesen.

Für eine **Zulassungsentziehung** wegen **Verletzung der Fortbildungspflicht** gelten keine anderen Maßstäbe als für sonstige Verstöße gegen vertragsärztliche Pflichten. § 95d SGB V normiert keinen eigenständigen Entziehungstatbestand, sondern verpflichtet die KV über § 95d III 6 SGB V lediglich dazu, im Falle eines Verstoßes gegen die in § 95d SGB V normierten Pflichten (im Regelfall) einen Antrag auf Entziehung der Zulassung zu stellen. Unter welchen Voraussetzungen eine Zulassungsentziehung zu erfolgen hat, bestimmt sich damit nach § 95 VI 1 SGB V.

Aus dem **fehlenden Nachweis** kann zugleich der Schluss gezogen werden, dass eine Vertragsärztin nicht allein ihrer Nachweispflicht, sondern zugleich ihrer sich aus § 95d I SGB V ergebenden Verpflichtung, sich im erforderlichen Umfang fortzubilden, nicht nachgekommen ist.

Der Verstoß gegen § 95d SGB V betrifft **grundlegende vertragsärztliche Pflichten**. Die Fortbildungspflicht ist eine notwendige Voraussetzung dafür, dass die Vertragsärzte die Versicherten entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse behandeln; die Nachweispflicht sichert dies ab. In diesem Zusammenhang geht auch der Gesetzgeber davon aus, dass ein Vertragsarzt, der fünf Jahre seiner Fortbildungspflicht nicht oder nur unzureichend nachkommt und sich auch durch empfindliche Honorarkürzungen nicht beeindrucken lässt, sich hartnäckig der Fortbildungsverpflichtung verweigert und damit seine vertragsärztlichen Pflichten **gröblich verletzt**. Eine Vertragsärztin, die trotz wiederholter Hinweise der KV insgesamt **sieben Jahre** (nahezu) ungenutzt verstreichen lässt, um ihrer Fortbildungspflicht nachzukommen, zwingt zur „Folgerung der Verantwortungslosigkeit beim Umgang mit den vertragsärztlichen Pflichten“ (BSGE 110, 269 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 24, Rn. 33).

Persönliche Lebensumstände (wie etwa die Erkrankung naher Verwandter, Schul- und Erziehungsprobleme in Bezug auf Kinder o.Ä.) sind für die Beurteilung, ob die Voraussetzungen für eine Entziehung der Zulassung vorliegen, ohne Bedeutung: Für den Tatbestand einer gröblichen Pflichtverletzung ist nicht erforderlich, dass den Vertragsarzt ein Verschulden trifft; auch unverschuldete Pflichtverletzungen können zur Zulassungsentziehung führen. Ein **Verschuldenserfordernis** wäre nicht mit dem Ziel der auf eine funktionsfähige vertragsärztliche Versorgung ausgerichteten Regelungen des SGB V kompatibel (BSGE 110, 269 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 24, Rn. 51). Für eine auf die Verletzung der in § 95d SGB V normierten Pflichten gestützte Zulassungsentziehung gilt nichts anderes.

Dass ein „**Wohlverhalten**“ durch eine **nachträgliche**, außerhalb des gesetzlich vorgegebenen Zeitraums liegende **Erfüllung der Fortbildungspflicht** keine Berücksichtigung finden kann, ergibt sich unmittelbar aus dem Gesetz. Der Arzt kann die Fortbildung binnen zwei Jahren nachholen. Eine Berücksichtigung zeitlich noch später liegender Fortbildungen würde den gesetzlichen Vorgaben wie auch dem Willen des Gesetzgebers zuwiderlaufen und die gesetzliche Regelung leerlaufen lassen.

Die Frage der **Verhältnismäßigkeit** im engeren Sinne ist einer allgemeingültigen Klärung nicht zugänglich, sondern vom jeweiligen Einzelfall abhängig. Unverhältnismäßig könnte eine auf die Verletzung der Fortbildungspflicht gestützte Zulassungsentziehung dann sein, wenn der vorgegebene Nachweis nur um wenige Stunden verfehlt wird. Die Geeignetheit und Erforderlichkeit der Zulassungsentziehung steht angesichts des Umstandes, dass selbst Honorarkürzungen nach § 95d III 3 SGB V keine Verhaltensänderung bewirkt haben, ohnehin außer Zweifel.

5. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung: Prinzip der Vorjahresanknüpfung

BSG, Urteil v. 13.08.2014 - B 6 KA 6/14 R

RID 15-02-100

SozR 4-2500 § 87a Nr. 2 = GesR 2014, 732

Leitsatz: 1. Die formellen Voraussetzungen einer Festsetzung des Vertragsinhalts durch das **Schiedsamt** können auch erfüllt sein, wenn bereits keine Vertragsverhandlungen zustande gekommen sind.

2. Die **Gesamtvergütung** ist auch nach der Rechtslage des Jahres 2013 jeweils für das Folgejahr auf der Basis der für das Vorjahr vereinbarten Gesamtvergütung zu vereinbaren und hat sich an den gegenüber dem Vorjahr eingetretenen Veränderungen zu orientieren (**Prinzip der Vorjahresanknüpfung**).

3. Die **jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur** darf das Schiedsamt für den Regelfall in Höhe des Mittelwerts zwischen den beiden vom Bewertungsausschuss mitgeteilten Veränderungsraten (vertragsärztliche Behandlungsdiagnosen und demographische Kriterien) festsetzen.

6. Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

a) Aufnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel in AMR (OTC-Übersicht)

BSG, Urteil v. 14.05.2014 - B 6 KA 21/13 R

RID 15-02-101

BSGE 116, 1 = SozR 4-2500 § 34 Nr.14 = Pharma Recht 2014, 516

Leitsatz: 1. Gegen die Ablehnung der Aufnahme eines Arzneimittels in das Verzeichnis der zugelassenen Ausnahmen zum gesetzlichen Verordnungsausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel (**OTC-Übersicht**) kann der Arzneimittelhersteller **Anfechtungs- und Feststellungsklage** gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss erheben.

2. Zu den verfahrensrechtlichen und materiell rechtlichen **Voraussetzungen** für die Aufnahme eines Arzneimittels in die OTC-Übersicht.

b) Mitwirkung der Patientenvertretung/Kein eigenes Antragsrecht eines Patientenvertreters

BSG, Urteil v. 14.05.2014 - B 6 KA 29/13 R

RID 15-02-102

BSGE 116, 15 = SozR 4-2500 § 140f Nr. 2

Leitsatz: 1. Die gesetzliche Regelung zur **Mitwirkung der Interessenvertretung der Patienten** im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) begründet subjektiv-öffentliche Rechte, die mit der Klage auf Feststellung der Nichtigkeit von Beschlüssen des GBA durchgesetzt werden können.

2. Das Antragsrecht bei Beschlüssen des GBA steht den anerkannten **Patientenorganisationen** und nicht den von diesen benannten sachkundigen Personen zu.

c) Erhebung einer Gebühr für die Zurückweisung eines Widerspruchs (OTC-Übersicht)

BSG, Urteil v. 14.05.2014 - B 6 KA 27/13 R

RID 15-02-103

SozR 4-2500 § 34 Nr. 15

Leitsatz: Für die Zurückweisung eines **Widerspruchs** gegen die Ablehnung der Aufnahme eines Arzneimittels in das Verzeichnis der zugelassenen Ausnahmen zum gesetzlichen Verordnungsausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel (**OTC-Übersicht**) können **Gebühren** in Höhe der Gebühr für die Bescheidung des Antrags erhoben werden.

d) Defensive Konkurrentenklage gg. neue Behandlungsmethode (Photosoletherapie u. Bade-PUVA)

BSG, Urteil v. 14.05.2014 - B 6 KA 28/13 R

RID 15-02-104

SozR 4-2500 § 135 Nr. 22

Leitsatz: 1. Die **Klage** von Herstellern und Vertreibern von Medizinsystemen gegen die Anerkennung einer **konkurrierenden Behandlungsmethode** durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beurteilt sich nach den für defensive Konkurrentenklagen geltenden Maßstäben.

2. Die Anerkennung einer Behandlungsmethode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss verletzt die **Anbieter konkurrierender Behandlungsmethoden** nicht in ihren Rechten und berechtigt sie daher nicht, die Anerkennung der konkurrierenden Verfahren gerichtlich prüfen zu lassen.

3. Anbieter konkurrierender Behandlungsmethoden sind jedoch berechtigt, die an die Erbringung der konkurrierenden Behandlungsmethoden gestellten **Anforderungen gerichtlich überprüfen** zu lassen.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. (Zahn-)Ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 18.11.2014 - **B 1 KR 19/13 R** - besteht kein Anspruch auf zukünftige **Präimplantationsdiagnostik** bei In-Vitro-Fertilisation, da die Diagnostik nicht die Erbkrankheit CADASIL behandeln, sondern die Verwerfung solcher Embryonen ermöglichen soll, die Träger der Krankheit sind, um zukünftiges Leiden eigenständiger Lebewesen zu vermeiden.

1. Behandlung mit Lucentis (Wirkstoff: Ranibizumab) zur intravitrealen Therapie des Makulaödems

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 05.01.2015 - L 1 KR 468/14 B ER

RID 15-02-105

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 27

Eine Behandlung mit **Lucentis (Wirkstoff: Ranibizumab)** wird in der „Stellungnahme der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft, der Retinologischen Gesellschaft und des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands zur intravitrealen Therapie des Makulaödems bei Uveitis Stand: 02.07.2014“ nicht eindeutig empfohlen. Die Eingabe von VEGF-Inhibitoren im Off-Label-Use soll als dritter Therapieschritt nur bei bestimmten weiteren Erkrankungen oder bei jungen, noch nicht von Altersweitsichtigkeit betroffenen Patienten erfolgen.

Das **SG** - S 166 KR 1656/14 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

2. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Brustaufbau nach einer Brustkarzinomoperation mit sog. (Eigen)Fettgewebsinjektionen

LSG Hessen, Urteil v. 31.10.2014 - L 1 KR 197/14

RID 15-02-106

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

Der **Brustaufbau** mittels sog. (Eigen)Fettgewebsinjektionen zum Ausgleich von Substanzdefekten **nach Operationen wegen Brustkrebs** stellt eine „neue“ Untersuchungs- und Behandlungsmethode dar, da sie nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im EBM enthalten ist. Eine positive Empfehlung des GBA liegt nicht vor.

SG Darmstadt, Urt. v. 14.05.2014 - S 10 KR 664/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Thermochemotherapie (Ganzkörper-Hyperthermie)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 18.12.2014 - L 1 KR 21/13

RID 15-02-107

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2, 11 I Nr. 4, 13 III 1, 27 I, 92 I 2 Nr. 5, 135 I; GG Art. 2 I, 20 I

Bei einer **Krebserkrankung** bei **unbekanntem Primärtumor**, bei dem es innerhalb kürzester Zeit trotz Chemotherapie und experimenteller Antikörpertherapie zu einer fortschreitenden Metastasierung in Leber, Lunge, Milz, Bauchspeicheldrüse, Magen, Magenwand und Lymphknoten gekommen ist, handelt es sich um eine lebensbedrohliche Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht (mehr) zur Verfügung steht. Es kann dann im Einzelfall ein Anspruch auf Behandlungen mit **Ganzkörper-Hyperthermie** bestehen.

Der Kl. begehrt von der Bkl. die volle Kostenerstattung für drei Behandlungen der Versicherten mit Ganzkörper-Hyperthermie. **SG Aurich**, Urt. v. 09.12.2012 - S 18 KR 117/09 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bkl., dem Kl. weitere Kosten für die von der Versicherten durchgeführte Thermochemotherapie von 22.156,49 € zu erstatten.

c) Chemoperfusion unter Hyperthermiebedingungen: Fehlender Nachweis von Behandlungsalternativen

SG Stade, Beschluss v. 02.04.2015 - S 29 KR 6/15 ER

RID 15-02-108

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 II, 11 I, 12, 13 III, 27, 70, 135, 137c; SGG § 86b II

Auch wenn sich den **Chemoperfusionen unter Hyperthermiebedingungen** eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf zuordnen lassen, so bedarf es jedoch an Aussagen zu den vorrangig in Betracht zu ziehenden vertraglichen bzw. als Sachleistung erbringbaren **Therapien**. Es muss nachgewiesen werden, dass allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlungsweisen nicht zur Verfügung stehen.

Das **SG** lehnte den Antrag, der Ag. vorläufig die Kosten aufzugeben für drei bis vier intraoperative, intraarterielle Chemoperfusionen unter Hyperthermiebedingungen, bei Einsatz einer (Extremitäten-) Stopflowtechnik, mit Hyperoxygenierung der Bauchorgane und mit Refiltration der Chemotherapeutika, durchzuführen im Helios D., ab.

d) Analfisteloperation mittels der FAPP-Methode

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 29.01.2015 - S 17 KR 522/14

RID 15-02-109

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 27

Bei der **Analfisteloperation mittels der FAPP-Methode** handelt es sich nach den eigenen Angaben des in Anspruch genommenen Arztes T. um eine von ihm 2009 entwickelte minimalinvasive Operation, die es erlaubt, die Analfisteln zu verschließen, ohne große chirurgische Wunden zu erzeugen und ohne den Schließmuskel zu gefährden. Es ist nicht ersichtlich, dass diese Methode von anderen Ärzten angewandt wird. Bei der Behandlungsmethode handelt es sich gerade nicht um eine **neue Behandlungsweise**, die in der Fachdiskussion eine breite Resonanz gefunden und sich in der medizinischen Praxis durchgesetzt hat.

Das **SG** wies die Klage ab.

e) Behandlung mit Medizinal-Cannabisblüten

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.02.2015 - L 4 KR 3786/13

RID 15-02-110

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt. B 1 KR 28/15 B

juris

SGB V §§ 13 III, 27 I 1, 31 I 1

Für Medizinal-Cannabisblüten fehlt es an der nach § 135 I 1 SGB V erforderlichen befürwortenden Entscheidung des GBA, ohne die neue Behandlungsmethoden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht gewährt werden können.

SG Reutlingen, Urt. v. 25.07.2013 wies die Klage des Kl., der an spastischer Tetraparese, akuter intermittierender Porphyrie mit hieraus resultierenden Schmerzzuständen und einer Grand-Mal-Epilepsie leidet, mit dem Antrag, die Bekl. zur Erstattung der ihm in der Zeit von Mai 2009 bis Juli 2013 für den Erwerb von Medizinal-Cannabis entstandenen Kosten in Höhe von 4.524,27 € und zu seiner zukünftigen Versorgung mit Medizinal-Cannabis zu verurteilen, ab, das **LSG** die Berufung zurück.

f) Kopforthese (Helmtherapie)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 24.02.2015 - L 11 KR 3297/14

RID 15-02-111

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 3 KR 30/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13, 27, 135

Leitsatz: Versicherte der GKV haben keinen Anspruch auf eine Behandlung mittels **Kopforthese** (Behandlungsjahr 2013). Dies gilt unabhängig davon, ob es sich dabei um eine ärztliche Behandlungsmethode oder um die Versorgung mit einem Hilfsmittel handelt.

SG Heilbronn, Urt. v. 08.07.2014 - S 11 KR 2848/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Zahnärztliche Behandlung

a) Kostenerstattung für Zahnersatz: Vorherige Prüfung des Heil- und Kostenplans

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 25.11.2014 - L 4 KR 535/11

RID 15-02-112

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 30 IV, 55, 87 Ia 4

Leitsatz: Die **Kostenerstattung für Zahnersatz** setzt die **Prüfung des Heil- und Kostenplans** durch die gesetzliche Krankenkasse vor Beginn der Behandlung voraus. Das **Genehmigungserfordernis** rechtfertigt sich daraus, dass die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Zahnersatzversorgung vorab besser überprüft werden kann.

SG Osnabrück, Gerichtsbb. v. 21.10.2011 - S 3 KR 134/10 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Implantatversorgung: Genetische Nichtanlage von Zähnen (Oligodontie)

SG Stade, Urteil v. 07.04.2015 - S 1 KR 139/12

RID 15-02-113

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 2a, 28 II, 92 I 2 Nr. 2

Eine generalisierte **genetische Nichtanlage von Zähnen (Oligodontie)** wird nicht als Ausnahmeindikation für eine Implantatversorgung nach der ZahnbehandlungsRL erfasst. Die genetische Nichtanlage von Zähnen ist in ihren Auswirkungen regelmäßig auf die Beeinträchtigung der **Kaufunktion** begrenzt, eine andere, damit verbundene medizinische Behandlungsbedürftigkeit ergibt sich in der Regel - und auch vorliegend - nicht.

Das **SG** wies die Klage ab.

II. Kostenerstattung

1. Genehmigungsfiktion

a) Ausschluss aller Einwendungen

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 29.01.2015 - S 17 KR 479/14

RID 15-02-114

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 IIIa 6, 33 I

Durch die **Fiktion der Genehmigung** nach § 13 IIIa SGB V ist die Krankenkasse mit allen **Einwendungen** (wie z.B. der Frage, ob es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode handelt und ob die Leistung erforderlich im Sinne des § 12 I1 SGB V ist) ausgeschlossen. Nur auf diese Weise kann der Wunsch des Gesetzgebers, generalpräventiv die Zügigkeit des Verwaltungsverfahrens zu verbessern, umgesetzt werden. Dieses Ziel würde ins Leere laufen, könnte die Genehmigungsfiktion durch eine (außerhalb der Frist erfolgende) nachträgliche Prüfung der einzelnen Leistungsvoraussetzungen wieder erlöschen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.05.2014 - L 5 KR 222/14 B ER - RID 14-03-78; a.A. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 26.05.2014 - L 16 KR 154/14 B ER, L 16 KR 155/14 B - RID 14-03-95).

Das **SG** verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Speedy-Elektra 2 Zuggerät zu versorgen.

b) Einwendungsausschluss bei Genehmigungsfiktion (hier: Doppelversorgung)

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 02.10.2014 - S 11 KR 180/14

RID 15-02-115

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Überschreitet die Krankenkasse die gesetzliche Frist von drei Wochen, so tritt die Genehmigungsfiktion des § 13 IIIa 6 SGB V ein. Durch die **Genehmigungsfiktion** gilt die Genehmigung der beantragten Leistung durch einen fingierten Verwaltungsakt als erlassen. Fingierte Verwaltungsakte haben die gleiche Rechtswirkung wie tatsächlich erlassene Verwaltungsakte und sind dem Sozialrecht nicht fremd. Durch die Fiktion der Genehmigung ist die Leistungsberechtigung

wirksam verfügt und die Krankenkasse mit allen **Einwendungen** (wie hier, ob es sich ggfs. um eine Doppelversorgung handele) ausgeschlossen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., den Kl. mit dem Elektrorollstuhl C 1000 DS/S zu versorgen.

c) Schriftformerfordernis für Verlängerung der Entscheidungsfrist

SG Marburg, Urteil v. 15.01.2015 - S 6 KR 160/13

RID 15-02-116

juris

SGB V § 13 IIIa 6

§ 13 Abs. IIIa 5 SGB V verlangt für die Verlängerung der Entscheidungsfrist der Krankenkasse die **Schriftform**. Ein **telefonischer Hinweis** genügt nicht.

Eine gesetzliche Krankenkasse muss die schriftliche Mitteilungspflicht nach § 13 IIIa SGB V so erfüllen, dass nach sachlichen und objektiven Kriterien die **Warnfunktion** auch verstanden werden kann. Wenn die Nichteinhaltung einer gesetzlichen Fünf-Wochen Frist schon nicht mitgeteilt wird, die Pflicht zur Vorlage von Unterlagen nicht konkret, unmissverständlich und unter Benennung einer konkreten und eindeutigen Nachfrist formuliert und schließlich auch nicht die Folgen aufgeführt werden, dann wird die mit § 13 IIIa SGB V gesetzlich normierte Warnfunktion nicht erfüllt.

Das **SG** stellte fest, dass der am 04.11.2013 bei der Bekl. eingegangene Antrag der Kl. auf Gewährung einer Sachleistung in Form einer laparoskopischen Magenbypass-Operation gem. § 13 IIIa 6 SGB V als genehmigt gilt, und wies im Übrigen die Klage ab.

d) Keine Mitteilung über Nichteinhaltung der Frist

SG Heilbronn, Urteil v. 10.04.2015 - S 11 KR 2425/14

RID 15-02-117

juris

SGB V § 13 IIIa

Die in § 13 IIIa 5 SGB V enthaltene Verpflichtung seitens der Krankenkasse, mitzuteilen, wenn sie die Fristen nicht einhalten kann, setzt die **Schriftform** voraus. Die Nichtbeachtung dieser Form hat die Nichtigkeit bzw. Unwirksamkeit der **Mitteilung** zu Folge (vgl. §§ 125 Satz 1 BGB, 39 III SGB X). An einer Mitteilung fehlt es, wenn gar nicht ausgeführt wird, dass eine gesetzliche Frist nicht eingehalten werden könne oder solle.

Das **SG** stellte fest, dass der am 27.12.2013 bei der Bekl. eingegangene Antrag der Kl. auf eine operative Hautstraffung im Bereich der Oberarme, des Gesäßes und der Oberschenkel als genehmigt gilt.

e) Unbestimmte Mitteilung über Verzögerungsgründe

SG Nürnberg, Urteil v. 27.03.2014 - S 7 KR 520/13

RID 15-02-118

juris

SGB V §§ 13a, 33 I

Die **Mitteilung der Krankenkasse**, dass man noch Rückfragen beim verordnenden Arzt für erforderlich halte und man bestrebt sei, innerhalb von drei Wochen (bei erforderlicher Beurteilung durch den MDK innerhalb von fünf Wochen) zu entscheiden, entspricht nicht einer begründeten Mitteilung, dass man die **Entscheidungsfrist** nicht einhalten könne, da hieraus nicht hervorgeht, von welcher Frist die Krankenkasse ausgeht und welche Frist nicht eingehalten werden kann.

Die Rechtsfolge des § 13 IIIa 6 SGB V ist nicht auf eine **Kostenerstattung** beschränkt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. von den Kosten für die mit Kostenvoranschlag beantragte Versorgung mit einer Mancini-Hüftabduktions-Orthese freizustellen.

f) Keine unverzügliche Einholung einer gutachterl. Stellungnahme (Postbariatrische Operation)

SG Düsseldorf, Urteil v. 02.03.2015 - S 9 KR 903/14

RID 15-02-119

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 IIIa 6, 27 I 1 u. 2 Nr. 3

Hält die Krankenkasse die Fristen nach § 13 IIIa SGB V nicht ein und teilt sie der Versicherten die Gründe hierfür nicht vor Ablauf der Frist und damit rechtzeitig mit, dann gilt die beantragte Leistung als **genehmigt**.

Eine gutachterliche Stellungnahme wird **nicht unverzüglich eingeholt**, wenn der Antrag vom 01.07.2014 stammt und die Beauftragung des MDK erst am 31.07.2014 erfolgt.

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

Das **SG** verpflichtete die Bekl., der Kl. vier postbariatrische Wiederherstellungsoperationen als Sachleistung zu gewähren.

g) 5-Wochen-Frist: Einwendungsausschluss (postbariatrische Wiederherstellungsoperation)

SG Lüneburg, Urteil v. 17.02.2015 - S 16 KR 96/14

RID 15-02-120

juris

SGB V § 13 IIIa

Hält die Krankenkasse die **5-Wochen-Frist** nach § 13 IIIa SGB V nicht ein und teilt die Gründe hierfür nicht mit, dann gilt durch die Genehmigungsfiktion die Genehmigung der beantragten Leistung durch einen fingierten Verwaltungsakt als erlassen. Dabei steht der Versicherten nicht nur ein Anspruch auf Kostenerstattung für die Selbstbeschaffung der begehrten Leistung zu, sondern auch der **Versorgungsanspruch** als Sachleistungsanspruch (hier: postbariatrische Wiederherstellungsoperation).

Dem Anspruch steht auch nicht entgegen, dass ein **Sachverständiger** lediglich einen Anspruch auf Liposuktion und Operation der Oberschenkel für medizinisch notwendig hält. Durch die Fiktion der Genehmigung ist die Leistungsberechtigung wirksam verfügt und die Krankenkasse mit allen **Einwendungen** (wie z.B. der Frage, ob es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode handelt und ob die Leistung erforderlich im Sinne des § 12 I 1 SGB V ist) ausgeschlossen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. hauttraffende Operationen im Bereich der Brüste, der Bauchdecke, der Oberschenkel einschl. Liposuktion zu gewähren.

h) Abschluss behördeninterner Entscheidungsfindung/Notwendige Leistungen

SG Würzburg, Urteil v. 15.01.2015 - S 11 KR 100/14

RID 15-02-121

juris

SGB V § 13 IIIa 6

Leitsatz: Eine Entscheidung im Sinne von § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V liegt bereits dann vor, wenn die Krankenkasse ihre **behördeninterne Entscheidungsfindung** nachweislich durch Erstellung eines Bescheides, den sie alsbald per Post auf den Weg zum Versicherten bringt, abgeschlossen hat. Die Bekanntgabe muss nicht innerhalb der Frist nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V erfolgen.

Die **Genehmigungsfiktion** nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V erfasst nur solche **Leistungen**, die notwendig, geeignet und ausreichend sind, sowie dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen.

Das **SG** wies die Klage ab.

i) Genehmigungsfiktion für neue Behandlungsmethode (amb. Liposuktion an Beinen u. Armen)

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 05.02.2015 - S 17 KR 524/14

RID 15-02-122

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 IIIa 6

Nach Ablauf der vom Gesetz vorgesehenen Fristen nach § 13 IIIa SGB V besteht nicht nur ein Anspruch auf Kostenerstattung für die Selbstbeschaffung der begehrten Leistung, sondern auch auf den hier geltend gemachten **Sachleistungsanspruch** (Anschluss an LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.05.2014 - L 5 KR 222/14 B ER - RID 14-03-78; entgegen LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 26.05.2014 - L 16 KR 154/14 B ER, L 16 KR 155/14 B - RID 14-03-95).

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten für eine ambulante Liposuktion an den Beinen und Armen der Kl. antragsgemäß zu übernehmen.

j) Genehmigungsfiktion auch bei neuer Behandlungsmethode (Crosslinking-Behandlung)

SG Augsburg, Urteil v. 12.11.2014 - S 12 KR 3/14

RID 15-02-123

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IIIa, 135 I 1

Leitsatz: Die **Genehmigungsfiktion** des § 13 Abs. 3a S.6 SGB V greift auch bei einer **neuen Behandlungsmethode** i.S.v. § 135 SGB V, die ambulant von einem Vertragsarzt erbracht wird. Folge der Genehmigungsfiktion ist ein Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3a S.7 SGB V nach selbstbeschaffter Leistung.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 760,04 € zu erstatten.

k) Genehmigungsfiktion für Entfernung der Barthaare bei Transsexualität

SG Mannheim, Urteil v. 27.03.2015 - S 9 KR 3123/14

RID 15-02-124

juris
SGB V §§ 12, 13 III, 27, 33, 92, 135

Die Wirkung der **fiktiven Genehmigung** nach § 13 IIIa SGB V kann nicht nur auf solche Leistungen erstreckt werden, die die Krankenkasse bei materieller Betrachtung als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen hat.

Die **Entfernung der Barthaare im Gesicht** stellt bei einer „Mann-zu-Frau-Transsexualität“ eine Maßnahme der Krankenbehandlung, nicht aber eine solche der medizinischen Rehabilitation dar.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. entsprechend dem Kostenvoranschlag zur Entfernung der Gesichtsbehaarung eine Elektroepilation durch Frau S.H. zu erbringen.

l) Keine Genehmigungsfiktion für Altfälle

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 04.02.2015 - L 9 KR 99/14

RID 15-02-125

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IIIa, 33

Leitsatz: 1. Die mit Wirkung vom 26. Februar 2013 eingeführte Regelung in § 13 Abs. 3a SGB V hat keine Auswirkungen auf Sachverhalte, in denen bei **Inkrafttreten des Gesetzes** bereits ein **Antrag** auf Kostenübernahme bei der Krankenkasse vorlag.

2. Es bleibt offen, ob die **Genehmigungsfiktion** des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V nur greift, wenn der Antrag eine grundsätzlich von der Krankenkasse innerhalb des Systems der GKV geschuldete Leistung betrifft und sie dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht (so Landessozialgericht NRW, Beschluss vom 26. Mai 2014, L 16 KR 154/14 B ER - RID 14-03-95, zitiert nach juris, dort Rdnr. 26).

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 18.02.2014 - S 81 KR 2078/13 - wies die Klage auf Übernahme der Kosten für eine Silikonfingerprothese in Höhe von 2.023 € ab, das **LSG** wies die Berufung zurück.

2. Kausalzusammenhang: Kieferorthopädische Behandlung als zusammenhängender Komplex

LSG Hamburg, Urteil v. 29.01.2015 - L 1 KR 141/13

RID 15-02-126

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 III

Voraussetzung des Kostenerstattungsanspruchs nach rechtswidriger Ablehnung der Leistung durch die Krankenkasse ist der notwendige **Kausalzusammenhang** zwischen der Entscheidung der Krankenkasse und der Selbstbeschaffung (vgl. BSG, Beschl. v. 01.04.2010 - B 1 KR 114/09 B - juris; BSG, Urt. v. 30.06.2009 - B 1 KR 5/09 R - SozR 4-2500 § 31 Nr. 15). An dem erforderlichen Kausalzusammenhang fehlt es regelmäßig, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (vgl. BSG, Beschl. v. 15.04.1997 - 1 BK 31/96 - SozR 3-2500 § 13 Nr. 15; Urt. v. 25.09.2000 - B 1 KR 5/99 R - SozR 3-2500 § 13 Nr. 22). Unbeachtlich ist auch der Umstand, dass die Behandlung bei Ablehnung noch nicht abgeschlossen war. Die **kieferorthopädische Behandlung** ist als zusammenhängender Komplex zu sehen, so dass der Kausalzusammenhang auch für die nach der ablehnenden Entscheidung der Beklagten erbrachten Leistungen zu verneinen ist.

SG Hamburg, Urt. v. 08.08.2013 - S 25 KR 616/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. Das BSG verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde mit Beschl. v. 28.04.2015 - B 1 KR 20/15 B.

3. Keine Erstattung der Behandlungskosten in Privatkrankenhaus

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 03.02.2015 - L 1 KR 331/11

RID 15-02-127

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2, 11 I Nr. 4, 13 III, 39, 40

Es besteht kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Behandlung in einem **nicht zugelassenen (privaten) Krankenhaus**, wenn die Behandlung entweder durch niedergelassene Vertragsbehandler oder durch zugelassene Krankenhäuser möglich gewesen wäre.

SG Duisburg, Urt. v. 13.05.2011 - S 31 KR 141/10 - RID 11-03-119 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

III. Stationäre Behandlung

1. Kein Nachweis der Effektivität der neuen Behandlungsmethode

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 05.03.2015 - S 17 KR 412/14

RID 15-02-128

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2, 12

Die **Effektivität der neuen Behandlungsmethode Liposuktionen** ist wissenschaftlich nicht belegt. Es besteht keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, da die in den §§ 2 und 12 SGB V definierten Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht erfüllt sind.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Krankenhausaufenthalt bei Radiojodtherapie

SG Dresden, Urteil v. 27.02.2015 - S 47 KR 439/12

RID 15-02-129

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 18/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 39

Die Kosten des stationären Aufenthalts im Krankenhaus bei einer **Radiojodtherapie** unterfallen dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Auch wenn die **Strahlenschutzbestimmungen** dem **Schutz der Allgemeinheit** vor radioaktiver Strahlung dienen, ist dies nicht der entscheidungserhebliche Umstand. Entscheidend ist vielmehr der Anspruch der Versicherten auf die Versorgungsleistung Radiojodtherapie nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften. Entsprechend ist auch der festzusetzenden DRG ein stationärer Aufenthalt zwingend zugeordnet.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.836,39 € nebst Zinsen zu zahlen.

3. Liposuktion

a) Liposuktion der Oberschenkel: Qualitäts- und Wissenschaftsgebot

LSG Hessen, Urteil v. 29.01.2015 - L 8 KR 339/11

RID 15-02-130

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 23/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I, 28 I, 39 I, 137c

Die **Liposuktion** im Rahmen einer vollstationären Krankenhausbehandlung entspricht nicht dem **Qualitäts- und Wissenschaftsgebot** des § 2 I 3 SGB V. Allein das Fehlen einer negativen Beurteilung des GBA für die stationäre Behandlung eines Versicherten mit Liposuktion führt jedoch noch nicht zu einem Anspruch auf die begehrte stationäre Krankenhausbehandlung.

Soweit LSG Hessen, Urt. v. 05.02.2013 - L 1 KR 391/12 - RID 13-02-99 in Bezug auf eine Liposuktion im Rahmen stationärer Behandlung die Auffassung vertreten hat, im Rahmen der stationären Behandlung müssten die **Kriterien der evidenzbasierten Medizin** nicht erreicht werden und insoweit genüge ein abgesenkter Maßstab, kann dies angesichts der klarstellenden Äußerungen durch BSG, Urt. v. 21.03.2013 - B 3 KR 2/12 R - BSGE 113, 167 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 6 nicht mehr aufrechterhalten bleiben.

SG Kassel, Urt. v. 21.09.2011 - S 12 KR 235/10 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Liposuktion der Oberschenkel: Qualitätsnachweis/Medizinische Indikation

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 05.02.2015 - L 5 KR 228/13

RID 15-02-131

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I, 28 I, 39 I, 137c

Leitsatz: 1. Eine stationäre Krankenhausbehandlung zur **Liposuktion bei Lipödem** unterfällt nicht der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

2. Die Liposuktion bei Lipödem entspricht derzeit nicht dem auch für stationäre Krankenhausbehandlungen maßgeblichen allgemein anerkannten **Stand der medizinischen Erkenntnisse**.

SG Speyer, Urt. v. 02.09.2013 - S 7 KR 423/11 - verurteilte die Bekl., die Kosten für eine stationäre Behandlung zur Fettabsaugung beider Oberschenkel und des Gesäßes zu übernehmen. Das **LSG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 05.02.2015 - L 5 KR 199/14

RID 15-02-132

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 29/15 B

juris

c) Beratungsverfahren zur Bewertung der Liposuktion ohne Auswirkung auf frühere Leistung

LSG Bayern, Urteil v. 08.04.2015 - L 5 KR 81/14

RID 15-02-133

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 39 I

Es besteht kein Anspruch auf eine ärztliche Liposuktion, da die streitige Behandlung nicht dem **Qualitäts- und Wissenschaftsgebot** des § 2 I 3 SGB V entspricht (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 29.01.2015 - L 8 KR 339/11 - RID 15-02). Etwas anderes ergibt sich auch nicht daraus, dass der GBA im Mai 2014 nunmehr ein **Beratungsverfahren** zur Bewertung der Liposuktion bei Lipödem eingeleitet hat. Selbst wenn der GBA im Ergebnis zu einer Positivempfehlung kommen sollte, könnten nachträglich die Kosten für eine Therapie nicht erstattet werden, deren Wirksamkeit und Unbedenklichkeit im Zeitpunkt der Behandlung nicht festgestanden hatten (vgl. BSG, Beschl. v. 08.02.2000 - B 1 KR 18/99 B - juris Rn. 9).

SG Würzburg, Urt. v. 28.01.2014 - S 11 KR 598/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Aufenthalt und Behandlung in Diabetes-Dorf

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.02.2015 - L 4 KR 4079/13

RID 15-02-134

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 27

Leitsatz: Zur Erstattung der Kosten eines Aufenthalts und einer Behandlung in einem so genannten **Diabetes-Dorf** (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 18.06.2013 - L 11 KR 3897/11 - juris).

SG Karlsruhe, Urte. v. 07.08.2012 - S 6 KR 2025/12 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. 1.224,03 € zu zahlen und wies im Übrigen die Berufung zurück.

IV. Arzneimittel

1. Zulässigkeit einer Infusion mit nicht verschreibungspflichtigem Arzneimittel

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.03.2015 - L 1 KR 117/14

RID 15-02-135

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27 I 1 Nr. 1 u. 2 Nr. Nr. 1, 34 I 1

Die **Infusion und die Infusionstherapie** eines Arzneimittels gehören zu den Leistungen der ärztlichen Behandlung. Denn sie sind im EBM unter der Ziff. 02100 (Infusion) und 02101 (Infusionstherapie) als allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungsposition aufgeführt. Dem Anspruch steht nicht entgegen, dass das zu applizierende Arzneimittel (hier: Neurium600 mit dem Wirkstoff Alpha-Liponsäure) als **nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel** nach § 34 I 1 SGB V von der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen ist und der Kläger sich dieses Arzneimittel deshalb auf eigene Kosten beschaffen muss. Der Umfang der als Sachleistung zu erbringenden ärztlichen Behandlung ist durch die Neuregelung des § 34 I 1 SGB V zum 01.04.2004 nicht beschränkt worden.

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 13.03.2014 - S 182 KR 2359/12 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., dem Kl. die Infusion des von ihm auf eigene Kosten angeschafften Medikaments Neurium600 (Wirkstoff: Alpha-Liponsäure) als Sachleistung zu gewähren.

2. Ausschluss von Harn- und Blutzuckerteststreifen bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2

LSG Hamburg, Urteil v. 26.11.2014 - L 1 KR 48/13

RID 15-02-136

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27 I 1, 31 I 1; AMRL §§ 7 Nr. 2, 16 VI 1; Anl. III AMRL Nr. 52

Der Ausschluss von **Harn- und Blutzuckerteststreifen** bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht mit Insulin behandelt werden, von der Verordnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht zu beanstanden. Eine **Ausnahme** gilt lediglich bei instabiler Stoffwechsellage. Diese kann gegeben sein bei interkurrenten Erkrankungen, Ersteinstellung auf oder Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko (grundsätzlich je Behandlungssituation bis zu 50 Teststreifen). Der GBA ist bei der Ausnahmeindikation offensichtlich davon ausgegangen, dass im Regelfall eine einmalige Versorgung mit 50 Teststreifen genügt, um eine ausreichende Grundlage für eine Therapieanpassung zur Stabilisierung der Stoffwechsellage zu gewinnen.

SG Hamburg, Urte. v. 21.03.2013 - S 25 KR 108/12 - verurteilte die Bekl. zur unbefristeten Übernahme der Kosten für 50 Blutzuckerteststreifen pro Quartal. Das **LSG** verurteilte die Bekl. gemäß ihrem Teilerkenntnis, den Kl. einmalig mit 50 Blutzuckerteststreifen zu versorgen, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

3. Off-Label-Use: Forsteo (Teriparatid) bei schwangerschaftsassoziierter Osteoporose

SG Lüneburg, Urteil v. 03.12.2014 - S 5 KR 107/14

RID 15-02-137

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I 3, 1a, 12 I, 27 I 2 Nr. 3, 31 I; GG Art. 2 II 2

Leitsatz: 1. Die schwere schwangerschaftsassozierte **Osteoporose** mit multiplen Wirbelkörperfrakturen (SAOP) ist wertungsmäßig einer die Lebensqualität nachhaltig

beeinträchtigenden Erkrankung gleichzustellen, die die Versorgung mit dem Medikament **Forsteo (Teriparatid)** im Rahmen des **Off-Label-Use** rechtfertigt.

2. **Bisphosphonate** sind bei noch bestehendem Kinderwunsch wegen ihrer Langzeitwirkungen kontraindiziert.

SG Lübeck, Beschl. v. 25.04.2014 - S 5 KR 107/14 ER - RID 14-03-93 verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, die Kosten der Behandlung der Ast. mit dem Arzneimittel Forsteo (Teriparatid) längstens bis zur Entscheidung in der Hauptsache zu übernehmen. Das **SG** verurteilte nunmehr die Bekl., die Kosten für das Arzneimittel Forsteo (Wirkstoff Teriparatid) zur Behandlung der Klägerin gemäß ärztlicher Verordnung für einen Zeitraum von längstens 24 Monaten zu übernehmen.

4. Lactrase als Lebensmittel nicht vom Leistungskatalog der GKV umfasst

SG Mainz, Urteil v. 10.02.2015 - S 14 KR 549/13

RID 15-02-138

juris

SGB V §§ 2 I, 27 I 1, 31 I, 32, 34 I, 92 I 2 Nr. 6; AMG § 2; EGV 178/2002 Art. 2; EGRL 83/2001 Art. 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. **Lactrase** ist **kein Arzneimittel** im Sinne des europäischen Rechts, da es die Möglichkeit des Körpers, Laktase zu produzieren, nicht wiederherstellt. Lactrase beeinflusst als **Lebensmittel** lediglich die Beschaffenheit und Bekömmlichkeit des Speisebreis in den Verdauungsorganen.

2. Lactrase ist als Lebensmittel nicht vom Leistungskatalog der GKV umfasst.

V. Hilfsmittel

Nach BSG, Ur. v. 22.4.2015 - B 3 KR 3/14 R - besteht grundsätzlich kein Anspruch eines **männlichen Versicherten** auf eine **Kunthaarperücke**. Der alleinige Verlust des Haupthaars beeinträchtigt weder die Körperfunktionen noch wirkt er entstellend und hat damit keinen Krankheitswert. Ein solcher Anspruch kann bestehen, wenn der Haarverlust nicht allein die Kopfbehhaarung, sondern auch die übrige Behaarung des Kopfes wie Brauen, Wimpern und Bart erfasst. Ein solcher Haarverlust geht über den typischen männlichen Haarverlust hinaus und kann insbesondere bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen Aufsehen erregen. Je nach Alter des Mannes und Aussehen des unbehaarten Kopfes kann in einem solchen Fall eine auffallende, entstellende Wirkung vorliegen, die Krankheitswert besitzt. Nach BSG, Ur. v. 25.02.2015 - **B 3 KR 13/13 R** - besteht ein Anspruch gegen die Krankenkasse auf Versorgung mit einem **Autoschwenksitz**; für Fahrten zu Ärzten und Therapeuten muss sich die Versicherte auf die wirtschaftlichere Möglichkeit des Krankentransports (§ 60 SGB V) verweisen lassen. Die Transporte eines Pflegebedürftigen in die Tagespflege sind durch den Gesetzgeber der teilstationären Pflege zugeordnet (§ 41 I 2 SGB XI); dafür ist die Pflegeeinrichtung bzw. deren Fahrdienst zuständig.

1. Spezialdreirad zur sozialen Integration auch nach Vollendung des 15. Lebensjahres

SG Heilbronn, Urteil v. 20.01.2015 - S 11 KR 4250/13

RID 15-02-139

juris

SGB V § 33 I 1

Auch in der Entwicklungsphase von **Heranwachsenden nach Vollendung des 15. Lebensjahres** hat ein behinderter Mensch (hier mit „Down-Syndrom“) Anspruch auf Versorgung mit einem **Spezialdreirad**, wenn sich aufgrund dessen **kognitiven Entwicklungsstands** - hier: die zum Antragszeitpunkt 17jährige Kl. befindet sich derzeit auf einem kognitiven Entwicklungsstand von knapp 5 Jahren - die Lebensbereiche Beruf, Gesellschaft und Freizeit nicht in der Weise trennen lassen wie bei einem (nichtbehinderten) Erwachsenen und der durch die Hilfsmittelversorgung anzustrebende Behinderungsausgleich aufgrund der konkreten Familien- und Lebenssituation eine nicht nur untergeordnete Bedeutung für die soziale Integration des Heranwachsenden hat (ergänzend zu BSG, Ur. v. 23.07.2002 - B 3 KR 3/02 R - SozR 3-2500 § 33 Nr. 46).

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten für das selbstbeschaffte Dreirad „Hase Dreirad Trix“ in Höhe von 3.152,70 € zu erstatten.

2. Fahrrad mit Elektrounterstützung (E-Bike)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 25.11.2014 - L 4 KR 454/11

RID 15-02-140

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I 1

Leitsatz: Bei einem **Fahrrad mit Elektrounterstützung (E-Bike)** handelt es sich um einen **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens**. Die gesetzliche Krankenkasse muss daher einem

schwerbehinderten gesetzlich Krankenversicherten, der in seiner Gehfähigkeit erheblich eingeschränkt ist, ein solches Fahrrad auch nicht als Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich gewähren.

SG Osnabrück, Gerichtsbb. v. 23.08.2011 - S 13 KR 70/10 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Mobilgerät zur Flüssigsauerstoffversorgung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 28.10.2014 - L 5 KR 414/14 B ER

RID 15-02-141

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I; SGG § 86b II

Das **Mobilgerät zur Versorgung mit Flüssigsauerstoff** ist zur Befriedigung des Grundbedürfnisses auf **Mobilität** einer 87-jährigen Versicherten erforderlich, wenn sie noch in der Lage ist - unter Sicherstellung der Sauerstoffversorgung -, ihre Wohnung zu verlassen. Dies setzt voraus, dass sie das Gerät **noch tragen kann** (hier bejaht für ein **2 kg-Gerät**, verneint für das von der Krankenkasse zur Verfügung gestellte 6 kg-Gerät).

SG Gelsenkirchen, Beschl. v. 03.06.2014 - S 11 KR 228/14 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, die Ast. vorläufig - bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens - mit einem Mobilgerät für Flüssigsauerstoff (z.B. Modell Spirit 300 der Firma Novomed) zu versorgen.

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 11.12.2014 - L 4 KR 485/14 B ER

RID 15-02-142

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27 I, 33 I; SGG § 86b II

Wird durch zusätzliche **Sauerstoffflaschen** neben einer **Druckgasfüllstation** einer 16-jährigen Versicherten eine größere Mobilität ermöglicht, die vor allem im Bereich der Schule und bei Schulausflügen genutzt werden kann, so besteht ein Versorgungsanspruch (zur Erstreckung des besonderen Schutzbereichs für Schulkinder auf Schulausflüge ebs.: LSG Hessen, Urt. v. 28.06.2012 - L 1 KR 100/10 - RID 12-03-133; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 24.06.2014 - L 4 KR 328/11 -).

SG Braunschweig, Beschl. v. 07.10.2014 - S 6 KR 268/14 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Das **LSG** verpflichtete die Ag. im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes, für die Ast. die Kosten für drei Sauerstoffdruckgasflaschen monatlich ab 15.12.2014 vorläufig bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens zu übernehmen.

4. Hochtton-Therapiegerät HiToP 191

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 29.01.2015 - L 16 KR 530/13

RID 15-02-143

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 3, 13 II, 33 I, 135 I

Ein Kostenübernahmeanspruch für ein **Hilfsmittel** zur Sicherung einer vorangegangenen **Behandlung** setzt voraus, dass diese Behandlung ihrerseits in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung fällt. Die **Hochttontherapie** nach Dr. N, für deren Anwendung das Hochtton-Therapiegerät HiToP 191 entwickelt worden ist, ist eine neue Methode im Sinne von § 135 I SGB V, für die die erforderliche Empfehlung des GBA fehlt.

SG Detmold, Urt. v. 06.06.2013 - S 3 KR 21/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VI. Heilmittel

Unzulässige Begrenzung podologischer Leistungen durch Heilmittelrichtlinie

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 11.02.2015 - L 5 KR 10/15 B ER

RID 15-02-144

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 32 I, 92 I 2 Nr. 6, VI Nr. 1; SGG § 86b II

Die **Heilmittelrichtlinie** begrenzt podologische Leistungen auf den Ausnahmefall des **diabetischen Fußes**, wenn es zur Erreichung des therapeutischen Zwecks einschließlich einer regelmäßigen sachkundigen Kontrolle auf beginnende schädliche Veränderungen oder im Hinblick auf die Gefahren einer Fehlbehandlung notwendig ist, die Fußpflege qualifiziertem medizinischen Personal

vorzubehalten. Können aber auch **andere Erkrankungen** als das diabetische Fußsyndrom die gleichen Schäden verursachen, die zur Indikation podologischer Therapie führen, ist kein überzeugender Sachgrund dafür zu erkennen, warum Maßnahmen der podologischen Therapie nach den Heilmittelrichtlinien allein bei Schädigungen am Fuß infolge Diabetes mellitus verordnungsfähig und bei anderen Erkrankungen mit gleichen Symptomen ausgeschlossen sind.

SG Lübeck, Beschl. v. 27.11.2014 - S 1 KR 418/14 ER - lehnte den Antrag ab, das **LSG** verpflichtete die Ag. im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes, dem Ast. dreimal podologische Fußpflege im vierwöchigen Abstand als Sachleistung zu gewähren, und wies die weitergehende Beschwerde zurück.

VII. Häusliche Krankenpflege/Reha-Maßnahmen

Nach BSG, Urt. v. 18.11.2014 - **B 1 KR 8/13 R** - besteht ein Anspruch auf Übernahme der **Fahrkosten** zu **ambulanten Behandlungen** nicht, weil die vom Versicherten zu leistenden **Zuzahlungen** die **Fahrkosten überstiegen** (§ 60 I 3 SGB V). Die Eigenbeteiligung ist - anders als bei **stationärer Behandlung** (§ 60 II 1 Nr. 4 SGB V) - nicht auf die erste und letzte Fahrt beschränkt. Eine stationärsersetzende Behandlung setzt voraus, dass durch die ambulante Behandlung eine an sich gebotene Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist. „An sich geboten“ ist die Krankenhausbehandlung, wenn sie aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

1. Häusliche Krankenpflege

Nach BSG, Urt. v. 22.04.2015 - **B 3 KR 16/14 R** - können **einfachste Maßnahmen der Krankenpflege** wie **Blutzuckermessungen** auch in einer **Einrichtung der Eingliederungshilfe** vorgenommen werden. **Weitergehende medizinische Behandlungspflege** schuldet eine Einrichtung nur, wenn sich dies aus ihren Verträgen, ihrer Leistungsbeschreibung, ihrem Aufgabenprofil unter Berücksichtigung der Bewohnerzielgruppe und ihrer sächlichen und personellen Ausstattung ergibt. **Insulininjektionen** müssen nicht verabreicht werden, wenn die Einrichtung nicht verpflichtet ist, medizinisch ausgebildetes Personal vorzuhalten. Nach BSG, Urt. v. 25.02.2015 - **B 3 KR 10/14 R** - handelt es sich bei stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ohne Anspruch auf Behandlungspflege um „sonst geeignete Orte“ i.S.d. § 37 II 1 SGB V; diese Einrichtungen sind nur soweit verpflichtet, medizinische Behandlungspflege zu erbringen, wie sie dazu aufgrund der von ihnen vorzuhaltenden sächlichen und personellen Ausstattung in der Lage sind. Die medizinische Behandlungspflege ist vorrangig Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Der **Träger der Sozialhilfe** hat daher grundsätzlich nicht durch entsprechende Verträge dafür Sorge zu tragen, dass diese Leistung durch Einrichtungen der Eingliederungshilfe erbracht wird. Allerdings sind **einfachste Maßnahmen der Krankenpflege**, für die es keiner besonderen Sachkunde oder Fertigkeiten bedarf, in der Regel untrennbar mit der Gewährung von Eingliederungshilfe durch den Sozialhilfeträger in einer stationären Einrichtung verbunden, weil sie zu den Hilfen bei der Führung eines gesunden Lebens gehören, zu dem der Aufenthalt in der Einrichtung den Betroffenen befähigen soll. In der Regel - so auch in dem hier zu entscheidenden Fall - gehört die **Hilfe zur Gesundheitsvorsorge** in diesem elementaren Sinne zum Leistungsangebot der Einrichtung, wie es in den Verträgen nach § 75 III SGB XII näher beschrieben wird. Nach BSG, Urt. v. 25.02.2015 - **B 3 KR 11/14 R** - gehören **Herrichten und Verabreichen von Medikamenten** sowie **Messung des Blutdrucks** zu den einfachsten Maßnahmen medizinischer Behandlungspflege, die von der Einrichtung der Eingliederungshilfe zu erbringen sind. Der **Wechsel von Wundverbänden** und die **Verabreichung von Injektionen** ist hingegen von dieser Einrichtung, die ausschließlich mit Fachpersonal aus den Bereichen Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Pädagogik arbeitet, nicht geschuldet. Nach BSG, Urt. v. 27.11.2014 - **B 3 KR 6/13 R** - SozR 4-2500 § 132a Nr. 7 - hat sich mit der **Bekanntgabe des Schiedsspruchs** der **Verwaltungsakt zur Bestimmung der Schiedsperson erledigt** und ist die dagegen gerichtete Anfechtungsklage unzulässig geworden. Die „Bestimmung“ zur Schiedsperson verleiht dem Ernannten einen öffentlich-rechtlichen Status, kraft dessen er die Vertragsbeziehung zwischen dem Leistungserbringer und den Krankenkassen verbindlich gestalten kann. Für die Wirksamkeit der Entscheidungen der Schiedsperson kommt es nicht auf die Rechtmäßigkeit ihrer Bestimmung, sondern nur auf deren Wirksamkeit an. Als Folge der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson war deren Wirksamkeit zunächst suspendiert (§ 86a I SGG), ist mit der Vollziehungsanordnung des Ministeriums aber wieder aufgelebt und hat bis zur Bekanntgabe des Schiedsspruchs bestanden. Die Schiedsperson durfte (und musste) daher tätig werden. Ihre Tätigkeit in Form des Schiedsspruchs bleibt nach allgemeinen öffentlich-rechtlichen Grundsätzen wirksam, auch wenn nachträglich gerichtlich festgestellt würde, dass die Bestimmung nicht fehlerfrei erfolgt ist. Andernfalls ginge die Anordnung der sofortigen Vollziehung ebenso ins Leere wie der in vergleichbaren Konstellationen gesetzlich angeordnete Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Klagen gegen die Bestimmung einer Schiedsperson.

a) Sonstiger geeigneter Ort: Betreutes Wohnen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 17.12.2014 - L 4 KR 316/10

RID 15-02-145

Revision anhängig: B 3 KR 14/15 R

juris

SGB V §§ 37, 92 I 2 Nr. 6, VII 1 Nr. 1

Einrichtungen, in denen behinderten Menschen **Eingliederungshilfe** gewährt wird, können „betreute Wohnformen“ oder jedenfalls „**sonstige geeignete Orte**“ sein, wenn durch den Aufenthalt nicht ein Anspruch auf Leistungen der Behandlungspflege gegen den Einrichtungsträger begründet wird (LSG Hamburg, Urt. v. 24.04.2014 - L 1 KR 24/12 - RID 14-03-147, juris - BSG, Urt. v. 25.02.2015 - B 3

KR 11/14 R - hob das Urteil auf und verwies den Rechtsstreit zurück). Denn die Gemeinsamkeiten der stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ohne Anspruch auf Behandlungspflege mit betreuten Wohnformen rechtfertigen es, diese Wohneinrichtungen als geeignete Orte i.S.v. § 37 II 1, 3. Alt. SGB V anzusehen, wenn man sie nicht schon als besondere Ausprägung des betreuten Wohnens versteht.

Eine Behinderteneinrichtung ist jedoch dann kein sonstiger geeigneter Ort, wenn eine umfassende **Versorgung von der Einrichtung** durchgeführt wird.

SG Oldenburg, Urt. v. 16.06.2010 - S 63 KR 125/09 - verurteilte die Bekl., die Kosten der häuslichen Krankenpflege des Kl. für die Zeit vom 01.07. bis zum 30.09.2008 zu übernehmen. Das **LSG** stellte fest, dass der angefochtene Bescheid rechtswidrig war und wies im Übrigen die Berufung zurück.

b) Insulininjektionen während des Aufenthaltes in der Werkstatt für behinderte Menschen

LSG Thüringen, Beschluss v. 26.01.2015 - L 6 KR 1588/14 B ER

RID 15-02-146

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 37 II 1; SGG § 86b II

Für die **subkutane Verabreichung von Insulininjektionen** ist eine generelle Ausführung durch medizinisches Fachpersonal nicht erforderlich. Vielmehr handelt es sich grundsätzlich um eine Maßnahme der sog. **Laienpflege**, die auch von Personen übernommen werden kann, die nicht die für einen Pflegeberuf gesetzlich vorgesehene berufliche Ausbildung haben.

Der Bf. begehrt im Wege einer einstweiligen Anordnung die vorläufige Verpflichtung der Bg., ihm häusliche Krankenpflege in Form von Insulininjektionen während des Aufenthaltes in der Werkstatt für behinderte Menschen zu gewähren. **SG Gotha**, Beschl. v. 20.11.2014 - S 41 KR 5000/14 ER - lehnte den Antrag ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

c) Beaufsichtigung während der Fahrten mit dem Schulbus/Erstangegangener Träger

LSG Hamburg, Beschluss v. 19.02.2015 - L 1 KR 5/15 B ER

RID 15-02-147

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 37 II; SGB I § 43

Es kann dahingestellt bleiben, welcher der Beteiligten zur Kostenübernahme für die **Beaufsichtigung der Versicherten während der Fahrten mit dem Schulbus** durch eine – nicht zwingend medizinisch besonders ausgebildete – Person, um **Anzeichen eines Anfalls** zu erkennen und ggf. mit der Gabe von Diazepam reagieren zu können, zuständig ist, ob die Beigel. (Trägerin der Sozialhilfe) wegen der Verknüpfung mit der Schulweghilfe und Fehlens der Voraussetzungen für eine Krankenbeobachtung i.S.d. § 37 II SGB V, oder die Ag. wegen des Unterschieds zwischen Schulweghilfe und Schulbegleitung und des Umstands, dass die Begleitung durch das Anfallsleiden bedingt ist, wenn sich die Zuständigkeit bereits aus § 43 SGB I ergibt. Im Antrag auf Beförderung zur Schule sind alle Leistungen enthalten, die für die Beförderung zur Schule erforderlich sind.

SG Hamburg, Beschl. v. 14.01.2015 - S 28 KR 1720/14 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** verpflichtete im Wege der einstweiligen Anordnung die Ag. vorläufig, die Kosten zu übernehmen, die in der Zeit bis zum 15.07.2015 für eine Schulbegleitung der Ast. während der Fahrten mit dem Schulbus entstehen; im Übrigen lehnte es den Antrag ab.

d) Kein Anspruch für Versorgung mit Verbandsmitteln bei fehlender ärztlicher Verordnung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 12.04.2013 - L 1 KR 345/11

RID 15-02-148

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 37, 73 II Nr. 7, 92

Anspruchsvoraussetzung für die Versorgung mit **Verbandsmitteln** ist die **Verordnung** durch einen Vertragsarzt, § 73 II Nr. 7 SGB V. Fehlt es an einer Verordnung, so besteht kein Anspruch auf Versorgung.

SG Potsdam, Urt. v. 14.09.2011 - S 3 KR 7/10 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

e) Kosten im Pflegeheim für Wachkoma-Patienten

SG Berlin, Urteil v. 09.12.2014 - S 76 KR 1448/10

RID 15-02-149

juris
SGB V §§ 13 III, 37 II

Eine Krankenkasse hat die vom **Pflegeheim** erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege für einen Patienten, der im Wachkoma liegt und tracheotomiert ist, zu übernehmen. Dies gilt auch für den „**Pflegebedingten Aufwand Stufe 3**“ und die „**Investitionskosten**“. Kein Anspruch besteht jedoch auf Übernahme der Kosten für „Unterkunft“ und „Verpflegung“.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. insgesamt 29.415,26 € zu zahlen.

f) Unvollständige

Verordnung/Ursachenzusammenhang/Unaufschiebbarkeit/Vorlagefrist

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 16.04.2015 - L 5 KR 170/14

RID 15-02-150

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

Ist eine **ärztliche Verordnung unvollständig** ausgefüllt, rechtfertigt dies nicht die Ablehnung einer Kostenerstattung (hier: Kosten für selbstbeschaffte häusliche Krankenpflege zum Anlegen und Wechseln von Wundverbänden). Die Krankenkasse ist vielmehr verpflichtet, aus ihrer Sicht fehlende Angaben in der ärztlichen Verordnung im Rahmen ihrer Amtsermittlungspflicht von sich aus aufzuklären.

Ist ein **Pflegevertrag** jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist ordentlich **kündbar**, so kann der Versicherte nach Ablehnung der Leistung durch die Krankenkasse das weitere Leistungsgeschehen noch durch eine sofortige Kündigung des Vertrags beeinflussen. Es fehlt daher nicht an dem erforderlichen **Ursachenzusammenhang** zwischen der Ablehnung der Leistung und den entstandenen Kosten.

Die Leistung ist **unaufschiebbar**, wenn mit der Behandlung der z.T. offenen Wunden aus medizinischen Gründen nicht weiter abgewartet werden kann.

Jedenfalls für den Fall, dass die Krankenkasse nach Eingang des Antrags die häusliche Krankenpflege bewilligt oder zu Unrecht ablehnt, ist ein **Kostenerstattungsanspruch** auch dann zu bejahen, wenn die ärztliche Verordnung nicht innerhalb der durch § 6 VI HKP-RL vorgegebenen **Frist** vorgelegt wird. Aus § 37 IV SGB V ist zu schließen, dass es für den Anspruch auf häusliche Krankenpflege nicht entscheidend auf den Antrag, sondern auf die medizinische Notwendigkeit der Leistung ankommt (BSG, Urt. v. 25.8.2009 - B 3 KR 25/08 R - SozR 4-2500 § 37 Nr. 10).

SG Koblenz, Urt. v. 24.06.2014 - S 13 KR 988/13 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., den Kl. von den Kosten der häuslichen Krankenpflege in der Zeit vom 02.01.2013 bis 22.03.2013 in Höhe von 1.232,35 €, ggf. abzüglich der von ihm zu leistenden Zuzahlung, freizustellen.

2. Reha-Maßnahmen

a) Radonheilstollenbehandlung bei Morbus Bechterew

SG Augsburg, Urteil v. 14.01.2014 - S 6 KR 629/12

RID 15-02-151

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = ASR 2015, 20
SGB V §§ 11 II, 40 I 1, II 1

Leitsatz: Ist im Hinblick auf die anzuwendende Therapie (hier Radonstollen), dem konkreten Gesundheitszustand des Versicherten und möglichen Komplikationen bei der Therapieanwendung eine **ambulante Reha-Maßnahme** nicht genauso erfolgversprechend wie eine **stationäre**, ist eine stationäre Maßnahme erforderlich.

Das SG verurteilte die Bekl., dem Kl. eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in Bad G. zu gewähren.

b) Klima-Balneo-Therapie am Toten Meer

LSG Hamburg, Urteil v. 29.01.2015 - L 1 KR 92/13

RID 15-02-152

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 18 I 1

Die Leitlinie zur Therapie der **Psoriasis vulgaris** (S3-Leitlinie) empfiehlt ausdrücklich die Integration von **Klima- bzw. kombinierter Klima-Balneo-Therapie**. Die Wirkungsweise von derartigen Therapien ist belegt, auch wenn der Wirkmechanismus nicht vollständig geklärt ist.

Maßstab für die Beurteilung, ob die **Auslandsbehandlung** der Inlandsbehandlung qualitativ überlegen ist, muss jeweils der konkrete Einzelfall sein.

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Bekl. der Kl. die Kosten einer vom 26.05. bis 07.07.2010 durchgeführten stationären Rehabilitationsmaßnahme in J. am T. nebst Reisekosten zu erstatten hat. **SG Hamburg**, Urt. v. 10.06.2013 - S 6 KR 1109/10 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

c) Zusage für stationäre Drogentherapie

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 30.03.2015 - L 6 KR 71/14 B ER

RID 15-02-153

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 40 II; StGB § 64; SGG § 86b II; BtMG § 35

Leitsatz: 1. **Strafgefangene**, gegen die eine Freiheitsstrafe oder ein Strafrest von nur noch zwei Jahren wirksam verhängt ist, können gegen einen zuständigen Sozialleistungsträger einen Anspruch auf eine aufschiebend bedingte **Zusage zur Übernahme einer Rehabilitationsmaßnahme** im Rahmen des Konzepts der Therapie statt Strafe (§ 35 Abs. 1 Satz 1 BtMG) haben, die sie im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes durchsetzen können.

2. **Aufschiebende Bedingung** ist insoweit die Zurückstellung des Straf- oder Maßregelvollzuges durch die zuständigen Strafvollzugsorgane.

3. Die **Entscheidungszuständigkeit** der Strafvollzugsorgane über die Zurückstellung einer Strafe oder Maßregel im Rahmen des Konzeptes der Therapie statt Strafe nach § 35 Abs. 1 Satz 1 BtMG kann den Prüfungsumfang eines Sozialleistungsträgers hinsichtlich des Anspruchs auf Kostenzusage thematisch einengen.

4. Ob ggf. die Therapie in einer Maßregel besser als in einer Rehabilitationsmaßnahme außerhalb des Freiheitsentzugs zu verwirklichen ist, ist allein von den **Strafvollzugsorganen** in dem Verfahren nach § 35 Abs. 1 Satz 1 BtMG zu beurteilen, für dessen Einleitung die aufschiebend bedingte Kostenzusage nur eine Voraussetzung ist.

5. Setzt das Strafzumessungsrecht für die Verhängung einer Maßregel einen „Hang“ zum **Drogenkonsum** voraus, kann dieser Hang dem Gefangenen bei der Prüfung der Rehabilitationsfähigkeit nach § 40 SGB V isoliert nicht entgegen gehalten werden. Erst die Strafvollzugsorgane haben im Rahmen einer Gesamtbewertung zu prüfen, ob die Anwendung des Konzepts der Therapie statt Strafe im Einzelfall zu verantworten ist.

6. Steht fest, dass der Strafgefangene **rehabilitationsbedürftig** ist, und ergeben sich im Rahmen der beschriebenen, eingegrenzten Prüfung keine Gesichtspunkte gegen die Rehabilitationsfähigkeit, ist die Zusage unter Ausübung des Auswahlmessens zu erteilen.

SG Halle, Beschl. v. 05.12.2014 - S 16 KR 444/14 ER - lehnte den Antrag ab. Das **LSG** verpflichtete die Ag. bis zu einer gerichtlichen Entscheidung des SG in der Hauptsache, dem sonstigen Abschluss eines solchen Verfahrens oder dem sonstigen Eintritt der Bestandskraft ihres Bescheides, dem Ast. eine Zusage auf Übernahme einer konkret zu benennenden stationären Rehabilitationsmaßnahme zur Drogenentwöhnung zu erteilen, die für den Fall der Zurückstellung der Vollstreckung der Strafe bzw. Maßregel aus dem Urteil des Amtsgerichts durchgeführt wird.

VIII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 21.04.2015 - **B 1 KR 11/15 R** - verjähren Vergütungsforderungen der Leistungserbringer binnen vier Jahren. Die **vertragliche Verkürzung** auf eine **dreijährige Verjährungsfrist** ist unwirksam. Sie widerspricht den Grundsätzen zum Wirtschaftlichkeitsgebot für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen. Die Teilnichtigkeit führt zur Gesamtnichtigkeit der ausgewogenen Gesamtregelung. Nach BSG, Urt. v. 21.04.2015 - **B 1 KR 8/15 R** - liegen die nach OPS 8-981 notwendigen **Mindestvoraussetzungen einer 24-stündigen Anwesenheit** eines Facharztes für Neurologie oder eines Assistenzarztes in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie nicht vor, wenn das kooperierende Krankenhaus, das „in höchstens halbstündiger Transportentfernung unabhängig vom Transportmittel“ erreichbar sein muss, bei Krankentransporten außerhalb eines Notfalleinsatzes nur in frühestens 34 Minuten zu erreichen ist. Zwar enthält erst der seit 2012 geltende OPS die Einschränkung. Die Mindestmerkmale einer neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls wurden insoweit aber lediglich klarstellend konkretisiert, ohne eine inhaltliche Änderung zu erfahren. Nach BSG, Urt. v. 21.04.2015 - **B 1 KR 6/15 R** - muss sich das Krankenhaus darum kümmern, dass eine Versicherte **weiterführende Diagnostik in einem**

anderen Krankenhaus erhält. Wegen unwirtschaftlichem Verhalten entfällt der Anspruch auf Vergütung (hier: eines zusätzlichen Tages wegen Überschreitung der oberen Grenzverweildauer der einschlägigen Fallpauschale Q60C), wenn es dies nicht tut. Die Feststellung der generellen Möglichkeit einer **früheren Verlegung** der Versicherten genügt. Im Regelfall stehen auch für qualifizierte stationäre Krankenbehandlung in Deutschland, in der EU und im Europäischen Wirtschaftsraum zeitgerecht ausreichend Kapazitäten zur Verfügung. Nach BSG, Urt. v. 21.04.2015 - **B 1 KR 9/15 R** - ist als **Hauptdiagnose** die Diagnose zu kodieren, die bezogen auf den jeweiligen abrechenbaren Behandlungsfall bei retrospektiver Betrachtung objektiv nach medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis **erstmalig die stationäre Behandlungsbedürftigkeit erforderlich** machte. Nach BSG, Urt. v. 21.04.2015 - **B 1 KR 10/15 R** - setzt in Fällen, in denen **regelmäßig eine ambulante Behandlung** ausreicht, eine formal ordnungsgemäße Abrechnung voraus, dass das Krankenhaus Angaben zu den Gründen einer ausnahmsweise erforderlichen stationären Behandlung macht. Der Anspruch wird erst **fällig**, nachdem das Krankenhaus die Krankenkasse **mit der Klageschrift von diesen Umständen in Kenntnis gesetzt** hatte. Die Verwirkung passt als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährung grundsätzlich nicht. Nach BSG, Urt. v. 21.04.2015 - **B 1 KR 7/15 R** - kommt **Verwirkung** nicht in Betracht, wenn neben dem bloßen Zeitablauf „besondere Umstände“ fehlen, die das **Geltendmachen** des Rechts **kurz vor Eintritt der Verjährung** dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben als illoyal erscheinen lassen. Nach BSG, Urt. v. 10.03.2015 - **B 1 KR 3/15 R** - besteht ein Vergütungsanspruch nur für eine erforderliche, wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Behandelt ein Krankenhaus einen Versicherten unwirtschaftlich, hat es lediglich Anspruch auf die Vergütung, die bei **fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten** anfiel. Kommt bei gleicher Eignung neben zwei getrennten Krankenhausaufenthalten auch die Behandlung innerhalb eines einzigen, und sei es auch länger dauernden Behandlungszeitraums in Betracht, muss das Krankenhaus die kostengünstigere Behandlung wählen, ggf. also die Gesamtbehandlung innerhalb eines einzigen, nach DRG J23Z zu vergütenden Behandlungszeitraums. Nach BSG, Urt. v. 10.03.2015 - **B 1 KR 2/15 R** - ist die Behandlung mit Apherese-Thrombozytenkonzentraten unwirtschaftlich. Der Einsatz von Poolpräparaten ist gleich zweckmäßig, notwendig und ausreichend. Die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung beurteilt sich bei mehreren gleich geeigneten, ausreichenden und notwendigen Behandlungen nach ihren **Kosten für die Krankenkasse**, nicht aber nach **betriebswirtschaftlichen Überlegungen des Leistungserbringers**. Die K. kann dementsprechend die Notwendigkeit der Behandlung mit Apheresekonzentraten nicht mit **Mängeln der vereinbarten Versorgung durch den lokalen Blutspendedienst** begründen. Sie trägt das Risiko der kostengünstigen Verschaffung von Poolpräparaten. Nach BSG, Urt. v. 10.03.2015 - **B 1 KR 4/15 R** - kann die Fallpauschale (DRG B44D) nur abgerechnet werden, wenn eine **geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung** bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls zu kodieren ist. Es fehlt an der erforderlichen Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung, wenn die einzige Ärztin mit der Zusatzbezeichnung „Klinische Geriatrie“ abwesend ist. Nach BSG, Urt. v. 18.11.2014 - **B 1 A 1/14 R** - SozR 4-2500 § 11 Nr. 2 - ist eine Satzungsänderung nicht zu genehmigen, die eine **Kostenübernahme für künstliche Befruchtung** bei versicherten Paaren **in auf Dauer angelegter Lebensgemeinschaft** vorsieht. Das Gesetz ermächtigt lediglich zu „zusätzlichen“ Leistungen kraft Satzung, z.B. zur Übernahme von nicht nur 50 v.H., sondern 75 v.H. der notwendigen Kosten. Die Satzung sollte dagegen gesetzesfremde Leistungen ermöglichen. Die Begrenzung auf miteinander verheiratete Eheleute und eine homologe Insemination prägt den gesetzlichen Anspruch auf künstliche Befruchtung. Ihm liegt verfassungskonform die Ehe als rechtlich verfasste Paarbeziehung von Mann und Frau zugrunde. Nach BSG, Urt. v. 27.11.2014 - **B 3 KR 1/13 R** u. **B 3 KR 3/13 R** - besteht ein Vergütungsanspruch nur, wenn die Regelung des GBA über die **Mindestmengen bei Knie-TEP** erfüllt sind. Die Implantation von Knie-TEPs bei Gonarthrosen wird nicht vom **Versorgungsauftrag für Chirurgie** sowie für die Versorgung in den Schwerpunkten Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie und Unfallchirurgie umfasst, sondern gehört zur **Orthopädie**. Die Festlegungen im Krankenhausplan zu den Fachgebieten und Schwerpunkten beruhen hier auf der Weiterbildungsordnung 1995. Nach BSG, Urt. v. 27.11.2014 - **B 3 KR 12/13 R** - SozR 4-2500 § 129a Nr. 1 - sind die **Kosten für Medikamente** nicht mit der Vergütung der stationären Behandlung abgegolten, die sich unmittelbar an die ambulant vom Chefarzt des Krankenhauses durchgeführte Chemotherapie angeschlossen hat, wenn diese **ambulante Chemotherapie** nicht durch das Krankenhaus, sondern durch einen bei ihr tätigen, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung **ermächtigten Krankenhausarzt** durchgeführt worden ist. Der Umstand, dass die Versicherte wegen unvorhersehbarer Komplikationen bei der Verabreichung der Infusionen **stationär behandelt** werden musste, führt nicht dazu, dass die gesamte Versorgung im Rechtssinne als einheitliche Behandlung zu werten ist. Nur dann wären die Gesamtkosten einschließlich der benötigten Arzneimittel durch die Krankenhausvergütung gedeckt. Nach BSG, Urt. v. 27.11.2014 - **B 3 KR 7/13 R** - SozR 4-2500 § 275 Nr. 24 - ist dem Zweck der Beschleunigung von Abrechnungsprüfungen und der zeitnahen Herstellung von Klarheit für alle Beteiligten genügt, wenn die **Krankenkasse selbst dem Krankenhaus innerhalb der Frist von sechs Wochen nach Rechnungseingang mitteilt, dass sie dem MDK einen konkreten Prüfauftrag erteilt hat**. Das Krankenhaus weiß dann, dass es mit einer Prüfung rechnen muss, und wird nicht schlechter gestellt, als wenn es dieselbe Information vom MDK direkt erhält, wie dies in § 275 I c 2 SGB V als Regelfall vorgesehen ist. Der Wortlaut dieser Vorschrift ist nicht dahin zu verstehen, dass ausschließlich und nur der MDK den Prüfauftrag dem Krankenhaus anzeigen darf.

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Erforderlichkeit einer kardiorespiratorischen Polysomnographie wegen neurolog. Schlafstörungen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.01.2015 - L 5 KR 731/13

RID 15-02-154

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: Eine **kardiorespiratorische Polysomnographie (PSG)** wegen neurologischer Schlafstörungen darf nur dann stationär erbracht werden, wenn zuvor alle ambulanten Diagnose- und

Behandlungsverfahren ausgeschöpft worden sind und danach sich eine PSG noch als erforderlich erweist.

SG Ulm, Urt. v. 22.01.2013 - S 3 KR 4462/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Keine Verwirkung durch Schweigen/Stationäre Durchführung der Polysomnographie

LSG Hamburg, Urteil v. 19.02.2015 - L 1 KR 70/14

RID 15-02-155

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Schweigen oder Nichtstun kann im Rechtsverkehr grundsätzlich nicht als Zustimmung erachtet werden. Etwas anderes kann nur ausnahmsweise gelten, wenn der Schuldner dieses als bewusst und planmäßig erachten darf. Hierbei kann zu berücksichtigen sein, wie sich das Verhalten nach Treu und Glauben unter Berücksichtigung der Verkehrssitte darstellt (BSG, Urt. v. 01.07.2014 - B 1 KR 47/12 R - SGb 2014, 497 = GesR 2014, 699 = KHE 2014/59). Ein solcher **Ausnahmefall** liegt hier nicht vor, wenn häufig beide Seiten längere Zeiträume verstreichen lassen, ohne dass dies als Abrücken von der jeweiligen Position ausgelegt werden kann.

Die Notwendigkeit einer **stationären Durchführung der Polysomnographie** kann sich aus erheblichen Begleiterkrankungen der Versicherten, insb. dem bestehenden Diabetes mellitus und der sehr ausgeprägten Adipositas mit einem BMI von 64 ergeben.

SG Hamburg, Urt. v. 16.06.2014 - S 6 KR 1040/12 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an den Kl. 545,86 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Stationäre Behandlung zum Ausschluss einer schwerwiegenden Herzerkrankung

SG Augsburg, Urteil v. 24.02.2015 - S 6 KR 446/13

RID 15-02-156

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGb V §§ 39 I 2, 109 IV

Eine stationäre Behandlung ist erforderlich, wenn nach den übermittelten Diagnosedaten des Krankenhauses nicht auszuschließen ist, dass die Versicherte unter einer **schwerwiegenden Herzerkrankung** mit der **Gefahr eines Infarktes** leiden könnte.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 655,23 € nebst Zinsen zu zahlen.

2. Fallpauschalen

a) Kodierung der Hauptdiagnose

LSG Sachsen, Urteil v. 10.09.2014 - L 1 KR 103/09

RID 15-02-157

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGb V 69 I 3; KHEntg § 7; BGB §§ 387 ff.

Leitsatz: Maßgebend für die Frage, welche **Hauptdiagnose** zu kodieren ist, ist, wegen welcher Diagnose überwiegend die Leistungen des Krankenhauses in Anspruch genommen worden sind. Weitere Diagnosen können als Nebendiagnose kodiert werden, soweit das Krankenhaus Leistungen erbracht hat, die in Bezug auf die Haupterkrankung nicht gebotene Leistungen des Krankenhauses ausgelöst haben (Anschluss an BSG, Urteil vom 25. November 2010 - B 3 KR 4/10 R - BSGE 107, 140 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 21, juris Rn. 17).

SG Leipzig, Urt. v. 31.03.2009 - S 8 KR 42/07 - verurteilte die Bekl., der Kl. für die stationäre Behandlung der Versicherten weitere 761,51 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** hob das Urteil auf, soweit die Bekl. zur Zahlung eines den Betrag von 282,45 € übersteigenden Betrags verurteilt worden ist und wies insoweit die Klage ab.

b) Fachärztl. Behandlungsleitung: OPS 8-9831.1 „Multimodale rheumatolog. Komplexbehandlung“

SG Augsburg, Urteil v. 25.03.2014 - S 6 KR 649/12

RID 15-02-158

*Berufung anhängig: LSG Bayern - L 4 KR 206/14 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 109 IV 3, 275 I Nr. 1*

OPS 8-9831.1 „multimodale rheumatologische Komplexbehandlung“ verlangt als Mindestmerkmal ein Team unter **fachärztlicher Behandlungsleitung** (Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie, Facharzt für Orthopädie mit dem Schwerpunkt Rheumatologie). Die verantwortliche Leitung muss von montags bis freitags jeweils mindestens halbtags **anwesend** sein (vgl. zu OPS 8-918 BSG, Urt. v. 18.07.2013 - B 3 KR 7/12 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 30). Die Bettenzahl hat keinen Einfluss auf die Strukturvoraussetzungen.

Das SG wies die Klage ab.

c) Biopsie an der Lippe durch Inzision

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.12.2014 - L 9 KR 303/12

RID 15-02-159

*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I, 87 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1*

Die zutreffende **OPS-Kodierung** einer stationären Krankenhausbehandlung durch den abrechnenden Krankenhausträger ist **gerichtlich voll überprüfbar**; wie bei Leistungsbestimmungen des EBM hat die Auslegung von OPS-Kodierungen eng an deren Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang zu erfolgen.

OPS 1-540 (diagnostische Maßnahmen, Biopsie an der Lippe durch Inzision), was zur Abrechenbarkeit der DRG 902Z führt, ist bei einer **Inzision** der Lippe anzusetzen. Eine solche liegt vor, wenn es unter Einsatz eines Skalpells zu einer Umschneidung eines vier Quadratzentimeter großen Areals der Mundschleimhaut und einer „Inzision der umschnittenen Drüse“ mit anschließender Gewebeentnahme kommt. „Inzision“ bedeutet „operativer Einschnitt“.

SG Potsdam, Urt. v. 15.05.2012 - S 15 KR 160/08 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.832,96 € nebst Zinsen zu zahlen.

d) Portimplantation für Chemotherapie als eigenständige nachstationäre Behandlung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.01.2015 - L 5 KR 699/12

RID 15-02-160

*Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt. B 1 KR 16/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 109 IV, 115a I Nr. 2, 115b II 4; KHEntgG § 8 II 3 Nr. 3*

Leitsatz: Behandlungen im Krankenhaus, die nach Abschluss der eigentlichen stationären Behandlung innerhalb der zeitlichen **Grenzen der Grenzverweildauer** durchgeführt werden, sind durch die Fallpauschale abgegolten (Anschluss an BSG, Urt. v. 17.07.2013 - B 6 KA 14/12 R - SozR 4-2500 § 116 Nr. 9).

Nachstationäre Behandlung liegt vor, wenn der Behandlungserfolg der vorangegangenen stationären Behandlung gesichert werden soll.

Die 12 Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus ambulant erfolgte **Implantation eines Ports** für die anschließende adjuvante Chemotherapie sichert nicht den Behandlungserfolg der vorhergehenden operativen Tumor-Entfernung, sondern dient dem eigenständigen Behandlungsziel der Verhinderung von bösartigen Neubildungen. Die Implantation ist deshalb nicht von der Fallpauschale erfasst, sondern kann als ambulante Operation separat abgerechnet werden.

SG Stuttgart, Urt. v. 20.12.2011 - S 10 KR 7524/10 - wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete die Bekl., an die Kl. 556,37 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

aa) Geriatrisches Team

LSG Hamburg, Urteil v. 18.12.2014 - L 1 KR 60/14

RID 15-02-161

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 39 I

Nach OPS 8-550 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung <gfK>) muss ein geriatrisches Team vorhanden sein, welches auf der akut behandelnden Station ergänzend die gfK durchführen kann, was ausreichend ist.

SG Hamburg, Urt. v. 12.05.2014 - S 6 KR 288/13 - gab der Klage statt, das LSG wies die Berufung zurück.

bb) Krankheiten des Nervensystems

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.12.2014 - L 9 KR 324/12

RID 15-02-162

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntg § 7 S. 1 Nr. 1; KHG § 17b II 1

Leitsatz: 1. Die Abrechnungsbestimmungen des DRG-Systems sind eng am Wortlaut orientiert **auszulegen**. Eine **Fallpauschale** - hier DRG B44Z (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) - ist daher schon dann nicht abrechenbar, wenn auch nur eine Teilleistung - hier: standardisiertes geriatrisches Assessment - nicht erbracht wurde.

2. Wird die Leistungslegende einer **DRG-Fallpauschale geändert**, wirkt sich dies auf bereits abgeschlossene Behandlungen grundsätzlich nicht aus.

3. Stellt ein gerichtlich veranlasstes medizinisches **Sachverständigengutachten** fest, dass die Leistungslegende einer DRG-Fallpauschale vollständig erfüllt sei, ist dies unbeachtlich, wenn schon nach den Angaben des Krankenhauses eine **Teilleistung** nicht erbracht wurde.

4. Soweit der MDK bei seiner Prüfung der Behandlungsunterlagen und/oder bei einer Krankenhausbegehung der Krankenkasse bis dahin verborgene **Auffälligkeiten feststellt**, die über einen eingeschränkten Prüfauftrag hinausgehen, entfaltet der **Prüfauftrag keine Sperrwirkung**. Der MDK darf und muss dann - gegebenenfalls nach Rückfrage bei der Krankenkasse - weitere Ermittlungen anstellen (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2013 - B 1 KR 14/13 R - SozR 4-2500 § 275 Nr. 15).

5. Allein die der Krankenkasse eingeräumte Möglichkeit, auch nach sofortiger Begleichung einer Krankenhausrechnung Beanstandungen sachlicher und rechnerischer Art geltend zu machen und Differenzbeträge ggf. zu verrechnen, führt nicht dazu, dass jede **Zahlung einer Krankenkasse** auf eine Vergütungsforderung eines Krankenhauses auch ohne ausdrückliche Erklärung mit einem **Vorbehalt** versehen ist (BSG, Urteil vom 01. Juli 2014 - B 1 KR 2/13 R - NZS 2014, 821).

SG Cottbus, Urt. v. 08.06.2012 - S 12 KR 42/10 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß, an die Kl. 3.242,64 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Klage ab.

cc) Keine Voraussetzung eines Mindestalters

LSG Hamburg, Urteil v. 18.12.2014 - L 1 KR 126/13

RID 15-02-163

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntg §§ 7 S. 1 Nr. 1, 9 I Nr. 1; KHG § 17b

Eine Kodierung der Prozedur 8-550.1 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten) nach dem OPS 2009 ist nicht schon deshalb ausgeschlossen, weil eine geriatrische Behandlung eines 53jährigen Versicherten schon wegen seines Alters ausgeschlossen wäre, da die in den Hinweisen zum OPS 8-550 genannten Mindestmerkmale eine solche **Altersgrenze** nicht enthalten. Auch der Begriff der Geriatrie zwingt nicht zur Annahme eines kalendarischen Mindestalters. Die für Geriatriepatienten charakteristische **Multimorbidität** kommt zwar typischerweise bei deutlich älteren Menschen vor, es ist aber auch denkbar, dass ein jüngerer Patient aufgrund bestimmter Faktoren so stark vorgealtert ist, dass er die

Kriterien erfüllt (vgl. bereits LSG Hamburg, Urt. v. 20.02.2014 - L 1 KR 34/12 - RID 14-02-162, Revision anhängig: B 1 KR 21/14 R).

SG Hamburg, Urt. v. 05.08.2013 - S 6 KR 1482/10 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 976,07 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung unter Änderung der Nebenleistungen zurück.

f) Kodierung der DRG B96.5! als Nebendiagnose

LSG Thüringen, Urteil v. 16.12.2014 - L 6 KR 532/12

RID 15-02-164

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Eine stationäre Behandlung kann nicht nach der DRG F62B abgerechnet werden, sondern nur nach der DRG F62C, wenn eine Kodierung der ICD B96.5! als Nebendiagnose nicht **nachgewiesen** ist. Eine Kodierung der DRG B96.5! als Nebendiagnose kann nicht erfolgen, wenn nur eine Ulzera in Betracht kommt, hierfür es aber keinen Nachweis gibt.

SG Altenburg, Gerichtsbb. v. 21.02.2012 - S 4 KR 573/10 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.197,58 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

g) Kodierbarkeit der Nebendiagnose N17.9 nach der DKR 2010 (Akutes Nierenversagen)

SG Frankfurt a. M., Urteil v. 12.01.2015 - S 28 KR 590/11

RID 15-02-165

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV; KHEntG § 7 I, 9; KHG § 17b

Jede akute Beeinträchtigung der Nierenfunktion (Filtration/Tubulusapparat), gleich welches Stadium vorliegt, wird unter dem international akzeptierten Überbegriff des Acute Kidney Injury (AKI)/**akute Nierenschädigung** subsumiert, sodass ein akutes Nierenversagen, wenn die inhaltlichen Kriterien erfüllt sind, mit dem ICD-Code N17.9 (akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet) kodiert werden muss. Eine weitere Spezifizierung des akuten Nierenversagens liegt lediglich in dem Ort des Geschehens, sodass im klinischen Sprachgebrauch von einem prä- (vor der Niere), intra- (in der Niere selbst) oder postrenalen (nach der Niere) Nierenversagens gesprochen wird. Vorliegend handelt es sich eindeutig um ein akutes Nierenversagen bei Exsikkose, also um ein prärenales Nierenversagen.

Das **SG** verurteilt die Bekl., den Betrag in Höhe von 395,57 € nebst Zinsen an die Kl. zu zahlen.

3. Abrechnung einer ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V/Onkologie-Vereinbarung

LSG Hamburg, Urteil v. 26.03.2015 - L 1 KR 11/13

RID 15-02-166

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 116b

Eine Leistung nach der Onkologie-Vereinbarung, die keine **Leistung des EBM** ist, kann vom Krankenhaus im Rahmen einer ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V nicht abgerechnet werden,

Die Beteiligten streiten – noch – um restliche von der Kl. in Rechnung gestellte stationäre Behandlungskosten in Höhe von 25,56 € für eine ambulante onkologische Behandlung im Krankenhaus. **SG Hamburg**, Urt. v. 19.10.2010 - S 33 KR 1239/10 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Schlichtungsverfahren

a) Durchführung eines Schlichtungsverfahrens als Zulässigkeitsvoraussetzung

LSG Sachsen, Urteil v. 19.03.2015 - L 1 KR 74/14

RID 15-02-167

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 275 I Nr. 1; KHG § 17c IV, IVb; SGG §§ 67, 159 I Nr. 1

Leitsatz: 1. Die Regelungen zur **obligatorischen Schlichtung** bei Vergütungsstreitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen mit Streitwerten bis zu 2000,00 Euro sind nur anwendbar, wenn der Schlichtungsausschuss anrufbar und damit das Schlichtungsverfahren tatsächlich durchführbar ist. Dies setzt auch die förmliche Anzeige der Errichtung und Funktionsfähigkeit des Schlichtungsausschusses voraus (Anschluss an BSG vom 8.10.2014 - B 3 KR 7/14 R = SozR 4-5560 § 17c Nr. 2).

2. Die **Sorgfaltspflicht des Rechtsanwaltes** verlangt in Fristensachen zuverlässige Vorkehrungen, um den rechtzeitigen Ausgang fristwahrender Schriftsätze sicherzustellen. Hierfür hat der Rechtsanwalt durch entsprechende Organisation seines Büros zu sorgen.

SG Chemnitz, Gerichtsbb. v. 14.02.2014 - S 7 KR 397/13 - wies die Klage ab, das **LSG** wies den Rechtsstreit an das SG Chemnitz zurück.

b) Arbeitsfähiger Schlichtungsausschuss als Klagevoraussetzung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 26.03.2015 - L 1 KR 198/14

RID 15-02-168

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

KHG § 17c IVb

Im Hinblick auf Art. 19 IV GG greift die **Klagesperre** des § 17c IVb KHG nicht ein, wenn im Zeitpunkt der Klageerhebung kein Schlichtungsausschuss existierte. Klagen sind so lange nicht unzulässig, wie nicht tatsächlich arbeitsfähige Schlichtungsausschüsse angerufen werden können (BSG, Ur. v. 08.10.2014 - B 3 KR 7/14 R - SozR 4-5560 § 17c Nr. 2, Rn. 26 ff.).

SG Berlin, Ur. v. 06.05.2014 - S 182 KR 2959/13 - wies die Klage als unzulässig ab, das **LSG** verwies die Sache zur erneuten Entscheidung auch über die Kosten des Verfahrens an das SG zurück.

IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Ur. v. 22.04.2015 - **B 3 KR 2/14 R** - haben nur die Leistungserbringer selbst, nicht aber ihre Innungen gegenüber der Krankenkasse einen **Anspruch auf Auskunft über geschlossene Verträge** mit einzelnen Leistungserbringern von **Hilfsmitteln**.

1. Apotheker: Herstellen von Arzneimitteln (Oxybutinin-Fertigspritzenset)

SG Hamburg, Urteil v. 27.02.2015 - S 33 KR 590/09

RID 15-02-169

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

AMG §§ 4 I, 21 II Nr. 1; SGB V § 129

Ein von einem **Apotheker** hergestelltes **Oxybutinin-Fertigspritzenset** ist zwar dem Grunde nach ein Fertigarzneimittel im Sinne von § 4 I AMG, weil es als verlängerte Rezeptur bzw. Defektor (§ 8 ApBetrO a.F.) im Voraus hergestellt wird, jedoch erfolgt keine industrielle **Fertigung**, wenn in der durch § 21 II Nr. 1 AMG vorgegebenen Größenordnung produziert wird und die übrigen Tatbestandsvoraussetzungen vorliegen; es ist unschädlich, wenn die Fertigung der Arzneimittel nach einem einheitlichen Verfahren erfolgt. Liegen im Wochendurchschnitt 4,3 Verordnungen vor, so reicht dies, um von einer häufigen Verordnung im Sinne des Ausnahmetatbestands auszugehen. Auf einen regionalen Bezug der Verordnungen kommt es nicht an. Von daher besteht gem. § 21 I AMG keine Zulassungspflicht. Hieran hat sich durch die 14. AMG Novelle nichts geändert.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an den Kl. 28.863,01 € nebst Zinsen zu zahlen.

2. Arzneimittelhersteller: Rechtliches Gehör vor Schiedsstelle

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 19.03.2015 - L 1 KR 499/14 KL ER

RID 15-02-170

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 130b

Leitsatz: Stützt die Schiedsstelle nach § 130b Abs. 5 SGB V ihre Entscheidung auf Daten aus dem Risikostrukturausgleich, ohne die Beteiligten vorher auf diese Möglichkeit hinzuweisen, liegt ein Verfahrensfehler vor.

Das **LSG** ordnete die aufschiebende Wirkung der gegen den Schiedsspruch der Ag. v. 08.09.2014 erhobenen Anfechtungsklage an.

3. Hilfsmittelerbringer

a) Schadensersatzanspruch gegen Krankenkasse

SG Düsseldorf, Urteil v. 02.02.2015 - S 9 KR 763/12

RID 15-02-171

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 163/15 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de*
SGB V § 127 IIa; BGB §§ 252, 280

Der Apothekenvertrag ist zwischen den Beteiligten **wirksame Vertragsgrundlage** geworden (s. bereits LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.05.2012 - L 5 KR 101/12 B ER - RID 12-03-167). Auf Grundlage des Apothekenvertrages war die Bekl. verpflichtet, die von der Kl. im Zeitraum 01.10.2011 bis 30.06.2012 erbrachten Hilfsmittellieferungen an die Versicherten der Bekl. zu erstatten.

Eine **Krankenkasse verletzt** ihre **vertragliche Pflicht**, wenn sie immer wieder trotz Geltung eines Apothekenvertrages behauptet, dass ein wirksames Schuldverhältnis zwischen den Beteiligten nicht besteht und die Versicherten anschreibt, um diese auf ihre sog. Premiumpartner umzusteuern. Hieraus folgt ein **Schadensersatzanspruch**. Die Krankenkasse muss die Kl. so stellen, als ob die vertragliche Beziehung auf Grundlage des Apothekenvertrages fortgeführt worden wäre. Der Schadensersatzanspruch wegen schuldhafter Verletzung des Apothekenvertrages umfasst nach § 252 Satz 1 BGB auch den entgangenen Gewinn.

Die Beteiligten streiten über Erstattungs- und Schadensersatzansprüche, welche der Kl. im Zusammenhang mit der Lieferung von Hilfsmitteln im Bereich Stoma- und Inkontinenzversorgung entstanden sind. Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 30.824 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Hilfsmittelverzeichnis: Fehlender Nachweis der Funktionstauglichkeit (Vorlesesystem)

LSG Thüringen, Urteil v. 15.12.2014 - L 6 KR 716/09

RID 15-02-172

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 33, 139

Wird ein **Vorlesesystem** von körperlich nicht beeinträchtigten Menschen praktisch nicht genutzt, so fehlt ihm nicht die Hilfsmittelleigenschaft.

Wird der **Nachweis der Funktionstauglichkeit** eines Vorlesesystems nicht erbracht, weil z.B. eine Stellungnahme von Blindeneinrichtungen nicht vorgelegt und ebenso wenig ein Produktmuster zur Prüfung übersandt wird, kommt eine Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis nicht in Betracht, denn die erforderlichen Feststellungen können nur produktbezogen getroffen werden.

SG Altenburg, Urt. v. 16.07.2009 - S 4 KR 1009/05 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Selbständigkeit der Tätigkeit einer Logopädin mit Honorarvertrag in logopädischer Praxis

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 05.01.2015 - L 1 KR 278/13

RID 15-02-173

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV § 7 I 2; SGB V § 5 I Nr. 1; SGB III § 25 I 1; SGB VI § 1 Nr. 1; SGB XI § 20 I Nr. 1

Für das Vorliegen einer **Beschäftigung** spricht das Fehlen eines erheblichen **unternehmerischen Risikos**, wenn eine Logopädin keine eigene Praxis unterhalten muss, und der Umstand, dass sie auf Rechnung der Praxisinhaberin tätig wird und insoweit - also im Verhältnis gegenüber den Krankenkassen - deren Patienten behandelt. Bei der Abwägung müssen jedoch alle nach Lage des Einzelfalles relevanten Indizien berücksichtigt und innerhalb einer Gesamtschau gewichtet und gegeneinander abgewogen werden.

Es ist davon auszugehen, dass es sich bei der Tätigkeit einer **Logopädin** um eine Dienstleistung aus dem Bereich der persönlich geprägten Gesundheitsleistungen handelt, die demnach grundsätzlich sowohl in der Form einer **abhängigen Beschäftigung** als auch einer **selbständigen Tätigkeit** erbracht werden kann. Entscheidend ist deswegen, wie die Tätigkeit organisiert und ausgestaltet ist.

Auf vertragliche Abreden kommt es nicht entscheidend an, denn das Entstehen von Versicherungspflicht ergibt sich aus dem Gesetz und kann folglich nicht Gegenstand

einzelvertraglicher Vereinbarungen sein. Bedeutung kommt dem Umstand zu, dass die Logopädin **weisungsfrei** ihre **eigenen Patienten** betreut, ihr **keine Patienten zugewiesen** werden, sie nicht an Besprechungen teilnehmen muss und sie nur gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen als Mitarbeiterin der Praxisinhaberin geführt wird, nicht aber gegenüber den Patienten als solche aufgetreten ist.

Im Streit ist die Versicherungspflicht der Tätigkeit der beigel. Logopädin für die Kl., einer Betreiberin einer logopädischen Praxis. **SG Berlin**, Urt. v. 21.08.2013 - S 210 KR 320/10 - hob den angefochtenen Bescheid auf und stellte fest, dass die Beigel. in ihrer Tätigkeit für die Kl. ab dem 12.09.2007 bis zum 30. 09.2009 nicht aufgrund einer abhängigen Beschäftigung in der gesetzlichen Renten-, Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung versicherungspflichtig war. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

5. Häusliche Krankenpflege

a) Schiedsspruch zur Vergütung der Leistungen häuslicher Krankenpflege

LSG Hessen, Urteil v. 29.01.2015 - L 8 KR 264/13

RID 15-02-174

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 3 KR 26/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 71 I 1, II, 132a

Der **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** gilt auch für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege (BSG, Urt. v. 25.11.2010 - B 3 KR 1/10 R - BSGE 107, 123 = SozR 4-2500 § 132a Nr. 5, juris Rn. 43). § 71 II SGB V ist auch auf Vergütungsregelungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege anzuwenden.

Die durch die Schiedsperson vorgenommene **Steigerung der Vergütung um 3,9 % für das Jahr 2009** liegt zwar über der maßgeblichen Steigerungsrate nach § 71 II SGB V in Höhe von 1,41 %. Sie ist gleichwohl nicht unbillig, weil die Schiedsperson im Rahmen der ihr zustehenden Einschätzungsprärogative davon ausgehen durfte, dass die festgesetzte Vergütungssteigerung erforderlich war, um den Leistungserbringern der Beklagten bei Ausschöpfung vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven in die Lage zu versetzen, die notwendige medizinische Versorgung der ihnen anvertrauten Versicherten zu gewährleisten.

Zwischen den Beteiligten sind die Regelungen eines Schiedsspruchs einer Schiedsperson zur Anhebung der Vergütung der Leistungen häuslicher Krankenpflege nach § 132a SGB V betreffend das Leistungserbringungsjahr 2009 streitig. **SG Wiesbaden**, Urt. v. 15.03.2013 - S 17 KR 310/10 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Schiedsverfahren: Verfahrensgarantien/Beweislastverteilung/Diskriminierung

LSG Hessen, Urteil v. 29.01.2015 - L 8 KR 254/13

RID 15-02-175

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 3 KR 24/15 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 132a

In einem **Schiedsverfahren**, in dem die Schiedsperson ihre Entscheidung wesentlich auf die Angaben der Beteiligten stützen soll und kann, sind die zu beachtenden **Verfahrensgarantien** keine anderen als in einem Gerichtsverfahren. Es besteht keine Verpflichtung der Schiedsperson, das beabsichtigte Ergebnis des Schiedsspruchs den Beteiligten vorab bekannt zu geben. Eine **Hinweispflicht** kommt nur in Betracht, wenn der Schiedsspruch nach dem Verlauf des Schiedsverfahrens diesem eine Wendung gibt, mit der die Beteiligten unter keinen Umständen rechnen können. Dass sich eine Schiedsperson vollständig der Argumentation der einen oder anderen Partei anschließt, liegt in der denklogischen Bandbreite möglicher Entscheidungen der Schiedsperson und muss von den Beteiligten bei ihrem Vortrag einkalkuliert werden.

Nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen sind Pflegedienste für die in ihre Sphäre fallenden Tatsachen, mit denen sie einen Anspruch auf vertragliche Vergütungserhöhungen begründen wollen, darlegungs- und im Bestreitensfalle **beweispflichtig**.

Unterschiedliche Vergütungen für gleiche Leistungen sind nicht per se diskriminierend und gleichheitswidrig. Eine **Diskriminierung** bei Vergütungsvereinbarungen kommt nur in Evidenzfällen in Betracht, wo bei gleicher Ausgangsposition – insbesondere was die Gestehungskosten angeht –

ohne jeden nachvollziehbaren Grund einem Teil der Anbieter eine Anpassung an gestiegene Kosten gewährt wird, einem anderen Teil aber nicht.

SG Wiesbaden, Urt. v. 17.05.2013 - S 17 KR 185/11 - wies die Klage dreier Verbände ambulanter Pflegedienste ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Frist zur Vorlegung der Verordnung/Umfang eines Ablehnungsbescheids

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 12.06.2014 - L 5 KR 98/12

RID 15-02-176

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 17/15 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 132a

Werden ärztliche **Folgeverordnungen** über häusliche Krankenpflege **nicht fristgerecht** - nach Ziff. 24 HKPRL ist die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorzulegen - der Krankenkasse **vorgelegt**, besteht kein Leistungsanspruch.

Die **im Bescheid erfolgte Ablehnung** bezieht sich auch auf **weitere Verordnungen**, wenn sich der zugrundeliegende Sachverhalt – wie hier – nicht geändert hat. Ein **Vertrauenstatbestand** kann dann nicht mehr entstehen. Anderenfalls würde der Krankenkasse immer wieder mit jeder neuen Verordnung eine (vorläufige) Leistungspflicht aufgezwungen werden, obwohl sie für denselben Sachverhalt ihre Leistungspflicht bereits verneint hat und auch derjenige, der die Verordnung vorlegt, bereits den Grund dafür kennt, dass eine Ablehnung erfolgen wird. Durch Ziffer 24 HKPRL soll sichergestellt werden, dass die Versicherten schnell Hilfe erhalten, weil auf Seiten der Leistungserbringer kein Vergütungsrisiko besteht. Wenn aber bereits feststeht, dass die Krankenkasse nicht zahlen wird, kann der Leistungserbringer mit Hilfe der Norm nicht wenigstens für ein paar Tage (bis zu erneuter Ablehnung) eine Vergütung erhalten. Auf die Bestandskraft des Bescheides kommt es nicht an.

SG Schleswig, Urt. v. 25.09.2012 - S 5 KR 119/08 - verurteilte die Bekl., der Kl. die für die Versicherte geleistete häusliche Krankenpflege auf Basis eines Stundensatzes von 28 € zu vergüten, und wies im Übrigen die Klage ab; das **LSG** wies die Berufung der Kl. mit der Maßgabe zurück, dass die Vergütungsverpflichtung der Bekl. sich auf 45.514,00 € (gegenüber beantragten 59.516,25 €) beläuft, womit es lediglich in seinem Urteilstenor klarstellt, welcher Betrag aufgrund der im Urteilstenor des SG genannten Grundlagen zu zahlen ist.

d) Unmittelbarer Vergütungsanspruch aus HKPRL auch bei fehlenden Vertragsbeziehungen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 11.02.2015 - L 9 KR 283/12

RID 15-02-177

Revision anhängig: B 3 KR 18/15 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 132a

Leitsatz: 1. Ein Vergütungsanspruch nach Nr. 26 der HKP-Richtlinien i.d.F. vom 11. Juni 2008 setzt nicht voraus, dass das Pflegeunternehmen vertraglich gemäß § 132a Abs. 2 SGB V an die Krankenkasse des Versicherten gebunden ist, sofern die Krankenkasse am **Wohnsitz** des Versicherten über **keine Vertragspartner** nach § 132a Abs. 2 SGB V verfügt.

2. Ein Vergütungsanspruch nach Nr. 26 der HKP-Richtlinien i.d.F. vom 11. Juni 2008 setzt nicht voraus, dass die **medizinische Notwendigkeit** der häuslichen Krankenpflege erwiesen ist. Daher ist ein Pflegeunternehmen bei Übernahme der Pflege einer eingehenden Prüfung der medizinischen Notwendigkeit vertragsärztlich verordneter häuslicher Krankenpflege enthoben; anderes könnte höchstens gelten in Fällen, in denen eine medizinische Notwendigkeit auf den ersten Blick offensichtlich nicht erkennbar ist, so dass pflegerische Leistungen gleichsam ins Leere hinein erbracht würden.

Die Kl. begehrt von der Bekl. die Zahlung von 41.545 € für in der Zeit vom 01.10. bis zum 19.11.2008 durchgeführte Leistungen der häuslichen Krankenpflege. **SG Berlin**, Urt. v. 16.05.2012 - S 210 KR 301/09 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 29.041,50 € zu zahlen und wies im Übrigen die Berufung zurück.

6. Krankentransportunternehmer: Entgelt für Einsätze/Einstweiliger Rechtsschutz

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 06.03.2015 - L 5 KR 206/14 B ER

RID 15-02-178

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 133; SGG § 86b II; KGG § 52

Leitsatz: 1. Zur Bestimmung eines **Entgelts** für Krankentransporte durch einen privaten Anbieter im Rahmen des **einstweiligen Rechtsschutzes**.

2. Der **Streitwert** im Rahmen des Verfahrens über den Abschluss einer Vergütungsregelung für Krankentransportleistungen bestimmt sich nach dem dreifachen Betrag der zu erwartenden Jahreseinnahmen.

Der Ast., nach seinen Angaben ein 1985 gegründeter Verein, der als anerkannte gemeinnützige Hilfsorganisation in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens mit ca. 270 Mitarbeitern tätig ist und zu dessen Leistungen Rettungseinsätze mit Rettungswagen (RTW) und qualifizierte Krankentransporte mit Krankentransportwagen (KTW) gehören, begehrt im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die Verpflichtung der Ag., ihm bestimmte Entgelte für Krankentransport- und Rettungswageneinsätze zu zahlen. **SG Lübeck**, Beschl. v. 17.10.2014 - S 5 KR 287/14 ER - verurteilte die Ag., bis zum Abschluss einer Vergütungsvereinbarung, längstens bis zum 31.12.2015, hilfsweise bis zum Abschluss eines Hauptsache-Gerichtsverfahrens, dem Ast. vorläufig ein Pauschalentgelt in Höhe von 82,36 € für Krankentransportwagen-Einsätze und ein Pauschalentgelt in Höhe von 392,44 € für Rettungswagen-Einsätze zu zahlen. Den weitergehenden Antrag wies es zurück. Das **LSG** änderte auf die Beschwerden des Ast und der Ag. den Beschluss des SG nur insoweit ab, dass die Ag. zur Zahlung eines Pauschalentgelts für Krankentransportwageneinsätze in Höhe von 63,00 € zzgl. 1,90 € ab dem 7. Beförderungskilometer verpflichtet werden. Die weitergehenden Beschwerden wies es zurück.

X. Angelegenheiten der Krankenkassen

Nach BSG, Urt. v. 10.03.2015 - **B 1 A 10/13 R** - richtet sich die **aufsichtsbehördliche Zuständigkeit einer geöffneten IKK** nach dem Territorium, in dem ihre Satzung gilt. Erstreckt es sich über das Gebiet von mehr als drei Ländern hinaus, ist die räumliche, länderbezogene Verteilung der festen Arbeitsstätten der ihr angehörigen Innungsbetriebe entscheidend. Dies sind die Handwerksbetriebe, deren Inhaber in die Handwerksrolle eingetragen sind und einer Trägerinnung der IKK angehören. Nach BSG, Urt. v. 18.11.2014 - **B 1 KR 35/13 R** - hat ein Versicherter keinen Anspruch, anstelle der **elektronischen Gesundheitskarte** (eGK) eine Nachweisberechtigung entsprechend der bisher gültigen Krankenversichertenkarte ohne Lichtbild und eGK-Chip zur Verfügung gestellt zu bekommen. Die Gesetzesnormen sehen keine den Kläger erfassenden Ausnahmeregelungen vor. Sie verletzen nicht das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung. Die eGK ist in ihrer gegenwärtigen Gestalt und ihren gegenwärtigen und zukünftigen Pflichtangaben und Pflichtenanwendungen durch überwiegende Allgemeininteressen gerechtfertigt. Nach BSG, Urt. v. 18.11.2014 - **B 1 KR 20/13 R** - gilt für die **Rückerstattung von Erstattungszahlungen** nach § 264 VII SGB V, die ein Sozialhilfeträger gegenüber der Krankenkasse geltend macht, die **Ausschlussfrist** von einem Jahr (§ 111 S 1 SGB X). Nach BSG, Urt. v. 18.11.2014 - **B 1 KR 13/13 R** - ist § 111 SGB X als Ausschlussfrist bei der Geltendmachung von Erstattungsansprüchen im gesetzlichen Auftragsverhältnis nach § 264 II bis VII 7 SGB V nicht anwendbar. Nach BSG, Urt. v. 18.11.2014 - **B 1 KR 12/14 R** - kann ein Sozialhilfeträger zwar als nachrangig verpflichteter Leistungsträger von der Krankenkasse Erstattung beanspruchen, wenn sie auf Grund einer bestehenden Familienversicherung vorrangig für die geleistete Krankenbehandlung zuständig war. Der Anspruch erlischt aber innerhalb der **Ausschlussfrist** von einem Jahr (§ 111 S 1 SGB X). Der Einwand unzulässiger Rechtsausübung ist ausgeschlossen, wenn der Sozialhilfeträger es selbst versäumt hat, die sozialversicherungsrechtlichen Verhältnisse zu prüfen.

1. RSA: Beanstandungen gemeldeter Familienversicherungszeiten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 13.11.2014 - L 16 KR 95/08

RID 15-02-179

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 40/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 266, 267; RSAV § 15a

Der Anwendung des § 15a RSAV a.F. auf die **Prüfung der für das Jahr 2001 gemeldeten Daten** und der Festsetzung des streitigen Korrekturbetrages stand auch nicht entgegen, dass diese Vorschrift erst am 04.12.2002 in Kraft getreten ist.

Die dem Korrekturbescheid zugrundeliegenden **Beanstandungen gemeldeter Familienversicherungszeiten** sind zu Recht erfolgt, weil bei der Prüfung durch den Prüfdienst der Bekl. die erforderlichen Nachweise nicht vorgelegen haben.

SG Köln, Urt. v. 01.04.2008 - S 9 KR 192/05 - wies die Klage ab, das **LSG** wies die Berufung zurück.

2. Unterstützung eines Versicherten bei Verfolgung von Schadensersatzansprüchen

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 20.03.2015 - L 5 KR 40/15 B ER

RID 15-02-180

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 66; SGB X § 116

Nach § 66 SGB V sollen die **Krankenkassen** die Versicherten bei der **Verfolgung von Schadensersatzansprüchen**, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 SGB X auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen. Der Begriff „Unterstützung“ schließt schon aus haushaltsrechtlichen Gründen **Ausgaben** grundsätzlich aus. Die gesetzliche Krankenversicherung darf ihre Mittel nur zur Erfüllung der öffentlich-rechtlichen Aufgaben verwenden. Im Rahmen des § 66 SGB V handelt es sich aber um die Unterstützung privater Interessen (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 09.07.1998 - L 4 KR 4/98 - juris). Zu **bestimmten Unterstützungsmaßnahmen** zwingt die Vorschrift die Krankenkassen nicht, was in der Folge zu einer eher geringen praktischen Bedeutung der Norm geführt hat. Die notwendige Information des Versicherten wird regelmäßig durch die Angabe der Diagnose, Therapie sowie dem Namen des behandelnden Arztes erschöpft, ggf. noch ergänzt um ein Gutachten des MDK. Die Krankenkasse ist nicht dazu verpflichtet, einen von ihrem Versicherten angestregten Schadensersatzprozess in der Weise zu begleiten, dass sie zur Beantwortung medizinischer Nachfragen zur Verfügung steht, die im Verlaufe des Rechtsstreits entstehen.

SG Schleswig, Beschl. v. 18.02.2015 - S 23 KR 4/15 ER - lehnte den Antrag ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

3. Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.03.2015 - L 1 KR 18/14

RID 15-02-181

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 16 IIIa, 291 IIa 3; KSVG § 16 II

Die Einführung der **elektronischen Gesundheitskarte** in ihrer jetzigen Form und die derzeitigen Gesetze verletzen einen Versicherten jedenfalls aktuell nicht in seinen Rechten (vgl. BSG, Urt. v. 18.11.2014 - B 1 KR 35/13 R - SozR 4).

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 07.01.2014 - S 211 KR 1086/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Erstattungsstreit mit BG: Ausschlussfrist/Entscheidung über Erstattung von Zuzahlungen

SG Mannheim, Urteil v. 07.10.2014 - S 3 KR 1132/14

RID 15-02-182

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 14/15 R

juris

SGB V §§ 39 IV, 61 S. 2; SGB X §§ 111, 112

Bei der Entscheidung eines Unfallversicherungsträgers über die Erstattung der von einem Krankenversicherten erbrachten **Zuzahlungsleistungen** für die stationären Krankenhausbehandlungen (§ 61 S. 2 i.V.m. § 39 IV SGB V) handelt es sich um keine für diesen späteren **Fristbeginn** notwendige Entscheidung eines erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht i.S.d. § 111 S. 2 SGB X. Mit „Leistungspflicht“ ist die Pflicht zur Erbringung von Sozialleistungen gemeint.

Das **SG** verurteilte die Bekl., den von der Kl. erstatteten Betrag wegen Heilbehandlungs- und Krankentransportkosten für H. P. sowie wegen Heilbehandlungskosten für H. M. in Höhe von insgesamt 34.991,93 € zurückzuerstatten.

5. Befristung einer aufsichtsrechtlichen Genehmigung eines Stellenplanes

LSG Hamburg, Urteil v. 19.02.2015 - L 1 KR 40/14 KL

RID 15-02-183

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB IV §§ 29, 69 VI, 88, 89; SGB X § 32

Eine **Nebenbestimmung** muss **verhältnismäßig**, also insbes. zur Erfüllung des angestrebten Ziels geeignet, erforderlich und angemessen sein. Verfolgt die Aufsichtsbehörde mit der **Befristung eines Stellenplanes** das Ziel, sicherzustellen, dass die Krankenkasse die Vorgabe des § 69 VI 2 SGB IV einhält, nach der die Erforderlichkeit der im Haushaltsplan ausgebrachten Planstellen und Stellen, wenn nicht bei gegebenem Anlass, so doch im Übrigen regelmäßig zu überprüfen ist, so fehlt es an der Erforderlichkeit, wenn es ein alternatives Mittel gibt, das weniger belastend ist. Eine Verpflichtung nach § 89 I SGB IV – ggf. eingebettet in eine Auflage zur Genehmigung des Stellenplanes im Sinne des § 32 I Nr. 4 SGB X – mit dem Inhalt, zu einem bestimmten Zeitpunkt eine Überprüfung des Stellenplans vorzunehmen, stellt die effektivere Vorgehensweise dar.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer Befristung und einer Auflage zu einer aufsichtsrechtlichen Genehmigung eines Stellenplanes. Das **LSG** hob den Genehmigungsbescheid des Bekl. zu dem mit Beschluss der Vertreterversammlung der Kl. geänderten Stellenplan hinsichtlich der Befristung zu Ziff. 1 und der Auflage zu Ziff. 2 auf.

6. Zulässige Erhebung eines einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags

LSG Thüringen, Urteil v. 26.11.2013 - L 6 KR 433/12

RID 15-02-184

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 242

Eine Krankenkasse kann einen einkommensunabhängigen **Zusatzbeitrag** von 8 € (hier: ab Februar 2010) nach § 242 I SGB V erheben. Bedenken gegen die **Verhältnismäßigkeit** bestehen bereits deshalb nicht, weil das Vertrauen der Versicherten ausreichend durch das Sonderkündigungsrecht des § 175 IV 5 SGB V geschützt wird.

SG Meiningen, Urt. v. 31.12.2012 - S 16 KR 1353/10 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. BSG, Beschl. v. 13.04.2015 - B 12 KR 109/13 B - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

XI. Gemeinsamer Bundesausschuss

Mindestmenge für die Behandlung sehr geringgewichtiger Früh- und Neugeborener

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 16.01.2015 - L 1 KR 258/12 KL

RID 15-02-185

Revision anhängig: B 1 KR 15/15 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 91 VI, 92 I, 137; SGG §§ 10 II, 31 II, 55

Leitsatz: Die Mindestmengenregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für Perinatalzentren des Level 1 von 14 jährlich ist rechtmäßig.

Im Streit steht zwischen den kl. Krankenhausbetreibern und dem bekl. GBA die Einführung einer Mindestmenge für die Behandlung sehr geringgewichtiger Früh- und Neugeborener in sog. Perinatalzentren von 14 jährlich. **BSG**, Urt. v. 18.12.2012 - B 1 KR 34/12 R - BSGE 112, 257 = SozR 4-2500 § 137 Nr. 2 = GesR 2013, 363 = NZS 2013, 544 wies die Revision des Bekl. in einem Parallelverfahren eines anderen Krankenhausträgers gegen LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 21.12.2011 - L 7 KA 94/11 KL - zurück. Ein Teil der Kl. zog daraufhin die Klage zurück. Die verbleibenden Kl. erklärten, das Verfahren ungeachtet der im angeführten BSG-Urteil dargelegten Rechtsauffassung fortsetzen zu wollen. Die Stellung der kleineren bzw. mittelgroßen Perinatalzentren sei nämlich weiterhin in hohem Maße fragil. Die Kriterien der vom Gesetz geforderten Prognose („Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht.“) seien weiterhin unklar, obwohl das strikte Leistungsverbot des § 137 III 2 SGB V automatisch greife. Das **LSG** wies die Klagen ab.

XII. Sonstiges

1. Versichertenteilnahme an einem Hausarztvertrag/Fortsetzungsfeststellungsklage

LSG Bayern, Urteil v. 13.01.2015 - L 5 KR 41/12

RID 15-02-186

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 1 KR 19/15 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 73b; SGB X § 39 II; SGG § 131 I 3

Leitsatz: Kündigung der Hausarztzentrierten Versorgung: Kein Fortsetzungsfeststellungsinteresse auf Seiten der Patienten.

Streitig ist, ob die Kl. nach Kündigung des mit dem Bayerischen Hausärzteverband e.V. geschlossenen Hausarztvertrages durch die Bekl. Anspruch auf Leistungen der hausarztzentrierten Versorgung hat. **SG Augsburg**, Urt. v. 26.01.2012 - S 10 KR 170/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Landwirtschaftliche Krankenversicherung: Keine Erbringung von Betriebshilfe an KG

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 17.12.2014 - L 4 KR 296/11

RID 15-02-187

Revision anhängig: B 3 KR 15/15 R

juris

KVLG § 9; BewG §§ 51, 51a; BGB § 14 II

Die **landwirtschaftliche Krankenkasse** ist gegenüber einem Landwirt zur **Betriebshilfe** für einen **Viehhaltungsbetrieb** nicht verpflichtet, wenn dieser neben einem auf Bodenbewirtschaftung beruhenden Einzelunternehmen aus steuerlichen Gründen als **Kommanditgesellschaft** geführt wird.

SG Stade, Urt. v. 07.01.2011 - S 15 KR 58/07 - verurteilte die Bekl., dem Kl. Betriebshilfe in gesetzlicher Höhe zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

XIII. Verfahrensrecht

1. Keine vorbeugende Feststellungsklage über mögliche Folgekosten privatärztlicher Operation

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.01.2015 - L 4 KR 2482/13

RID 15-02-188

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 52 II; SGG § 55

Leitsatz: Eine **vorbeugende Feststellungsklage** ist im sozialgerichtlichen Verfahren nur unter engen Voraussetzungen zulässig.

Eine Klage mit dem Ziel der Feststellung, die Krankenkasse sei nicht berechtigt, den Versicherten gemäß § 52 Abs. 2 SGB V an den **Kosten** der Behandlung der Folgen einer Operation zu **beteiligen**, ist jedenfalls vor Durchführung dieser Operation unzulässig.

Die Beteiligten streiten, ob die Bekl. die Kl. an etwaigen Kosten, die aufgrund möglicher Komplikationen im Zusammenhang mit einer von der Kl. geplanten, auf eigene Kosten durchgeführten operativen Brustverkleinerung (Mammareduktionsplastik) entstehen könnten, beteiligen dürfte. **SG Karlsruhe**, Urt. v. 23.04.2013 - S 6 KR 2089/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Gerichtliche Zuständigkeit bei einer englischen Limited Company

SG Dresden, Beschluss v. 05.03.2015 - S 18 KR 272/11

RID 15-02-189

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG § 57 III; ZPO § 17 I 2

Die **örtliche Zuständigkeit** für die Klage einer **juristischen Person des Privatrechts** richtet sich nach dem durch Gesetz oder Satzung festgelegten **Sitz**, nicht nach dem hiervon evtl. abweichenden Verwaltungssitz. Eine **Limited Company** kann in Ausübung ihrer gemeinschaftsrechtlichen Niederlassungsfreiheit ihre Rechte vor den **deutschen Gerichten** dann geltend machen, wenn sie hinsichtlich des geltend gemachten Rechts nach der Rechtsordnung des Vereinigten Königreichs als Gründungsstaat rechtsfähig ist und nach der Verlegung des Verwaltungssitzes nach Deutschland

weiterhin im Vereinigten Königreich ihren satzungsmäßigen Sitz hat (BGH, Urt. v. 13.03.2003 - VII ZR 370/98 - BGHZ 154, 185). Die Anwendung der **Gründungstheorie** auf Auslandsgesellschaften, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union gegründet wurden, hängt dabei nicht davon ab, ob ein über den reinen Registertatbestand hinausgehender realwirtschaftlicher Bezug zum Gründungsstaat gegeben ist (vgl. BGH, Urt. v. 14.03.2005 - II ZR 5/03 - NJW 2005, 1648). Das Abstellen auf die Gründungstheorie und damit grundsätzlich auf den satzungsmäßigen Sitz im Herkunftsstaat im Rahmen des § 57 I SGG gewährleistet den Gleichlauf zwischen dem materiellen Recht, der internationalen Zuständigkeit (dazu BGH, Urt. v. 12.07.2011 - II ZR 28/10 - BGHZ 190, 242) und der Zuständigkeit nach nationalem Prozessrecht.

Das **SG** erklärte sich für örtlich unzuständig und verwies den Rechtsstreit an das örtlich zuständige SG Berlin.

3. Keine Streitwertbeschwerde eines nicht kostenpflichtigen Beteiligten

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 24.03.2015 - L 1 KR 482/14 B

RID 15-02-190

www.sozialgerichtsbarkeit.de

GKG §§ 52, 63 II 1

Soweit es den Bekl. anlangt, fehlt es allerdings am **Rechtsschutzinteresse**, denn er ist nur dann rügeberechtigt, wenn der Streitwert zu seinen Lasten zu hoch festgesetzt wurde. Das ist nicht der Fall, denn der **Streitwertbeschwerde** kann allenfalls das Ziel zugrunde liegen, einen höheren Streitwert festsetzen zu lassen, um ggf. die Differenz zwischen einer nach § 4 RVG vereinbarten Vergütung und der Erstattung der notwendigen Kosten durch die nach Maßgabe des § 197a I 1 HS 2 SGG i.V.m. § 155 II VwGO kostentragungspflichtige Kl. zu minimieren. Abgesehen davon, dass keine Anhaltspunkte für den Abschluss einer Gebührenvereinbarung bestehen, ist die Frage, welche Vergütungshöhe vereinbart wird, Ausfluss der Vertragsfreiheit und damit ein autonomes Gestaltungsrecht im Verhältnis von Rechtsanwalt und Mandant. Derartige Vereinbarungen können ein rechtliches Interesse auf Festsetzung eines höheren Streitwertes nicht begründen. M.a.W.: Mittelbare Auswirkungen der Streitwertfestsetzung sind insoweit unbeachtlich (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 24.02.2006 - L 10 B 21/05 KA -).

SG Münster, Beschl. v. 22.01.2008 u. 04.07.2014 - S 16 KR 922/13 - setzte den Streitwert vorläufig bzw. nach Rücknahme durch die kl. Krankenkasse - endgültig auf 5.000 € fest. Das **LSG** verwarf die Beschwerden des bekl. Optikers als unzulässig.

XIV. Bundessozialgericht (BSG)

1. Kuba-Therapie nach Dr. Pelaez bei Retinitis Pigmentosa/Wirksamkeitsnachweis

BSG, Urteil v. 02.09.2014 - B 1 KR 4/13 R

RID 15-02-191

SozR 4-2500 § 18 Nr. 9 = NZS 2015, 24 = SuP 2015, 100

Leitsatz: 1. **Verlaufsbeobachtungen** anhand von operierten 126 Menschen, unterstützt durch Parallelbeobachtungen im Rahmen von Tierversuchen und untermauert durch wissenschaftliche Erklärungsmodelle, können geeignete Indizien sein, um das Bestehen von mehr als bloß ganz entfernt liegenden Aussichten auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf durch eine Therapie nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu begründen.

2. Der **Erhalt der Sehfähigkeit** für 18 bis 24 Monate genügt als positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf für eine grundrechtsorientierte Auslegung des Leistungsrechts.

2. Hilfsmittel: Treppensteighilfe (Scalamobil) für Rollstuhl

BSG, Urteil v. 16.07.2014 - B 3 KR 1/14 R

RID 15-02-192

SozR 4-3300 § 40 Nr. 11 = NZS 2014, 902 = KrV 2014, 204 = SGB 2014, 499 = HSP § 40 SGB XI Nr. 2.25

Leitsatz: 1. Einem pflegebedürftigen, ständig auf einen Rollstuhl angewiesenen Versicherten kann ein Anspruch gegen die **Pflegekasse** auf Versorgung mit einer mobilen, elektrisch betriebenen **Treppensteighilfe** zustehen (Ergänzung zu BSG vom 7.10.2010 - B 3 KR 13/09 R = BSGE 107, 44 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 31).

2. Ist ein solcher Versorgungsantrag seit dem 1.1.2012 bei der **Krankenkasse** gestellt worden, geht die Leistungszuständigkeit im Außenverhältnis zum Versicherten auf sie als erstangegangenen Leistungsträger über.

3. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Vergütungsanspruch/Fälligkeit

aa) QualitätssicherungsRL und Vergütungsabschlag

BSG, Urteil v. 01.07.2014 - B 1 KR 15/13 R

RID 15-02-193

SozR 4-2500 § 137 Nr. 4 = KHE 2014/67

Leitsatz: Der Gemeinsame Bundesausschuss kann in Richtlinien zur Qualitätssicherung **Mindestvoraussetzungen der stationären Versorgung** Versicherter als **Vergütungsvoraussetzung** regeln.

bb) Regelhaft ambulant vorzunehmende Krankenbehandlung/Beweislast/Grundsatzgutachten

BSG, Urteil v. 14.10.2014 - B 1 KR 27/13 R

RID 15-02-194

BSGE = SozR 4-2500 § 109 Nr. 40 = NZS 2015, 136 = KHE 2014/94

Leitsatz: 1. Wird eine regelhaft ambulant vorzunehmende Krankenbehandlung stationär durchgeführt, trägt im **Erstattungsstreit** wegen vorbehaltlos gezahlter Vergütung der **Krankenhausträger** die **objektive Beweislast** für das Vorliegen atypischer, von der Regel abweichender Konstellationen.

2. Erstellt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung bei einer Krankenhausbehandlung wegen Auffälligkeiten im Auftrag der Krankenkasse ein **Grundsatzgutachten**, bedarf es keiner erneuten Stellungnahme zu weiteren Einzelfällen, die vom Typus her identisch sind und in der Sache von dem Gutachten erfasst werden.

cc) Mitteilungspflicht auch für Leistungen zur medizinischen Frührehabilitation

BSG, Urteil v. 14.10.2014 - B 1 KR 26/13 R

RID 15-02-195

SozR 4-2500 § 301 Nr. 3 = SGB 2014, 671 = KrV 2014, 259 = KHE 2014/70

Leitsatz: Beansprucht ein Krankenhaus **Vergütung für eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung Versicherter**, obliegt es ihm, die Krankenkasse über die durchgeführten Leistungen zur medizinischen **Rehabilitation** zu **informieren**.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 14.10.2014 - B 1 KR 25/13 R

RID 15-02-196

KHE 2014/65

dd) Anspruch auf Vergütung ambulanter Operationen/Fachfremde Leistungen/Prüfregime

BSG, Urteil v. 01.07.2014 - B 1 KR 1/13 R

RID 15-02-197

SozR 4-2500 § 115b Nr. 5 = SGB 2014, 498 = NZS 2015, 24

Leitsatz: 1. Ein Krankenhaus hat **Anspruch auf Vergütung** seiner **ambulant Operationen** Versicherter, wenn es zu den erbrachten, dem vertraglichen Leistungskatalog des AOP-Vertrags unterfallenden Leistungen zugelassen ist, sie sachlich-rechnerisch richtig abrechnet sowie wirtschaftlich und qualitätsgerecht erbracht hat.

2. Ein Krankenhaus darf wie ein Vertragsarzt bei ambulanten Operationen Versicherter keine **fachfremden Leistungen** erbringen.

3. Das **spezielle Prüfregime** der Vergütung ambulanter Operationen im Krankenhaus schließt es aus, hierauf die Anforderungen für Auffälligkeitsprüfungen von Krankenhausabrechnungen zu übertragen.

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 15.10.2014 - 1 BvR 2597/14 - hat die Verfassungsbeschwerde gegen das Urteil nicht zur Entscheidung angenommen.

ee) Obligatorisches Schlichtungsverfahren muss durchführbar sein

BSG, Urteil v. 08.10.2014 - B 3 KR 7/14 R

RID 15-02-198

BSGE = SozR 4-5560 § 17c Nr. 2 = SGB 2014, 670

Leitsatz: 1. Die Regelungen zur **obligatorischen Schlichtung bei Vergütungsstreitigkeiten** zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen mit Streitwerten bis zu 2000 Euro erfassen alle ab 1.8.2013 erhobenen Leistungsklagen. Sie sind aber erst anwendbar, wenn der Schlichtungsausschuss anrufbar und damit das **Schlichtungsverfahren** tatsächlich **durchführbar** ist.

2. Ein Schlichtungsausschuss ist erst anrufbar, wenn er seine Errichtung und Funktionsfähigkeit förmlich angezeigt hat. Die **Anrufbarkeit des Schlichtungsausschusses** berührt die Zulässigkeit im Zeitpunkt der Anzeige bereits erhobener Klagen nicht.

3. Der **Schlichtungsspruch** in einem obligatorischen Schlichtungsverfahren ergeht in Form eines **Verwaltungsakts**.

b) Ambulante Behandlung bei anschließender stationärer Notfallaufnahme (Arzneikosten)

BSG, Urteil v. 27.11.2014 - B 3 KR 12/13 R

RID 15-02-199

SozR 4-2500 § 129a Nr. 1 = NZS 2015, 262 = ZMGR 2015, 34 = KHE 2014/99 = PharmR 2015, 133-137

Leitsatz: 1. Eine in den Räumen eines Krankenhauses durchgeführte **ambulante Behandlung** (hier: Chemotherapie) durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Krankenhausarzt wird nicht aufgrund einer wegen unvorhergesehener Komplikationen unmittelbar anschließenden stationären Behandlung im gleichen Haus zum Bestandteil einer einheitlichen **vollstationären Krankenhausbehandlung**.

2. Zur Frage der **Wirksamkeit** vertraglicher Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Krankenhausträgern zu **Beanstandungsfristen**, die Abrechnungsprüfungen und -beanstandungen nach Ablauf der Frist ausschließen.

c) Vorstationäre Krankenhausbehandlung: Unzureichend begründete vertragsärztliche Verordnung

BSG, Urteil v. 14.10.2014 - B 1 KR 28/13 R

RID 15-02-200

SozR 4-2500 § 115a Nr. 5 = KrV 2014, 262 = KHE 2014/82 = NZS 2015, 182

Leitsatz: 1. **Vorstationäre Krankenhausbehandlung** setzt eine **begründete Verordnung** eines Vertragsarztes oder eines sonstigen an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden voraus.

2. Eine **Vergütung** vorstationärer Krankenhausbehandlung ist nicht allein deshalb ausgeschlossen, weil sie die Erforderlichkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung erst klären soll und hierbei zum Ergebnis gelangt, dass ambulante Behandlung ausreicht.

d) Fallpauschalen

aa) Verpflichtung zur Information bei abweichender Kodierpraxis

BSG, Urteil v. 01.07.2014 - B 1 KR 24/13 R

RID 15-02-201

SozR 4-2500 § 301 Nr. 2 = KHE 2014/77

Leitsatz: Weicht ein Krankenhaus bei Abrechnung einer Fallpauschale von der **üblichen Kodierpraxis** ab, muss es die Krankenkasse mit den Abrechnungsdaten umfassend über den kodierten Sachverhalt informieren.

bb) DRG-Fallpauschalen als aufteilbare Abrechnungseinheit/Kostenträger

BSG, Urteil v. 14.10.2014 - B 1 KR 18/13 R

RID 15-02-202

SozR 4-2500 § 19 Nr. 9 = SGB 2014, 672

Leitsatz: Endet die **Leistungszuständigkeit der Krankenkasse** während einer Krankenhausbehandlung, die mit einer Fallpauschale vergütet wird, kann das Krankenhaus von ihr nur einen tagesbezogenen Anteil an der Fallpauschale beanspruchen.

cc) Prüfung der sachlich-rechnerische Unrichtigkeit neben einer Auffälligkeitsprüfung

BSG, Urteil v. 01.07.2014 - B 1 KR 29/13 R

RID 15-02-203

SozR 4-2500 § 301 Nr. 4 = KHE 2014/74

Leitsatz: 1. Bestehen auch nur geringste Anhaltspunkte für eine **sachlich-rechnerische Unrichtigkeit** der Rechnung eines Krankenhauses oder für eine Missachtung seiner Obliegenheit, über die Abrechnungsgrundlagen zu **informieren**, obliegt es ihm unbefristet, die tatsächlichen Voraussetzungen der berechneten Vergütung darzutun.

2. Das Krankenhaus trägt das **Risiko der Nichterweislichkeit** der tatsächlichen Voraussetzungen geltend gemachter Vergütung für die Behandlung Versicherter.

3. Ein **Beweisverwertungsverbot** für Behandlungsunterlagen wegen **Verfristung der Prüfanzeige** greift nur bei Auffälligkeitsprüfungen, nicht bei Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit von Krankenhausrechnungen.

e) Prüfverfahren: Prüfanzeige durch Krankenkasse

BSG, Urteil v. 27.11.2014 - B 3 KR 7/13 R

RID 15-02-204

SozR 4-2500 § 275 Nr. 24 = KHE 2014/108

Leitsatz: 1. Die **Krankenkasse** kann einem Krankenhaus auch selbst anzeigen, dass sie den **MDK** mit der Prüfung der Abrechnung einer Krankenhausbehandlung beauftragt hat; einer zusätzlichen **Prüfanzeige** des MDK bedarf es zur Wahrung der Sechswochenfrist für die Einleitung und Anzeige des Prüfverfahrens nicht.

2. Kann die Krankenkasse einen vermuteten Erstattungsanspruch gegen ein Krankenhaus ohne die Auswertung der Behandlungsunterlagen nicht begründen und hat das Sozialgericht die im Rahmen einer Stufenklage erhobene Klage auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen des Krankenhauses an den MDK abgewiesen, kann der **Streitwert** für die Herausgabeklage im Rechtsmittelverfahren auf den Wert des höchstmöglichen Erstattungsanspruchs festgesetzt werden.

4. Bestimmung einer Schiedsperson: Häusliche Krankenpflege

BSG, Urteil v. 27.11.2014 - B 3 KR 6/13 R

RID 15-02-205

BSGE = SozR 4-2500 § 132a Nr. 7

Leitsatz: 1. Die Sozialgerichte sind erstinstanzlich **zuständig** für Streitigkeiten über die Rechtmäßigkeit der aufsichtsbehördlichen **Bestimmung einer Schiedsperson** in Vertragsangelegenheiten der **häuslichen Krankenpflege**.

2. Der **Verwaltungsakt** der Aufsichtsbehörde über die Bestimmung einer Schiedsperson in Vertragsangelegenheiten der häuslichen Krankenpflege **erledigt** sich mit der Bekanntgabe des von der Schiedsperson erlassenen Schiedsspruchs. Für den Übergang von der Anfechtungsklage zur Fortsetzungsfeststellungsklage fehlt es in solchen Fällen regelmäßig am erforderlichen **Feststellungsinteresse**.

5. Angelegenheiten der Krankenkassen

a) RSA: Verfassungsmäßigkeit des Versichertenklassifikationsmodells nach Morbiditätsgruppen

BSG, Urteil v. 20.05.2014 - B 1 KR 5/14 R

RID 15-02-206

SozR 4-2500 § 268 Nr. 1

Leitsatz: 1. Die gesetzlichen Regelungen über den **Risikostrukturausgleich** auf der Grundlage eines Versichertenklassifikationsmodells nach Morbiditätsgruppen sind **verfassungsgemäß**, zumal sie eine willkürfreie valide Datenerhebung im Verwaltungsvollzug gewährleisten.

2. Der Ordnungsgeber durfte dem **Bundesversicherungsamt** die Befugnis einräumen, Einzelheiten des Risikostrukturausgleichs nach pflichtgemäßem Ermessen durch sachbezogene **Allgemeinverfügung** festzulegen.

3. Die für das **Ausgleichsjahr 2009** ergangenen Festlegungen des Bundesversicherungsamts zur Ausgestaltung des Versichertenklassifikationsmodells sind rechtmäßig.

b) Satzungsleistungen: Keine Künstliche Befruchtung für Unverheiratete

BSG, Urteil v. 18.11.2014 - B 1 A 1/14 R

RID 15-02-207

BSGE = SozR 4 2500 § 11 Nr. 2

Leitsatz: 1. Krankenkassen sind nicht ermächtigt, eine **Kostenübernahme für künstliche Befruchtung** bei versicherten Paaren in auf Dauer angelegter **Lebensgemeinschaft** kraft Satzung zu regeln.

2. Der Gesetzgeber darf bei Regelung der Kostenübernahme für künstliche Befruchtung davon ausgehen, dass die **Ehe** die Grundlage für eine erhöhte Belastbarkeit der Partnerschaft und eine Lebensbasis für ein Kind darstellt, die den Kindeswohlbelangen mehr Rechnung trägt als eine nichteheliche Partnerschaft.

c) Erstattungsstreitigkeiten

aa) Keine Ausschlussfrist für Aufwendungsersatzanspruch im Auftragsverhältnis des § 264 SGB V

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

RID 15-02-208

juris = NZS 2015, 184

§ 111 S. 1 SGB X ist weder nach dem Wortlaut noch nach dem Sinn und Zweck des Regelungskonzepts, dem Regelungssystem und der Entwicklungsgeschichte auf den Aufwendungsersatzanspruch im Auftragsverhältnis des § 264 SGB V zwischen **Krankenkassen und Sozialhilfeträgern** anzuwenden. Für eine entsprechende Anwendung fehlt es schon an einer Regelungslücke.

bb) Sozialhilfeträger: Freiwillige Versicherung/Ausschlussfrist

BSG, Urteil v. 18.11.2014 - B 1 KR 20/13 R

RID 15-02-209

juris

§ 264 SGB V überträgt den Krankenkassen in Abstimmung mit dem SGB XII die den **Sozialhilfeträgern** dem Grunde nach obliegende Aufgabe, die den Regelungen der GKV entsprechenden Leistungen zu gewähren (vgl. § 48 SGB XII). Auf diese Weise wird nach § 264 II SGB V die Krankenbehandlung der nicht versicherten Leistungsberechtigten nach dem SGB XII von der Krankenkassen „übernommen“ (vgl. zum Ganzen BSGE 101, 42 = SozR 4-2500 § 264 Nr. 1).

Der Begriff des „**Geltendmachens**“ meint im Zusammenhang mit der **Ausschlussfrist** nach § 111 S. 1 SGB X keine gerichtliche Geltendmachung und keine Darlegung in allen Einzelheiten, sondern das Behaupten oder Vorbringen. Allerdings muss der Wille erkennbar werden, zumindest rechtssichernd tätig zu werden. Eine bloß „vorsorgliche“ Anmeldung reicht dagegen nicht aus. Unter Berücksichtigung des Zwecks der Ausschlussfrist, möglichst rasch klare Verhältnisse darüber zu schaffen, ob eine Erstattungspflicht besteht, muss der in Anspruch genommene Leistungsträger bereits beim Zugang der Anmeldung des Erstattungsanspruchs ohne weitere Nachforschungen beurteilen können, ob die erhobene Forderung ausgeschlossen ist. Dies kann er ohne Kenntnis des Forderungsbetrages feststellen, wenn die Umstände, die im Einzelfall für die Entstehung des Erstattungsanspruches maßgeblich sind, und der Zeitraum, für den die Sozialleistungen erbracht wurden, hinreichend konkret mitgeteilt sind. Da der Erstattungsanspruch bereits geltend gemacht werden kann, bevor die Ausschlussfrist zu laufen begonnen hat, können allgemeine Angaben genügen, die sich auf die im Zeitpunkt des Geltendmachens vorhandenen Kenntnisse über Art und Umfang künftiger Leistungen beschränken (zum Ganzen BSG SozR 4-1300 § 111 Nr. 5 Rn. 15 m.w.N.).

Ein **Sozialhilfeträger** hat wegen der rückwirkenden Feststellung des Bestehens einer freiwilligen Versicherung der Berechtigten **keinen Zahlungsanspruch aus einer anderen Rechtsgrundlage** als § 104 SGB X, insb. weder aufgrund des allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs noch aus Geschäftsführung ohne Auftrag oder aus einem Schadenersatzanspruch wegen einfacher

Pflichtverletzung eines öffentlich-rechtlichen Rechtsverhältnisses entsprechend § 280 I BGB. Denn die Regelung der Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander im zweiten Abschnitt des dritten Kapitels SGB X durch die §§ 102 ff SGB X ist insoweit bewusst abschließend. Sie ist in ihrem Anwendungsbereich erschöpfend.

d) Schadensersatz gegenüber Vorstand: Übernahme von Bewirtungskosten bei Betriebsfeier

BSG, Beschluss v. 19.03.2015 - B 1 A 2/14 B

RID 15-02-210

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 29.01.2014 - L 11 KR 399/12 KL - RID 14-02-203 wird zurückgewiesen.

Gesetzliche Krankenkasse dürfen keine finanziellen Mittel zur Förderung von Gemeinschaftsveranstaltungen ihrer Bediensteten aufwenden (BSGE 56, 197 = SozR 2100 § 69 Nr. 4).

6. Anspruch auf persönliche Anhörung eines Sachverständigen

BSG, Beschluss v. 14.10.2014 - B 1 KR 96/14 B

RID 15-02-211

juris

Auf die Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 30.04.2014 - L 1 KR 163/11 - wird die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückverwiesen.

Den Beteiligten steht das Recht zu, den **Sachverständigen** diejenigen Fragen vorlegen zu lassen, die sie zur Aufklärung der Sache für dienlich erachten (§ 116 S. 2 SGG, § 118 I 1 SGG i.V.m. §§ 397, 402, 411 IV ZPO). Wird innerhalb der gesetzten Frist nach Erhalt des Gutachtens u.a. gerügt, dass das Gutachten nicht vom Sachverständigen erstellt worden sei, und sodann dessen **Ladung** zur Erläuterung seines Gutachtens beantragt, so hat das Gericht dem Antrag stattzugeben. Das Tatsachengericht muss, wenn es nicht anderweitig Klarheit über die Verwertbarkeit des Gutachtens erzielen will, den Sachverständigen auf Antrag des Betroffenen zur Erläuterung des Umfangs seiner Mitwirkung zur mündlichen Verhandlung laden.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Rücknahme/Widerruf der Approbation

a) Rücknahme wegen Unwürdigkeit (Sexuelle Verfehlung): Übernahme aus österreichischem Strafurteil

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 03.02.2015 - 8 LA 2/14

RID 15-02-212

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 2; EGRL 36/2005 Art. 56; VwGO § 124 II

Leitsatz: Der Grundsatz, dass bei Entscheidungen über den **Entzug einer Approbation** die in einem **rechtskräftigen Strafurteil** oder auch **Strafbefehl** enthaltenen tatsächlichen und rechtlichen Feststellungen regelmäßig zur Grundlage einer behördlichen oder gerichtlichen Beurteilung der betroffenen Persönlichkeit gemacht werden dürfen, gilt auch für solche tatsächlichen und rechtlichen Feststellungen, die in der rechtskräftigen Entscheidung eines **Gerichts eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union** getroffen worden sind.

Der 1957 geb. Kl. ist österreichischer Staatsangehöriger. Er erlangte 1999 den akademischen Grad des Doktors der gesamten Heilkunde (Dr. med. univ.) und 2004 die Anerkennung als Arzt für Allgemeinmedizin. Seitdem übt er den ärztlichen Beruf aus, u.a. von 2006 bis 2008 als Allgemeinmediziner in der Diagnostik-Ambulanz der Abteilung für Drogenkranke am B. in Wien. Auf den Antrag des Klägers vom August 2009, in dem er erklärte, dass er nicht vorbestraft und dass gegen ihn auch ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren nicht anhängig sei, erteilte ihm der Bekl. im November 2009 die Approbation als Arzt. Seitdem übt er den ärztlichen Beruf im Bundesgebiet aus. Im Mai 2011 teilte die Österreichische Ärztekammer dem Bekl. mit, dass der Kl. durch Urt. des **Landesgerichts für Strafsachen C.** v. 22.10.2010, bestätigt durch Urt. des **Oberlandesgerichts C.** vom 27.04.2011, wegen des Missbrauchs eines Autoritätsverhältnisses gemäß § 212 II Nr. 1 Alt. 1 des Österreichischen Strafgesetzbuches zu einer **Freiheitsstrafe von acht Monaten** verurteilt worden war, wobei die Freiheitsstrafe unter Setzung einer Probezeit von drei Jahren bedingt nachgesehen worden war. Das Landesgericht für Strafsachen C. erachtete den Kl. für schuldig, im Januar 2008 in C. als Arzt mit der Patientin des F. G. H. unter Ausnutzung seiner Stellung gegenüber dieser Person, die sich um einen Suchtmittelentzugsplatz bemühte und sich deshalb einer allgemeinen medizinischen Untersuchung unterzog, eine geschlechtliche Handlung vorgenommen zu haben, indem er im Zuge der Untersuchung gegen ihren ausdrücklich erklärten Willen seine Hand in ihren String-Tanga steckte und etwa dreißig Sekunden ihre Klitoris betastete. Wegen des darüber hinaus erhobenen Vorwurfs, in der Zeit von Dezember 2006 bis Januar 2008 an sieben weiteren Patientinnen geschlechtliche Handlungen dadurch vorgenommen zu haben, dass er bei ihnen vaginalen Untersuchungen vornahm, die nicht vorgesehen waren und die auch nicht fachgerecht erfolgten, sprach das Landesgericht für Strafsachen C. den Kl. frei. Der gegen die Verurteilung gerichteten Berufung des Kl. wegen Nichtigkeit, Schuld und Strafe gab das Oberlandesgericht nicht Folge. Der Bekl. nahm im Mai 2012 die Approbation zurück. **VG Osnabrück**, Urt. v. 20.11.2013 - 6 A 121/12 - wies die Klage ab, das **OVG** lehnte den Antrag auf Zulassung der Berufung ab.

b) Widerruf der Approbation

aa) Unerlaubte Verschreibung von Betäubungsmitteln bei Substitutionsbehandlungen

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 10.02.2015 - 8 LA 22/14

RID 15-02-213

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; BtMVV § 5 VIII; GG Art. 12 I; VwGO § 124, 124a IV 4

Der Begriff der „**Unwürdigkeit**“ zur Ausübung des ärztlichen Berufs im Sinne des § 3 I 1 Nr. 2 BÄO ist hinreichend **bestimmt**.

Die in einem rechtskräftigen **Strafurteil** oder auch **Strafbefehl** enthaltenen tatsächlichen und rechtlichen Feststellungen dürfen zur Grundlage einer behördlichen oder gerichtlichen Beurteilung der betroffenen Persönlichkeit bei Entscheidungen über den Entzug einer ärztlichen Approbation gemacht werden.

Nach § 5 II 1 Nr. 2 BtMVV muss die **Substitutionsbehandlung** im Rahmen eines **umfassenden Therapiekonzeptes** stehen, das im notwendigen Umfang auch diese begleitenden Behandlungs- und

Betreuungsmaßnahmen umfassen muss. Der Arzt muss darauf hinwirken, dass der Abhängige an den von dem Arzt für notwendig angesehenen Maßnahmen kontinuierlich teilnimmt. Das Therapiekonzept ist, wie die Erfüllung aller anderen sich aus § 5 BtMVV für den Arzt ergebenden Verpflichtungen, nach § 5 X BtMVV zu dokumentieren.

Mit den Vorgaben zur sog. Take-Home-Verschreibung nach § 5 VIII BtMVV ist die **Mitgabe von Substitutionsmitteln** durch den Arzt an den in der Substitutionsbehandlung befindlichen Patienten unvereinbar. Dem Arzt wird nur eine Ausnahme vom grundsätzlichen Verbot der Aushändigung einer Verschreibung an den Patienten eröffnet (vgl. BGH, Beschl. v. 27.05.2014 - 2 StR 354/13 - Rn. 11 ff.; Beschl. v. 28.07.2009 - 3 StR 44/09 - juris Rn. 5 f.).

Wegen des hohen Missbrauchsrisikos von **Take-Home-Verschreibungen** obliegt dem behandelnden Arzt eine besondere Verantwortung. Die Take-Home-Verschreibung muss auf Substituierte beschränkt bleiben, bei denen die psychosoziale Reintegration entsprechend fortgeschritten ist und bei denen für eine Selbst- oder Fremdgefährdung durch Beigebrauch oder nicht bestimmungsgemäße Verwendung des Substitutionsmittels keine Hinweise bestehen. In der Regel soll eine Take-Home-Verschreibung zunächst nur für kurze Zeiträume erfolgen, sie kann ggf. schrittweise erhöht werden. Die Ausschöpfung des vollen durch die BtMVV gesetzten Rahmens der Take-Home-Verschreibung ist nur zu vertreten, wenn eine eindeutige berufliche, familiäre, soziale oder medizinische Notwendigkeit besteht. Die Entscheidung zur Take-Home-Verschreibung soll in Absprache mit der psychosozialen Behandlungsstelle erfolgen. Die Gründe für die Take-Home-Verschreibung für den Verlauf der Behandlung, der eine Take-Home-Verschreibung zulässt und notwendig macht, sind zu **dokumentieren**.

Der kl. niedergelassene Facharzt für Allgemeinmedizin erhielt 2003 die Genehmigung zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen bei Drogenabhängigkeit und war in der Folge bis 2009 auch als **Substitutionsarzt** tätig. Das **Landgericht** verurteilte ihn im Dezember 2009 wegen unerlaubter Abgabe von Betäubungsmitteln in 263 Fällen, wegen unerlaubter Verschreibung von Betäubungsmitteln in 290 Fällen und wegen Betruges in 14 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und sechs Monaten und setzte die Vollstreckung der Freiheitsstrafe zur Bewährung aus. Das Strafgericht stellte fest, dass der Kl. bei keinem seiner im Substitutionsprogramm behandelten Patienten eine den Vorgaben des § 5 BtMVV entsprechende Substitution durchgeführt und diese Behandlungen zu Unrecht gegenüber den Krankenkassen abgerechnet hat, wodurch ein Schaden von 89.305,10 € entstanden ist. Die Feststellungen beruhten auf der geständigen Einlassung des Klägers, den Aussagen von sechs Zeugen, dem Gutachten des Sachverständigen E. und in Augenschein genommenen Patientenkartekarten. Die Verhängung eines Berufsverbotes hielt es nicht für erforderlich, weil sich die Verfehlungen nicht auf die Tätigkeit des Kl. als Allgemeinmediziner auswirkten. Der Bekl. **widerrief** im November 2011 die **ärztliche Approbation** des Kl. **VG Oldenburg**, Urt. v. 17.12.2013 7 A 2882/11 - wies die Klage ab, das **OVG** lehnte den Antrag auf Zulassung der Berufung ab.

bb) Unwürdigkeit nach Abrechnungsbetrug aufgrund einer Verständigung nach § 257c StPO

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 17.02.2015 - 8 LA 26/14

RID 15-02-214

juris = NZS 2015, 318

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; GG Art. 12; StPO § 257c

Leitsatz: Die auf einer **Verständigung nach § 257c StPO beruhenden Feststellungen** in einer strafgerichtlichen Entscheidung dürfen zur Grundlage einer behördlichen oder gerichtlichen Beurteilung der betroffenen Persönlichkeit bei Entscheidungen über den **Entzug einer ärztlichen Approbation** gemacht werden, solange und soweit es nicht ernstlich zweifelhaft ist, dass das Strafgericht untersucht hat, ob das abgelegte Geständnis mit dem Ermittlungsergebnis zu vereinbaren ist, ob es in sich stimmig ist und ob es die getroffenen Feststellungen trägt, und dass das Strafgericht von der Richtigkeit des Geständnisses überzeugt gewesen ist.

cc) Fehlende Genehmigung der Psychotherapieleistungen

VG München, Urteil v. 09.12.2014 - M 16 K 13.2879

RID 15-02-215

juris

PsychThG §§ 2 I Nr. 3, 3 II 1

Werden die aufgrund der **Nichtbeachtung formaler Abrechnungsbestimmungen** (hier: fehlende Genehmigung der Psychotherapieleistungen) zu Unrecht abgerechneten Leistungen unwiderlegbar tatsächlich und mängelfrei erbracht, so kann auch bei einer Schadenshöhe von 163.146,67 € nicht

zwingend auf eine **schwerwiegende Pflichtverletzung**, welche geeignet wäre, das Vertrauen in die pflichtgemäße Berufsausübung zu erschüttern, geschlossen werden, insb. auch, wenn der Verstoß gegen die Pflicht zur Einholung der Bewilligung der Krankenkasse aufgrund einer nachgewiesenen Erkrankung erfolgte. Der Umstand, dass die Abrechnungsfehler nicht durch **übersteigertes Gewinnstreben** motiviert waren, sondern aus deren **Erkrankung** resultierten, spricht gegen die Annahme einer schwerwiegenden Pflichtverletzung, die einen Approbationswiderruf rechtfertigen könnte. Das erhebliche Gewicht von Pflichtverletzungen ergibt sich oftmals gerade aus der Ausrichtung des Verhaltens primär an eigenen finanziellen Interessen, wodurch sich ein Charaktermangel offenbart (vgl. VGH Bayern, Urt. v. 22.07.2014 - 21 B 14.463 - RID 14-04-163, juris Rn. 37).

Die **Würdigkeit** i.S.v. § 2 I Nr. 3 PsychThG ist **wieder gegeben**, wenn bei Würdigung aller Umstände nicht mehr zu besorgen ist, dass die selbständige Berufstätigkeit des Psychotherapeuten das Vertrauen der Öffentlichkeit in den Berufstand nachhaltig erschüttern könnte. Bei dieser Prüfung sind im Rahmen einer Gesamtbetrachtung Art und Schwere des Fehlverhaltens sowie der zeitliche Abstand zu den die Unwürdigkeit begründenden Verfehlungen zu berücksichtigen (BVerwG, Beschl. v. 15.11.2012 - 3 B 36/12 - RID 13-01-201, juris Rn. 7). Dies kann der Fall sein, wenn die psychische Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt der Widerrufsentscheidung wieder gegeben war. Es liegt dann auch keine **Unzuverlässigkeit** zur Ausübung des Berufs vor.

Mit rechtskräftigem **Strafbefehl** vom November 2012 wurde der kl. Psychologischen Psychotherapeutin zur Last gelegt, in den Quartalen II/06 bis IV/10 in insgesamt **139 Einzelfällen** Leistungen der analytischen **Psychotherapie** abgerechnet zu haben, **ohne** dass jeweils eine **Genehmigung** der gesetzlichen Krankenversicherung des behandelten Patienten gemäß § 14 der PsychotherapieVb vorgelegen hatte. Gegen die Kl. wurde eine **Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr** auf Bewährung verhängt. Bei der Strafzumessung wurde neben dem Geständnis der Kl. zu deren Gunsten berücksichtigt, dass sie strafrechtlich bis dahin noch nicht in Erscheinung getreten war, die Taten schon einige Zeit zurücklagen, die abgerechneten Leistungen unwiderlegbar tatsächlich und mängelfrei erbracht wurden und lediglich ein Verstoß gegen formale Abrechnungsbestimmungen vorlag. Auch sei erheblich zu ihren Gunsten berücksichtigt worden, dass der Umstand der mängelfreien Leistungserbringung bei der Ermittlung der Höhe des Schadens außer Betracht gelassen werden müsse, da sich die Höhe des Schadens an der aus dem Sozialrecht übernommenen und im Strafrecht geltenden streng formalen Betrachtungsweise orientiere. Die Kl. sei um die zu Unrecht in Rechnung gestellten Beträge in Höhe von 163.146,67 € bereichert und die gesetzlichen Krankenversicherungen geschädigt worden. Im Mai 2013 wurde ihr die **Approbation** wegen der im Strafbefehl festgestellten Betrugstaten **widerrufen**. Das **VG** hob den Bescheid auf.

dd) Falschabrechnung gegenüber KV in einer Vielzahl von Fällen über fünf Jahre

VG München, Urteil v. 22.07.2014 - M 16 K 13.5215

RID 15-02-216

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Hinsichtlich der Nichtbeachtung des **Abrechnungsausschlusses von Nr. 35100 EBM 2005** neben Gesprächs-, Beratungs- und Erörterungsleistungen ist die Behauptung der Kl., sie sei sich dieses Ausschlusses nicht bewusst gewesen, nicht glaubhaft, da der Ausschluss unmissverständlich festgelegt und es nicht vorstellbar ist, dass die Kl. diese Festlegung nicht kannte. Zum anderen erfolgten bei Einführung dieses Abrechnungsausschlusses mit dem Quartal II/05 „lediglich“ 56 Verstöße. In der Folgezeit bis Ende 2007 stieg die Zahl dieser Abrechnungsfehler jedoch auf meist über 100 bzw. – bei drei Quartalsabrechnungen – auf über 150 je Quartal an. Hätte es sich jeweils um bloße Versehen gehandelt, wäre davon auszugehen, dass die Fehlerquote je Quartal in etwa stabil geblieben wäre. Im Übrigen hat eine der als Zeuginnen befragten Arzthelferinnen ausgesagt, dass der Computer in der Praxis der Klägerin Abrechnungsausschlüsse angezeigt habe; es werde dann von der Klägerin entschieden, „was gemacht werde“.

Zur **Falschabrechnung der Nr. 01850 EBM 2005** (Beratung wegen Sterilisation) macht die Kl. geltend, sie habe wegen einer Fehlinformation im Rahmen einer Fortbildung angenommen, bereits eine bloße Beratung über alternative Maßnahmen zur Empfängnisverhütung würde die Abrechnung dieser Position rechtfertigen. Bereits nach einem laienhaften Verständnis dieser Leistungsbeschreibung ist offensichtlich, dass eine bloße Beratung über Maßnahmen zur Empfängnisverhütung lediglich eine Teilleistung der Beratung wegen Sterilisation umfasst.

Die **Falschabrechnung in einer Vielzahl von Fällen über fünf Jahre** hinweg spricht ebenfalls für eine vorsätzliche, systematische Tatbegehung.

ee) Unzuverlässigkeit nach wertender Gesamtbetrachtung: Kein ordnungsgemäßer Praxisbetrieb

VG Gießen, Urteil v. 02.02.2015 - 4 K 1542/13.GI

RID 15-02-217

juris

BÄO § 3, 5; GG Art. 12 I

Leitsatz: Die Unzuverlässigkeit eines Arztes zur Ausübung des ärztlichen Berufs kann sich auch aus einer Vielzahl von Unzulänglichkeiten ergeben, die zwar nicht einzeln für sich betrachtet, aber bei einer wertenden **Gesamtbetrachtung** die persönliche Unzuverlässigkeit ergeben.

Im angefochtenen **Widerspruchsbescheid** begründete der Bekl. den Widerruf der Approbation mit Unzuverlässigkeit der Kl. zur Ausübung des ärztlichen Berufes. Durch die häufigen und unregelmäßigen Fehlzeiten sei sie nicht in der Lage, die Praxis ordnungsgemäß zu führen. Durch das häufige und unregelmäßige Fehlen würden die Patienten überdurchschnittlich oft und unvorhersehbar an Kollegen verwiesen. Zwar möge sich zwischenzeitlich ab Mitte November 2012 durch die Besserung des Gesundheitszustandes kurzzeitig ein ordnungsgemäßer Praxisbetrieb eingestellt haben, jedoch hätten die häufigen und unregelmäßigen Fehlzeiten wieder erheblich zugenommen. So hätten sich dort Patienten beschwert, dass die Klägerin wieder durchschnittlich zwei bis drei Fehltage in der Woche habe. Auch sei den Kollegen zugetragen worden, dass die Kl. den Arzthelferinnen seit Monaten keine Gehälter zahle und für diese auch keine Krankenversicherung abführe. Das **VG** wies die Klage ab.

c) Keine isolierte Anfechtbarkeit einer Anordnung zur ärztlichen Untersuchung

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 23.04.2015 - 8 PA 75/15

RID 15-02-218

juris

BÄO § 6 I Nr. 3; VwGO §§ 44a, 166 I 1

Leitsatz: 1. In einem Verfahren, in dem auf der Grundlage des § 6 Abs. 1 Nr. 3 BÄO über die Anordnung des **Ruhens** der ärztlichen Approbation wegen Zweifeln an der gesundheitlichen Eignung zur Ausübung des ärztlichen Berufs im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BÄO zu entscheiden ist, stellt die von der zuständigen Behörde an den Arzt gerichtete Anordnung, sich einer **amts- oder fachärztlichen Untersuchung** zu unterziehen, eine behördliche **Verfahrenshandlung** im Sinne des § 44a Satz 1 VwGO dar.

2. Eine Erweiterung des Anwendungsbereichs der Ausnahmebestimmung in § 44a Satz 2 VwGO im Wege verfassungskonformer Auslegung kann auch bei der Anordnung der ärztlichen Untersuchung nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 BÄO geboten sein. Dies gilt indes nicht, wenn die Anordnung der ärztlichen Untersuchung bereits **erledigt** ist.

2. Verlängerung einer Berufserlaubnis im Wege der einstweiligen Anordnung

VG Aachen, Beschluss v. 20.02.2015 - 5 L 66/15

RID 15-02-219

juris

ZHG § 13; VwGO § 123

Leitsatz: **Einzelfall der Verlängerung einer Berufserlaubnis** im Wege der einstweiligen Anordnung.

Das **VG** gab dem Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung auf, die widerruflich erteilte Erlaubnis „zur vorübergehenden Ausübung des zahnärztlichen Berufes, beschränkt auf eine nicht selbstständige und nicht leitende Tätigkeit unter Aufsicht, Anleitung und Verantwortung einer approbierten Zahnärztin oder eines approbierten Zahnarztes an einer Zahnklinik oder in einer zahnärztlichen Praxis in Nordrhein-Westfalen für die Zeit vom 23. Mai 2013 bis zum 22. Mai 2016“ für eine weitere zwölfmonatige zahnärztliche Tätigkeit innerhalb dieses Zeitraums zu verlängern.

3. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen

a) Weiterbildungsbefugnis nur für einen zeitlich beschränkten Ausbildungszeitraum

VGH Bayern, Beschluss v. 18.03.2015 - 21 ZB 14.924

RID 15-02-220

juris

HKG Bayern Art. 31 II, IV

Ein Ärztlicher Direktor sowie Chefarzt an der Weiterbildungsstätte kann, wenn er das Versorgungs- und **Leistungsspektrum** nur für sechs Monate anbieten kann, nur für diesen **Zeitraum** eine Weiterbildungsbefugnis erhalten (hier: Weiterbildungsbefugnis zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie an einer Klinik mit im Hinblick auf Diagnose- und Behandlungsschwerpunkte eindeutig eine psychosomatischer Ausrichtung).

b) Teilzeitweiterbildung: Keine Anerkennung von Nacht - u. Bereitschaftsdiensten, Überstunden

VG Hannover, Urteil v. 21.01.2015 - 5 A 8219/14

RID 15-02-221

juris

HeilbKG Niedersachsen §§ 38, 39

Leitsatz: Die Verlängerung einer in **Teilzeit** erfolgenden **Facharzt-Weiterbildung** entfällt nicht aufgrund der Ableistung von Nachtdiensten, Bereitschaftsdienstzeiten und Überstunden.

c) Nur Wiederholung der Prüfung nach fehlerhaft durchgeführter mündlicher Prüfung

VG Bayreuth, Urteil v. 28.03.2014 - B 1 K 10.309

RID 15-02-222

juris

GG Art. 12 I; HKG Bayern

Fehlerhaft durchgeführte mündliche Prüfungen (hier: sog. **Divergenzprüfung** eines Facharztes für Orthopädie zur Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“) können - sofern der Fehler nicht offensichtlich ohne Bedeutung für das Prüfungsergebnis war, was hier nicht zutrifft - in aller Regel nur zu einer Wiederholung der Prüfung führen.

d) Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“: Kenntnisse der letzten acht Jahre

BVerwG, Beschluss v. 12.03.2015 - 3 B 31/14

RID 15-02-223

juris

GG Art. 12 I; WBO Hamburg §§ 6, 20 VIII

Es ist nicht zu beanstanden, dass eine WBO verlangt, dass der Kammerangehörige bei der Einführung der neuen Bezeichnung in der **Zusatz-Weiterbildung** innerhalb **der letzten acht Jahre** vor der Einführung mindestens die gleiche Zeit regelmäßig an Weiterbildungsstätten oder vergleichbaren Einrichtungen tätig war, welche der jeweiligen Mindestdauer der Weiterbildung entspricht. Die im Interesse des Patientenschutzes angestrebte hinreichende Präsenz und Aktualität der zum Erwerb der Zusatz-Weiterbildung erforderlichen fachlichen Voraussetzungen stellt eine vernünftige Erwägung des Gemeinwohls dar und genügt dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.

Es unterliegt keinen rechtlichen Bedenken, die nach der WBO zu erfüllenden Anforderungen für die Zusatz-Weiterbildung „Medikamentöse Tumorthherapie“ nicht an das **Tätigkeitsspektrum eines niedergelassenen Urologen** anzupassen.

e) Zugangsvoraussetzung für Psychologische Psychotherapeuten

aa) Nachweis eines abgeschlossenen universitären Bachelor- und Masterstudiums

VG Kassel, Urteil v. 17.03.2015 - 3 K 1496/14.KS

RID 15-02-224

Berufung zugelassen
juris

PsychThG § 5 II 1 Nr. 1 a)

Leitsatz: § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 a PsychThG erfordert den Nachweis eines abgeschlossenen Bachelor- und Masterstudiums in Psychologie zu einer Universität oder gleichstehenden Hochschule.

Die Kl. studierte von 1993 bis 1996 an der FH im Fachbereich Sozialwesen und schloss das Studium mit dem akademischen Grad der **Dipl.-Soz.-Päd.** erfolgreich ab. Im Anschluss hieran arbeitete sie als Sozialpädagogin in einer psychosozialen Kontakt-Beratungsstelle. Berufsbegleitend absolvierte sie von 2009 bis 2013 den **Masterstudiengang Psychologie** an der „...“ (U1) in Berlin, einer vom Land Berlin anerkannten **privaten Hochschule mit Universitätsstatus**. Die Zulassung zum Masterstudium erfolgte seitens der U1 unter der Bedingung, dass die Kl. vier Brückenkurse in Allgemeiner Psychologie, Entwicklungspsychologie, Klinischer Psychologie und Methoden der Psychologie belegte. Zugleich bescheinigte ihr die U1, dass ihr zuvor erbrachtes Studium verbunden mit der Auflage, die Brückenkurse erfolgreich abzuschließen, als **einem Bachelorstudium Psychologie äquivalent** anzusehen sei. Im September 2013 schloss die Kl. das Masterstudium mit der Erlangung des akademischen Grades „Master of Arts“ erfolgreich ab. Der Bekl. lehnte den Antrag auf Zugang zur Ausbildung als Psychologische Psychotherapeutin ab. Das VG wies die Klage ab.

bb) Neben Masterzeugnis ist Bachelorzeugnis über den Studiengang Psychologie erforderlich

OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 31.05.2013 - OVG 10 M 24.12

RID 15-02-225

juris

PsychThG § 5 II Nr. 1 a); PsychTh-APrV § 7 II Nr. 2

Ein Baccalaureus-Studiengang mit der Hauptstudienrichtung Staatswissenschaften-Sozialwissenschaften und der Nebenstudienrichtung Lehr-/Lern- und Trainingspsychologie und ein anschließender Magister-Studiengang Psychologie stellen keine „**Abschlussprüfung im Studiengang Psychologie**“, die das Fach Klinische Psychologie einschließt“ i.S.d. § 7 II Nr. 2 PsychTh-APrV dar.

Die Kriterien der Approbationsbehörden, nach denen eine Zulassung zur Ausbildung nach § 5 II Nr. 1 Buchst. a PsychThG entweder die Vorlage eines Diplomzeugnisses über den Studiengang Psychologie mit dem Prüfungsfach „Klinische Psychologie“ oder aber die Vorlage eines **Masterzeugnisses** über den Studiengang Psychologie mit dem Prüfungsfach „Klinische Psychologie“ und (zusätzlich) eines **Bachelorzeugnisses** über den Studiengang Psychologie erfordern, sind nicht zu beanstanden.

f) Studium der Stomatologie (Zahnmedizin) am staatlichen Institut für Medizin Smolensk

VG Köln, Urteil v. 24.02.2015 - 7 K 2901/12

RID 15-02-226

juris

ZHG § 2 III

Eine Ärztin, die von 1982 bis 1987 ein **Studium der Stomatologie (Zahnmedizin) am staatlichen Institut für Medizin Smolensk** absolvierte und das Studium am 02.07.1987 mit Erhalt des Diploms als **Ärztin für Stomatologie** abschloss, absolvierte vom 01.08.1987 bis 30.06.1988 die Internatur bei der zahnärztlichen Poliklinik Nr. 1 der Stadt Brjansk im Fach allgemeine Zahnmedizin anschließend. und im Anschluss die Qualifikation „**Zahnarzt-Therapeut**“ erhielt, hat keinen Anspruch auf Erteilung der Approbation als Zahnärztin, weil die Ausbildung im Ergebnis nicht als gleichwertig mit der deutschen Zahnarztausbildung anzusehen ist.

4. Berufspflichten

a) Ausschluss eines Disziplinarverfahrens bei vorheriger Sanktionierung durch KV

Berufsgericht für Heilberufe Berlin, Beschluss v. 09.02.2015 - 90 K 6.13 T

RID 15-02-227

juris

SGB V § 135 II; BO Berlin § 2; ÄKammerG Berlin §§ 17 I, 24 III, 30 III

Leitsatz: Zum Umfang der gemäß § 24 KammerG entsprechenden Anwendung von § 14 DiszG im Heilberuferecht.

Zur Sperrwirkung einer bereits in einem sachgleichen Disziplinarverfahren eines anderen Disziplinarbereiches verhängten Disziplinarmaßnahme.

Die **Einleitungsbehörde** legte dem Arzt zur Last, mit Antragsschreiben vom 22.11.2011 zur Erlangung einer vertragsärztlichen Abrechnungsgenehmigung für Leistungen der speziellen Schmerztherapie bei der KV wahrheitswidrige Tätigkeitsnachweise eingereicht zu haben, wonach er im Zeitraum vom Januar 2010 bis zum Juni 2011 ganztägig bei dem Arzt A hospitiert und dabei detailliert aufgeführte schmerztherapeutische Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt habe. Der **Disziplinarausschuss für Ärzte der KV** legte dem Arzt wegen Verstoßes gegen § 135 II SGB V mit Beschl. 15.07.2014 eine **Geldbuße** in Höhe von 5.000 € auf. Die Entscheidung ist bestandskräftig. Für das Disziplinarverfahren gegen Landesbeamte regelt § 14 DiszG Berlin, dass ein Verweis oder eine Geldbuße nicht ausgesprochen werden darf, wenn gegen eine Beamtin oder einen Beamten im Straf- oder Bußgeldverfahren unanfechtbar eine Strafe, Geldbuße oder Ordnungsmaßnahme verhängt worden ist (Abs. 1 Nr. 1). Diese Vorschrift des Disziplinarrechts gegen Landesbeamte ist über § 24 KammerG entsprechend anwendbar. Das **Berufsgericht** lehnte den Antrag der Einleitungsbehörde auf Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens ab.

b) Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht

Berufsgericht für Heilberufe Berlin, Beschluss v. 07.01.2015 - 90 K 5.13 T

RID 15-02-228

juris

BO Berlin §§ 2, 9

Leitsatz: Zu den Anforderungen an die Offenbarungsbefugnis (§ 9 Abs. 2 BO Ärzte).

Das **Berufsgericht** verhängte durch Urt. vom Dezember 2008 gegen den Beschuldigten eine Geldbuße in Höhe von 2.000 €, weil er im November 2004 unter Verstoß gegen § 8 BO an Z eine Gripeschutzimpfung vornahm, ohne zuvor dessen Einwilligung eingeholt und ihn über mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt zu haben. Im **Berufungsverfahren** vor dem OVG trug der Beschuldigte u.a. **zur Glaubwürdigkeit des Z** u.a. durch Hinweis auf dessen **stationärer Behandlung in einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie** vor und legte hierzu **Arztberichte** vor. Das OVG wies die Berufung zurück. Die **Ärzttekammer** warf dem Kl. nunmehr vor, im August 2010 die Klinik, in der Z behandelt worden war, auf einem Rezeptvordruck um Zusendung der Krankenhausentlassungsunterlagen des Patienten Z gebeten zu haben, auf einem weiteren Rezeptvordruck habe er das Wort „einverstanden“ eingetragen und ohne Wissen und Einverständnis des Patienten mit der Unterschrift Z. unterschrieben. Das **Berufsgericht** sprach einen Verweis aus.

c) Befreiung vom Notdienst und einstweiliges Anordnungsverfahren

VG Gelsenkirchen, Beschluss v. 10.02.2015 - 7 L 2116/14

RID 15-02-229

juris

Gemeinsame Notfalldienstordnung der Ärztekammer u. KV Westfalen-Lippe

Ein Arzt hat **keine schweren Nachteile** durch die **Einteilung zum Notdienst** zu besorgen, wenn die Notfalldienstordnung vorsieht, dass der Arzt sich durch einen anderen Arzt vertreten lassen kann und der Arzt nach seinen wirtschaftlichen Verhältnissen nicht außer Stande ist, die Kosten für den Einsatz eines Vertreters - bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache - zu übernehmen und sich im Falle eines Obsiegens in der Hauptsache erstatten zu lassen (hier: 4 Termine im Notfalldienstjahr 2015).

Setzt eine **Befreiung vom Notdienst** wegen Erkrankung voraus, dass sich die Erkrankung oder Behinderung in einem nennenswerten Umfang auf die **Praxistätigkeit** nachteilig auswirkt und dem Arzt deshalb die Beauftragung eines Vertreters für den Notfalldienst auf eigene Kosten nicht zugemutet werden kann, so fehlt es an dieser Voraussetzung, wenn der Arzt in den Jahren 2010/2011 jährlich jeweils über 100.000 € Einkünfte aus seiner selbständigen Tätigkeit erzielt hat, die 2012 auf

rd. 30.000 € gesunken, dann aber 2013 auf 68.589 € und 2014 auf 75.000 € angestiegen sind und 2015 auf eine ähnliche Höhe wie 2013 und 2014 prognostiziert werden.

d) Keine Radiofrequenzbehandlungen durch Zahnarzt

Berufsgericht für Heilberufe Münster, Urteil v. 04.02.2015 - 18 K 1442/13.T RID 15-02-230

juris

HeilBerG NRW § 29 I; HeilprG § 1 I; BO Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

Es verstößt gegen die Berufspflichten eines **Zahnarztes**, in einem hierfür vorgesehenen Raum seiner zahnärztlichen Praxis durch die bei seiner Firma **beschäftigte Kosmetikerin Radiofrequenzbehandlungen** durchführen zu lassen, ohne über eine Approbation als Arzt oder eine Heilpraktikererlaubnis zu verfügen. Auch wenn etwa die Lippen als äußere **Grenze des Mundbereichs** noch dem Mund im Sinne von § 1 III ZHG zugerechnet werden können, und bei bestimmten chirurgischen Behandlungen eines Zahnarztes im Bereich der Zähne, des Mundes oder des Kiefers ein notwendiger begleitender Übergriff auf die Gesichtshaut ausnahmsweise zulässig ist, können jedenfalls Eingriffe, die - wie hier - final auf eine Behandlung von Gesichtshaut und - oberfläche außerhalb des Bereichs der Zähne, des Mundes einschließlich der Lippen und des Kiefers gerichtet sind, nicht mehr dem der Zahnheilkunde zugewiesenen körperlichen Bereich zugeordnet werden.

Das **Berufsgericht** erteilte dem Beschuldigten wegen Berufsvergehens einen Verweis und legte eine Geldbuße von 2.500 € auf.

5. Strafrecht

a) Unzureichende Diagnostik einer psychiatrischen Erkrankung durch einen Arzt

OLG Celle, Beschluss v. 21.01.2015 - 32 Ss 190/14 RID 15-02-231

juris

StGB § 278

Leitsatz: Für das **Ausstellen eines ärztlichen Attestes** mit der gesicherten Diagnose „paranoid-halluzinatorische Psychose mit einer depressiven Episode bei bestehenden Suizidgedanken“ sowie die Fertigung eines Einweisungsscheins in eine psychiatrische Klinik ist eine vorherige tagesaktuelle, jedenfalls zeitnahe, persönliche, mit der erforderlichen Erfahrung und fachlich fundiertem Vorgehen vorgenommene **Untersuchung des Patienten** durch den das Attest ausstellenden Arzt erforderlich.

b) Strafbarkeit der Abgabe von Betäubungsmitteln durch Substitutionsarzt

LG Bonn, Urteil v. 02.09.2014 - 23 KLS 19/14, 23 KLS - 920 Js 169/08 - 19/14 RID 15-02-232

juris

BtMG §§ 13 I, 29a I Nr. 1; BtMVV § 5

Zur **Strafzumessung** bei unerlaubtem Handeltreiben mit Betäubungsmitteln (§ 29 I 1 Nr. 1 BtMG) durch einen Substitutionsarzt.

BGH, Beschl. v. 27.05.2014 - 2 StR 354/13 - RID 14-03-173 hob auf Revision des angekl. Substitutionsarztes das Urteil des LG Bonn v. 14.01.2013 auf. Das **LG** befand den Angekl. der unerlaubten Abgabe von Betäubungsmitteln in 705 Fällen für schuldig, da auf Grund der Entscheidung des BGH der Schuldspruch hinsichtlich der 705 Fälle der unerlaubten Abgabe von Betäubungsmitteln in Rechtskraft erwachsen ist, und verurteilte ihn zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und drei Monaten, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wird.

6. Entzug der Bescheinigung über die Fachkunde im Strahlenschutz/Prüfungsgespräch

VG Minden, Urteil v. 07.01.2015 - 7 K 203/14

RID 15-02-233

juris

StrlSchV § 30 II 4 u. 5

Die **Bescheinigung über die Fachkunde im Strahlenschutz** kann entzogen werden, wenn eine Überprüfung ergibt, dass diese nicht bzw. nicht im erforderlichen Umfang vorhanden ist. Dies ist der Fall, wenn festgestellt wird, dass die Ärztin die korrekte Organisation und den sachgerechten Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen in ihrer Praxis nicht darlegen kann, schwere organisatorische Mängel bestehen und die Praxis aus Gründen des Strahlenschutzes von Personal und Patienten so nicht weitergeführt werden darf.

Die **Ermittlung der Fachkunde** unterfällt nach § 24 VwVfG NRW dem allgemeinen Untersuchungsgrundsatz, wobei die Auswahl der in § 26 VwVfG NRW nicht abschließend aufgezählten Beweismittel im Ermessen der Behörde steht. Ein mögliches Beweismittel ist das **Prüfungsgespräch**, denn es vermag als Erkenntnismittel die Überzeugung von der Existenz oder Nichtexistenz von Tatsachen - nämlich von dem Vorhandensein von Kenntnissen - zu begründen (vgl. BVerwG, Urt. v. 22.12.1994 - 3 C 8/93 - BVerwGE 97, 266).

7. Einstufung onkolytischer Viren als bedenkliche Arzneimittel

VG Augsburg, Urteil v. 11.02.2015 - Au 1 S 15.61

RID 15-02-234

juris

AMG §§ 1, 5 I, 69 I; VwGO § 80

Besteht keine Veranlassung, an der **Einstufung onkolytischer Viren als bedenkliche Arzneimittel** zu zweifeln, so kann die **sofortige Vollziehung der Untersagung** für die weitere Anwendung und das Inverkehrbringen angeordnet werden.

Bei einer Inspektion der Betriebsräume des Ast, eines niedergelassenen Arztes, stellte der Ag. fest, dass bei den vom Ast. **hergestellten onkolytischen Viren** es sich um **bedenkliche Arzneimittel** handle, bei denen zu erwarten sei, dass sie mit verschiedensten, möglicherweise humanpathogenen Mikroorganismen kontaminiert seien, die bei der Anwendung am Menschen große gesundheitliche Schäden verursachen können. Darüber hinaus sei nicht gewährleistet, dass es sich tatsächlich um die vermeintlich hergestellten Viren handle, da über die Viren nur bekannt sei, dass sie Zellen schädigen können. Auf Grund der fehlenden Identitätstests und der großen Anzahl unterschiedlicher Viren, die in derselben Werkbank bearbeitet würden, sei eine Kreuzkontamination nicht auszuschließen. Dem Ast. wurde mündlich die **weitere Anwendung und das Inverkehrbringen** der von ihm hergestellten onkolytischen Viren **untersagt**, was durch schriftlichen Bescheid wiederholt wurde. Nach Klageerhebung ordnete die Kammer mit Beschl. v. 04.12.2014 die aufschiebende Wirkung der Klage gegen die Zwangsgeldandrohung an und wies im Übrigen den Antrag abgelehnt. Über die hiergegen eingelegte Beschwerde des Ast. hat VGH Bayern noch nicht entschieden. Nach **Anordnung der sofortigen Vollziehung der Untersagung** beantragte der Ast einstweiligen Rechtsschutz, den das VG ablehnte.

8. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) BGH: Verkürzter Versorgungsweg (Hörgeräteversorgung III)

BGH, Urteil v. 24.07.2014 - I ZR 68/13

RID 15-02-235

juris

UWG § 4 Nr. 11; BO BW §§ 31 II, 34 V

Leitsatz: Hörgeräteversorgung III

Wird Patienten von einem **Ohrenarzt** ein Formular vorgelegt, in dem sie erklären, eine Hörgeräteversorgung über den **verkürzten Versorgungsweg** auf eigene Kosten durch den behandelnden Arzt und ein bestimmtes Hörgeräteakustikunternehmen durchführen lassen zu wollen, wird ihnen ein bestimmter Leistungserbringer empfohlen.

**b) Kein alleiniger Hinweis auf verkürzten Versorgungsweg
(Hörgeräteversorgung)/Testpatienten**

LG Flensburg, Urteil v. 02.05.2014 - 8 O 148/13

RID 15-02-236

juris = WRP 2014, 1240

UWG §§ 3, 4 Nr. 10 u. 11, 8 I u. III Nr. 2; BO Schleswig-Holstein § 32 II

Die **Beauftragung von Testpatienten** zur Durchführung eines Beratungsgesprächs ist grundsätzlich zulässig, soweit der Tester nicht lediglich die Absicht verfolgt, einen Mitbewerber „hereinzulegen“, oder mit verwerflichen Mitteln, insbesondere Straftaten oder sonstigen rechtswidrigen Handlungen oder „besonderen Verführungskünsten“ auf einen Wettbewerbsverstoß hinwirkt.

Ein **HNO-Arzt** darf nicht ungefragt und ohne dass er von den Testpatienten gebeten worden war, eine Hörgeräteversorgung durch einen bestimmten Akustiker empfehlen.

c) Kostenlose Zweitbegutachtung unzulässig

LG Hamburg, Urteil v. 14.10.2014 - 312 O 19/14

RID 15-02-237

juris = WRP 2015, 249

UWG §§ 4 Nr. 11, 8; HeilMVerbG § 7 I

Bei einer beworbenen „**kostenlosen Zweitbegutachtung**“ handelt es sich um das unzulässige Anbieten oder Gewähren einer Leistung nach § 7 I HeilMVerbG. Es handelt sich nicht um eine handelsübliche Nebenleistung i.S.v. § 7 I Nr. 3 HeilMVerbG oder um einen Ratschlag i.S.v. § 7 I Nr. 4 HeilMVerbG.

**d) Werbung osteopath. Praxis: Fehlender Hinweis auf unzureichende wissenschaftl.
Absicherung**

LG Karlsruhe, Urteil v. 14.11.2014 - 14 O 49/14 KfH III

RID 15-02-238

juris = Magazindienst 2015, 146

UWG § 5 I 2 Nr. 1; HeilMVerbG § 3 Nr. 1

Die **Werbung einer osteopathischen Praxis** ist unlauterer, wenn sie auf die unzureichende **wissenschaftliche Absicherung** nicht hinreichend hinweist.

e) Werbung für Coolsculpting oder auch Cryolipolyse zur Reduktion von Fettgewebe

LG Berlin, Urteil v. 09.12.2014 - 103 O 82/14

RID 15-02-239

juris = Magazindienst 2015, 303

UWG §§ 3, 5

Ein Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie kann nicht auf seiner Internetseite für eine Behandlung mittels **Coolsculpting oder auch Cryolipolyse** werben - dabei werden bestimmte Bereiche des menschlichen Körpers gezielt gekühlt, was zur Zerstörung von Fettgewebe führen soll -, wenn die **Werbung irreführend** ist, da es ist nicht hinreichend wissenschaftlich abgesichert ist, dass die behaupteten Wirkungen der Behandlung eintreten.

9. Operationen an Tieren durch Humanmediziner kein Verstoß gegen Tierschutzrecht

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 17.03.2015 - 11 LA 131/14

RID 15-02-240

juris

TierSchG § 6 I

Leitsatz: Ein Humanmediziner (Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie), der nach tierärztlicher Indikation und im Beisein und unter Aufsicht eines Tierarztes, welcher die Narkose durchführt und überwacht, in seinem Fachgebiet **operative Eingriffe an Tieren** ausführt, verstößt nicht gegen den Tierarztvorbehalt des § 6 Abs. 1 Satz 3 TierSchG.

10. Goodwill einer reproduktionsmedizinischen Schwerpunktpraxis/Modifizierte Ertragswertmethode

OLG Oldenburg, Urteil v. 16.12.2014 - 9 U 22/10

RID 15-02-241

juris = GesR 2015, 120
BGB § 738

Das Vorhandensein eines **Goodwills** ist nicht wegen der besonderen Kundenstruktur der Gemeinschaftspraxis mit reproduktionsmedizinischem Schwerpunkt abzulehnen. Die Existenz eines Goodwills entfällt nicht wegen einer neuen Praxis der ausscheidenden Ärztin, wenn diese keine Einweiserärzte in die neue Praxis nahtlos „mitnehmen“ kann, weil ihr reproduktionsmedizinische Behandlungen wie die des Gametentransfers oder der In-Vitro-Fertilisation in Ermangelung der erforderlichen IVF-Genehmigung verwehrt sind.

Die Ermittlung des Fortführungswerts anhand der **modifizierten Ertragswertmethode** ist nicht zu beanstanden. Die IBT-Methode ist nicht die geeignetere Methode.

Der Kl. ist Insolvenzverwalter über das Vermögen der Insolvenzschuldnerin I. Die I trat 1998 in die von der Bekl. zu 1) und dem Nebenintervenienten betriebene **gynäkologische Gemeinschaftspraxis mit reproduktionsmedizinischem Schwerpunkt** ein. Die Bekl. zu 1) und der Nebenintervenient verkauften der I jeweils einen **1/6 Praxisanteil zum Preis von jeweils 3,5 Millionen DM**. Seit dem 01.07.2002 bestand die Gemeinschaftspraxis aus der I, der Bekl. zu 1) und dem Bekl. zu 2), dem der Nebenintervenient seinen Praxisanteil verkaufte. Der entworfene **Gesellschaftsvertrag** wurde von der I nicht unterschrieben. Am 20.04.2004 hob die I ohne Zustimmung der Bekl. einen Betrag von 154.000 € von dem Gemeinschaftskonto der Praxis ab. Die Bekl. **kündigten** der I am 21.04.2004, 26.04.2004 und 07.06.2004 fristlos. Ab dem 01.05.2004 betrieben die Bekl. die Arztpraxis mit ihren beiden Kassenarztzulassungen unter Nutzung der bisherigen Einrichtung und Infrastruktur ohne die I weiter. Die I arbeitete zunächst ab Oktober 2004 in einer Praxis im Bereich der Reproduktionsmedizin in H. und eröffnete am 01.04.2006 eine eigene Praxis in O. unter dem Namen „Kinderwunschpraxis Dr. P.“. In dieser Praxis darf die I in Ermangelung einer sog. In-Vitro-Fertilisation-Genehmigung keine finanziell lukrativen künstlichen Befruchtungen mittels In-Vitro-Fertilisation oder Gametentransfer durchführen, sondern nur mittels Insemination nach Stimulation. In einigen Fällen verwies die I Patienten an die Praxis in H., in der künstliche Befruchtungen mittels der In-Vitro-Fertilisation oder mittels Gametentransfers durchgeführt wurden. Am 16.05.2006 wurde über das Vermögen der I das **Insolvenzverfahren** eröffnet. Aufgrund der Praxisfortführung durch die Beklagten ohne die I macht der Kl. mit der Klage einen **Ausgleichsanspruch betreffend den immateriellen Praxiswert (sog. Goodwill)** gegen die Bekl. über 805.920 € geltend. Das LG gab der Klage statt. Das OLG verurteilte auf Berufung der Bekl. diese zur Zahlung als Gesamtschuldner an den Kl. in Höhe von 795.000 € nebst Zinsen.

11. Berufshaftpflichtversicherung Zahnärzte: Kein Versicherungsschutz für Erfüllungsschäden

OLG Zweibrücken, Beschluss v. 23.06.2014 - 1 U 120/13

RID 15-02-242

juris = GesR 2014, 675

AHB 1986 § 4 I Nr. 6 Buchst. b Abs. 3; AHB 2002 § 4

Nach § 4 I Nr. 6 lit. b Abs. 3 AHB 1986 sind die **Erfüllung** von Verträgen und die an ihre Stelle tretenden **Erfüllungssurrogate** nicht Gegenstand der **Berufshaftpflichtversicherung**. Neben den primären Vertragserfüllungsansprüchen, sowohl in Bezug auf Haupt- und Nebenleistungspflichten, sind auch die Erfüllungersatzansprüche wegen Nicht- oder Schlechterfüllung der Vertragsleistungen von der Haftpflichtversicherung ausgeschlossen (BGH in st. Rspr., beispielhaft NJW-RR 2004, 1675 m.w.N.; NJW 86, 1346; NJW-RR 2012, 103 ff.). Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind alle Ansprüche, durch die ein unmittelbares Interesse am eigentlichen Leistungsgegenstand geltend gemacht wird. Demgegenüber ist jeder weitere Schaden, der über das Erfüllungsinteresse hinausgeht, also insbesondere der Schaden an weiteren Rechtsgütern des Gläubigers, nicht als Erfüllungersatzleistung einzuordnen.

Die Erstattung der dem Geschädigten tatsächlich entstandenen **Kosten** für die Beseitigung und die anderweitige **Neuerstellung des Zahnersatzes** ist eine an die Stelle der Erfüllungsleistung getretene Ersatzleistung, die vom Versicherungsschutz ausgenommen ist.

LG Kaiserslautern, Urt. v. 21.06.2013 - 3 O 693/12 - RID 13-04-135 wies die Klage ab, das **OLG** weist darauf hin, dass es nach vorläufiger Beratung beabsichtigt, die Berufung des Kl. gem. § 522 II ZPO durch einstimmigen Beschluss zurückzuweisen.

12. Berichterstattung über Ermittlungsverfahren wegen gefährlicher Körperverletzung gegen Zahnarzt

OLG Karlsruhe, Urteil v. 02.02.2015 - 6 U 130/14

RID 15-02-243

juris

GG Art. 2 I, 5 I; BGB §§ 823 I, 1004

Leitsatz: Zur Zulässigkeit einer **Berichterstattung über ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren**, wenn der Beschuldigte nicht namentlich genannt wird, aber aufgrund mitgeteilter Einzelheiten unschwer identifizierbar ist.

Die Parteien streiten im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes um die Rechtmäßigkeit eines von der Bekl., einem Zeitungsverlag, **im Internet veröffentlichten Berichts** über ein gegen den Verfügungskl. geführtes Ermittlungsverfahren. Der Verfügungskl. betreibt eine **Zahnarztpraxis** in A. Im Juni 2014 berichtete die „A. Zeitung“ über ein **Ermittlungsverfahren wegen gefährlicher Körperverletzung**, das gegen einen Zahnarzt „mit einer großen Praxis in A.“ wegen des Vorwurfs geführt werde, **Zähne gezogen und durch Implantate ersetzt** zu haben, „ohne dass dies in diesem Umfang medizinisch indiziert gewesen sein soll“. Weiter wurde berichtet, es gebe neben einer Anzeigeerstatteerin noch weitere Patienten, denen „auffallend viele Zähne gezogen worden seien“, bei einer Durchsuchung von Wohn- und Geschäftsräumen seien zahlreiche Patientenakten beschlagnahmt worden. Es folgten weitere Medienberichte über den Verdacht gegen einen „in A. praktizierenden Zahnarzt“, wobei von einer Vielzahl von Anzeigen („rund vier Dutzend Anzeigen“/„bislang 35 potentiell Geschädigte“) berichtet wurde, die aufgrund der Berichterstattung über die Ermittlungen eingegangen seien. Die Bekl. veröffentlichte auf ihrer Internetseite einen Bericht mit weiteren Einzelheiten. **LG Karlsruhe**, Beschl. v. 20.08.2014 - 3 O 286/14 - wies den Antrag auf Untersagung ab, das **OLG** die Berufung zurück.

13. Einstweilige Verfügung über Aufnahme in Warteliste für Herztransplantation

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 05.03.2015 - 16 U 192/14

RID 15-02-244

juris

ZPO § 91a

Leitsatz: In einem einstweiligen Verfügungsverfahren über die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste für Herztransplantationen ist es bei einer Entscheidung nach § 91a ZPO angesichts der Schwierigkeit der Rechtslage aus billigem Ermessen gerechtfertigt, das Entscheidungsrisiko beiden Parteien gleich aufzuerlegen, so dass die Kosten gegeneinander aufzuheben sind.

14. Unterlassungsanspruch gegen Betreiber eines Ärztebewertungsportals

LG Frankfurt a. M., Urteil v. 05.03.2015 - 2-03 O 188/14

RID 15-02-245

juris

BGB §§ 823 I, 1004; GG Art. 1 I, 2 I; TMG § 10

Eine niedergelassene Hautärztin kann vom **Betreiber eines Internetportals**, auf dem Verbrauchermeinungen zu Ärzten veröffentlicht werden (nach Darstellung des Betreibers handelt es sich dabei mit mehr als 3,5 Millionen Patienten monatlich um das größte deutsche Arztempfehlungsportal), indem die Nutzer der Internetseite sich zu dem Arztbesuch äußern sowie anhand bestimmter Kriterien Schulnoten vergeben können, **Unterlassung** der Verbreitung der Bewertung verlangen, wenn ihr allgemeines Persönlichkeitsrecht verletzt wird.

Den **Betreiber** trifft nach allgemeinen Grundsätzen auch eine **erweiterte Darlegungslast** im Hinblick auf die Wahrheit der von ihm verbreiteten Tatsachenbehauptungen. In diesem Rahmen kann von ihm verlangt werden, im Hinblick auf die angegriffene Äußerung Tatsachen vorzutragen, auf die die Hautärztin sich prozessual einlassen kann. Dem ist die Bekl. vorliegend nicht in hinreichendem Umfang nachgekommen.

15. Arbeits- und Sozialrecht

a) Bundesarbeitsgericht (BAG)

aa) Änderungskündigung für Chefarzt: Beteiligung der ärztl. Mitarbeiter an Honorareinnahmen

BAG, Urteil v. 05.06.2014 - 2 AZR 615/13

RID 15-02-246

juris = BAGE 00 = NZA 2015, 40 = ZTR 2015, 45 = GesR 2015, 109 = PersV 2015, 71 = GesR 2015, 109

KSchG §§ 1 II 1, 2; BGB § 313

Leitsatz: Wird ein Krankenhaus in den **Krankenhausplan** des Landes Baden-Württemberg aufgenommen, ist der Träger verpflichtet, entsprechend den Regelungen der §§ 34 ff. LKHG eine **Beteiligung** der nachgeordneten ärztlichen Mitarbeiter an den **Honorareinnahmen** der liquidationsberechtigten leitenden Ärzte sicherzustellen, soweit diese Bestimmungen auf das Krankenhaus Anwendung finden. Sieht der Arbeitsvertrag eines liquidationsberechtigten leitenden Arztes keine dem Gesetz entsprechende Mitarbeiterbeteiligung vor, kann eine **Änderungskündigung** mit dem Ziel gerechtfertigt sein, den gesetzlichen Abführungspflichten im Verhältnis zwischen Krankenhausträger und Chefarzt Geltung zu verschaffen.

bb) Zeitzuschläge für die erforderlichen Wegezeiten innerhalb der Rufbereitschaft

BAG, Urteil v. 20.08.2014 - 10 AZR 937/13

RID 15-02-247

juris = ZTR 2015, 20

TVG § 1

Nach § 11 III 4 u. 5 des Tarifvertrags für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA) sind die erforderlichen **Wegezeiten** innerhalb der **Rufbereitschaft** „tatsächliche **Arbeitsleistung**“ i.S.d. § 11 I 1 TV-Ärzte/VKA. Die Arbeitsleistung des Arztes innerhalb der Rufbereitschaft beginnt nicht mit dem Einsatz im Krankenhaus, sondern tatsächlich mit dem Verlassen des Aufenthaltsorts nach § 10 VIII TV-Ärzte/VKA und dem Weg ins Krankenhaus und endet erst nach der Rückkehr am Aufenthaltsort.

cc) Darlegungslast einer Zahnarzthelferin für besseres Arbeitszeugnis

BAG, Urteil v. 18.11.2014 - 9 AZR 584/13

RID 15-02-248

juris = BAGE

GewO § 109

Leitsatz: Hat der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer im Zeugnis bescheinigt, er habe seine Leistungen „zur vollen Zufriedenheit“ erbracht, hat der **Arbeitnehmer** im Rechtsstreit vor den Gerichten für Arbeitssachen die **Tatsachen vorzutragen** und zu beweisen, die eine bessere Schlussbeurteilung rechtfertigen sollen.

b) BSG: Kein Kurzarbeitergeld bei Erkrankung der Praxisinhaberin

BSG, Urteil v. 11.12.2014 - B 11 AL 3/14 R

RID 15-02-249

juris = SozR 4-4300 § 170 Nr. 3

SGB III § 170

Leitsatz: Ein Anspruch auf **Kurzarbeitergeld** besteht nicht, wenn ein Betriebsinhaber so schwer erkrankt, dass er seine Tätigkeit unterbrechen muss.

Die Kl. ist praktische Ärztin und betrieb eine privatärztliche, vor allem auf Naturheilverfahren ausgerichtete Praxis. Im Mai 2009 zeigte sie für die Zeit vom 27.05. bis 21.06.2009 eine Arbeitszeitreduzierung an und nannte als Grund eine akute (Krebs-)Erkrankung. Die Bekl. lehnte eine Bewilligung von Kurzarbeitergeld ab, weil die Erkrankung einer Ärztin zum normalen Betriebsrisiko gehöre und nicht die Voraussetzungen für den Bezug von Kurzarbeitergeld beim nichtärztlichen Personal erfülle. **Rechtsmittel** blieben ohne Erfolg. Das **BSG** wies die Revision zurück.

c) Sozialrecht

aa) Sozialversicherungspflicht von Stationsärzten mit Honorarverträgen

SG Dortmund, Urteil v. 20.02.2015 - S 34 R 2153/13

RID 15-02-250

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = NZS 2015, 307

SGB IV § 7a

Stationsärzte sind in den Abteilungen eines Krankenhauses in die Betriebsorganisation eingegliedert und tragen **kein unternehmerisches Risiko** (so bereits für einen Klinikarzt: LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.11.2006 - L 11(8) R 50/06 - juris; zu einem Intensivpfleger: LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.11.2014 - L 8 R 573/12 - juris). Die Tätigkeit von Stationsärzten bedingt die Eingliederung in die Arbeitsorganisation und die Arbeitsabläufe der Station, unabhängig davon, ob sie auf der Grundlage von **Honorarverträgen** beschäftigt sind.

bb) Tätigkeit eines Notarztes im Rettungsdiensteinsatz nicht sozialversicherungspflichtig

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.03.2015 - L 1 KR 105/13

RID 15-02-251

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV § 7 I

Die **Tätigkeit als Notarzt** gehört zu den durch die Persönlichkeit des Dienstleisters bestimmten Tätigkeiten, die sowohl in der Form einer **abhängigen Beschäftigung** als auch in der einer **selbständigen Tätigkeit** erbracht werden kann (vgl. Senatsurt. v. 17.01.2014 - L 1 KR 137/13 - und zuletzt v. 30.01.2015 - L 1 KR 301/12 -; speziell zu Ärzten: Urt. v. 17.04.2014 - L 1 KR 405/12 - RID 14-03-116). Entscheidend für den sozialversicherungsrechtlichen Status ist deswegen, wie die Tätigkeit im Verhältnis zu dem Krankenhausträger im Einzelnen organisiert und ausgestaltet ist.

Spricht der **Vertrag** für die Vereinbarung einer selbständigen Tätigkeit, muss diese Einordnung auch vor den **tatsächlichen Verhältnissen** bestehen können. Die Zur-Verfügung-Stellung des Rettungsfahrzeuges und des Bereitschaftsdienst-Zimmers folgt nicht aus der Einrichtung einer Betriebsorganisation, sondern aufgrund § 3 VI ff., § 8 BbgRettG durch direkte gesetzliche Vorgabe.

SG Potsdam, Urt. v. 26.02.2013 - S 3 KR 41/11 - stellte fest, dass der Beigel. in der Tätigkeit bei der Kl. ab dem 29.10. 2009 nicht in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis steht und nicht der Versicherungspflicht zur gesetzlichen Pflegeversicherung und zur Arbeitslosenversicherung unterliegt. Das **LSG** wies die Berufung im Wesentlichen zurück und hob im Ergebnis lediglich die Feststellung zum fehlenden abhängigen Beschäftigungsverhältnis auf.

cc) Abhängige Beschäftigung eines Zahnarztes bei fehlendem wirtschaftlichen Risiko

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 12.12.2014 - L 4 R 1333/13

RID 15-02-252

juris

SGB IV § 7; BGB §§ 705 ff.

Leitsatz: Zur abhängigen Beschäftigung eines Zahnarztes auf der Grundlage eines Vertrags „über eine zahnärztliche nicht gleichberechtigte Gemeinschaftspraxis“.

SG Freiburg, Urt. v. 13.02.2013 - S 4 R 1023/12 - hob den Beitragsbescheid zur Arbeitslosenversicherung auf, das **LSG** wies die Klage ab.

16. Kündigung eines Lizenzvertrags für Wiedergabe von Musiktiteln im Wartezimmer

LG Düsseldorf, Urteil v. 08.01.2014 - 23 S 144/13

RID 15-02-253

Revision anhängig: BGH - I ZR 14/14 -

juris

UrhG § 15 III; BGB §§ 119, 313

Die Auffassung der Vorinstanz AG Düsseldorf, Urt. v. 04.04.2013 - 57 C 12732/12 - RID 13-03-240 trifft zu, wonach die **Musikwiedergabe im Wartezimmer eines (Zahn-)Arztes** sich an eine Öffentlichkeit i.S.v. § 15 III UrhG richtet und zur rechtmäßigen Nutzung dieser Werke dieser aufgrund der damaligen Rechtsauffassung darauf angewiesen war, die entsprechenden Nutzungsrechte gegen Zahlung des einschlägigen Tarifbetrages eingeräumt zu bekommen, diese Grundlage aber aufgrund **EuGH** v. 15.03.2012 - C-135/10 - entfallen ist.

Die Wiedergabe von Hörfunksendungen im Wartebereich einer Zahnarztpraxis ist **keine öffentliche Wiedergabe** im Sinne von § 15 III UrhG und Art. 3 I der Richtlinie 2001/29/EG. Es fehlt aus den vom EuGH ausgeführten Gründen am Vorliegen eines Erwerbszwecks.

17. Versorgungswerk

a) BVerwG: Altersgrenze von 45 Jahren bei Aufnahme

BVerwG, Beschluss v. 17.12.2014 - 10 B 47/14

RID 15-02-254

juris

VwGO § 132; GG Art. 3 I; Richtlinie 2000/78/EG

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 11.02.2014 - 6 A 10959/13 - wird zurückgewiesen.

Die **Satzungsbestimmung** eines zahnärztlichen Versorgungswerks, wonach eine Teilnahme an der Versorgungsanstalt nur möglich ist, wenn der Zahnarzt bei Erwerb der Kammermitgliedschaft nicht älter als 45 Jahre ist, ist **nicht revisibel**.

b) Berufsunfähigkeitsrente

aa) Keine Berufsunfähigkeitsrente bei fehlender Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit

VG Köln, Urteil v. 15.04.2015 - 7 K 1048/14

RID 15-02-255

juris

Satzung Nordrheinische Ärzteversorgung

Einem Anspruch auf Gewährung von Berufsunfähigkeitsrente steht der Umstand entgegen, dass die **Ausübung des ärztlichen Berufes** nicht aufgegeben wird. Dabei handelt es sich um ein zwingendes Tatbestandsmerkmal für die Gewährung der Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 10 I 1 Satzung Nordrheinische Ärzteversorgung.

bb) Voraussetzungen einer Berufsunfähigkeit/Verweisungstätigkeiten

VG Köln, Urteil v. 20.01.2015 - 7 K 4210/12

RID 15-02-256

juris

Satzung der Nordrheinischen Ärzteversorgung

Für die Beurteilung der **Berufsunfähigkeit** kommt es nicht darauf an, ob sich eine Ärztin auf dem **Arbeitsmarkt** gegenüber anderen Bewerbern auf entsprechende Arbeitsstellen durchsetzen kann, wenn die Satzung des Versorgungswerks nur das Risiko abdeckt, aus gesundheitlichen Gründen aus Erwerbstätigkeit kein hinreichendes Einkommen zu haben, und nicht das Risiko erfasst, auf dem vorhandenen Arbeitsmarkt nicht zum Zuge zu kommen.

Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn **ärztliche Tätigkeiten** in schonender Haltung ausgeübt werden können. Als **Verweisungstätigkeiten** kommen in Betracht beratende oder gutachterliche Tätigkeiten für Versicherungsgesellschaften und im Gesundheitswesen, vertrauensärztliche Tätigkeiten für die gesetzliche Unfall-, Kranken- und Rentenversicherung, Tätigkeiten im arbeitsmedizinischen oder betriebsärztlichen Bereich, leichte körperliche Tätigkeiten als Arzt in der pharmazeutischen Industrie, in der Forschung und in der Entwicklung, medizinische Sachverständigentätigkeiten an entsprechenden Ministerien, Aufsichtsämtern und Behörden, beratende Tätigkeiten im Rahmen von gesundheitlicher Vor- und Fürsorge bei entsprechenden Institutionen, medizinische Verwaltungs- und Kontrollertätigkeiten in Krankenhäusern oder Krankenkassen.

cc) Widerruf einer Berufsunfähigkeitsrente/Feststellungslast/Arztberufsspezif. Berufsunfähigkeit

VG Schwerin, Urteil v. 03.09.2014 - 7 A 1582/12

RID 15-02-257

juris
VwVfG § 49 II 1

Leitsatz: 1. Die Ärzteversorgung trägt die **Feststellungslast** hinsichtlich der Frage, ob eine bei der Bewilligung von Berufsunfähigkeitsrente bejahte **Berufsunfähigkeit** m Sinne von § 18 Abs. 1 Satz 1 der Alterssicherungsordnung der Ärzteversorgung Mecklenburg Vorpommern zwischenzeitlich **fortfiel**.

2. Liegt eine Berufsunfähigkeit nicht mehr vor, so stellt dies einen Grund für den **Widerruf** der **Bewilligung von Berufsunfähigkeitsrente** gemäß § 49 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 des Landesverwaltungsverfahrensgesetzes dar.

3. Die Ausübung des Widerrufsrechts ist eine intendierte **Ermessensentscheidung** der Ärzteversorgung.

4. Der Bezugsrahmen der für die Berechtigung zum Bezug von Berufsunfähigkeitsrente erforderlichen **arztberufsspezifischen Berufsunfähigkeit** (zur Ausübung des ärztlichen Berufes unfähig) ist weder in der Alterssicherungsordnung der Ärzteversorgung Mecklenburg Vorpommern noch in sonstigem Landesrecht ausdrücklich definiert. Dies ist im vorliegenden Einzelfall für die Ärzteversorgung jedoch unschädlich, da auch eine Fähigkeit der Betroffenen zur Ausübung des ärztlichen Berufs im Sinne der engsten vertretenen Definition festzustellen war.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Erforderliches Sachverständigengutachten/Juristische Wertung als grobes Fehlverhalten

BGH, Urteil v. 24.02.2015 - VI ZR 106/13

RID 15-02-258

juris
BGB §§ 280 I, 823 I

Leitsatz: 1. Die Frage, **welche Maßnahmen der Arzt** aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs unter Berücksichtigung der in seinem Fachbereich vorausgesetzten Kenntnisse und Fähigkeiten in der jeweiligen Behandlungssituation ergreifen muss, richtet sich in erster Linie nach **medizinischen Maßstäben**, die der **Tatrichter mit Hilfe eines Sachverständigen zu ermitteln** hat. Er darf den medizinischen Standard grundsätzlich nicht ohne eine entsprechende Grundlage in einem Sachverständigengutachten oder gar entgegen den Ausführungen des Sachverständigen aus eigener Beurteilung heraus festlegen.

2. Bei der Einstufung eines **ärztlichen Fehlverhaltens als grob** handelt es sich um eine **juristische Wertung**, die dem Tatrichter obliegt. Diese wertende Entscheidung muss aber in vollem Umfang durch die vom ärztlichen Sachverständigen mitgeteilten Fakten getragen werden und sich auf die medizinische Bewertung des Behandlungsgeschehens durch den Sachverständigen stützen können.

b) Aufklärung über Schnittentbindung

BGH, Versäumnisurteil v. 28.10.2014 - VI ZR 125/13

RID 15-02-259

juris
BGB §§ 280 I, 823 I

Leitsatz: 1. Bestehen deutliche Anzeichen dafür, dass sich der Zustand der Schwangeren bzw. der Geburtsvorgang so entwickeln können, dass die **Schnittentbindung** zu einer echten Alternative zur vaginalen Entbindung wird, muss der Arzt die Schwangere über die unterschiedlichen Risiken und Vorteile der verschiedenen Entbindungsmethoden **aufklären**.

2. Besteht die ernsthafte Möglichkeit, dass die Schnittentbindung im weiteren Verlauf als relativ indiziert anzusehen sein wird, und klärt der Arzt die Schwangere in Hinblick darauf über die

verschiedenen Entbindungsmethoden und die mit ihnen verbundenen Risiken auf, so muss er die Schwangere grundsätzlich nicht nochmals über die Möglichkeit der Schnittentbindung unterrichten, wenn die ernsthaft für möglich gehaltene Entwicklung eingetreten und die **Sectio** zur **gleichwertigen Behandlungsalternative** geworden ist.

c) Keine Verpflichtung zur Bekanntgabe der Privatanschrift eines Klinikarztes

BGH, Urteil v. 20.01.2015 - VI ZR 137/14

RID 15-02-260

juris

BGB § 242; BDSG § 32 I 1

Leitsatz: Zur Frage der Auskunftspflicht des Klinikträgers über die Privatanschrift eines bei ihm angestellten Arztes.

d) Berufung im Arzthaftungsprozess: Anforderungen an den Inhalt der Begründungsschrift

BGH, Beschluss v. 27.01.2015 - VI ZB 40/14

RID 15-02-261

juris

ZPO § 520; GG Art. 103 I

Leitsatz: 1. Eine **Berufungsbegründung** bedarf einer aus sich heraus verständlichen Angabe, welche bestimmten Punkte des angefochtenen Urteils der Berufungskläger bekämpft und welche tatsächlichen oder rechtlichen Gründe er ihnen im Einzelnen entgegensetzt. Sie muss auf den konkreten Streitfall zugeschnitten sein. Hierfür reicht es nicht aus, auf Vorbringen in der Klageschrift zu verweisen und einen **Gehörsverstoß** wegen Verletzung der Hinweispflicht zu rügen, ohne auszuführen, was auf einen entsprechenden Hinweis vorgetragen worden wäre.

2. Hat das Erstgericht die Abweisung der Klage auf mehrere voneinander unabhängige, selbständig tragende rechtliche Erwägungen gestützt, muss die Berufungsbegründung in dieser Weise **jede tragende Erwägung angreifen**; andernfalls ist die Berufung unzulässig.

e) Richterablehnung im Anwaltshaftungsprozess wegen Mitwirkung des Richters im Vorprozess

BGH, Beschluss v. 18.12.2014 - IX ZB 65/13

RID 15-02-262

juris

ZPO §§ 41 Nr. 6, 42 II

Leitsatz: Die Mitwirkung der im **Vorprozess** mit der Sache befassten **Richter** bei dem Erlass der Entscheidung im späteren Anwaltshaftungsprozess stellt weder einen gesetzlichen Ausschlussgrund noch einen Ablehnungsgrund wegen Besorgnis der Befangenheit dar.

2. Behandlungsfehler

a) Mitursächlichkeit eines Behandlungsfehlers/Schmerzensgeld

OLG Hamm, Urteil v. 26.11.2014 - 26 U 80/13

RID 15-02-263

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823

Ist zwar die **alleinige Ursächlichkeit** des Behandlungsfehlers äußerst unwahrscheinlich, kann er aber zusammen mit anderen Ursachen den Gesundheitsschaden herbeigeführt haben, kann die Beweiserleichterung hinsichtlich dieser Mitursächlichkeit gerechtfertigt sein. Nach allgemeinem Schadensrecht steht sodann eine **Mitursächlichkeit**, und sei es auch nur im Sinne eines Auslösers neben erheblichen anderen Umständen, der Alleinursächlichkeit grundsätzlich haftungsrechtlich in vollem Umfang gleich (BGH, Urt. v. 20.05.2014 - VI ZR 187/13 - VersR 2014, 1130). Eine Mitursächlichkeit steht der Alleinursächlichkeit haftungsrechtlich **ausnahmsweise** dann nicht in vollem Umfang gleich, wenn feststeht, dass der Behandlungsfehler nur zu einem **abgrenzbaren Teil**

des Schadens geführt hat, also eine sog. abgrenzbare Teilkausalität vorliegt. Erforderlich ist, dass sich der Schadensbeitrag des Behandlungsfehlers einwandfrei von dem anderen Schadensbeitrag - etwa einer Vorschädigung des Patienten - abgrenzen und damit der Haftungsanteil des Arztes bestimmen lässt. Andernfalls verbleibt es bei der Einstandspflicht für den gesamten Schaden, auch wenn dieser durch andere, schicksalhafte Umstände wesentlich mitverursacht worden ist (BGH, aaO.).

Kommt es zu einer Verzögerung der erforderlichen Behandlung der Ileuserkrankung von 5 bis 6 Tagen und muss in diesem Zeitraum die Patientin dauerhaft Schmerzen und Erbrechen hinnehmen, wird die gesundheitliche Beeinträchtigung lebenslang fortbestehen und ist die Lebensführung nachhaltig beeinträchtigt, musste mittlerweile nach massivem Gewichtsverlust ein Portkathetersystem implantiert werden, über das jeden zweiten Tag Fette und fettlösliche Vitamine zugeführt werden, und bestehen weitere Auswirkungen im Alltag und ist dauernde Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung eingetreten, so ist ein **Schmerzensgeld** von insgesamt 90.000 € angemessen.

b) Hinwirken auf gebotene Krankenhauseinweisung (gastrointestinale Blutung)

OLG Köln, Urteil v. 18.02.2015 - 5 U 128/13

RID 15-02-264

juris

BGB §§ 253 II, 280 I, 823 I

Bei bestehendem **Verdacht auf eine gastrointestinale Blutung** muss ein Hausarzt mit hinreichender Dringlichkeit auf die **gebotene Krankenhauseinweisung hinwirken**. Lehnt die Patientin den Ratschlag ab, sich in ein Krankenhaus zu begeben, muss er klar und unmissverständlich auf die drohenden Folgen hinweisen, etwa indem er der Patientin erklärt, dass sie ohne stationäre Behandlung und Überwachung verbluten und sterben kann.

c) Beweispflichtigkeit für Hygieneverstoß/Keine Aufklärungspflicht bei minimalem Risiko

OLG Köln, Beschluss v. 19.11.2014 - 5 U 94/14

RID 15-02-265

juris

BGB §§ 280 I, 253 II, 823 I

Der **Beweis eines Hygieneverstoßes** obliegt dem Patienten. Eine Beweislastumkehr unter dem Gesichtspunkt des voll beherrschbaren Risikobereichs kommt nicht in Betracht, wenn der die Infektion auslösende Keim aus dem eigenen Keimspektrum stammen kann, mithin aus einem keinesfalls von den Bekl. hygienisch beherrschbaren Bereich.

Eine **Versteifung des Fingerendglieds**, die mit minimalem Risiko als Folge einer Wundheilungsstörung droht, ist nicht **aufklärungspflichtig**.

d) Nichtwahrnehmung von Kontrollterminen durch den Patienten

OLG Saarbrücken, Urteil v. 04.02.2015 - 1 U 27/13

RID 15-02-266

juris

BGB §§ 253 II, 276, 280, 611, 630a, 823 I

Leitsatz: Keine **Beweislastumkehr** zu Gunsten des Patienten bei **Nichtwahrnehmung von Kontrollterminen** und auch dadurch bewirkter erheblicher Gefährdung des Heilungsverlaufs.

e) Keine Dokumentationspflicht für Probezug vor Manipulationen an Wirbelsäule (Chirotherapie)

LG Baden-Baden, Urteil v. 04.07.2014 - 2 O 161/11

RID 15-02-267

juris = VersR 2014, 1506

BGB §§ 280, 611, 630, 823

Leitsatz (VersR): 1. Eine **Chirotherapie** an der **Wirbelsäule** setzt einen Probezug voraus. Die Manipulation und der Probezug stehen in einem inneren Zusammenhang und werden gemeinsam ausgeführt.

2. Eine **Probemanipulation** ist nicht **dokumentationspflichtig**; der behandelnde Arzt darf ohne sie die Behandlung nicht fortsetzen, für einen etwaigen Nachbehandler ist mit der Dokumentation kein Erkenntnisgewinn verbunden.

f) Methodenwahl bei der Behandlung eines Hüftgelenkschadens

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 24.03.2015 - 8 U 179/13

RID 15-02-268

juris
BGB § 823

Zu dem Eingriff unter Verwendung einer **Burch-Schneider-Schale** zur **Rekonstruktion der gebrochenen Hüftpfanne** hat das Landgericht die Freiheit der Methodenwahl und ihre rechtlichen Grenzen herausgearbeitet und hierzu festgestellt, dass die angewendete Methode weder kontra- noch nichtindiziert war, und dass demgegenüber die von der Berufung favorisierte Methode (**Einsatz einer Cranialsockelpfanne mit Ileumstiel/Darmbeinzapfen**) weder zwingend noch gleichermaßen indiziert war. Denn dies hätte sich als der invasivere Eingriff dargestellt, der darüber hinaus (im Unterschied zur Verwendung einer Burch-Schneider-Schale) mit dem gravierenden Risiko verbunden war, dass bei Eintritt von Komplikationen (Herausbrechen des Schafts aus dem Darmbein) überhaupt keine prothetische Versorgung der Klägerin mehr hätte stattfinden können.

g) Ganzbeinröntgenaufnahme vor der Implantation von Karbonstiften

OLG Köln, Urteil v. 11.02.2015 - 5 U 181/12

RID 15-02-269

juris
BGB § 823 I

Vor der **Implantation von Karbonstiften** ist eine **Achsfehlstellung** abzuklären und hierzu eine **Ganzbeinröntgenaufnahme** anzufertigen. Eine solche Aufnahme ist vor Durchführung **knorpelchirurgischer Maßnahmen** grundsätzlich anzufertigen. Das Unterlassen einer Ganzbeinaufnahme stellte sich **nicht als grober ärztlicher Fehler** dar, da in Deutschland hundertfach knorpelchirurgische Maßnahmen ohne vorherige Ganzbeinaufnahme durchgeführt werden. Dies ist klinische Realität nicht nur in orthopädischen Praxen, sondern auch in Krankenhäusern und ist vor allem dem Umstand geschuldet, dass die hierfür erforderlichen Geräte zur Fertigung solcher Aufnahmen vielfach nicht zur Verfügung stehen.

h) Kein Schmerzensgeld für geringfügige Beeinträchtigungen durch kurzzeitige Hüftluxation

OLG Hamm, Urteil v. 13.01.2015 - 26 U 122/14

RID 15-02-270

juris
BGB 249, 253, 278, 280, 611

Es stellt keinen **Behandlungsfehler** dar, dass präoperativ keine **CT-Diagnostik** zur Planung der **Hüftprothese** eingesetzt worden ist

Beschränken sich die Folgen der Hüftluxation darauf, dass eine kurze Zeit von etwa einer Stunde eine Luxation ohne erhebliche Schmerzempfindungen vorgelegen hat und der Kl. sodann zur schmerzfreien Reposition in eine ca. zehn minütige Kurznarkose versetzt worden ist, so wird nicht die **Geringfügigkeitsgrenze** überschritten, unterhalb derer die Zuerkennung einer **Schmerzensgeldes** nicht angemessen erscheint.

i) Als Belegarzt operierender Gynäkologe: „Bridging“ (hier: Ausschabung der Gebärmutter)

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 18.12.2014 - 22 U 57/12

RID 15-02-271

juris
BGB § 823 I

Leitsatz: Ein als **Belegarzt** operierender **Gynäkologe**, dem mitgeteilt wird, die Patientin befinde sich zurzeit in der **Umstellung von Marcumar auf Heparin** (sog. Bridging), ist nicht verpflichtet, sich von dessen tatsächlicher Durchführung zu überzeugen, wenn die OP kein besonderes Blutungsrisiko mit sich bringt (hier: Ausschabung der Gebärmutter).

j) Schulterdystokie nach vaginaler Entbindung

OLG Naumburg, Urteil v. 10.04.2014 - 1 U 77/13

RID 15-02-272

juris
BGB §§ 823 I, 847 I

Leitsatz: 1. Kann eine Geburt vaginal erfolgen, bedarf es keiner Einwilligung der Mutter und dementsprechend keiner speziellen **Risikoaufklärung**, sofern die **vaginale Entbindung** nicht mit besonderen Risiken verbunden ist.

2. **Schwere Adipositas der Mutter** steht in aller Regel der Indikation einer **Schnittentbindung** wegen des hohen Operationsrisikos entgegen.

3. Kann infolge **unterbliebener Dokumentation** nicht mehr festgestellt werden, wie eine Schulterdystokie gelöst wurde, lässt sich bei typischen gesundheitlichen Folgen zugunsten des klagenden Kindes mit Wahrscheinlichkeit auf den dann von der Behandlungsseite zu widerlegenden **Behandlungsfehler** schließen.

4. Wird das Eintreten einer **Schulterdystokie** verkannt und nur als verzögertes Heraustreten der Schulter gewertet, kann dies wie jeder andere **Diagnoseirrtum** nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler gewertet werden, wenn er nämlich aus medizinischer Sicht eines gewissenhaften Geburtshelfers nicht vertretbar erscheint. Wird dies verneint, können auch die darauf beruhenden objektiven Fehler bei der Geburtshilfe den handelnden Personen nicht vorgeworfen werden.

BGH, Beschl. v. 25.11.2014 - VI ZR 207/14 - wies die Nichtzulassungsbeschwerde d. Kl., **BGH**, Beschl. v. 18.12.2014 - VI ZR 207/14 - juris wies die Anhörungsrüge zurück.

k) Sorgfaltsanforderungen eines Kinderarztes bei Gelbfärbung eines Neugeborenen

OLG Köln, Urteil v. 25.03.2015 - 5 U 100/14

RID 15-02-273

juris
BGB §§ 278, 280, 611, 823 I

Unterstellt, die Mutter der Kl. hätte am Morgen des 27.10.2003 in der Arztpraxis angerufen und um einen Hausbesuch zur **Durchführung einer Vorsorgeuntersuchung U 2** gebeten, die der bekl. Kinderarzt erst am Abend des Folgetags vornahm, so war sie nicht in der Weise hilfsbedürftig, dass ein Rückruf und ein Hausbesuch vom Bekl. dringend zu fordern gewesen wären. Eine Notlage bestand nicht. Die Mutter der Kl. hatte durchaus weitere Möglichkeiten, ärztliche Hilfe einer anderen Kinderarztpraxis in Anspruch zu nehmen.

Eine **Gelbfärbung eines Neugeborenen**, die physiologisch sein kann, erfordert allein noch keine Krankenhauseinweisung, sondern es reicht eine zeitnahe Blutuntersuchung. Anders liegt der Fall, wenn weitere auf eine pathologische Neugeborenenengelbsucht hindeutende Symptome oder Risikofaktoren hinzukommen, wie ein schlechtes Trinken oder eine zunehmende Lethargie. Nach dem Ergebnis der erstinstanzlich durchgeführten Beweisaufnahme steht jedoch nicht fest, dass solche Symptome oder Risikofaktoren im Zeitpunkt des Hausbesuches vorlagen und für den Bekl. erkennbar waren.

Eine eigene **Gewichtskontrolle** durch den Bekl. war nicht zu fordern. Das Mitsichführen einer Waage bei einem Hausbesuch eines Kinderarztes ist nach Aussage des Sachverständigen unüblich. Der Kinderarzt darf sich auf die Gewichtsbestimmung der Hebamme verlassen.

l) Übersehen einer Appendizitis bei einem knapp fünfjährigen Kind

OLG Köln, Beschluss v. 21.01.2015 - 5 U 142/14

RID 15-02-274

juris
BGB § 823 I

Eine **Appendizitis** ist bei einem knapp fünfjährigen Kind nicht in die engere Differentialdiagnose einzubeziehen, wenn bei der **klinischen Untersuchung** und dem Abtasten des Bauches sich ein ubiquitärer, also allseitiger Druckschmerz, nicht aber die typischen Zeichen einer Appendizitis in Gestalt eines rechtsseitigen Unterbauschmerzes und eines linksseitigen Loslassschmerzes zeigen und der sonografische Befund des Fehlens einer Kokarde gegen eine Appendizitis spricht, ohne sie auszuschließen.

m) Fortlaufende Kontrolle pathologischer Kreatininwerte

OLG Köln, Urteil v. 06.10.2014 - 5 U 31/14

RID 15-02-275

juris
BGB § 823 I

Pathologische Kreatininwerte müssen fortlaufend kontrolliert werden. Stellen sich weitere Zeichen einer eingeschränkten Nierenfunktion ein und ist es dringend geboten, den aktuellen Kreatininwert zu erheben und eventuell erforderliche weitere Untersuchungen vorzunehmen, so reicht eine **allgemein gehaltene Einweisung in das Krankenhaus**, die keinen Bezug zu der Nierenproblematik aufweist und die insoweit gegeben gewesene Dringlichkeit der Lage nicht widerspiegelt, nicht aus.

n) Anastomose statt Anlage eines doppelläufigen protektiven Anus praeter

OLG Köln, Beschluss v. 24.10.2014 - 5 U 54/13

RID 15-02-276

juris
BGB § 823 I

Die Vornahme einer **Anastomose** statt der Anlage eines doppelläufigen **protektiven Anus praeter** während des Eingriffs ist auch dann medizinisch vertretbar und damit nicht fehlerhaft, wenn infolge einer durch eine mangelhafte Durchblutung bedingten Nahtdehiszenz eine **Peritonitis** gerade im Entstehen begriffen war. Der aus den Ausführungen des Sachverständigen folgende Ausgangspunkt, nach dem eine gewisse entzündungsbedingte Gefährdung der Anastomose in Kauf genommen werden durfte, ist im Hinblick auf die mit der alternativ möglichen Anlage eines doppelläufigen protektiven Anus praeter seinerseits verbundenen Risiken und Nachteile überzeugend.

o) Schwierigkeiten der Diagnose einer Herpes-Zoster-Infektion

OLG Köln, Urteil v. 19.11.2014 - 5 U 145/13

RID 15-02-277

juris
BGB § 823 I

Bei **Herpes-Zoster-Infektionen** sind die **Verläufe** auch in zeitlicher Hinsicht sehr unterschiedlich und entwickelten sich insb. Hautveränderungen zuweilen in sehr kurzer Zeit.

3. Aufklärung/Einwilligung

a) Aufklärungspflicht über seltenes Risiko (Spinale Ischämie bei infrarenalen Aorteneingriff)

OLG Bremen, Urteil v. 02.04.2015 - 5 U 12/14

RID 15-02-278

juris
BGB §§ 278, 280, 823 I, 831

Leitsatz: 1. Grundsätzlich hat der Arzt den Patienten auch über seltene, sogar sehr **seltene Risiken aufzuklären**, wenn deren Realisierung die Lebensführung des Patienten schwer belasten würde und die entsprechenden Risiken trotz ihrer Seltenheit für den Eingriff spezifisch, für den Laien aber

überraschend sind (hier: Risiko von 0,1%, dass bei einem infrarenalen Aorteneingriff wegen eines Bauchaortenaneurysmas eine postoperative spinale Ischämie als Operationsfolge eintreten kann).

2. Beruft sich der Arzt auf eine **hypothetische Einwilligung** des Patienten, so muss der Patient plausible Gründe dafür darlegen, dass er sich in seiner persönlichen Entscheidungssituation in einem echten Entscheidungskonflikt befunden haben würde. Was aus ärztlicher Sicht sinnvoll und erforderlich gewesen wäre und wie sich ein „vernünftiger“ Patient verhalten haben würde, ist deshalb grundsätzlich nicht entscheidend. Auch kann nicht verlangt werden, dass der Patient genaue Angaben darüber macht wie er sich wirklich verhalten oder entschieden hätte. Allerdings muss er einsichtig machen, dass ihn die vollständige Aufklärung über das Für und Wider des ärztlichen Eingriffs ernsthaft vor die Frage gestellt hätte, ob er zustimmen solle oder nicht (hier verneint).

b) Aufklärung bei einer laparoskopischen Magenschlauchresektion: Todesrisiko

OLG Köln, Urteil v. 04.02.2015 - 5 U 88/14

RID 15-02-279

juris
BGB § 823

Eine **Thoraxaufnahme** ist vor bariatrischen Eingriffen im Allgemeinen nicht erforderlich.

Für einen durchschnittlichen Patienten mit einem Gewicht von 240 kg bei einer Größe von 185 cm muss es schon nahe liegen, dass die unwidersprochen aufgeklärten, im Aufklärungsbogen handschriftlich vermerkten Komplikationen wie Bauchabszess, Verletzung von Nachbarorganen oder Lungenembolie, insb. angesichts des extremen Übergewichts und einer hierdurch bedingten generell erhöhten Gefährlichkeit von Operationen, bei ungünstlichem Verlauf auch zum Tode führen können. Es ist daher schon im Ausgangspunkt nicht erkennbar, dass ein ausdrücklicher **Hinweis auf das Risiko des Versterbens** für den Patienten eine Information gewesen wäre, die den Eingriff in einem anderen Licht hätte erscheinen lassen und die die Entscheidung für oder gegen ihn entscheidend hätte beeinflussen können. Hinzu kommt, dass es aus der Sicht des Patienten, auch wenn bariatrische Eingriff im Allgemeinen nur relativ indiziert sein mögen, keine Alternative zu einem operativen Vorgehen geben konnte. Dies gilt auch dann, wenn der Eingriff mit einem niedrigen Letalitätsrisiko verbunden war.

c) Unzureichende Aufklärung über Wundinfektionsrisiko (Nabelhernien-Op)/Mutmaßl. Einwilligung

OLG Hamm, Urteil v. 09.12.2014 - 26 U 88/13

RID 15-02-280

juris
BGB §§ 249, 253 II, 278, 280 I, 611, 823, 831

Vor einer ambulanten Operation einer Nabelhernie (sog. Nabelbruch) durch eine **offene Nabelhernien-Operation nach Spitzzy** ist über **Wundinfektionsgefahren** aufzuklären. Hieraus folgt keine Haftung, wenn der Patient in die Operation auch nach einer hinreichenden Aufklärung über das Wundinfektionsrisiko **eingewilligt** hätte.

d) Keine Aufklärung vor Mobilisation

OLG Hamm, Urteil v. 19.12.2014 - 26 U 44/14

RID 15-02-281

juris
BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823

Eine gesunde Arterie kann durch eine **Mobilisation** nicht geschädigt werden, weshalb eine Aufklärung nicht erforderlich ist.

e) Alternative Verfahren zu einer Totalendoprothese

OLG Köln, Urteil v. 25.02.2015 - 5 U 102/14

RID 15-02-282

juris

BGB §§ 280, 253 II, 823 I, 831 I

Die **alternativen Verfahren** Umstellungsosteotomie und Schlittenprothese können gegenüber der Totalendoprothese weniger geeignete, nachrangige Verfahren sein.

Eine **Aufklärung** über die Alternativen zu einer Totalendoprothese ist nicht ausreichend, wenn die Vor- und Nachteile einer Totalendoprothese einerseits und einer Umstellungsosteotomie oder einer unikondylären Schlittenprothese andererseits nicht erläutert werden. Eine Haftung ist hier aber wegen einer **hypothetischen Einwilligung** nicht begründet.

f) Nachweis über Aufklärungsgespräch

OLG Naumburg, Urteil v. 04.12.2014 - 1 U 66/14

RID 15-02-283

juris

BGB § 823

Leitsatz: Im Zweifel ist den Angaben des Arztes, dass eine **Risikoaufklärung** erfolgt ist, zu glauben, wenn seine Darstellung in sich schlüssig ist und einiger Beweis für ein Aufklärungsgespräch erbracht worden ist. Das setzt voraus, dass unstreitig oder **nachgewiesen** ist, dass zwischen dem Arzt und dem Patienten ein Gespräch stattgefunden hat, in dem über den Eingriff gesprochen wurde.

g) Nachweis über Aufklärungsgespräch durch Zeugnis über übliche Aufklärungspraxis

OLG Köln, Beschluss v. 10.06.2013 - 5 U 37/13

RID 15-02-284

juris

BGB § 823 I

Es begegnet grundsätzlich keinen Bedenken, dass eine nach § 286 ZPO ausreichende Überzeugungsbildung auf die **Aussage eines Arztes** gestützt wird, der - wie zumeist bei einem Aufklärungsgespräch über eine vielfach durchgeführte Operation, das mehrere Jahre zurück liegt - keine konkreten Erinnerungen an das konkrete Gespräch mehr hat, sondern nur - aber immerhin - eine **übliche Aufklärungspraxis** schildern kann. Dabei wird die Glaubhaftigkeit seiner Aussage gestützt durch die vorliegende **Dokumentation** (Aufklärungs- und Einwilligungsbogen), die die für eine erforderliche umfassende und mündliche Aufklärung typischen handschriftlichen Zeichnungen, Unterstreichungen, Anmerkungen und Ergänzungen enthält, und bei der ferner die Klägerin durch ihre Unterschrift bestätigt hat, dass sie den schriftlichen Aufklärungsbogen (aus dem sich namentlich ein Scheitern der Operation als Möglichkeit ergeben hat) gelesen und verstanden habe.

h) Beweiserhebung über Aufklärungsgespräch

OLG Naumburg, Urteil v. 08.12.2014 - 1 U 34/14

RID 15-02-285

juris

BGB § 823

Leitsatz: Liegt im Arzthaftungsprozess bereits ein **Sachverständigengutachten** vor, das einen Behandlungsfehler verneint und nach dem sich ein dem Eingriff innewohnendes nicht voll beherrschbares Risiko verwirklicht hat, trifft den Patienten eine gewisse **Substantiierungslast**. Er muss sich mit dem Gutachten auseinander setzen und konkrete Behandlungsfehler des Arztes mindestens im Groben bezeichnen.

Allein die Unterzeichnung eines Aufklärungsbogens durch den Patienten beweist für sich allein nicht, ob der Patient ihn gelesen und verstanden hat, oder dass der Inhalt mit ihm erörtert wurde. Deshalb sind bei Bestreiten angebotene Beweise für das stattgefundene **Aufklärungsgespräch** und dessen Inhalt zu erheben.

4. Sachverständige

a) Grundsatz fachgleicher Begutachtung: Gewichtszunahme während des stationären Aufenthaltes

OLG Köln, Beschluss v. 30.01.2015 - 5 U 104/14

RID 15-02-286

juris
BGB § 823

Geht es um die Frage, ob den im Krankenhaus tätigen Ärzten ein Behandlungsfehler vorzuwerfen ist, weil der Patient **während des stationären Aufenthaltes erheblich an Gewicht zugenommen** hat und dies den Ärzten hätte auffallen müssen, so ist dies nach dem **Grundsatz fachgleicher Begutachtung** durch einen **Facharzt der Chirurgie** zu beantworten, wenn sich der Patient in einer chirurgischen Klinik befunden hat. Einer Einholung eines nephrologischen Zusatzgutachtens bedarf es daher nicht, wenn die Frage, ob eine dekompensierte Niereninsuffizienz oder eine dekompensierte Herzinsuffizienz vorgelegen hat, die zu einer Gewichtszunahme geführt haben könnte, nicht zu klären ist.

Vorausgehend ein Hinweisbeschl. des OLG v. 17.12.2014 - 5 U 104/14 - juris.

b) Besorgnis der Befangenheit

aa) Erstattung eines Privatgutachtens in vergleichbarer Sache für Dritten (ASR-Hüftgelenksprothese)

OLG Köln, Beschluss v. 23.03.2015 - 5 W 4/15

RID 15-02-287

juris
ZPO §§ 42 II, 406 I

Zwar wird die Besorgnis der **Befangenheit** regelmäßig begründet sein, wenn ein Sachverständiger vorgerichtlich in derselben Sache ein Privatgutachten für die andere Prozesspartei oder deren Haftpflichtversicherer erstattet hat. Diese Erwägungen sind aber auf den vorliegend in Rede stehenden Fall, dass der Sachverständige **in einer ähnlichen oder vergleichbaren Sache ein Privatgutachten** für einen Dritten erstattet hat, der ebenfalls Ersatzansprüche gegen die den Ablehnungsantrag stellende Partei geltend macht, nicht ohne weiteres übertragbar. Im Ausgangspunkt wird einem Sachverständigen die nach der Bestellung zum gerichtlichen Gutachter gebotene unvoreingenommene Beurteilung leichter fallen, wenn nicht sein Auftraggeber, sondern eine andere Partei an dem Rechtsstreit beteiligt ist. Daher kann eine Abwägung aller Umstände dazu führen, dass die Besorgnis der Befangenheit bei vernünftiger und objektiver Betrachtung zu verneinen ist. So liegt es nach dem vorgetragenen und glaubhaft gemachten Sachverhalt hier.

Parallelverfahren:

OLG Köln, Beschluss v. 23.03.2015 - 5 W 5/15

RID 15-02-288

juris

bb) Behandlung der Patienten in weiterer Klinik des Arbeitgebers des Sachverständigen

OLG Schleswig, Beschluss v. 11.02.2015 - 16 W 15/15

RID 15-02-289

juris
ZPO §§ 42 II, 406 I

Leitsatz: Zur Frage der **Befangenheit** eines in einer Unfallversicherungssache eingeschalteten medizinischen Sachverständigen, wenn die zu begutachtende Patientin vor der Begutachtung in einer Klinik behandelt wurde, die ebenfalls vom **Arbeitgeber des Sachverständigen** betrieben wird.

5. Pflicht zur Überwachung der Aufwachphase nach einer Magenspiegelung

LG Hildesheim, Urteil v. 09.01.2015 - 4 O 170/13

RID 15-02-290

juris
BGB §§ 280, 611, 630a

Der Arzt hat die **Pflicht**, die in der **Aufwachphase** nach einer Magenspiegelung befindliche, mithin unter dem Einfluss des sedativen Medikaments stehende Patientin so zu überwachen, dass diese nicht aufgrund der durch das Medikament bestehenden geringeren Einsichts- und Steuerungsfähigkeit zu Schaden kommt (hier: Sturz von der Liege).

6. Aufsichtspflicht eines psychiatrischen Krankenhauses bei Übergriff einer Mitpatientin

AG Kassel, Urteil v. 29.01.2015 - 435 C 5598/13

RID 15-02-291

juris
BGB § 832

Leitsatz: Zur Aufsichtspflicht eines psychiatrischen Krankenhauses im Falle eines Raptus mit der Folge eines gewalttätigen Übergriffes gegen eine Mitpatientin.

7. Keine Haftung bei Sturz bei Toilettengang ohne mögliche Hilfestellungen des Pflegepersonals

OLG Hamm, Urteil v. 02.12.2014 - 26 U 13/14

RID 15-02-292

juris
BGB §§ 31, 280, 823

Leitsatz: Eine Klinik haftet nicht für den **Sturz** einer Patientin bei einem Toilettengang, wenn die Patientin die Toilette alleine und ohne **mögliche Hilfestellungen des Pflegepersonals** aufsucht.

8. Verjährung von Schadensersatzansprüchen: Kenntnis des Patienten vom ärztl. Behandlungsfehler

OLG München, Urteil v. 23.01.2014 - 1 U 2254/13

RID 15-02-293

juris = VersR 2015, 199
BGB §§ 199, 253, 280, 823

Leitsatz (VersR): 1. Die **Verjährungsfrist** nach fehlerhafter ärztlicher Behandlung beginnt erst zu laufen, wenn der Patient Kenntnis von Tatsachen erlangt, aus denen sich ergibt, dass der Arzt vom medizinischen Standard abgewichen ist.

2. Ein Patient, der einen Behandlungsfehler in Betracht zieht, ist nicht verpflichtet, eigene **Erkundigungen anzustellen** oder sachkundige Personen bei Verdacht eines Fehlers mit einer Überprüfung zu beauftragen.

9. Haftungserklärung des Haftpflichtversicherers: Kein Rechtsschutzbedürfnis für Feststellungsklage

OLG Koblenz, Beschluss v. 21.11.2014 - 5 U 1027/14

RID 15-02-294

juris
BGB §§ 195, 197 I Nr. 3, 202 II, 780, 781; ZPO §§ 256, 794 I Nr. 5

Leitsatz: 1. Teilt der **Haftpflichtversicherer** der Behandlungsseite dem geschädigten Patient mit, dessen künftige ereignisbedingte materielle Ansprüche blieben ebenso vorbehalten wie künftige ereignisbedingte immaterielle Ansprüche für den Fall einer nicht vorhersehbaren wesentlichen Verschlechterung im Sinne der BGH-Rechtsprechung, diesen Erklärungen komme die Wirkung eines rechtskräftigen Feststellungsurteils zu, liegt darin trotz fehlender notarieller Beurkundung ein ausreichendes **Anerkennung**, das ein **Rechtsschutzbedürfnis** für eine Feststellungsklage des Patienten entfallen lässt.

2. Dass ein **Verjährungsverzicht des Haftpflichtversicherers** die Verjährungsfrist nicht über mehr als 30 Jahre ab der Anspruchsentstehung erstrecken darf, nimmt ihm nicht die Rechtsgültigkeit innerhalb der gesetzlich zulässigen Grenze, so dass sich auch aus § 202 Abs. 2 BGB kein fortbestehendes Feststellungsinteresse des Berechtigten herleiten lässt.

10. Faires Verfahren/Anhörungspflichten/Schriftliches Sachverständigengutachten

OLG Hamm, Urteil v. 30.01.2015 - 26 U 5/14

RID 15-02-295

juris

ZPO §§ 282, 296, 411, 538

Leitsatz: In einem Arzthaftungsprozess hat das zuständige Gericht in besonderem Maße für ein **fares Verfahren** zu sorgen, weil es typischerweise ein **Informationsgefälle** zwischen der ärztlichen Seite und dem Patienten gibt, das auszugleichen ist.

Einer **medizinisch nicht sachkundigen Partei** ist regelmäßige Gelegenheit zu geben, auch nach dem Vorliegen eines gerichtlichen Gutachtens unter Zuhilfenahme eines weiteren Mediziners zu schwierigen medizinischen Fragen noch einmal Stellung zu nehmen.

Es kann zudem geboten sein, zu schwierigen medizinischen Fragen ein **schriftliches Sachverständigengutachten** anzufordern und es nicht bei einem mündlichen, in einer Verhandlung erstatteten Gutachten zu belassen.

11. Entscheidungsrelevanter Streitstoff und gerichtliche Sachaufklärungspflicht

OLG Koblenz, Beschluss v. 19.08.2014 - 5 U 279/14

RID 15-02-296

juris

ZPO §§ 138 I, 253 II Nr. 2, 284, 286, 411, 412, 520 III, 529 I Nr. 2, 531 II, 533 Nr. 1; BGB §§ 276, 278, 280, 611

Leitsatz: 1. Auch im Arzthaftungsprozess lässt sich die Entscheidung erster Instanz nicht dadurch falsifizieren, dass mit der Berufung **neuer Streitstoff** in das Verfahren eingeführt wird.

2. Es ist zwar nicht generell unzulässig, sich im Arzthaftungsprozess auf ein lediglich mündlich eingeholtes und in indirekter Rede wiedergegebenes **Privatgutachten** zu stützen. Zwingend erforderlich ist aber die Darlegung, welcher medizinischen Fachrichtung der konsultierte Privatgutachter angehört, welche konkreten Fragen ihm von wem unterbreitet wurden und wie er sich im Einzelnen dazu geäußert hat.

BGH, Beschl. v. 20.01.2015 - VI ZR 367/14 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

12. Beratungspflichten eines Rechtsanwalts vor Abfindungsvergleich

OLG Hamm, Urteil v. 17.03.2015 - 28 U 208/13

RID 15-02-297

juris

BGB § 280 I

Leitsatz: 1. Zu den **Beratungspflichten eines Rechtsanwalts**, der in einer vorausgegangenen Arzthaftungssache einen **Abfindungsvergleich** abschließt.

2. Zu Fragen der **haftungsausfüllenden Kausalität** in einer **Anwaltshaftungssache**, wenn es um den hypothetischen Ausgang einer Arzthaftungssache geht.

13. Zahnärztliche Behandlung

a) Kein Honoraranspruch bei nicht mehr möglicher Nachbesserung

LG Berlin, Urteil v. 10.06.2014 - 8 O 398/12

RID 15-02-298

juris = MedR 2015, 139

BGB §§ 611, 627 I, 628 I 2; ZPO § 286 I

Der Patient kann die **prothetische Behandlung** einseitig dadurch beenden, dass er trotz subjektiv empfundener Beschwerden dem Zahnarzt keine Gelegenheit mehr zur Fortsetzung der Behandlung

gibt, wenn eine **Nachbesserung** nicht mehr ernsthaft in Betracht kommt. Ein Honoraranspruch besteht dann nur, soweit die Leistungen des Zahnarztes brauchbar waren.

b) Schäden am eingebrachten ZE u. Behandlungsfehler/Aufklärung über Risiko der Zerstörung

OLG Köln, Beschluss v. 02.02.2015 - 5 U 121/14

RID 15-02-299

juris
BGB § 823

Von dem negativen Verlauf einer Behandlung kann nicht zwangsläufig auf das Vorliegen eines Behandlungsfehlers geschlossen werden. Anders ist dies jedoch bei **Schäden am eingebrachten Zahnersatz**, die nicht anders als durch einen Behandlungsfehler zu erklären sind.

Eine Zahnärztin hat schlüssig darzulegen, dass sie auf das Risiko einer Zerstörung der Kronen durch Über- und Fehlbelastungen des Gebisses **aufgeklärt** hat.

Vorausgehend ein Hinweisbeschl. v. 10.12.2014 - 5 U 121/14 - juris.

c) Einbringung von Brackets mittels Adhäsionstechnik

LG Hildesheim, Urteil v. 24.07.2014 - 1 S 15/14

RID 15-02-300

juris
BGB § 823

Die **Nr. 2197** ist neben der **Nr. 6100 Anl. 1 GOZ** bei der Einbringung von Brackets mittels Adhäsionstechnik abrechenbar. Die Vorschrift des § 4 II 2 GOZ steht dem nicht entgegen.

d) Aufklärung über Folgen des Unterlassens der (gebotenen) zahnmedizinischen Behandlung

LG Mönchengladbach, Urteil v. 07.01.2015 - 4 S 74/14

RID 15-02-301

juris
BGB §§ 280 I, 611, 630

Eine Zahnärztin verletzt eine vertragliche Pflicht, wenn er eine Patientin nicht hinreichend über die Folgen des Unterlassens der (gebotenen) zahnmedizinischen Behandlung in Form einer Wurzelkanalbehandlung **aufklärt**.

e) Schmerzensgeldbemessung bei fehlerhafter Implantatversorgung

OLG Hamm, Urteil v. 17.12.2014 - 26 U 81/14

RID 15-02-302

juris
BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823

Bei einer **Implantatversorgung**, die nicht dem fachärztlichen Standard für eine langfristige Versorgung entspricht und bei der als Folge der Behandlungsfehler eine komplette prothetische **Neuversorgung** erforderlich ist, ist ein **Schmerzensgeld** von insgesamt 4.000 € für die erlittenen gesundheitlichen Folgen angemessen, wenn auf die konkreten Beschwerden abgestellt wird, berücksichtigt wird, dass im Jahr 2007 mit einem Langzeitprovisorium versorgt werden musste und die mit der erforderlichen Neuversorgung verbundenen Beeinträchtigungen in die Schmerzensgeldbemessung einbezogen werden.

f) Überstopfen eines Zahnes: Schadensersatz und Schmerzensgeld

LG Koblenz, Urteil v. 10.03.2015 - 6 S 310/14

RID 15-02-303

juris
BGB § 823

Das **Überstopfen des Zahnes 16** stellt einen Behandlungsfehler dar, wenn es die Gefahr mit sich bringt, dass es zu einem entzündlichen Prozess kommt, wie er tatsächlich eingetreten ist. Von einem

Behandlungsfehler wäre nur dann nicht auszugehen, wenn der Zahnarzt für das Überstopfen des Zahnes eine medizinische Notwendigkeit und weitere Maßnahmen zur Abwendung der drohenden Entzündungsgefahr darlegt.

Der Höhe nach steht **Schadenersatz** für die durch den Behandlungsfehler erforderlichen Folgekosten zu (hier: 2.380,16 €).

Dem Kl. steht auch ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 2.500 € zu, wenn er sich für vier Tage in stationäre Behandlung begeben, zunächst einer Folgebehandlung unter Vollnarkose unterziehen und auch in der Folgezeit mit erheblichen Beeinträchtigungen, insb. bei der Nahrungsaufnahme, seinen Tagesablauf bestreiten musste und mit Schmerzen zu leben hatte.

g) Eingliederung einer Brücke ohne ausreichende Vorbehandlung/Schmerzensgeld

OLG Köln, Beschluss v. 02.03.2015 - 5 U 105/14

RID 15-02-304

juris

BGB §§ 630g, 810

Eine Patientin kann von einem Zahnarzt die **Herausgabe** der gesamten von diesem über sie gefertigten **Behandlungsunterlagen** Zug um Zug gegen Erstattung der Kopierkosten in Kopie verlangen,

Es stellt einen haftungsbegründenden Behandlungsfehler dar, wenn der Zahnarzt eine **Brücke eingliedert**, ohne zuvor den **Zahn zu behandeln** (Wurzelspitzenresektion).

Das erstinstanzlich zuerkannte **Schmerzensgeld** ist der Höhe nach mit 2.500 € nicht zu beanstanden. Das LG hat insb. die Schmerzen, unter denen die Kl. infolge des Unterlassens der Wurzelspitzenresektion vor Eingliederung der Brücke gelitten hat, in angemessener Weise berücksichtigt.

III. Arzneimittel/Hilfsmittel/Heilmittel

1. Europäischer Gerichtshof (EuGH)

a) Preisfestsetzung bei Arzneimitteln

EuGH, Urteil v. 26.02.2015 - C-691/13

RID 15-02-305

juris

Richtlinie 89/105/EWG Art. 6 Nr. 2

Vorabentscheidungsersuchen nach Art. 267 AEUV, eingereicht vom Conseil d'État (Frankreich) mit Entscheidung v. 04.10.2013

Les Laboratoires Servier SA gegen Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Ministre de l'Économie et des Finances
Art. 6 Nr. 2 der Richtlinie 89/105/EWG des Rates vom 21. Dezember 1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der **Preisfestsetzung bei Arzneimitteln** für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme ist dahin auszulegen, dass die in dieser Bestimmung vorgesehene Begründungspflicht auf eine Entscheidung anwendbar ist, die die Aufnahme eines Erzeugnisses in die Liste der unter das Krankenversicherungssystem fallenden Arzneimittel verlängert, aber die Erstattung der Kosten für dieses Erzeugnis auf eine bestimmte Gruppe von Patienten beschränkt.

b) Produkthaftung für Herzschrittmacher und Defibrillatoren

EuGH, Urteil v. 05.03.2015 - C-503/13, C-504/13

RID 15-02-306

juris

Richtlinie 85/374/EWG Art. 1, 6 I u. IX 1 Buchst. a

Vorabentscheidungsersuchen nach Art. 267 AEUV, eingereicht von BGH, Beschl. v. 30.07.2013 - VI ZR 284/12 - RID 13-03-308 in den Verfahren

Boston Scientific Medizintechnik GmbH gegen AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse (C-503/13), Betriebskrankenkasse RWE (C-504/13)

Leitsatz: 1. Art. 6 Abs. 1 der Richtlinie 85/374/EWG des Rates vom 25. Juli 1985 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die **Haftung für fehlerhafte**

Produkte ist dahin auszulegen, dass ein Produkt, das zu einer Gruppe oder Produktionsserie von Produkten wie **Herzschrittmachern** und implantierbaren Cardioverten **Defibrillatoren** gehört, bei denen ein potenzieller Fehler festgestellt wurde, als fehlerhaft eingestuft werden kann, ohne dass der Fehler bei diesem Produkt festgestellt zu werden braucht.

2. Die Art. 1 und 9 Satz 1 Buchst. a der Richtlinie 85/374 sind dahin auszulegen, dass es sich bei dem durch eine chirurgische **Operation zum Austausch eines fehlerhaften Produkts** wie eines Herzschrittmachers oder eines implantierbaren Cardioverten Defibrillators verursachten Schaden um einen „durch Tod und Körperverletzungen verursachten Schaden“ handelt, für den der Hersteller haftet, wenn diese Operation erforderlich ist, um den Fehler des betreffenden Produkts zu beseitigen. Es ist Sache des vorlegenden Gerichts, zu prüfen, ob diese Voraussetzung in den Ausgangsverfahren erfüllt ist.

2. Apothekenrecht

a) Widerruf der Approbation

aa) Dauerhafter Wegfall der gesundheitlichen Eignung bei Alkoholabhängigkeit

VG München, Urteil v. 14.10.2014 - M 16 K 14.2802

RID 15-02-307

juris

BApO §§ 4 I 1 Nr. 3, 7 II, 8 I Nr. 2, II; VwVfg § 49

Die Approbation eines Apothekers kann nach § 7 II i.V.m. § 4 I 1 Nr. 3 BApO widerrufen werden, wenn sich dieser nachträglich in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung seines Berufs als ungeeignet erweist. Kommt es bei einer über Jahrzehnte bestehende **Alkoholabhängigkeit**, die mehrfach durch mehrjährige Abstinenzphasen durchbrochen wurde, seit dem Jahr 2000 zu wiederholten Alkoholexzessen, liegt ein dauerhafter Wegfall der gesundheitlichen Eignung vor.

bb) Verwendung nichtzugelassener Fertigarzneimittel (Zytostatika-Herstellung)

VG München, Urteil v. 28.10.2014 - M 16 K 14.2750

RID 15-02-308

juris

BApO §§ 4 I 1 Nr. 2, 6 II

Die Gefährdung der finanziellen Basis der Krankenkassen durch betrügerische oder leichtfertige **Falschabrechnungen** in großem Umfang stellt eine gravierende berufliche Verfehlung dar (BVerwG, Beschl. v. 20.09.2012 - 3 B 7/12 - Buchholz 418.00 Ärzte Nr. 112 = GesR 2013, 44, juris Rn. 5) (hier: Verwendung von Fertigarzneimittel für die Zubereitung von Zytostatika-Lösungen, die nur über eine nationale tschechische Zulassung verfügten und gegenüber in Deutschland zugelassenen Parallelimporten günstiger waren; Schaden von insgesamt 56.608,83 €, gegenüber dem günstigsten zugelassenen Parallelimport beträgt der Gewinn ca. 10.000 €).

b) Wettbewerbsrecht

aa) Unlautere Werbung mit der Empfehlung eines Arzneimittels durch einen Apothekerverband

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 12.02.2015 - 6 U 184/14

RID 15-02-309

juris = A&R 2015, 90

UWG § 4 Nr. 11; HeilMWerbG § 11 I 1 Nr. 2

Leitsatz: Eine nach § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 HWG verbotene Werbung mit der Empfehlung einer im Gesundheitswesen tätigen Person liegt auch dann vor, wenn mit dem von einem Apothekerverband verliehenen Preis „**Medikament des Jahres**“ geworben wird.

bb) Q-Taler für Nachweis eines Arztbesuchs innerhalb von zwei Tagen

LG Bochum, Urteil v. 26.11.2014 - 13 O 137/14

RID 15-02-310

Berufung anhängig: OLG Hamm - 4 U 12/15 -

juris

UWG §§ 4, 8; AMG § 78

Die **Werbung** einer Apotheke damit, dass jeder Kunde, der innerhalb von zwei Tagen nach dem Arztbesuch die Apotheke aufsucht und dies nachweisen kann, zwei Q-Taler erhält, verstößt nicht gegen die **Arzneimittelpreisbindung**, da jegliche Verknüpfung mit der Vorlage eines Rezepts oder dem Erwerb von Medikamenten oder anderen Waren fehlt. Es ist nicht zu beanstanden, wenn zum Nachweis des Arztbesuchs innerhalb von zwei Tagen nicht nur eine Terminnotiz akzeptiert wird, sondern auch ein Rezept, wenn aus diesem der Arztbesuch hervorgeht.

c) Ohrlochstechen keine apothekenübliche Dienstleistung

LG Wuppertal, Urteil v. 13.02.2015 - 12 O 29/15

RID 15-02-311

juris

UWG §§ 3 I, 4 Nr. 11; ApBetrO §§ 1a X, XI, 2 IV

Leitsatz: Ein Apotheker darf nicht für das **Stechen von Ohrlöchern** inklusive Ohrsteckern **werben**, weil die beworbene Leistung nicht apothekenüblich ist.

d) Gestaltung der Offizin/Barrierefreiheit

VG Würzburg, Urteil v. 10.12.2014 - W 6 K 13.405

RID 15-02-312

juris

AMG § 69 I 1; ApoBetrO §§ 2 IV, 4 IIa

Leitsatz: 1. Die Vorschrift des § 4 Abs. 2a Satz 2 ApBetrO, wonach die **Offizin der Apotheke** so zu gestalten ist, dass der Vorrang des Arzneimittelversorgungsauftrags nicht beeinträchtigt wird, erfordert, dass der Kunde beim Betreten erkennen kann, dass er sich in einer Apotheke befindet, wo sich der Arzneimittelabgabe- und Beratungsbereich befindet und wie er den Weg dorthin findet.

2. Die Forderung nach der **Freihaltung eines direkten „Laufkorridors“** erweist sich demgegenüber als nicht erforderlich zur Gewährleistung des Vorrangs des Arzneimittelversorgungsauftrags i.S.v. § 4 Abs. 2a Satz 2 ApBetrO.

3. Zur Frage der **barrierefreien Erreichbarkeit** der Offizin i.S.v. § 4 Abs. 2a Satz 1 ApBetrO.

e) Verstoß gegen Selbstbedienungsverbot

LG Köln, Urteil v. 06.11.2014 - 31 O 135/14

RID 15-02-313

juris = PharmR 2015, 74 = WRP 2015, 392

ApoBetrO § 17 III

Das **Selbstbedienungsverbot** bezweckt im Interesse einer geordneten Arzneimittelversorgung und damit zum Schutze der Gesundheit der Bevölkerung, eine unkontrollierte Arzneimittelabgabe zu verhindern und eine fachkundige Information und Beratung durch den Apotheker oder sein pharmazeutisches Personal sicherzustellen.

Gegen das Selbstbedienungsverbot wird verstoßen, wenn auf einem Verkaufstisch **OTC-Arzneimittel in Leerpäckungen** platziert werden, die mit Indikationskarten verbunden, die durch den Kunden selbst ausgesucht und mit der Leerpäckung an der Kasse vorgelegt werden, an der dann gegen Bezahlung eine gefüllte Packung ausgehändigt wird.

f) BGH: Betrug durch Einreichung gefälschter oder angekaufter Kassenrezepte

BGH, Urteil v. 12.02.2015 - 2 StR 109/14

RID 15-02-314

juris

StGB § 263; BtMG § 29 I Nr. 7;

Ein Apotheker, der am **Abrechnungssystem der Krankenkassen** teilnimmt, erklärt bei den Abrechnungen stillschweigend, dass er bestehende sozialrechtliche Erstattungsansprüche für tatsächlich durchgeführte Apothekengeschäfte geltend macht (vgl. BGH, 04.09.2012 - 1 StR 534/11 - juris Rn. 46; Urt. v. 10.12.2014 - 5 StR 405/13 - ZMGR 2015, 39 = juris Rn. 11).

Für die **Annahme eines täuschungsbedingten Irrtums** ist es ausreichend, dass ein sachgedankliches Mitbewusstsein der Krankenkassenmitarbeiter vorliegt, das die Annahme einschließt, allen Abrechnungen des Apothekers lägen tatsächlich von Apothekenkunden als Kassenpatienten eingereichte Rezepte und entsprechende Arzneimittelabgaben in der Apotheke zu Grunde. Nur dafür ist das Abrechnungssystem des Apothekerverbandes vorgesehen. Es ist auf das Vertrauen gestützt, dass die Apotheker keine **gefälschten oder angekauften Rezepte** zur Abrechnung tatsächlich nicht durchgeführter Medikamentenabgaben einreichen. Der Fall der Rezeptfälschung oder sonstigen **Rezeptabrechnung ohne Arzneimittelabgabe** stellt die Berechtigung des geltend gemachten sozialrechtlichen Erstattungsanspruchs grundlegend in Frage.

3. Vergabeverfahren: Einschätzungsprärogative/Kein Absehen von Ausschreibung (Inkontinenzartikel)

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 24.09.2014 - VII-Verg 17/14

RID 15-02-315

juris

SGB V §§ 69, 127

Der Begriff der **Zweckmäßigkeit** eröffnet Krankenkassen eine **Einschätzungsprärogative** mit prognostischen Elementen. Die Entscheidung unterliegt einer nur eingeschränkten gerichtlichen Kontrolle und ist nur darauf zu überprüfen, ob sie auf einer unrichtigen oder unzureichenden Sachverhaltsermittlung oder einer groben Fehleinschätzung beruht oder willkürlich getroffen worden ist.

Nach § 127 I 4 SGB V sind **Ausschreibungen** in der Regel unzweckmäßig, wenn Versorgungen einen hohen Dienstleistungsanteil aufweisen. Auf der Grundlage von § 127 Ia SGB V haben der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer hierzu **Empfehlungen** ausgearbeitet, um Krankenkassen ebenso wie Leistungserbringern wegen bestehender Unsicherheiten eine Orientierungshilfe bei der Entscheidung über die Zweckmäßigkeit zu geben. Als **Verwaltungsinnenrecht** kommt derartigen Empfehlungen zum einen keine Bieter vor Ausschreibungen schützende Wirkung zu. Zum anderen verpflichten weder die Empfehlungen der Spitzenorganisationen und -verbände noch § 127 I 4 SGB V Krankenkassen, von Ausschreibungen abzusehen. Beide Regelwerke erschöpfen sich vielmehr in einer Entscheidungshilfe. Die abschließende Entscheidung obliegt der Krankenkasse, die von ihrer Einschätzungsprärogative Gebrauch macht.

Eine Bewertung der eingereichten Angebote allein anhand des **Preises** ist nicht zu beanstanden.

4. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Werbung für anderes Anwendungsgebiet (Schlafstörungen/nervöse Unruhezustände)

OLG Koblenz, Urteil v. 17.12.2014 - 9 U 834/14

RID 15-02-316

juris = Magazindienst 2015, 254

UWG § 5; HeilMWERBG §§ 3, 3a

§ 3a S. 2 HeilMWERBG ist eine Marktverhaltensregelung. Nach dieser Vorschrift ist eine Werbung für Arzneimittel unzulässig, wenn sie sich auf **Anwendungsgebiete** bezieht, die nicht von der Zulassung erfasst sind. Dies ist der Fall, wenn die Werbung sich auf das Anwendungsgebiet „Schlafstörungen“

bezieht, obwohl eine arzneimittelrechtliche Zulassung nur zur Behandlung nervöser Unruhezustände besteht.

b) Werbung außerhalb des zugelassenen Anwendungsgebiets

LG Bielefeld, Urteil v. 28.01.2015 - 16 O 2/15

RID 15-02-317

juris = Magazindienst 2015, 374

HeilMWERB § 3 I Nr. 1, 3a; UWG §§ 3, 4 Nr. 11

Nach § 3a Satz 2 HeilMWERB darf mit einer Indikation, für welche das Arzneimittel nicht zugelassen ist, nicht geworben werden. Die Vorschrift ist nicht nur dann verletzt, wenn ein nicht von der Zulassung erfasstes Anwendungsgebiet explizit genannt wird, sondern auch dann, wenn der Anwendungsbereich eines Arzneimittels mit einem Oberbegriff bezeichnet wird, zu dem neben dem Anwendungsgebiet, für welches das Mittel zugelassen ist, auch ein Anwendungsgebiet gehört, für das es an einer Zulassung fehlt. Dabei wird auch der Fall erfasst, dass sich die fehlende Zulassung aus dem Zusammenhang ergibt. Die Werbeangabe muss dabei als Hinweis auf ein Anwendungsgebiet verstanden werden, für welches das Arzneimittel nicht zugelassen ist. Wird demgegenüber in der Werbung nur auf (zusätzliche) Wirkungen des betreffenden Arzneimittels hingewiesen, so ist ein Verstoß gegen § 3a HeilMWERB nicht gegeben, wenn der ursächliche Zusammenhang mit der zugelassenen Indikation und das Fehlen einer insoweit eigenständigen Indikation werblich verdeutlicht wird. Für das Verständnis der Werbung ist nicht maßgeblich darauf abzustellen, dass die Anwendungsgebiete in dem Werbeträger als Pflichtangaben abgedruckt sind. Diese Pflichtangaben sind grundsätzlich ungeeignet, etwaige Fehlvorstellungen im Rahmen des § 3a HeilMWERB zu korrigieren. Diese Vorschrift verlangt schon im Interesse ihrer hohen Schutzfunktion gerade in der Werbung klare Angaben (OLG Stuttgart, Urt. v. 13.11.2008 - 2 U 39/08 -).

Vorliegend transportieren die Überschriften im Zusammenhang mit den auf den nebenstehenden Bildern abgebildeten Personen eine Aussage dahingehend, dass gerade für die durch die Lichtbilder definierte Zielgruppe – hinsichtlich der Anlage A3 für sportlich aktive Menschen – von dem Medikament eine positive Wirkung ausgeht in dem Sinne, dass das Arzneimittel allgemein zur Stärkung im Hinblick auf die Herbeiführung starker und belastbare Knochen, Bänder und Muskeln geeignet ist. Dies geht über das Anwendungsgebiet „Schwächezustände des Stütz- und Bindegewebes“ hinaus.

c) Unzulässige Werbung für Arzneimittel mit unveröffentlichter Studie

OLG Köln, Urteil v. 06.02.2015 - 6 U 110/14

RID 15-02-318

juris

HeilMWERB § 3

Die Werbung für Arzneimittel oder Medizinprodukte mit einer **unveröffentlichten Studie**, ohne auf den Umstand der fehlenden Veröffentlichung hinzuweisen, ist grundsätzlich irreführend und wettbewerbsrechtlich unzulässig.

Die beanstandete Werbung auf der Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft 2013 richtete sich an Fachkreise, bei denen gewisse medizinische Kenntnisse vorausgesetzt werden können, die aber nicht über eine abgeschlossene fachwissenschaftliche Ausbildung verfügen. Bei diesem Personenkreis kann nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden, dass er die **Formulierung „data on file“** im Zusammenhang mit einer als Beleg herangezogenen Studie dahingehend versteht, dass es sich um eine unveröffentlichte Studie handelt, der aufgrund dieses Umstands nur eine verminderte wissenschaftliche Aussagekraft zukommt.

d) Die Bewerbung von „Abschirmfolien“

OLG Celle, Beschluss v. 20.01.2015 - 13 U 108/14

RID 15-02-319

Magazindienst 2015, 335

HeilMWERB § 3; UWG §§ 3, 5 I Nr. 1

Zwar kann eine **Werbung** mit einer **fachlich umstrittenen Meinung** dann nicht irreführend sein, wenn die Gegenmeinung erwähnt wird. Der unter dem Link „Impressum“ bereitgestellte Hinweis

genügt aber nicht, um hinsichtlich der streitgegenständlichen Behauptung als Erwähnung der Gegenmeinung ausreichen zu können. Denn der Hinweis erfolgt nicht im Zusammenhang mit den einzelnen Werbeaussagen, sondern kann von einem Besucher der Internetseiten nur dann zur Kenntnis genommen werden, wenn er die **Verlinkung anklickt**. Einen Verbraucher, der nach den beworbenen Produkten zum Schutz vor Erdstrahlen im Internet sucht, interessieren dabei vor allem die Wirkungsaussagen sowie die Kosten und Bestellmöglichkeiten; er wird dabei nicht notwendig nach solchen Informationen, die sich typischerweise in einem Impressum finden, suchen und diese lesen wollen. Entsprechende Hinweise finden sich in der Zeitungsanzeige nicht.

Der Bekl. hat nicht ausreichend dargelegt, dass seine Werbeaussagen gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen. Die **wissenschaftliche Absicherung einer gesundheitsbezogenen Werbeaussage** hat im Regelfall durch eine randomisierte, placebokontrollierte Doppelblindstudie mit einer adäquaten statistischen Auswertung zu erfolgen, die durch die Veröffentlichung in den Diskussionsprozess der Fachwelt einbezogen worden ist.

LG Lüneburg, Urt. v. 12.06.2014 - 7 O 69/13 - RID 14-04-254 verurteilte die Bekl., mit bestimmten Aussagen zu werben; das OLG beabsichtigt, die Berufung zurückzuweisen.

e) Bezeichnung eines Arzneimittels durch Verwendung einer Dachmarke

OLG Saarland, Urteil v. 15.10.2014 - 1 U 24/14

RID 15-02-320

juris = A&R 2014, 276 = PharmR 2014, 596

UWG §§ 4 Nr. 11, 8 I, III Nr. 1; AMG § 3 Nr. 2 S. 1

Leitsatz: Zur - hier verneinten - irreführenden Bezeichnung eines Arzneimittels durch **Verwendung einer Dachmarke**.

f) Bilanzierte Diät zur Behandlung von Migräne

LG München I, Urteil v. 03.11.2014 - 4 HKO 17011/14

RID 15-02-321

juris = Magazindienst 2015, 65

UWG §§ 3, 4 Nr. 11; DiätV § 14b I 2

Der Vertrieb und die Bewerbung eines Mittels als ergänzende **bilanzierte Diät zur Behandlung von Migräne** bzw. der Attackenhäufigkeit bei Migräne verstößt gegen § 14b I 2 DiätV - danach müssen sich bilanzierte Diäten gemäß den Anweisungen des Herstellers sicher und nutzbringend verwenden lassen und wirksam sein in dem Sinne, dass sie den besonderen Ernährungserfordernissen der Personen, für die sie bestimmt sind, entsprechen -, wenn nicht dargelegt und glaubhaft gemacht wird, dass das Präparat die Anforderungen nach § 14b I 2 DiätV erfüllt.

Das Erfordernis der **sicheren und nutzbringenden Verwendbarkeit** nach § 14b I 2 DiätV besagt, dass die Verwendung des Mittels entsprechend den Angaben des Herstellers weder für den Verwender zu Nachteilen in Form von Gesundheitsschäden führen, noch Gesundheitsgefahren bergen darf. Nicht wirksame Präparate bergen die Gefahr, dass die Patienten, statt einen Arzt zu konsultieren, das beworbene Mittel langfristig ohne einen Nutzen einnehmen und es dadurch zu einer irreparablen Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes kommen kann (BGH, GRUR 2012, 1164, Rn. 20 – Artrostar).

g) Darstellung verschiedener Hörgeräte im Schaufenster eines Hörgeräteakustikergeschäftes

OLG Düsseldorf, Urteil v. 29.01.2015 - 2 U 29/14

RID 15-02-322

juris

UWG §§ 4 Nr. 11, 8 III Nr. 3; PreisangabeVO §§ 1 I 1, 4

Sofern im Schaufenster eines Hörgeräteakustikergeschäftes auf zwei äußeren Säulen jeweils ein „**Im-Ohr-Hörgerät**“ und ein „**Hinter-dem-Ohr-Hörgerät**“ präsentiert werden, handelt es sich bei dieser Schaufensterauslage nicht um ein der **Preisangabenverordnung** unterliegendes Angebot, sondern lediglich um eine Werbung im Sinne des § 1 I 1 2. Alt. PreisangabeVO, die als Erläuterung der verschiedenen Arten der Hörsysteme zu verstehen ist.

h) Hörgeräte: Keine Unterhaltung mit mehreren Personen bei Kassenmodell

LG Dortmund, Urteil v. 25.11.2014 - 25 O 171/14

RID 15-02-323

juris
UWG § 5 I 2 Nr. 1

Eine Werbung für **Hörgeräte**, die den Eindruck vermittelt, mit dem **zuzahlungsfreien Kassenmodell** sei - im Gegensatz zu den daneben aufgeführten Modellen - keine Unterhaltung mit mehreren Personen möglich, was unstreitig nicht zutrifft, ist irreführend und unzulässig.

5. Deutschsprachige Wochentage auf Blister einer parallelimportierten Antibabypille („Yasmin“)

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.11.2013 - 13 A 2895/11

RID 15-02-324

juris = MedR 2015, 203 = PharmR 2014, 219
AMG § 28 II

Leitsatz: Ausländische Wochentagsbezeichnungen auf einem parallelimportierten Blister.

6. Beihilfe

a) Beschränkung auf Festbetrag

VG Augsburg, Urteil v. 27.01.2015 - Au 2 K 13.987

RID 15-02-325

juris
BBG § 80 IV; BBhV § 22 III; SGB V § 35

Der Dienstherr ist grundsätzlich durch die Fürsorgepflicht in ihrem von Art. 33 V GG erfassten Kernbereich nicht gehindert, im Rahmen der nach medizinischer Einschätzung behandlungsbedürftigen Leiden Unterschiede zu machen und die **Erstattung von Behandlungskosten** aus triftigen Gründen zu **beschränken** oder auszuschließen. Er muss zwar eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung im Krankheitsfall gewährleisten. Das bedeutet jedoch nicht, dass er die Aufwendungen eines medizinisch notwendigen Arzneimittels in jedem Fall erstatten muss. Der Dienstherr kann die Kosten bestimmter **Medikamente** ganz oder teilweise von der Beihilfe ausschließen, solange er dadurch den Maßstab des medizinisch Gebotenen nicht unterschreitet (BVerwG, Urt. v. 26.06.2008 - 2 C 2.07 - BVerwGE 131, 234; Urt. v. 05.05.2010 - 2 C 12.10 - ZBR 2011, 126).

Die in § 22 III BBhV 2012 getroffene Regelung einer **dynamischen Verweisung** auf die Vorschrift des § 35 VIII SGB V zur Bestimmung der Höhe der **Festbeträge** der in Anlage 7 zu § 22 III BBhV niedergelegten Arzneimittel ist rechtmäßig. Auf Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten für das **Medikament „Sortis“** besteht kein Anspruch.

b) Ausschluss der Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Medikamente

VG Köln, Urteil v. 28.01.2015 - 3 K 2249/14

RID 15-02-326

juris
BhV § 22 II Nr. 3

Es liegt im Wesen der pauschalierenden Regelung des § 22 II Nr. 3 BhV, dass die **Gründe für das Einnehmen** eines verschreibungspflichtigen oder nicht verschreibungspflichtigen Präparats grundsätzlich nicht berücksichtigt werden. Um hierdurch ggf. entstehende Härten abzumildern, sieht § 50 I Nr. 2 BBhV die Bewilligung von Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach Überschreiten der Belastungsgrenze vor, soweit dieses Arzneimittel einen Apothekenabgabepreis von je nach Besoldungsgruppe 8, 12 oder 16 € überschreiten.

Der in § 22 Abs. 3 in Verbindung mit § 50 BBhV angeordnete weitgehende (hier: Remifemin plus) ist mit der beamtenrechtlichen Fürsorgepflicht des Dienstherrn aus Art. 33 V GG vereinbar und wirksam.

c) Festbeträge für Arzneimittel (Berufungszulassung)

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 24.03.2015 - 5 LA 50/14

RID 15-02-327

juris

BG Niedersachsen § 80 VI 2 Nr. 1; BhV Niedersachsen § 17 VI 1

Das **Berufungsverfahren** wird dem Senat Gelegenheit geben, die Frage, ob die Vorschrift des § 17 VII BhV Niedersachsen („Aufwendungen für Arzneimittel, für die **Festbeträge** nach § 35 SGB V festgesetzt sind, sind nur bis zur Höhe der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Internet unter www.dimdi.de veröffentlichten Festbeträge beihilfefähig.“) von der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage des § 80 VI 2 Nr. 1 Buchst. g BG Niedersachsen gedeckt ist, einer Klärung zuzuführen.

d) Keine Beihilfe für potenzsteigerndes Mittel (Cialis)

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 25.03.2015 - 1 A 220/14

RID 15-02-328

juris

BVO NRW § 4 I Nr. 7

Leitsatz: Ein Beamter hat nach den Beihilfavorschriften des Landes keinen Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen für ein **potenzsteigerndes Mittel (hier: Cialis)**, wenn dieses zur Behandlung einer erektilen Dysfunktion ärztlich verordnet wird, die ihre Ursache in einem an sich behandlungsbedürftigen oder nicht mehr behandelbaren Leiden hat.

e) Hilfsmittel

aa) Weitergehende Beihilfe für Hörgerät

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 11.02.2015 - 5 LA 112/14

RID 15-02-329

juris

BG Niedersachsen §§ 87c, 120 I; BhV §§ 6 I Nr. 4, 25IV 1; GG Art. 3 I, 33 V

Eine **weitergehende Beihilfegewährung** kann ausnahmsweise aus Fürsorgegesichtspunkten wegen **besonderer medizinischer Umstände**, etwa wegen eines schwerwiegenden medizinischen Sachverhalts geboten sein. Dies kann bei einer einseitigen Schwerhörigkeit mit einer komplexen Peripherie, weshalb sich die Hörsystemanpassung schwierig gestaltet, der Fall sein, wenn zudem der Hörschwellenverlauf recht untypisch ist, was zur Folge hat, dass das Hörsystem über ganz individuelle Einstellparameter verfügen muss, damit das Hörgerät überhaupt akzeptiert und einen deutlichen Nutzen hat, und sieben Geräte in drei unterschiedlichen Preiskategorien ausprobiert wurden, aber nur ein Gerät akzeptiert wurde.

bb) Versorgung mit Kontaktlinsen

VG Münster, Urteil v. 06.01.2015 - 5 K 1816/14

RID 15-02-330

juris

BVO NRW § 4 X

Die Versorgung mit **Kontaktlinsen** sind nur dann notwendig i.S.d. § 3 I Nr. 1 BVO NRW, wenn der zu behandelnde Sehfehler durch eine **Brille** nicht oder nicht ausreichend korrigiert werden kann.

cc) Austausch beider Brillengläser ist nicht beihilfefähige Ersatzbeschaffung

VG Köln, Urteil v. 12.12.2014 - 19 K 4525/13

RID 15-02-331

juris

BVO NRW § 4 I Nr. 10

Im Falle des Austauschs beider Brillengläser ist keine **Reparatur** einer Sehhilfe gegeben; vielmehr liegt eine **Ersatzbeschaffung** einer Sehhilfe vor.

dd) Beihilfe für Hörgeräte: Belastungsgrenze

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 10.03.2015 - 5 LA 111/14

RID 15-02-332

juris

BBhV §§ 6 I 1, 25 I, 39, 50 I 4

Leitsatz: Die Gewährung einer weiteren Beihilfe für Hörgeräte über die **Höchstbetragsgrenze** hinaus wegen einer unzumutbaren finanziellen Belastung setzt neben dem Überschreiten einer Belastungsgrenze voraus, dass diese Belastungen für den Beihilfeberechtigten unausweichlich sind und er sich ihnen nicht entziehen kann.

ee) Beihilfe für eine Brillenverordnung

VG Stuttgart, Urteil v. 18.03.2015 - 12 K 2931/13

RID 15-02-333

juris

BhV BW § 5 I 1

Leitsatz: 1. Bei der Feststellung eines Brechkraftunterschiedes von mindestens **2 Dioptrien** müssen sowohl die sphärischen als auch die zylindrischen Werte der Brillengläser in gleicher Weise berücksichtigt werden.

2. Bei einem Brechkraftunterschied der Brillengläser von mindestens 2 Dioptrien in den sphärischen oder zylindrischen Werten sind die Aufwendungen für **Kunststoffbrillengläser** als angemessen im Sinne des § 5 Abs. 1 Satz 1 BVO anzusehen.

ff) Keine Beihilfefähigkeit von sensomotorischen Einlagen

VG Wiesbaden, Beschluss v. 26.02.2015 - 3 K 949/14.WI

RID 15-02-334

juris

BhV Hessen §§ 5 I 1, 6 II

Die Behandlung mit **sensomotorischen Einlagen** ist nicht beihilfefähig, weil die **wissenschaftliche Anerkennung** dieser Behandlungsmethode fehlt.

f) Begrenzung der Aufwendungen für osteopathische Behandlung durch Physiotherapeuten

VG Bayreuth, Urteil v. 23.02.2015 - B 5 K 14.1

RID 15-02-335

juris

BG Bayern Art. 96; BhV Bayern §§ 7 I, 19 I

Für **Physiotherapeuten** existiert keine einheitliche bei der Abrechnung zugrunde zu legende Gebührenordnung, sodass der Leistungserbringer bei der **Preisgestaltung** weitestgehende Freiheit hat. Bereits die hieraus resultierende Inhomogenität des Preisgefüges bei der Erbringung osteopathischer Leistungen durch Physiotherapeuten gebietet aus beihilferechtlicher Sicht eine **Begrenzung** der als beihilfefähig anzuerkennenden Aufwendungen.

Die osteopathische Behandlung ist Teil der manuellen Therapie und ähnelt dem **chirotherapeutischen Eingriff**.

g) Keine Beihilfe zu Aufwendungen für eine heilpädagogische Behandlung

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 27.08.2014 - 1 A 661/13

RID 15-02-336

juris

BhV NRW § 4 I Nr. 9

Aufwendungen für von **Heilpädagogen** erbrachte Leistungen sind von der Beihilfefähigkeit ausgenommen.

h) Häusliche Krankenpflege im Umfang von 20 Stunden täglich an sieben Tage in der Woche

VG Hamburg, Beschluss v. 26.01.2015 - 20 E 49/15

RID 15-02-337

juris

BhV Hamburg §§ 13, 22; BG Hamburg § 80 IX

Leitsatz: Auf Beihilfeleistungen besteht in Ausnahmefällen ein Anspruch unmittelbar aus der **Fürsorgepflicht des Dienstherrn**, wenn diese ansonsten in ihrem Wesenskern verletzt wäre. Dies ist der Fall, wenn den Beamten **unzumutbare finanzielle Belastungen** treffen, d.h. wenn der Beamte mit erheblichen Kosten belastet bleibt, die er durch die Regelalimentation und eine zumutbare Eigenvorsorge nicht bewältigen kann - hier bejaht für Aufwendungen zur Pflege für ein schwer behindertes Kind, das auf eine „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ angewiesen ist.

i) Übergangsregelung von Beihilfeansprüchen in Thüringen: Statische Verweisung

OVG Thüringen, Urteil v. 13.01.2015 - 2 KO 146/12

RID 15-02-338

juris

GG Art. 20 III, 33 V; BG Thüringen § 129 IV

Leitsatz: 1. Die Übergangsregelung des § 129 Abs. 4 ThürBG enthält eine **statische Verweisung** auf die Beihilfavorschriften des Bundes (BhV) in der dort genannten Fassung.

2. Dies ist als **Übergangsregelung** rechtsstaatlich nicht bedenklich.

3. Die statische Verweisung erfasst **keine weiteren Verwaltungsvorschriften** (Hinweise) aufgrund von in den BhV geregelten Ermächtigungen.

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. Privatbehandlung

a) BVerfG: Ausschluss eines Kooperationsarztes von Wahlarztkette nicht abdingbar

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 03.03.2015 - 1 BvR 3226/14

RID 15-02-339

juris

BGB § 134; KHEntG § 17 III 1; GG Art. 12 I

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BGH**, Urt. v. 16.10.2014 - III ZR 85/14 - RID 14-04-276 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Es bleibt offen, ob es sich überhaupt um eine Leistung des Arztes handelt, für die ihm ein Entgelt vorenthalten wird. **Leistungserbringer der Wahlleistungen** ist das Krankenhaus, nicht der ausführende Arzt. Das Gesetz räumt dem - vom Krankenhaus insoweit berechtigten - Wahlarzt in § 17 III KHEntG lediglich ein Liquidationsrecht für die von ihm durchgeführten wahlärztlichen Leistungen unmittelbar gegenüber dem Patienten ein. An diesen rechtlichen Leistungsbeziehungen ändert sich durch das Tätigwerden eines Honorararztes nichts. Der Bf. wäre mithin nicht gezwungen gewesen, die ärztlichen Leistungen zu erbringen, wenn er der Auffassung ist, ein zu geringes Honorar zu erzielen. Warum dem Honorararzt dennoch ein Liquidationsrecht für eine Leistung, die bereits sein Auftraggeber - der Krankenhausträger - gegenüber dessen Vertragspartner unter Heranziehung des Honorararztes als Auftragnehmer erbringt, verfassungsrechtlich garantiert sein soll, hätte zur Begründung der Verfassungsbeschwerde näherer Erläuterung bedurft.

Die **Entscheidung des BGH**, dass der **Honorararzt** nicht in die Gruppe von Ärzten fällt, die zwar nicht in der Wahlleistungsvereinbarung genannt werden, auf die sich die Vereinbarung aber nach § 17 III 1 KHEntG „erstreckt“, und dass die **Abrechnung wahlärztlicher Leistungen** nicht in Umgehung des § 17 KHEntG durch privatärztlichen Vertrag zwischen Honorararzt und Patienten vereinbart werden kann, überschreitet weder die verfassungsrechtlichen Grenzen der Rechtsauslegung noch die der richterlichen Rechtsfortbildung.

b) BGH: Auskunftsanspruch gegen Reproduktionsmediziner über Samenspender

BGH, Urteil v. 28.01.2015 - XII ZR 201/13

RID 15-02-340

juris

BGB § 242; GG Art. 1 I, 2 I, 6

Leitsatz: 1. Das mittels **künstlicher heterologer Insemination gezeugte Kind** kann gegen den **Reproduktionsmediziner** einen aus den Grundsätzen von Treu und Glauben folgenden Anspruch auf **Auskunft über die Identität des Samenspenders** haben. Die hierfür erforderliche rechtliche Sonderverbindung folgt aus dem Behandlungsvertrag, bei dem es sich um einen Vertrag mit Schutzwirkung zugunsten des Kindes handelt.

2. Der Anspruch setzt kein bestimmtes Mindestalter des Kindes voraus. Machen die **Eltern** diesen Anspruch als gesetzliche Vertreter des Kindes geltend, ist aber erforderlich, dass die Auskunft zum Zweck der Information des Kindes verlangt wird.

3. Ob es dem Reproduktionsmediziner zumutbar ist, Auskunft über die Identität des Samenspenders zu erteilen, ist durch eine auf den konkreten **Einzelfall** bezogene, umfassende **Abwägung** der durch die Auskunftserteilung berührten rechtlichen, insbesondere grundrechtlichen, Belange zu klären. Dabei können auch die durch die ärztliche Schweigepflicht geschützten rechtlichen Belange des Samenspenders Berücksichtigung finden.

4. Der **Rechtsposition des Kindes**, der sein verfassungsrechtlich geschütztes allgemeines Persönlichkeitsrecht zugrunde liegt, wird regelmäßig ein erhebliches Gewicht im Rahmen der Abwägung zukommen.

c) Keine Berechnung wahlärztlicher Leistungen durch Honorararzt

LG Regensburg, Urteil v. 05.08.2014 - 2 S 42/14

RID 15-02-341

juris = MedR 2015, 140

BGB §§ 611, 612 II, 613, 630a, 812

Vertragliche Regelungen sind verboten, wenn sie **Honorarärzten** die **Abrechnung wahlärztlicher Leistungen** in unmittelbarer Konkurrenz zu den am Krankenhaus tätigen Chefarzten ermöglichen sollen

d) Kein Bereicherungsanspruch des Patienten gegen Chefarzt ohne Liquidationsrecht

LG München I, Urteil v. 11.03.2015 - 9 S 7449/14

RID 15-02-342

juris

KHEntgG § 17

Leitsatz: 1. Das KHEntgG lässt die dienstvertragliche Regelung zwischen Chefarzt und Klinikum zu, nach der das Recht zur **Liquidation privatärztlicher Bemühungen** des Chefarztes beim Klinikum verbleibt und der **Chefarzt** nur einen **prozentualen Anteil** aus diesem Erlös erhält.

2. Hat ein Chefarzt **kein eigenes Liquidationsrecht**, so erfolgt die Leistung im bereicherungsrechtlichen Sinne vom Patienten an das die Rechnung stellende Klinikum und - gegebenenfalls anteilig - vom Klinikum an den Chefarzt.

Deshalb scheidet im Regelfall ein **Bereicherungsanspruch des Patienten** gegen den Chefarzt aus.

e) Abrechnung einer schmerztherapeutischen Erstanamnese durch Analogziffer

AG Kiel, Urteil v. 12.03.2015 - 115 C 469/14

RID 15-02-343

juris

GOÄ § 6 II

Für eine **schmerztherapeutische Erstanamnese** mit einer Dauer von 75 Minuten kann gem. § 6 II GOÄ i. V. m. **Nr. 30 GOÄ analog** ein Betrag in Höhe von 183,61 € in Ansatz gebracht werden, da die GOÄ für die Erhebung einer schmerztherapeutischen Erstanamnese keine gesonderte Gebührenposition enthält. Soweit die herangezogene Gebührenziffer nicht in dem „Verzeichnis der

analogen Bewertungen der Bundesärztekammer (**Analogverzeichnis**)“ ausgeführt ist, ist dies unerheblich, da es nicht abschließend ist.

f) Stationäre psychiatrische Behandlungskosten nach Suizidversuch/Übliche Vergütung

OLG Köln, Beschluss v. 24.02.2015 - 5 U 156/14

RID 15-02-344

juris

BGB §§ 611, 670, 677, 683, 812

Die **Unterbringung und Behandlung in einer psychiatrischen Klinik** nach einem Suizidversuch fällt in den Interessenkreis des bekl. Patienten und entspricht seinem Willen.

Die **übliche Vergütung** für die stationäre und teilstationäre Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus setzte sich in dem hier maßgeblichen Zeitraum aus dem Basispflegesatz und dem Abteilungspflegesatz zusammen, die von dem Krankenhausträger und den beteiligten Sozialleistungsträgern in der Pflegesatzvereinbarung festgelegt und von der zuständigen Landesbehörde genehmigt worden sind.

g) Fehlende Notwendigkeit der zahnärztlichen Versorgung

OLG Köln, Beschluss v. 15.09.2014 - 5 U 67/14

RID 15-02-345

juris

GOZ § 1

Steht nicht fest, dass die abgerechneten Leistungen nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch **notwendige** zahnärztliche Versorgung medizinisch erforderlich waren (§ 1 II GOZ), dann besteht kein Anspruch auf Zahlung von **Zahnarzthonorar**.

h) Erlass einer zahnärztlichen Honorarforderung

OLG Köln, Beschluss v. 13.03.2015 - 5 U 93/14

RID 15-02-346

juris

BGB §§ 397, 611

Die **Erklärungen** eines Zahnarztes: „Ich kann Ihnen nicht helfen, ich stelle Ihnen keine Rechnung, die Arbeit bleibt hier, leider ist sie nicht gelungen, ich will nichts von Ihnen“ kann in einer Gesamtschau mit ihren Begleitumständen eindeutig und klar einen **Erlass des Honorars** bedeuten, weil zum einen bereits die Erklärungen für sich genommen unmissverständlich sind, und weil zum anderen zu berücksichtigen ist, dass sie in einer Situation erfolgt sind, in der ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis nicht mehr bestanden hat und in der Zahnarzt die Behandlung nicht mehr fortsetzen wollte. Ferner kann auch in diesem Zusammenhang nicht außer Betracht bleiben, dass der Kl. die für die Bekl. vorgesehene Prothetik einbehalten wollte und tatsächlich einbehalten hat.

2. Private Krankenversicherung

a) BGH: Beginn des Versicherungsfalls (Feststellung eines erkrankten Zahns)

BGH, Beschluss v. 17.12.2014 - IV ZR 399/13

RID 15-02-347

juris

VVG § 192 I; AVB § 1 Nr. 2 S. 1 u. 2

Es liegt eine **medizinisch notwendige Heilbehandlung** i.S. des § 1 Nr. 2 AVB 2008 vor, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Behandlung vertretbar war, sie als notwendig anzusehen.

Gemäß § 1 Nr. 2 Satz 2 AVB 2008 beginnt der **Versicherungsfall** mit der **Heilbehandlung**. Nach ständiger Senatsrechtsprechung gehört zur „Behandlung“ einer Krankheit nicht nur die unmittelbare Heiltätigkeit, sondern auch schon die **erste ärztliche Untersuchung**, die auf die Erkennung des Leidens abzielt, ohne Rücksicht darauf, ob sofort oder erst nach weiteren Untersuchungen eine

endgültige und richtige Diagnose gestellt und mit den eigentlichen Heilmaßnahmen begonnen worden ist. Bei schon bekannten Krankheiten, bei denen es Arzt und Patient darum geht, nach in sich abgeschlossener erster Behandlungsphase verbliebene Krankheitsfolgen zu beheben oder zu lindern, ist zwar eine ärztliche Untersuchung zur Erkennung des Leidens oft gar nicht mehr notwendig. Aber auch in diesen Fällen beginnt die Heilbehandlung mit der ersten Inanspruchnahme jeglicher ärztlicher Tätigkeit, die durch die betreffende Krankheit verursacht worden ist, sofern die Tätigkeit des Arztes von ihrer Art her in den Rahmen der medizinisch notwendigen Krankenpflege fällt. Diese Auslegung trägt dem Umstand Rechnung, dass es dem Versicherungsnehmer anderenfalls möglich wäre, zunächst eine ärztliche Diagnose und Beratung über mögliche Behandlungsformen einzuholen, sodann eine Krankenversicherung abzuschließen bzw. eine bestehende Krankenversicherung zu erhöhen, um danach die Heilbehandlung in Anspruch nehmen zu können. Sobald nämlich der Versicherte wegen einer Krankheit einen Arzt einmal in Anspruch genommen hat, hindert ihn die Klausel daran, den Versicherungsfall willkürlich abubrechen und einen neuen zu einem ihm geeignet erscheinenden Zeitpunkt zu beginnen, obwohl es sich tatsächlich um die Weiterbehandlung der früheren Krankheit handelt.

Der Versicherungsfall hinsichtlich des **Zahns 27** begann hier mit der Fertigung der Röntgenaufnahme. Diese führte zum Erkennen der Erkrankung des Zahns und zur anschließenden medizinischen Beratung des Kl. durch seine Zahnärztin. Der Umstand, dass die Erkrankung des Zahns 27 zufällig im Rahmen der Behandlung des Zahns 28 festgestellt wurde, ändert daran nichts.

b) Keine Leistungserstattung bei Behandlung durch Konsiliararzt

AG München, Urteil v. 06.05.2014 - 283 C 15692/11

RID 15-02-348

juris = MedR 2015, 140

BGB §§ 611, 612 II, 613, 630a, 812

Liegt weder eine wahlärztliche Leistung noch eine Tätigkeit als externer Wahlarzt auf Veranlassung eines internen Wahlarztes (**Wahlarztkette**) nach § 17 Abs. 3 KHEntgG noch eine **belegärztliche Tätigkeit** nach § 18 KHEntgG vor, so scheidet eine Abrechnung aus, da die preisrechtliche Vorschrift des § 17 KHEntgG zwingend ist.

c) Erstattung der Behandlungskosten: Bandscheibenprotrusion und Rückenschmerzen

OLG Köln, Urteil v. 23.12.2014 - 20 U 7/14

RID 15-02-349

juris

AVB § 1 II

Ein Anspruch auf **Erstattung der Behandlungskosten** setzt voraus, dass der Beweis dafür, dass diesen eine medizinisch notwendige Heilbehandlung zugrunde liegt, geführt wird.

Eine **Bandscheibenprotrusion** L4/5 ist nicht zwingend ursächlich für **Rückenschmerzen**. Diese können hierdurch, aber ebenso durch eine Vielzahl weiterer somatischer Ursachen ausgelöst werden, etwa durch eine Instabilität, Spondylolisthese, Pseudolisthese, aktivierte Arthrose der kleinen Wirbelgelenke, aktivierte Osteochondritis, Bein- oder Hüftgelenkserkrankung bzw. andere neurologische oder psychosomatische Ursachen.

Ein **Krankenversicherer** ist grundsätzlich selbst dann berechtigt, für jede medizinische Behandlung die Frage der Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach neu zu **prüfen**, wenn sich der Krankheitszustand des Versicherungsnehmers dem Anschein nach wiederholt.

d) Anspruch auf eine operative Magenverkleinerung

LG Koblenz, Urteil v. 17.02.2015 - 6 S 340/14

RID 15-02-350

juris

VVG § 192; MB/KK § 1 II

Eine **Heilbehandlung** ist nach ständiger BGH-Rspr. medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen im Zeitpunkt der Behandlung vertretbar ist, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Das ist im Allgemeinen dann der

Fall, wenn eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung steht, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen oder zu lindern (BGH, Urt. v. 12.03.2003 - IV ZR 278/01 - BGHZ 154, 154, zit. nach juris).

Auch eine Maßnahme, die nur **mittelbar** auf die Erkrankung Einfluss nimmt, kann aus medizinischer Sicht eine Heilmaßnahme sein. Es besteht ein Anspruch auf eine **operative Magenverkleinerung**, wenn sie geeignet ist, zu einer nachhaltigen Gewichtsreduktion zu führen und durch weitere konservative Therapiemaßnahmen keine langfristige Gewichtsreduktion erzielt werden kann.

e) Beurteilung der Erfolgsaussichten künstlicher Befruchtung

KG Berlin, Beschluss v. 04.07.2014 - 6 U 104/13

RID 15-02-351

juris

MB/KK §§ 1 II, 4 IV

Leitsatz: Bei der Beurteilung der **Erfolgsaussichten einer künstlichen Befruchtung** ist zwar auf eine **ex ante Betrachtung** abzustellen (BGH, Urteil vom 21. September 2005, IV ZR 113/04, Rz. 20 ff.), so dass spätere Entscheidungen des zu behandelnden Paares über den weiteren Behandlungsablauf, die erst auf der Grundlage der aus der laufenden Behandlung gewonnenen neuen Erkenntnisse getroffen werden, grundsätzlich nicht zu berücksichtigen sind.

Dies gilt aber nicht für Entscheidungen, bei denen es um grundsätzliche Abwägungen geht, die schon vor Beginn der Behandlung getroffen werden können und deren tatsächliche Relevanz lediglich von einem bestimmten erreichten Teilerfolg abhängt, wie bei der Entscheidung, von mehreren fertilisierten Eizellen im Vorkernstadium nur zwei zu übertragen und die weiteren zu kryokonservieren, um die Risiken einer Drillingsschwangerschaft zu vermeiden.

f) Keine Behandlung bei fehlender Niederlassung eines Heilpraktikers

LG München I, Urteil v. 12.09.2014 - 6 S 5452/13

RID 15-02-352

juris = VersR 2014, 575

HeilprG § 3; MBKK 09 § 4 II

§ 3 HeilprG verbietet die Ausübung der Heilkunde im Umherziehen. Hieraus ergibt sich, dass es für die **Ausübung der Heilkunde** einer **Niederlassung** bedarf. Räumlichkeiten, die **stundenweise nach Terminabsprache** überlassen werden, reichen für eine Niederlassung nicht aus, bei der unabhängig vom konkreten Bedarf die Praxisräume vorzuhalten sind und auch die Miete zu zahlen ist.

g) Kein Leistungsausschluss wegen Beschädigung des Hilfsmittels bei Schuldunfähigkeit

LG Nürnberg-Fürth, Urteil v. 23.04.2015 - 8 O 3675/13

RID 15-02-353

juris

MB/LL 2009; AVB § 4 Nr. 3.3

Ein Versicherter hat für einen mitversicherten, 1997 geb. Sohn Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine Sitzschale nach Maß mit Zubehör (Abduktionskeil, Beckenfixierung, Thoraxpelotten, Armlehnen, Therapietisch, Inkontinenzbezug) und auf ein Sitzschalenuntergestell mit Zubehör für die Sitzschale und der Freistellung von sämtlichen Folgekosten für den vorgenannten Rollstuhl, Sitzschale und Sitzschalenuntergestell abzüglich einer etwaigen zum Leistungszeitpunkt noch nicht erbrachten Selbstbeteiligung. Eine Befreiung des Versicherers wegen einer **Obliegenheitsverletzung**, weil der von ihr dem Versicherten zur Verfügung gestellte **Rollstuhl als „Totalschaden“** mit gebrochenem Rahmen zurückgegeben worden sei, kommt nicht in Betracht, wenn dem Versicherten ein Schuldvorwurf hinsichtlich der Beschädigung bzw. Zerstörung des zur Verfügung gestellten Rollstuhls nicht ansatzweise gemacht werden kann, da der Sohn weder kognitiv noch motorisch in der Lage ist, entsprechend schonend mit dem Rollstuhl umzugehen.

h) Keine Erstattungspflicht für eine häusliche Krankenbeobachtung wegen Anfallsleidens

LG Gießen, Urteil v. 12.08.2014 - 2 O 210/14

RID 15-02-354

juris = VersR 2015, 441
MBKK 09 § 1 II

Leitsatz (VersR): 1. Eine **Erstattungspflicht für Pflegedienstrechnungen**, die wegen häuslicher Krankenbeobachtung anlässlich eines Anfallsleidens entstanden sind, besteht in der Krankheitskostenversicherung nicht. Es handelt sich um nichtärztliche Leistungen, die unter dem Vorbehalt des entsprechend Vereinbarten stehen (BGH VersR 2004, 1035).

2. Eine **Vertragszweckgefährdung** liegt dabei nicht vor, wenn es nicht um die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Leistungen durch eine medizinische Fachkraft geht.

i) Auslandsreisekrankenversicherung: Erstattungsfähigkeit der Kosten des Rücktransports

KG Berlin, Urteil v. 08.10.2014 - 6 U 62/14

RID 15-02-355

juris
VVG § 1

Leitsatz: Die vertraglichen Voraussetzungen der Notwendigkeit der Kosten des **Rücktransports** (wenn die im Auslandsaufenthalt vorhandenen medizinischen Einrichtungen nicht ausreichend sind und dadurch eine Gesundheitsschädigung der versicherten Person zu befürchten ist) liegen nicht vor, wenn eine **Fehl- oder Schlechtbehandlung wegen einer Lungenentzündung** in einem Krankenhaus auf Mallorca nicht konkret dargetan ist und auch die Entlassung nicht zu früh erfolgt war; dass die Verständigung schwierig war, reicht nicht aus.

3. Beihilfe

a) Greenlight-Laser-Therapie zur Behandlung gutartiger Prostatavergrößerungen

VG Würzburg, Urteil v. 15.01.2015 - W 1 K 13.12

RID 15-02-356

juris
BhV §§ 7 I 1, 26

Die Beihilfefähigkeit der **Greenlight-Laser-Therapie** zur Behandlung gutartiger **Prostatavergrößerungen** ist in der Rechtsprechung anerkannt (vgl. z.B. VG Ansbach, Ur. v. 23.05.2007 - AN 15 K 06.03484 - juris; VG Regensburg, Ur. v. 11.11.2013 - RO 8 K 13.1251 - RID 14-01-305, juris). Beihilfe ist auch zu gewähren, wenn neben dem **Prostatakarzinom** auch eine gutartige Prostatavergrößerung vorliegt.

b) Magnetfeldtherapie nicht beihilfefähig (Nichtzulassung der Berufung)

VGH Bayern, Beschluss v. 26.02.2015 - 14 ZB 14.2830

RID 15-02-357

juris
VwGO §§ 86 II, 108 I; BhV Bayern § 7 V

Die Berufung ist nicht zuzulassen gegen das Urteil der Vorinstanz, mit der die Verpflichtungsklage gegen einen Bescheid, mit dem die Bekl. die Gewährung von Beihilfe in Höhe von 70 % der Aufwendungen für die fünfmalige, mit der GOÄ-Nr. A838 abgerechnete und vom behandelnden Arzt als „niederfrequenz-modulierte Hochfrequenztherapie“ bezeichnete Behandlung mit der Begründung abgelehnt hat, bei der Therapie, die unter Anwendung des „Befeldungsgeräts Megawave MW 150“ durchgeführt werde, handele es sich um eine **Magnetfeldtherapie**, die nach Anlage 2 Nr. 2 zu § 7 V Nr. 2 BhV Bayern als wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methode nur bei bestimmten, im Fall des Kl. nicht vorliegenden Indikationen beihilfefähig sei.

c) Ernährungstherapie nach Dr. Fratzter/Dr. Hebener bei Multipler Sklerose

VGH Bayern, Beschluss v. 18.02.2015 - 14 ZB 13.1022

RID 15-02-358

juris

BhV Bayern §§ 7 I 1 Nr. 1, 18 I

Die Richtigkeit der Rechtsauffassung des VG, die Behandlung mit der **Ernährungstherapie nach Dr. Fratzter/Dr. Hebener** unter Verabreichung der **Präparate Epa metidranso und Sevinormsei** bei **Multipler Sklerose** sei keine medizinisch notwendige Heilbehandlung gemäß § 7 I BayBhV a.F., wurde nicht mit schlüssigen Gegenargumenten in Frage gestellt.

d) Psychotherapeutische Leistungen eines Heilpraktikers nicht beihilfefähig

VG Würzburg, Urteil v. 14.01.2015 - W 1 K 14.425

RID 15-02-359

juris

BhV Bayern §§ 8 I Nr. 2, 9 I, 10, 11, 12

Psychotherapeutischen Leistungen, die nicht durch einen Facharzt oder einen approbierten Psychologischen Psychotherapeuten erbracht werden, sondern durch einen **Heilpraktiker**, sind nicht beihilfefähig.

e) Keine Erstattungsfähigkeit der von Heilpraktiker erbrachten Psychotherapie

VGH Bayern, Beschluss v. 17.02.2015 - 14 ZB 14.105

RID 15-02-360

juris

BhV Bayern §§ 9 ff., 49 III

Keine Erstattungsfähigkeit von durch einen **Heilpraktiker** erbrachten ambulanten **psychotherapeutischen Leistungen**. Diese unterschiedliche Behandlung von verschiedenen Berufsgruppen hat einen hinreichenden sachlichen Grund.

f) Keine Beihilfe für Aknebehandlung durch nichtärztliche Behandlerin in Arztpraxis („Kosmetikerin“)

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.03.2015 - 1 A 2379/13

RID 15-02-361

juris

BhV NRW § 4 I Nr. 9

Leitsatz: 1. Aufwendungen für eine in einer dermatologischen Arztpraxis durchgeführte Aknebehandlung sind nicht beihilfefähig, wenn die Behandlung nicht vom Arzt selbst durchgeführt oder jedenfalls von ihm kontrolliert wird.

2. Die Aufzählung der beihilferechtlich anerkannten Heilhilfsberufe in § 4 Abs. 1 Nr. 9 Satz 3 BVO NRW ist abschließend.

g) Stationäre Behandlung

aa) BVerwG: Behandlungskosten in einem privaten Krankenhaus

BVerwG, Urteil v. 06.11.2014 - 5 C 36/13

RID 15-02-362

juris

BhV BW §§ 5, 6a, 7

Leitsatz: 1. Eine sinngemäße Anwendung der Bundespflegesatzverordnung im Sinne von § 7 Abs. 7 Satz 1 BVO a.F. liegt vor, wenn die Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen eines privaten Krankenhauses durch Inrechnungstellung **pauschalierter Tagessätze** geprägt ist, die mit denen der zugelassenen Krankenhäuser noch vergleichbar sind.

2. Zu den pauschal berechneten Aufwendungen eines **privaten Krankenhauses** im Sinne von § 7 Abs. 7 Satz 1 BVO a.F. gehören auch die Kosten gesondert berechneter Leistungen, wenn und soweit

diese, würden sie in zugelassenen Krankenhäusern erbracht, in den Abteilungs- und den Basispflegesatz einbezogen werden müssten.

3. Neben den pauschal berechneten Aufwendungen eines privaten Krankenhauses sind dort der Sache nach in Anspruch genommene und gesondert berechnete **Wahlleistungen** in entsprechender Anwendung des § 7 Abs. 7 Satz 1 BVO a.F. beihilfefähig.

4. Für den nach § 7 Abs. 7 Satz 1 BVO a.F. anzustellenden **Kostenvergleich** ist das zugelassene Krankenhaus mit der bundesweit höchsten Pauschale für die konkrete Behandlung des Beihilfeberechtigten heranzuziehen.

Vorinstanz: VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 21.12.2012 - 2 S 874/12 - RID 13-02-259.

bb) BVerwG: Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen privater Krankenhäuser

BVerwG, Urteil v. 06.11.2014 - 5 C 7.14

RID 15-02-363

juris

BhV BW §§ 5 I 1, 6a, 7 VII; KHEntgG §§ 17, 18; GOÄ § 6a I

Leitsatz: 1. Der Anwendungsbereich des § 7 Abs. 7 Satz 1 BVO a.F. ist im Wege der **Analogie** auf die Fälle zu erstrecken, in denen ein privates Krankenhaus das Krankenhausentgeltgesetz sinngemäß anwendet.

2. Eine sinngemäße Anwendung des Krankenhausentgeltgesetzes in Analogie zu § 7 Abs. 7 Satz 1 BVO a.F. liegt vor, wenn die Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen eines privaten Krankenhauses durch Inrechnungstellung von **Fallpauschalen** geprägt ist, die mit den Pauschalen, welche die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen, noch **vergleichbar** sind.

3. Für den nach § 7 Abs. 7 Satz 1 BVO a.F. anzustellenden **Kostenvergleich** sind die zugelassenen Krankenhäuser desjenigen Landes in den Blick zu nehmen, das im maßgeblichen Zeitraum für die konkrete Behandlung des Beihilfeberechtigten bundesweit den **höchsten Landesbasisfallwert** zugrunde legt.

4. Bei der Aufstellung der (fiktiven) Kosten ist zudem ein Entgelt für die **Wahlleistung Unterkunft** in Ansatz zu bringen, wenn diese Wahlleistung von dem Beihilfeberechtigten in dem privaten Krankenhaus der Sache nach in Anspruch genommen wurde und sie auch in dem als Vergleichsmaßstab dienenden zugelassenen Krankenhaus gesondert berechnet worden wäre. Insoweit ist dasjenige zugelassene Krankenhaus in dem Land mit dem höchsten Landesbasisfallwert heranzuziehen, das für die Wahlleistung das höchste Entgelt ausweist.

VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 23.04.2013 - 2 S 2287/12 - RID 13-03-335 verpflichtete die Bekl., dem Kl. für die stationäre Krankenhausunterbringung in der Klinik eine weitere Beihilfe in Höhe von 53,31 € zu gewähren. Das **BVerwG** wies auf Revision des Bekl. die Berufung insgesamt zurück, weil der VGH eine analoge Anwendung des § 7 VII 1 BhV BW verneint habe. Auf dieser Rechtsverletzung beruhe die Entscheidung. Bei analoger Anwendung dieser Vorschrift habe der Kl. keinen Anspruch auf die vom VGH zugesprochene weitere Beihilfe.

h) Beihilfe für pflichtversicherte Angehörige für in GKV ausgeschlossenen Aufwendungen

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 20.02.2015 - 1 A 1091/12

RID 15-02-364

Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: B 6 KA 35/15 B

juris

BBhV § 8 IV 3 Nr. 2

Leitsatz: Zur Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für **osteopathische Behandlungen** und **Akupunktur**, die der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Ehefrau des Beihilfeberechtigten in den Jahren 2009 und 2010 entstanden sind.

i) Zahnärztliche Behandlung

aa) Kieferorthopädische Behandlung: Schwere Kieferanomalie

VG Greifswald, Urteil v. 26.11.2014 - 6 A 1692/12

RID 15-02-365

juris

BBhV §§ 2 I Nr. 1, 6 I 1, 10 I 1; GG Art. 3 I

Leitsatz: Die Vorschrift des § 15 Abs. 2 BBhV ist verfassungskonform und orientiert nach Sinn und Zweck der Regelung bei der Frage, ob ein **Beihilfeausschluss** gegeben ist, auszulegen.

Eine schwere **Kieferanomalie** im Sinne von § 15 Abs. 2 BBhV ist schon dann gegeben, wenn eine sog. sekundäre Anomalie vorliegt, die erst im Erwachsenenalter erworben wurde, die behandlungsbedürftig ist und die Behandlung ausschließlich auf einer zahnmedizinisch zwingenden Indikation beruht und nicht die Verbesserung der Ästhetik im Vordergrund steht.

Es greift zu kurz, wenn für die Bestimmung des Rechtsbegriffs schwere Kieferanomalie auf die **Richtlinien des Bundesausschusses** der Zahnärzte und Krankenkassen in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. Dezember 2003, Bundesanzeiger Nr. 226 S. 24966 verwiesen wird.

Für das Erfordernis einer **kombinierten kieferorthopädischen und kieferchirurgischen Behandlung** ist allein entscheidend, dass sich aus ärztlichen Bescheinigungen die medizinische Notwendigkeit sowohl der kieferorthopädischen als auch der kieferchirurgischen Behandlung ergibt und beide Behandlungen wegen desselben Befundes durchgeführt werden.

bb) Kieferorthopädische Leistungen: Adhäsive Befestigung von Klebebrackets

VG Arnsberg, Urteil v. 09.12.2014 - 13 K 3687/13

RID 15-02-366

juris

BhV NRW § 3 I; GOZ Nr. 2197, 6100

Leitsatz: 1. Über die Frage, ob die Gebührennummer 2197 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte (GV/GOZ) in der seit dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung im Rahmen der Erbringung kieferorthopädischer Leistungen für die **adhäsive Befestigung der Klebebrackets** auch dann berechnet werden kann, wenn die Kieferorthopädie bereits die Nr. 6100 GV/GOZ angesetzt hat, bestehen bei objektiver Betrachtung (zumindest) ernsthaft widerstreitende Auffassungen.

2. In diesen Fällen sind Aufwendungen nur dann nicht **angemessen** im Sinne von § 3 Abs. 1 BVO NRW, wenn der **Dienstherr** nicht vor Entstehung der Aufwendungen seine Rechtsauffassung zu der Frage deutlich klargestellt hat, so dass der Beihilfeberechtigte Gelegenheit hatte, sich darauf einzustellen.

3. Zur Anwendung eines von einem **Landesministerium** veröffentlichten **Runderlasses** zum zahnärztlichen Gebührenrecht auf die Beihilfeansprüche von **Kommunalbeamten**.

cc) Überschreiten des Schwellenwertes ist durch Gericht zu entscheiden

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 27.03.2015 - 1 A 486/14

RID 15-02-367

juris

BhV NRW § 3 I Nr. 1

Die Frage, ob Besonderheiten gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle, aufgetreten sind, die das **Überschreiten des Schwellenwertes** rechtfertigen können, ist gerichtlich voll überprüfbar. Die Bewertung dieser Besonderheiten ist eine **juristische Frage**, die das Gericht entscheiden muss, nicht ein **Sachverständiger**.

dd) Anrechnung von Leistungen gesetzlicher Krankenkassen: Anzahl beihilfefähiger Implantate

VG Stade, Urteil v. 25.03.2015 - 3 A 1122/13

RID 15-02-368

juris
BBhV § 15 I 1

Leitsatz: Leistungen gesetzlicher Krankenkassen sind vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen im Sinne von § 15 Abs. 1 Satz 3 BBhV.

Bei der **Anzahl der beihilfefähigen Implantate** gem. § 15 Abs. 1 Satz 3 BBhV sind Implantate, die von gesetzlichen Krankenkassen finanziert wurden, zu berücksichtigen.

V. Verschiedenes

1. Europäischer Gerichtshof (EuGH)

a) Zollrechtliche Abgrenzung von Medizinprodukten

EuGH, Urteil v. 04.03.2015 - C-547/13

RID 15-02-369

juris
Verordnung (EWG) Nr. 2658/87

Die Kombinierte Nomenklatur in Anhang I der Verordnung (EWG) Nr. 2658/87 des Rates vom 23. Juli 1987 über die zolltarifliche und statistische Nomenklatur sowie den Gemeinsamen Zolltarif in den sich nacheinander aus der Verordnung (EG) Nr. 1214/2007 der Kommission vom 20. September 2007, der Verordnung (EG) Nr. 1031/2008 der Kommission vom 19. September 2008, der Verordnung (EG) Nr. 948/2009 der Kommission vom 30. September 2009, der Verordnung (EU) Nr. 861/2010 der Kommission vom 5. Oktober 2010 und der Verordnung (EU) Nr. 1006/2011 der Kommission vom 27. September 2011 ergebenden Fassungen ist dahin auszulegen, dass bei der Bestimmung, ob Waren wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehenden als **für medizinische Zwecke bestimmte Apparate, Geräte oder Instrumente** in die Position 9018 dieser Nomenklatur oder als Apparate oder **Geräte für Mechanotherapie** in deren Position 9019 anstatt als **elektrische Geräte mit eigener Funktion** in die Position 8543 der genannten Nomenklatur einzureihen sind, alle **relevanten Aspekte des konkreten Falles zu berücksichtigen** sind, soweit diese sich auf diesen Waren innewohnende objektive Merkmale und Eigenschaften beziehen. Als solche relevanten Aspekte sind die Verwendung, die der Hersteller für diese Waren vorgesehen hat, sowie die Art und Weise und der Ort ihrer Verwendung zu prüfen. **Dass Waren zur Behandlung einer oder verschiedener Krankheiten bestimmt sind und dass die Behandlung in einem zugelassenen Gesundheitszentrum und unter der Aufsicht eines Arztes erfolgen muss**, sind Indizien, mit denen nachgewiesen werden kann, dass diese Waren für **medizinische Zwecke** bestimmt sind. Andererseits sind der Umstand, dass **Waren in erster Linie ästhetische Verbesserungen** ermöglichen, und der Umstand, dass sie **außerhalb eines medizinischen Rahmens, beispielsweise in einem Schönheitssalon, und ohne die Handhabung durch einen Arzt** verwendet werden können, Indizien, mit denen widerlegt werden kann, dass diese Waren für medizinische Zwecke bestimmt sind. Die Abmessungen, das Gewicht und die verwendete Technologie stellen keine für die Einreihung von Waren wie der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden in die Position 9018 dieser Nomenklatur ausschlaggebenden Aspekte dar.

b) Mehrwertsteuer: Einfuhr von Zahnersatz durch Zahnärzte und Zahntechniker

EuGH, Urteil v. 26.02.2015 - C-144/13

RID 15-02-370

juris
Richtlinie 2006/112/EG

1. Art. 168 der Richtlinie 2006/112/EG des Rates vom 28. November 2006 über das gemeinsame **Mehrwertsteuersystem** in der durch die Richtlinie 2007/75/EG des Rates vom 20. Dezember 2007 geänderten Fassung ist dahin auszulegen, dass diese Vorschrift, wenn eine im nationalen Recht vorgesehene Befreiung mit der Richtlinie 2006/112 in der durch die Richtlinie 2007/75 geänderten

Fassung unvereinbar ist, es einem Steuerpflichtigen nicht erlaubt, sowohl von dieser Befreiung Gebrauch zu machen als auch das Abzugsrecht in Anspruch zu nehmen.

2. Die Art. 140 Buchst. a und b und 143 Abs. 1 Buchst. a der Richtlinie 2006/112 in der durch die Richtlinie 2007/75 geänderten Fassung sind dahin auszulegen, dass die nach diesen Vorschriften vorgesehene **Befreiung von der Mehrwertsteuer für den innergemeinschaftlichen Erwerb und die endgültige Einfuhr von Zahnersatz durch Zahnärzte und Zahntechniker** gilt, sofern der Mitgliedstaat der Lieferung oder der Einfuhr nicht von der in Art. 370 der Richtlinie 2006/112 in der durch die Richtlinie 2007/75 geänderten Fassung vorgesehenen Übergangsregelung Gebrauch gemacht hat.

3. Art. 140 Buchst. a und b der Richtlinie 2006/112 in der durch die Richtlinie 2007/75 geänderten Fassung ist dahin auszulegen, dass die in dieser Vorschrift vorgesehene Befreiung von der Mehrwertsteuer auch für den innergemeinschaftlichen Erwerb von **Zahnersatz gilt, der aus einem Mitgliedstaat stammt**, der von der Ausnahme- und Übergangsregelung von Art. 370 der Mehrwertsteuerrichtlinie Gebrauch gemacht hat.

c) Ausschluss Homosexueller von der Blutspende

EuGH, Urteil v. 29.04.2015 - C-528/13

RID 15-02-371

juris

Vorabentscheidungsersuchen nach Art. 267 AEUV, eingereicht vom Tribunal administratif de Strasbourg (Frankreich) mit Entscheidung v. 01.10.2013 in dem Verfahren

Geoffrey Léger gegen Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Établissement français du sang
Nr. 2.1 des Anhangs III der Richtlinie 2004/33/EG der Kommission vom 22. März 2004 zur Durchführung der Richtlinie 2002/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich bestimmter technischer Anforderungen für Blut und Blutbestandteile ist dahin auszulegen, dass das in dieser Bestimmung enthaltene **Kriterium für einen Ausschluss** von der Blutspende, nämlich das **Sexualverhalten**, den Fall erfasst, dass ein Mitgliedstaat im Hinblick auf die in diesem herrschende Situation eine dauerhafte Kontraindikation bei Blutspenden für Männer vorsieht, die sexuelle Beziehungen zu Männern hatten, wenn aufgrund der derzeitigen medizinischen, wissenschaftlichen und epidemiologischen Erkenntnisse und Daten feststeht, dass ein solches Sexualverhalten für diese Personen ein hohes **Übertragungsrisiko** für durch Blut übertragbare schwere Infektionskrankheiten birgt und dass es unter Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit keine wirksamen Techniken zum Nachweis dieser Infektionskrankheiten oder mangels solcher Techniken weniger belastende Methoden als eine solche Kontraindikation gibt, um ein hohes Gesundheitsschutzniveau der Empfänger sicherzustellen. Es ist Sache des nationalen Gerichts zu beurteilen, ob diese Voraussetzungen in dem betreffenden Mitgliedstaat erfüllt sind.

2. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)

a) Weitere Unterbringung in Psychiatrie: Fehlende Entbindung von der ärztl. Schweigepflicht

BVerfG, 2. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 22.01.2015 - 2 BvR 2049/13, 2 BvR 2445/14

RID 15-02-372

juris

GG Art. 2 II 2, 104 I; StGB §§ 63, 67d II; StPO §§ 454 I 2, 463 III 1

Befindet sich der Untergebrachte seit langer Zeit in ein und demselben psychiatrischen Krankenhaus, ist es in der Regel geboten, von Zeit zu Zeit einen **anstaatsfremden Sachverständigen** hinzuzuziehen, um der Gefahr repetitiver Routinebeurteilungen vorzubeugen und um auszuschließen, dass Belange der Anstalt oder die Beziehung zwischen Untergebrachtem und Therapeuten das Gutachten beeinflussen. Aus denselben Gründen kann es bei langdauernder Unterbringung weitergehend angezeigt sein, den Untergebrachten von einem solchen externen Sachverständigen begutachten zu lassen, der im Laufe des Vollstreckungsverfahrens noch überhaupt nicht mit dem Untergebrachten befasst war (vgl. BVerfGE 109, 133 <164>; BVerfGK 15, 287 <295 f.>; BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 04.03.2014 - 2 BvR 1020/13 - juris, Rn. 30).

Die Bezugnahme auf ein Sachverständigengutachten vom August 2010 reicht für die Erkenntnisse zu dem im Rahmen der anzustellenden Gefahrenprognose zu berücksichtigenden aktuellen

Vollzugsverhalten im Jahr 2014 nicht aus. Dem steht auch der Hinweis der Unterbringungseinrichtung auf die **fehlende Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht** nicht entgegen. Hierdurch kann der vollständige Verzicht auf eine Stellungnahme zum Unterbringungsverlauf nicht gerechtfertigt werden. Dabei mag dahinstehen, ob und inwieweit die ärztliche Schweigepflicht im Maßregelvollzug auch gegenüber den Vollstreckungsgerichten besteht. Selbst wenn grundsätzlich davon auszugehen ist, dass im Rahmen der Anhörung der Maßregelvollzugseinrichtung gemäß § 463 III 1 i.V.m. § 454 I 2 StPO die ärztliche Schweigepflicht zu beachten ist, hat das Vollstreckungsgericht der Maßregelvollzugseinrichtung jedenfalls eine substantiierte Stellungnahme zum Vollzugsverhalten des Unterbrachten insoweit abzuverlangen, wie dem die ärztliche Schweigepflicht nicht entgegensteht. Gegenständlich bezieht sich die **ärztliche Schweigepflicht** auf den **Schutz von Patientengeheimnissen**. Wer sich in ärztliche Behandlung begibt, muss und darf erwarten, dass alles, was der Arzt im Rahmen seiner Berufsausübung über seine gesundheitliche Verfassung erfährt, geheim bleibt und nicht zur Kenntnis Unberufener gelangt. Nur so kann zwischen Patient und Arzt jenes Vertrauen entstehen, das zu den Grundvoraussetzungen ärztlichen Wirkens zählt (vgl. BVerfGE 32, 373 <379 f.>; 44, 353 <372 f.>; BVerfGK 8, 183 <191>). Das allgemeine Persönlichkeitsrecht schützt daher grundsätzlich vor der Erhebung und Weitergabe von **Befunden über den Gesundheitszustand** (Anamnese, Diagnose und therapeutische Betreuung), die **seelische Verfassung** und den **Charakter des ärztlich Betreuten** (vgl. BVerfGK 8, 183 <190, 191> m.w.N.). Demgegenüber reicht der freiheitsentziehende Maßregelvollzug über die therapeutische Betreuung des Unterbrachten hinaus. Im Verlauf des Vollzugs ergeben sich Tatsachen, die im Rahmen der Wahrnehmung von Ordnungs- und Verwaltungsfunktionen auch für nicht mit therapeutischen Aufgaben betraute Dritte erkennbar sind. Dabei handelt es sich insbesondere um den Unterbringungsverlauf, das Vollzugs- und Sozialverhalten des Unterbrachten jenseits seiner therapeutischen Betreuung und den Umgang in Konfliktsituationen mit anderen Unterbrachten oder dem Betreuungspersonal. Da insoweit ein innerer Zusammenhang mit der ärztlichen Berufsausübung nicht besteht und schutzwürdiges Vertrauen auf eine Nichtweitergabe nicht entstehen kann, unterfallen derartige Tatsachen nicht der ärztlichen Schweigepflicht und sind im Rahmen einer Stellungnahme der Vollzugseinrichtung gemäß § 463 III 1 i.V.m. § 454 I 2 StPO mitzuteilen.

b) Wohnungsdurchsuchung: Anbau von Betäubungsmitteln zur ärztlich begleiteten Schmerztherapie

BVerfG, 2. Sen. 3. Ka, Beschluss v. 11.02.2015 - 2 BvR 1694/14

RID 15-02-373

juris

GG Art. 13 I, II

Eine Auseinandersetzung mit der Erforderlichkeit und Angemessenheit der Durchsuchung war nicht deshalb entbehrlich, weil die Gerichte zutreffend von einem **Anfangsverdacht** hinsichtlich des Anbaus von Betäubungsmitteln in einer Lagerhalle - mithin über den medizinisch indizierten Bedarf für den Eigengebrauch hinaus - ausgegangen sind und die Durchsuchung zur Erhärtung dieses Tatverdachts verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist. Angesichts der Besonderheiten des Falles hätte sich jedoch eine **Einschränkung des Durchsuchungsbeschlusses auf diesen Tatverdacht** belegende Beweismittel aufgedrängt. Denn zur weiteren Aufklärung des der Staatsanwaltschaft bereits seit geraumer Zeit selbst angezeigten **Anbaus von Betäubungsmitteln in der eigenen Wohnung zur ärztlich begleiteten Schmerztherapie** wären mildere Mittel wie eine Vernehmung von Zeugen oder - insbesondere - die Konfrontation des Beschwerdeführers mit den bisherigen Ermittlungen in Betracht gekommen. Dies gilt umso mehr, als Verdunkelungshandlungen eine medizinische Unterversorgung des Beschwerdeführers nach sich gezogen hätten und dieser sein Handeln gerade legalisieren lassen wollte.

Ein solcher Fall der Betäubungsmittelkriminalität lag hier jedoch ersichtlich nicht vor, nachdem der Beschwerdeführer selbst - offenkundig, um eine schnellstmögliche Klärung der Rechtslage herbeizuführen - angezeigt hatte, **Betäubungsmittel für seine ärztlich begleitete Schmerztherapie anzubauen**. Die Gerichte hätten in diesem atypischen Einzelfall die **gesundheitliche Situation** des Beschwerdeführers und sein Geständnis besonders würdigen und dann prüfen müssen, ob die Voraussetzungen einer Durchsuchungsanordnung hinsichtlich des Verdachts auf Anbau von Cannabis in einer Lagerhalle einerseits und hinsichtlich des bereits eingestandenen Eigenanbaus in der Wohnung zur ärztlich begleiteten Schmerztherapie andererseits gegeben waren.

3. Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)

a) E-Zigaretten

aa) Nikotinhaltige Liquids in E-Zigaretten unterfallen nicht Arzneimittelbegriff

BVerwG, Urteil v. 20.11.2014 - 3 C 25.13

RID 15-02-374

juris

AMG §§ 2 I Nr. 1, 69 I 1 u. 2 Nr. 1

Leitsatz: 1. **Nikotinhaltige Liquids**, die zum Verdampfen **in E-Zigaretten** bestimmt sind und die nicht als Mittel zur Heilung, Linderung oder Verhütung von Krankheiten bezeichnet oder vermarktet werden, sind **keine Arzneimittel** im Sinne von § 2 Abs. 1 AMG (wie Urteile vom selben Tag in den Parallelverfahren BVerwG 3 C 26.13 und BVerwG 3 C 27.13).

2. Die Einstufung eines Erzeugnisses als **Funktionsarzneimittel** im Sinne von § 2 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a AMG setzt voraus, dass es objektiv geeignet ist, zu therapeutischen Zwecken eingesetzt zu werden.

bb) Feststellungsklage/Arzneimittelbegriff/MedizinprodukteG

BVerwG, Urteil v. 20.11.2014 - 3 C 26.13

RID 15-02-375

juris

AMG §§ 2, 69 I 1 u. 2 Nr. 1; VwGO § 43 I

Leitsatz: 1. Besteht zwischen einem Hersteller von E-Zigaretten mit Sitz in einem anderen EU-Mitgliedstaat und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Streit über die rechtliche **Einstufung der Produkte**, liegt ein **feststellungsfähiges Rechtsverhältnis** im Sinne von § 43 Abs. 1 VwGO vor.

2. **Nikotinhaltige Liquids**, die zum Verdampfen in E-Zigaretten bestimmt sind und nicht als Mittel zur Heilung, Linderung oder Verhütung von Krankheiten bezeichnet oder vermarktet werden, sind **keine Arzneimittel** im Sinne von § 2 Abs. 1 AMG (wie Urteile vom selben Tag in den Parallelverfahren BVerwG 3 C 25.13 und BVerwG 3 C 27.13).

3. E-Zigaretten sind **keine Medizinprodukte** im Sinne des Medizinproduktegesetzes (wie Urteil vom selben Tag in dem Parallelverfahren BVerwG 3 C 27.13).

cc) Öffentliche Warnung eines Gesundheitsministeriums/Arzneimittelbegriff/MedizinprodukteG

BVerwG, Urteil v. 20.11.2014 - 3 C 27.13

RID 15-02-376

juris

AMG §§ 2, 69 I 1 u. 2 Nr. 1; GG Art. 12 I

Leitsatz: 1. Die **öffentliche Warnung eines Gesundheitsministeriums** vor dem Handel und Verkauf von E-Zigaretten und nikotinhaltigen Liquids unter Hinweis darauf, die Produkte unterfielen den arzneimittel- und medizinprodukterechtlichen Vorschriften, greift wegen ihrer verbotsähnlichen Wirkung in die unternehmerische Betätigungsfreiheit der Produkthersteller ein und bedarf daher gemäß Art. 12 Abs. 1 GG einer gesetzlichen **Ermächtigungsgrundlage**.

2. Die Aufgabe der Staatsleitung und die aus ihr abgeleitete Befugnis zu **staatlichem Informationshandeln** genügen in diesem Fall nicht als Ermächtigung.

3. **Nikotinhaltige Liquids**, die zum Verdampfen in E-Zigaretten bestimmt sind und die nicht als Mittel zur Heilung, Linderung oder Verhütung von Krankheiten bezeichnet oder vermarktet werden, sind **keine Arzneimittel** im Sinne von § 2 Abs. 1 AMG (wie Urteile vom selben Tag in den Parallelverfahren BVerwG 3 C 25.13 und BVerwG 3 C 26.13).

4. E-Zigaretten sind **keine Medizinprodukte** im Sinne des Medizinproduktegesetzes (wie Urteil vom selben Tag in dem Parallelverfahren BVerwG 3 C 26.13).

b) Nichtzulassungsbeschwerde: Unangemessen lange Verfahrensdauer kein Verfahrensmangel

BVerwG, Beschluss v. 26.11.2014 - 3 B 23/14

RID 15-02-377

juris
VwGO § 132 II Nr. 3

Leitsatz: Eine unangemessen **lange Verfahrensdauer** ist grundsätzlich kein **Verfahrensmangel** im Sinne des § 132 Abs. 2 Nr. 3 VwGO. Für die Verzögerung der Entscheidung ist in §§ 198 ff. GVG ein eigenständiges Verfahren vorgesehen, das ihre Geltendmachung im Nichtzulassungsbeschwerdeverfahren ausschließt. Ob etwas anderes gilt, wenn die Entscheidung auf der Verzögerung beruhen kann, bleibt offen.

4. Bundessozialgericht (BSG): Überlanges Gerichtsverfahren

a) Angemessene Vorbereitungs- und Bedenkzeit des Gerichts bis zu zwölf Monate je Instanz

BSG, Urteil v. 03.09.2014 - B 10 ÜG 2/13 R

RID 15-02-378

BSGE = SozR 4-1720 § 198 Nr. 3
GVG § 198

Leitsatz: 1. Ob ein Gerichtsverfahren unangemessen lange gedauert hat, bestimmt sich unter Berücksichtigung aller maßgeblichen **Umstände des Einzelfalls** und insbesondere der Prozessleitung des Ausgangsgerichts.

2. Bei der **Prozessleitung** verfügt das Ausgangsgericht über einen weiten Gestaltungsspielraum, den das Entschädigungsgericht allein unter dem Gesichtspunkt der ausreichenden Berücksichtigung des Anspruchs auf Rechtsschutz in angemessener Zeit überprüfen kann.

3. Von der Gesamtverfahrensdauer ist eine **angemessene Vorbereitungs- und Bedenkzeit des Gerichts** in Abzug zu bringen, selbst wenn sie nicht durch konkrete Verfahrensförderungsschritte begründet und gerechtfertigt werden kann. Diese Zeit beläuft sich auf bis zu zwölf Monate je Instanz vorbehaltlich besonderer Umstände des Einzelfalls.

4. Setzt das Ausgangsgericht das Verfahren förmlich aus und hebt den **Aussetzungsbeschluss** geraume Zeit später wieder auf, so kann es sich zur Rechtfertigung seiner fortdauernden Untätigkeit nicht mehr auf die Zustimmung des Klägers berufen, sondern unterliegt einer gesteigerten Prozessförderungspflicht

b) Unverzügliche Verzögerungsrüge in Altfällen

BSG, Urteil v. 03.09.2014 - B 10 ÜG 2/14 R

RID 15-02-379

juris = SozR 4-1720 § 198 Nr. 5
GVG § 198

Leitsatz: 1. Die Nichteinhaltung der **Wartefrist** vor Erhebung der Entschädigungsklage ist nicht heilbar (Anschluss an BGH Urteil vom 21.5.2014 - III ZR 355/13 = NJW 2014, 2443; BGH vom 17.7.2014 - III ZR 228/13 = NJW 2014, 2588; BFH vom 12.3.2013 - X S 12/13 (PKH) = BFH/NV 2013, 961).

2. Die Nichteinhaltung der Wartefrist ist im sozialgerichtlichen Entschädigungsverfahren während einer **Übergangszeit** bis zum 31.12.2014 unschädlich.

3. Die **Verzögerungsrüge** ist unverzüglich erhoben, wenn sie spätestens drei Monate nach Inkrafttreten des ÜGG beim Ausgangsgericht eingegangen ist (Fortsetzung von BSG vom 27.6.2013 - B 10 ÜG 9/13 B = SozR 4-1710 Art 23 Nr. 1; Anschluss an BGH vom 10.4.2014 - III ZR 335/13 = NJW 2014, 1967; BGH vom 17.7.2014 - III ZR 228/13 = NJW 2014, 2588; BFH vom 7.11.2013 - X K 13/12 = BFHE 243, 126).

4. Eine Entschädigungsregelung ist ab Rechtshängigkeit mit fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu **verzinsen**.

Die Kl. ist niedergelassene Ärztin, die an der **vertragsärztlichen Versorgung** teilnimmt. Als die KV Thüringen ihren Antrag auf **Fördermaßnahmen in unterversorgten Gebieten** ablehnte, erhob sie hiergegen im Juli 2008 Klage. Das klageabweisende Urteil des SG wurde den Beteiligten am 26.04.2013 zugestellt. Bereits am 11.07.2012 hatte die Kl. Klage auf Entschädigung wegen überlanger Verfahrensdauer i.H.v. 4700 € erhoben.

Das **LSG** hat festgestellt, dass das Verfahren vor dem SG zwar unangemessen lange gedauert habe, die Klage aber im Übrigen abgewiesen, weil die von der Kl. erst zweieinhalb Monate nach Inkrafttreten des ÜGG am 15.02.2012 erhobene Verzögerungsrüge nicht unverzüglich gewesen sei. Etwaige in einem frühen Stadium des Prozesses (2009) sinngemäß erhobene Verzögerungsrügen könnten für eine Entschädigungsklage nach dem ÜGG keine Wirkung mehr entfalten. Das **BSG** wies die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurück.

c) Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren/Angemessene Vorbereitungs- und Bedenkzeit

BSG, Urteil v. 03.09.2014 - B 10 ÜG 12/13 R

RID 15-02-380

juris = SozR 4-1720 § 198 Nr. 4
GVG § 198

Leitsatz: 1. Das **Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren** ist nicht Teil des Gerichtsverfahrens i.S. des Gesetzes über den Rechtsschutz bei überlangen Gerichtsverfahren (Anschluss an BVerwG vom 11.7.2013 - 5 C 23.12 D = BVerwGE 147, 146).

2. Von der Gesamtverfahrensdauer ist eine **angemessene Vorbereitungs- und Bedenkzeit** des Gerichts in Abzug zu bringen, selbst wenn sie nicht durch konkrete Verfahrensförderungsschritte begründet und gerechtfertigt werden kann. Diese Zeit beläuft sich **auf bis zu zwölf Monaten je Instanz** vorbehaltlich besonderer Umstände des Einzelfalls.

3. Bei Überlänge eines Gerichtsverfahrens kommt eine Kompensation eines **Nichtvermögensschadens** durch die gerichtliche Feststellung der Überlänge des Verfahrens nur ausnahmsweise in Betracht (vgl. BSG vom 21.2.2013 - B 10 ÜG 1/12 KL = BSGE 113, 75 = SozR 4-1720 § 198 Nr. 1).

d) Vorbereitungs- und Bedenkzeit des Gerichts bis zu zwölf Monate je Instanz

BSG, Urteil v. 03.09.2014 - B 10 ÜG 9/13 R

RID 15-02-381

SozR 4-1720 § 198 Nr. 6
GVG § 198

Leitsatz: 1. Bei der **Prozessleitung** verfügt das **Ausgangsgericht** über einen weiten Gestaltungsspielraum, den das Entschädigungsgericht allein unter dem Gesichtspunkt der ausreichenden Berücksichtigung des Anspruchs auf Rechtsschutz in angemessener Zeit überprüfen kann.

2. Von der **Gesamtverfahrensdauer** ist eine angemessene **Vorbereitungs- und Bedenkzeit des Gerichts** in Abzug zu bringen, selbst wenn sie nicht durch konkrete Verfahrensförderungsschritte begründet und gerechtfertigt werden kann. Diese Zeit beläuft sich **auf bis zu zwölf Monate je Instanz** vorbehaltlich besonderer Umstände des Einzelfalls.

3. Einer Klage auf **Grundsicherungsleistungen** für Arbeitsuchende kommt nicht allein deshalb nur untergeordnete Bedeutung zu, weil der Kläger für sein Begehren nicht auch um einstweiligen Rechtsschutz nachgesucht hat.

5. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Beschlussformel der Genehmigung einer Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme

BGH, Beschluss v. 14.01.2015 - XII ZB 470/14

RID 15-02-382

juris = NZFam 2015, 211 = NJW 2015, 1019
FamFG § 323 II

Leitsatz: Enthält bei der Genehmigung einer **Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme** oder bei deren Anordnung die **Beschlussformel** keine Angaben zur Durchführung und Dokumentation dieser Maßnahme in der Verantwortung eines Arztes, ist die Anordnung insgesamt gesetzeswidrig und wird der untergebrachte Betroffene in seinen Rechten verletzt (im Anschluss an Senatsbeschluss vom 4. Juni 2014, XII ZB 121/14, FamRZ 2014, 1358).

b) Exhumierung zur Feststellung der Vaterschaft

BGH, Beschluss v. 29.10.2014 - XII ZB 20/14

RID 15-02-383

juris = NJW 2014, 3786 = FamRZ 2015, 39 = MDR 2015, 34 = ZKJ 2015, 113 = GesR 2015, 186
FamG § 178 I; GG Art. 1 I, 2 I

Leitsatz: Das postmortale Persönlichkeitsrecht tritt im Falle einer für die **Feststellung der Vaterschaft** erforderlichen Untersuchung und damit einhergehenden **Exhumierung des Verstorbenen** regelmäßig hinter das Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung zurück.

6. Krankenhäuser

a) Nothelferanspruch

aa) Zuständiger Sozialhilfeträger/Eilfall/Umfang des Erstattungsanspruchs

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 25.08.2014 - L 20 SO 411/12

RID 15-02-384

Revision anhängig: BSG - B 8 SO 23/14 R -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = GesR 2015, 180
SGB V §§ 108 Nr. 3, 109; SGB XII §§ 25, 48, 52

Leitsatz: 1. Steht bei einer **stationären Notfallbehandlung** bereits bei Einsetzen der Hilfeleistung fest, wo der Hilfeempfänger seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat, so ist der dortige **Sozialhilfeträger** für Leistungen nach § 25 SGB XII gemäß § 98 Abs. 2 S. 1 SGB XII **örtlich zuständig**. Eine Zuständigkeit des Trägers am Ort des tatsächlichen Aufenthalts (also am Ort der Behandlung) nach § 98 Abs. 2 S. 3 Var. 3 SGB XII kommt nicht in Betracht.

2. Wird der zuständige Sozialhilfeträger von einer stationären Notfallbehandlung nicht unverzüglich nach Eintritt seiner Dienstbereitschaft informiert, obwohl sich nach den Umständen des Falles geradezu aufdrängt, dass für den Hilfeempfänger eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nicht besteht, so lässt dies den **Eilfall** nur ex nunc (ab Erreichbarkeit des Trägers), nicht aber ex tunc (ab Behandlungsaufnahme) entfallen.

3. Eine **zeitanteilige Aufteilung** bereits bei Behandlungsbeginn angefallener DRG-Fallpauschalen ist auch dann nicht vorzunehmen, wenn der Eilfall im Laufe der stationären Notfallbehandlung entfällt (anders erwogen von BSG, Urteil vom 23.08.2013 - B 8 SO 19/12 R - Rn. 29).

bb) Kein Nothelferanspruch bei Schutz der Allgemeinheit vor strafbaren Handlungen

SG Karlsruhe, Urteil v. 27.01.2015 - S 4 SO 4416/12

RID 15-02-385

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB I § 16; SGB IX § 14; SGB XII § 25

Ein **Eilfall** i.S.d. § 25 SGB XII setzt voraus, dass es sich, auch wenn es nicht nur um medizinische Leistungen geht, um Leistungen handeln, die dem Patienten nach dem SGB XII zugestanden hätten (vgl. BVerwGE 114, 298; LSG Nordrhein-Westfalen v. 28.01.2013 - L 20 SO 554/11 - juris). Dies ist nicht der Fall, wenn es sich um einen Schutz der Allgemeinheit vor strafbaren Handlungen handelt.

Ein Anspruch nach § 25 SGB XII scheidet auch ab dem Zeitpunkt aus, ab dem es dem Nothelfer möglich und zumutbar ist, den zuständigen **Sozialhilfeträger** über den Hilfefall zu **unterrichten** (LSG Nordrhein-Westfalen v. 27.02.2012 - L 20 SO 48/11 - juris; v. 13.09.2007 - L 9 SO 8/06 -; OVG Nordrhein-Westfalen v. 30.10.1997 - 8 A 5887/95 -; VGH Hessen v. 15.12.1992 - 9 UE 1694/87 - Rn. 23/24 m.w.N.).

b) Teilweise Herausnahme eines Plankrankenhauses aus dem Krankenhausplan

VG Minden, Urteil v. 20.02.2015 - 6 K 913/14

RID 15-02-386

juris
KHG § 8 I; VwVfG §§ 48 IV, 49; KHGestG NRW § 16 I

Leitsatz: 1. Unter der Geltung des Krankenhausplans NRW 2015 sind in Feststellungsbescheiden nach § 16 Abs. 1 KHGG NRW grundsätzlich keine **Teilgebiete** mehr auszuweisen.

2. Zur nicht mehr erfolgten Planausweisung eines Krankenhauses als **Geburtshilflich-neonatologischer Schwerpunkt** unter der Geltung des Krankenhausplans NRW 2015.
3. Auf die (teilweise) **Herausnahme eines Plankrankenhauses aus dem Krankenhausplan** finden die §§ 48 und 49 VwVfG NRW und damit auch die dortigen Regelungen über Bestands- bzw. Vertrauensschutz keine Anwendung.
4. Die Planaufnahme eines Krankenhauses als **Brustzentrum** unter Gewährung einer **Übergangsfrist** zur Erfüllung der „Rahmenbedingungen für eine Anerkennung als Brustzentrum“ verletzt das Krankenhaus nicht in seinen Rechten.
5. Der in einem Feststellungsbescheid enthaltene „Hinweis“, dass die Erbringung der Leistungsangebote vom Versorgungsauftrag der Einrichtung nur dann erfasst ist, wenn und soweit die diesbezüglichen qualitativen Vorgaben des Krankenhausplans NRW 2015 bei der Leistungserbringung erfüllt sind, ist keine rechtsbehelfsfähige Regelung.

c) Herausnahme einer Betriebsstätte eines Kooperativen Brustzentrums aus Krankenhausplan

VG Minden, Urteil v. 20.02.2015 - 6 K 912/14

RID 15-02-387

juris

KHGG NRW § 16 I; VwVfG §§ 48, 49

- Leitsatz:** 1. Unter der Geltung des Krankenhausplans NRW 2015 sind in Feststellungsbescheiden nach § 16 Abs. 1 KHGG NRW grundsätzlich keine **Teilgebiete** mehr auszuweisen.
2. Auf die (teilweise) **Herausnahme eines Plankrankenhauses aus dem Krankenhausplan** finden die §§ 48 und 49 VwVfG NRW und damit auch die dortigen Regelungen über Bestands- bzw. **Vertrauensschutz** keine Anwendung.
3. Zur Herausnahme eines Plankrankenhauses als **Brustzentrum** aus dem Krankenhausplan wegen jahrelanger Nichterfüllung der „Rahmenbedingungen für eine Anerkennung als Brustzentrum“.
4. Der in einem Feststellungsbescheid enthaltene „Hinweis“, dass die Erbringung der Leistungsangebote vom Versorgungsauftrag der Einrichtung nur dann erfasst ist, wenn und soweit die diesbezüglichen qualitativen Vorgaben des Krankenhausplans NRW 2015 bei der Leistungserbringung erfüllt sind, ist keine **rechtsbehelfsfähige Regelung**.

d) Keine Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nur für Diabetiker

OVG Niedersachsen, Urteil v. 15.04.2015 - 13 LB 91/14

RID 15-02-388

juris

KHG § 8

- Leitsatz:** 1. Es besteht keine Verpflichtung des Landes, bei der **Krankenhausplanung** den Bedarf für die Behandlung eines **speziellen Krankheitsbildes** zu ermitteln.
2. Das Angebot eines Krankenhauses, eine Abteilung auf dem **Fachgebiet der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (PSM)** ausschließlich für die Behandlung einer Begleiterkrankung einer speziellen Grunderkrankung auf dem Gebiet der Inneren Medizin anzubieten, ist im Hinblick auf den Bedarf auf dem Gebiet der PSM nicht bedarfsgerecht.

e) Erhöhter Bedarf: Burton-Hill-Formel (Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung)

VG Berlin, Urteil v. 25.02.2015 - 24 K 291.13

RID 15-02-389

juris

KHG §§ 1 I, 8 II; KHG Berlin §§ 6 I 4, 7 I

Ein Anspruch auf Feststellung der **Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan** mit einer bestimmten Zahl an Planbetten besteht nach der ständigen Rechtsprechung dann, wenn das Krankenhaus bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig ist und zur Deckung des nach der Bedarfsanalyse zu versorgenden Bedarfs kein anderes ebenfalls geeignetes Krankenhaus zur Verfügung steht (1. Entscheidungsstufe). Nur wenn das Krankenhaus bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig ist und ein zu versorgender Bedarf besteht, zu dessen Deckung mehrere geeignete

Krankenhäuser zur Verfügung stehen, entfällt der Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan, und an seine Stelle tritt ein Anspruch auf fehlerfreie Auswahlentscheidung (2. Entscheidungsstufe).

Ein evtl. **erhöhter Bedarf** kann mit der wissenschaftlich anerkannten **Burton-Hill-Formel** ermittelt werden, um aus den Bedarfsdeterminanten Bevölkerungsentwicklung, Fallzahlen, Verweildauer und Normauslastung eine Bettenmessziffer zu errechnen. Es ist sachgerecht, dass für die qualitative Gewichtung der Landespsychiatriebeirat als Fachgremium herangezogen wird. Dass im Bereich der **psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung** im Besonderen eine qualitative Gewichtung neben der rein rechnerischen Bedarfsberechnung nach der Burton-Hill-Formel angebracht ist, hat der Bekl. nachvollziehbar damit begründet, dass in diesem Bereich anders als in den meisten medizinischen Fachdisziplinen nicht nach Fallzahlen abgerechnet wird und daher die Aussagekraft der durchschnittlichen Verweildauer geringer ist.

Es fehlt an der **Leistungsfähigkeit** einer Klinik, wenn sie die erforderliche räumliche Ausstattung zur Deckung des geltend gemachten Bettenmehrbedarfs nicht hat.

f) Widerruf der Konzession einer Privatkrankenanstalt

VG München, Urteil v. 10.02.2015 - M 16 K 14.3028

RID 15-02-390

juris

GewO § 30; VwVfG § 49

Ein **Privatkrankenhaus** ist in Beziehung auf die Leitung bzw. Verwaltung ihrer Einrichtung als **unzuverlässig** anzusehen, wenn aufgrund ihres Verhaltens Tatsachen vorliegen, die darauf schließen lassen, dass sie ihr Gewerbe in Zukunft nicht ordnungsgemäß ausüben wird. Dies ist der Fall, wenn die Trägerin nicht willens oder in der Lage ist, sowohl die ihrer Genehmigung zugrundeliegenden **Auflagen** als auch den gesetzlichen **Hygieneanforderungen** hinreichend Rechnung zu tragen, da sie den diesbezüglich fortlaufenden Aufforderungen durch das Landratsamt, die für die Überprüfung des Betriebs hinsichtlich der Erfüllung der Auflagen und der Einhaltung der maßgeblichen Hygienevorschriften erforderlichen Auskünfte und Unterlagen bzw. Nachweise vorzulegen, im Wesentlichen nicht nachkommt.

g) Gewährung eines Zentrumszuschlags: Besonderer Versorgungsauftrag erforderlich

OVG Niedersachsen, Urteil v. 15.04.2015 - 13 LC 284/12

RID 15-02-391

Revision zugelassen

juris

SGB V § 109 II; KHEntgG §§ 2 II 2 Nr. 4, 5 II u. III, 8 I 3, 11, 13, 14 I; KHG §§ 1 I, 17b I 4, 18 V

Leitsatz: **Zuschläge** für besondere Leistungen von Zentren und Schwerpunkte - hier: eines Brustkrebszentrums - setzen einen **besonderen Versorgungsauftrag** voraus.

Eine **Krankenhausrahmenplanung**, wie sie in Niedersachsen bisher praktiziert wird, vermag für sich genommen einen solchen besonderen Versorgungsauftrag nicht zu begründen.

h) Ausgleichszahlungen für die Schließung eines insolventen Krankenhauses

OVG Niedersachsen, Urteil v. 11.02.2015 - 13 LC 107/14

RID 15-02-392

juris

KHG § 9 II Nr. 5; KHG Niedersachsen § 8 I

Leitsatz: 1. Die **Bewilligung von Ausgleichszahlungen** nach § 8 Abs. 1 NKHG dient der Förderung des (freiwilligen) Ausscheidens eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan und damit dem Abbau überflüssiger Krankenhauskapazitäten.

2. Dieser **Steuerungszweck** schließt einen Anspruch eines wirtschaftlich nicht überlebensfähigen oder gar insolventen Krankenhauses auf Gewährung von Ausgleichszahlungen aus.

i) Eilantrag gegen Versagung der Genehmigung eines Schiedsspruchs

VG Wiesbaden, Beschluss v. 18.02.2015 - 1 L 1545/14.WI

RID 15-02-393

juris

KHEntgG § 14; KHG §§ 18 V 3, 18a; VwGO §§ 80 V, 123 I

Leitsatz: 1. Der Antrag nach § 80 Abs. 5 S. 1 VwGO auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen die **Versagung der Genehmigung des Schiedsspruchs** gem. § 14 Abs. 1 KHEntgG ist unstatthaft.

2. Der auf **Genehmigung des Schiedsspruchs der Schiedsstelle** nach § 18a KHG gerichtete (Hilfs)Antrag ist zulässig, wegen unzulässiger Vorwegnahme der Hauptsache jedoch unbegründet.

7. Rettungsdienst/Krankentransport

a) Wettbewerbsrecht: Betreiben eines qualifizierten Krankentransports ohne Lizenz

OLG Bremen, Urteil v. 23.01.2015 - 2 U 114/12

RID 15-02-394

juris

UWG §§ 2 I Nr. 1, 3, 5 I Nr. 3, 8; SGB V § 69; HilfeG Bremen § 34 I

Leitsatz: 1. Die Durchführung der Krankenfahrt im gewerblichen **Krankentransport** stellt eine **geschäftliche Handlung** i.S.d. § 2 Abs. 1 Nr. 1 UWG dar.

2. Führt ein **Taxiunternehmer**, ohne Inhaber einer erforderliche Lizenz zum qualifizierten Krankentransport (hier nach § 34 Abs. 1 BremHilfeG) zu sein, einen solchen Krankentransport ohne eine ärztliche Anordnung durch, ist nicht § 69 SGB V einschlägig, sondern eine Prüfung unter **wettbewerbsrechtlichen Gesichtspunkten** möglich. Es fehlt dann an einer Handlung in Erfüllung des öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrages der Krankenkasse, auf die allein sich § 69 SGB V bezieht (siehe BGH, GRUR 2006, 517, 519, Tz. 23).

3. Die Bezeichnung „**Bremer Patientenfahrtdienst**“ führt bei dem Verkehr nicht zu einem dahingehenden Verständnis, dass sie den - erlaubnispflichtigen - qualifizierten Krankentransport in ihr Tätigkeitsgebiet mit einschließt.

b) Verweigerung eines absehbar über Dienstende hinausgehenden Krankentransportes

LAG Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss v. 18.12.2014 - 5 TaBV 7/14

RID 15-02-395

juris

BGB § 626; BetrVG § 103 II

Leitsatz: 1. Eine **Arbeitsverweigerung** ist grundsätzlich geeignet, einen Kündigungsgrund für eine außerordentliche Kündigung darzustellen.

2. Eine Pflicht zur **Ableistung von Überstunden** kommt dann in Betracht, wenn es hierzu eine auf das Arbeitsverhältnis anwendbare Vereinbarung gibt oder aber der Arbeitnehmer aus der Treuepflicht heraus zur Ableistung von Überstunden verpflichtet ist, weil sich der Arbeitgeber in einer Notlage befindet, der anders nicht begegnet werden kann.

3. Bei der Abwägung ist dem **Interesse des Arbeitgebers** an der schnellen Abarbeitung bestehender Aufgaben das **Interesse des Arbeitnehmers** an der Einhaltung der durch Arbeitsvertrag, Arbeitszeitgesetz und Schichtplangestaltung vorgegebenen Arbeitszeiten gegenüberzustellen. Es ist zu berücksichtigen, dass auch der Arbeitnehmer ein Interesse an einer vorhandenen, planbaren und störungsfreien Freizeit zur freien Gestaltung und Erholungszwecken hat.

4. Es ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, wenn ein **Rettungssanitäter** einen **wichtigen privaten Termin** eine halbe Stunde nach geplantem **Schichtende** vereinbart.

5. Wenn der **Arbeitgeber** im **Rettungsdienst** typischerweise mit Folgeaufträgen auch kurz vor Dienstende von Rettungssanitätern rechnen muss, dann ist dies der bekannte **betriebliche Normalfall**, auf den der Arbeitgeber mit entsprechender Organisation des Arbeitskräfteeinsatzes zu reagieren hat. Der Umstand, dass ständig ohne jedwede Planbarkeit Rettungseinsätze eingehen können, ist dem vom Arbeitgeber zu tragenden unternehmerischen Risiko zuzurechnen. Dieser bekannte fortlaufende Umstand ist nicht dadurch aufzulösen, dass die Arbeitnehmer sich eine gewisse Zeit nach ihrem

Arbeitszeitende weiterhin für den Arbeitgeber einplanen müssen. Anderenfalls wäre diese Zeit nicht mehr als Freizeit zu werten.

6. Droht der Landkreis als Träger des Rettungsdienstes dem Arbeitgeber mit der Auflösung des Vertrages über die Durchführung des Rettungsdienstes, falls ein **bestimmter Arbeitnehmer** wieder **im Rettungsdienst eingesetzt** werde, rechtfertigt dies keine Kündigung, wenn der Arbeitnehmer auch außerhalb des Rettungsdienstes beschäftigt werden kann.

c) Kein Betriebsübergang eines Rettungsdienstes nach Übernahme durch Landkreis

LAG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 26.11.2014 - 4 Sa 154/13

RID 15-02-396

Revision anhängig: BAG - 8 AZR 59/15 -

juris

BGB § 613a

Leitsatz: 1. Für den Betrieb eines Rettungsdienstes sind die sächlichen Betriebsmittel, insbesondere die Rettungsfahrzeuge, identitätsprägend (im Anschluss an BAG vom 10.05.2012 - 8 AZR 434/11 -).

2. Das gilt auch dann, wenn ein Landkreis den Rettungsdienst wieder selbst übernimmt.

Parallelverfahren:

LAG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 26.11.2014 - 4 Sa 157/13

RID 15-02-397

Revision anhängig: BAG - 8 AZR 54/15 -

juris

LAG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 26.11.2014 - 4 Sa 254/13

RID 15-02-398

Revision anhängig: BAG - 8 AZR 56/15 -

juris

LAG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 26.11.2014 - 4 Sa 523/12

RID 15-02-399

Revision anhängig: BAG - 8 AZR 55/15 -

juris

LAG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 26.11.2014 - 4 Sa 526/12

RID 15-02-400

Revision anhängig: BAG - 8 AZR 60/15 -

juris

LAG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 26.11.2014 - 4 Sa 238/13

RID 15-02-401

Revision anhängig: BAG - 8 AZR 58/15 -

juris

LAG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 26.11.2014 - 4 Sa 257/13

RID 15-02-402

Revision anhängig: BAG - 8 AZR 57/15 -

juris

8. Ambulanter Pflegedienst: Kündigung eines Versorgungsvertrags nach Falschabrechnung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 12.12.2014 - L 4 P 2949/12

RID 15-02-403

Nichtzulassungsbeschwerde durch BSG, Beschl. v. 22.04.2015 - B 3 P 1/15 B - zurückgewiesen.

juris

SGB XI § 74

Leitsatz: Zur **Kündigung** eines **Versorgungsvertrags** eines ambulanten Pflegediensts bei **Abrechnung nicht erbrachter Leistungen**.

9. Entziehung der Heilpraktiker-Erlaubnis für Psychotherapie wegen sittlicher Unzuverlässigkeit

VG Magdeburg, Beschluss v. 27.01.2015 - 3 A 1/14

RID 15-02-404

juris

1. HPG-DVO §§ 2 I lit. f, 7 I 1

Ein **Heilpraktiker** ist als **sittlich unzuverlässig** anzusehen, wenn er keine ausreichende Gewähr dafür bietet, dass er in Zukunft seinen Beruf ordnungsgemäß unter Beachtung aller in Betracht kommenden Vorschriften und Berufspflichten, insbesondere ohne Straftaten zu begehen, ausüben wird und sich dadurch Gefahren für die Allgemeinheit oder die von ihm behandelten Patienten ergeben. Diesbezüglich ist maßgeblich, dass er infolge seines Fehlverhaltens nicht mehr das für seine Berufsausübung erforderliche Vertrauen genießen kann. Für einen solchen Vertrauensverlust kann

auch die Überschreitung eines Vertrauensverhältnisses außerhalb der eigentlichen Berufsausübung als Heilpraktiker für Psychotherapie maßgeblich sein.

Sittliche Unzuverlässigkeit liegt nach einer Verurteilung wegen **sexuellen Missbrauchs eines Schutzbefohlenen** vor. Der Vertrauensmissbrauch eines Heilpraktikers gegenüber ihm überantworteten Personen ist auch in anderen beruflichen Vertrauensverhältnissen beachtlich.

Der noch im verwaltungsgerichtlichen Verfahren zutage getretene **Hang zu Selbstmitleid** des Kl., der die Aufgabe der Tätigkeit als Heilpraktiker für Psychotherapie nicht als Konsequenz seines Fehlverhaltens sieht, sondern als Zwang nach dem Beschluss des Gerichts im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes, und der auch die Ursachen für aufgelaufene Schulden in den „Gerichtskosten aus dem Strafprozess, den ungerechtfertigten Kosten des Verwaltungsamtes und den Gerichtskosten des Verwaltungsgerichts“ festmacht, lässt ebf. auf eine berufliche Unzuverlässigkeit schließen.

10. Tierärztliche Praxis nicht in der Rechtsform einer juristischen Person des privaten Rechts

OLG München, Beschluss v. 03.02.2015 - 31 Wx 12/14

RID 15-02-405

juris

HKG Bayern Art. 18 I 2, 51 I; GmbHG §§ 5a, 9c; GG Art. 12 I

Leitsatz: Eine Unternehmensgesellschaft (UG), deren Unternehmensgegenstand die **tierärztliche Behandlung** ist, kann im Freistaat Bayern nicht in das **Handelsregister** eingetragen werden.

11. Landesblindengeldgesetz: Bindung an die Statusentscheidung (Merkzeichen BI)

VG Mainz, Urteil v. 22.01.2015 - 1 K 671/14.MZ

RID 15-02-406

juris

BliGG Rheinland-Pfalz §§ 1 II, 10 II

Leitsatz: 1. Die Voraussetzungen für die Zuerkennung des **Merkzeichens BI** für blind gem. § 69 Abs. 1 SGB IX i.V.m. § 3 Abs. 1 Nr. 3 der Schwerbehindertenausweis-Verordnung i.V.m. § 72 Abs. 5 SGB XII stimmen mit den Voraussetzungen für die Annahme von **Blindheit** i.S.d. § 1 Abs. 2 LBlindenGG überein.

2. Bei identischen Voraussetzungen für die Annahme von Blindheit sind andere Behörden an die **Statusentscheidung der Integrationsämter** für die Annahme von Blindheit gebunden, die durch die Ausstellung eines entsprechenden Schwerbehindertenausweises dokumentiert wird.

3. Falls eine Behörde aufgrund neuerer Erkenntnisse nicht mehr von Blindheit der begünstigten Person ausgehen will, muss sie zunächst eine Änderung der entsprechenden Feststellung und des Schwerbehindertenausweises durch das Integrationsamt herbeiführen.

12. Vertrag über „esoterische Dienstleistung“

AG Bad Segeberg, Urteil v. 05.03.2015 - 17a C 87/14

RID 15-02-407

juris

ZPO §§ 286, 296a, 416, 592, 593, 595, 597; BGB §§ 138, 275 I, 306, 311a, 326, 611, 614, 781; GG Art. 2 I, 12 I

Leitsatz: 1. Macht die klagende Partei im Urkundenprozess einen Vergütungsanspruch aus einem Dienstvertrag geltend, sind das Zustandekommen eines Dienstvertrages sowie die Erbringung der Dienste die anspruchsbegründenden Tatsachen i.S. des § 592 ZPO.

2. Bei streitigen anspruchsbegründenden Tatsachen erfordert die Statthaftigkeit des Urkundenprozesses nicht nur die (theoretische) Beweisbarkeit der anspruchsbegründenden Tatsachen durch die vorgelegte Urkunde, sondern auch das Gelingen des (Voll-)Beweises. Ob die in einer Privaturkunde enthaltenen Angaben zutreffen, unterliegt dabei der freien tatrichterlichen Beweiswürdigung.

3. Bei einem Messegelände handelt es sich regelmäßig um eine „öffentlich zugängliche Verkehrsfläche“ i.S. des § 312 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BGB a.F. In der Regel wird es aber an einem „überraschenden Ansprechen“ fehlen, da der Verbraucher auf einer Messeveranstaltung mit Verkaufsgesprächen rechnen muss.

4. Vereinbaren die Parteien eine Leistung, die unter Einsatz übernatürlicher Kräfte und Fähigkeiten erbracht werden soll (hier: **Wiederherstellung und Harmonisierung der körpereigenen Energiefelder unter Zuhilfenahme von Energetik und Chakren**), ist die vertraglich übernommene

Dienstverpflichtung nicht deshalb unmöglich i.S. des § 275 Abs. 1 BGB, weil sie nach den Naturgesetzen oder nach dem Stand der Erkenntnis von Wissenschaft und Technik schlechthin nicht erbracht werden kann (entgegen BGH, Urteil vom 13. Januar 2011 - III ZR 87/10). Verabreden die Vertragspartner eine „esoterische Dienstleistung“ im beiderseitigen Bewusstsein darüber, dass die Geeignetheit und Tauglichkeit dieser Leistung zur Erreichung des gewünschten Erfolgs rational nicht erklärbar ist, soll der Dienstverpflichtete nach dem beiderseitigen Willen nur zu einem Tun verpflichtet sein, in der Hoffnung, sein Tun werde etwas bewirken.

5. Ein Vertrag über eine „esoterische Dienstleistung“ ist nicht deshalb **sittenwidrig**, weil der Dienstverpflichtete im Prozess nicht dartut, über eine hinreichende **Ausbildung** zur Vornahme der geschuldeten Dienste zu verfügen (entgegen AG Grevenbroich, Urteil vom 3. November 1997 - 11 C 232/97).

6. Ein Vertrag über eine „esoterische Dienstleistung“ ist aber dann wegen Sittenwidrigkeit gemäß § 138 Abs. 1 BGB nichtig, wenn der Vertrag unter **Ausnutzung der Leichtgläubigkeit** des Dienstberechtigten im Anschluss an eine Überrumpelungssituation (hier: Durchführung einer energetischen Behandlung vor einem größeren Publikum) aufgrund eines an sich nicht zu missbilligenden Gewinnstrebens zustande kommt.

13. Impfschadensrecht: Impfungen gegen Hepatitis A und B: Diabetes mellitus/Wahlfeststellung

SG Kassel, Urteil v. 24.09.2012 - S 6 VJ 24/06

RID 15-02-408

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 1 VE 37/12 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

IfSG §§ 2 Nr. 11, 60 I 1

Leitsatz: Die Grundsätze der **Wahlfeststellung** gelten auch im sozialen Entschädigungsrecht.

Wäre der geltend gemachte Anspruch bei Feststellung jeder von zwei erörterten Sachverhaltsvarianten (hier: **Erstmanifestation oder Exazerbation einer Autoimmunhepatitis durch eine Hepatitis-Impfung**) gegeben, so kann der Anspruch nicht mit dem Argument, der Schadenshergang stehe nicht fest, als unbegründet abgelehnt werden, wenn der Anspruch nach allen ernsthaft in Betracht kommenden Sachverhaltsvarianten gegeben ist

14. Anerkennung als Contergangeschädigte

a) Wahrscheinlichkeit gerade der Einwirkung von Thalidomid während der Embryonalentwicklung

VG Köln, Urteil v. 20.01.2015 - 7 K 1942/13

RID 15-02-409

juris

ContStiftG §§ 2, 12; ZPO §§ 115, 117, 121

Gemäß § 12 I 1 ContStiftG setzt die Gewährung von Leistungen voraus, dass Fehlbildungen vorliegen, die mit der Einnahme thalidomidhaltiger Präparate der Grünenthal GmbH, Aachen, durch die Mutter während der Schwangerschaft in Verbindung gebracht werden können. Auch wenn der Kreis der **Anspruchsberechtigten** weit gefasst ist, um zugunsten etwaiger Betroffener dem Umstand Rechnung zu tragen, dass eine über jeden Zweifel erhabene Kausalitätsfeststellung unmöglich ist, muss es jedoch **mit Wahrscheinlichkeit gerade die Einwirkung von Thalidomid** während der Embryonalentwicklung sein, die in ursächlichem Zusammenhang mit den Fehlbildungen steht. Würde es dagegen ausreichen, dass Thalidomid als theoretische Ursache für Fehlbildungen nicht auszuschließen ist, ließe sich der anspruchsberechtigte Personenkreis, der nach dem Willen des Gesetzgebers von Leistungen aus dem Stiftungsvermögen profitieren soll, nicht verlässlich eingrenzen.

Vgl. zuletzt OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 14.01.2015 - 16 E 435/13 - RID 15-01-285; zur Anspruchshöhe s. BVerwG, Urt. v. 19.06.2014 - 10 C 1.14 - RID 14-04-305; nach BSG, Urt. v. 04.03.2014 - B 1 KR 6/13 R - SozR 4-2500 § 28 Nr. 7 = NZS 2014, 541 = Die Leistungen Beilage 2014, 258 besteht kein Anspruch auf Zahnimplantatversorgung trotz Conterganschädigung.

Parallelverfahren:

VG Köln, Urteil v. 20.01.2015 - 7 K 7276/12

RID 15-02-410

juris

VG Köln, Urteil v. 24.02.2015 - 7 K 2187/13

RID 15-02-411

juris

VG Köln, Urteil v. 15.04.2015 - 7 K 1778/13

RID 15-02-412

juris

b) Keine charakteristischen thalidomidbedingten Fehlbildungen

VG Köln, Urteil v. 14.04.2015 - 7 K 4498/13

RID 15-02-413

juris

ContStifG §§ 2, 12; ZPO §§ 115, 117, 121

Gemäß § 12 I 1 ContStifG setzt die Gewährung von Leistungen voraus, dass mit Wahrscheinlichkeit gerade die Einwirkung von Thalidomid während der Embryonalentwicklung vorliegt. Weist der Anspruchsteller **keine charakteristischen thalidomidbedingten Fehlbildungen** auf, die nach § 12 I ContStifG einen Anspruch auf Leistungen nach dem ContStifG begründen können, dann besteht kein Anspruch.

15. Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

a) Behandlung bei nicht nach dem SGB V zugelassener Psychotherapeutin

LSG Hamburg, Beschluss v. 18.06.2014 - L 1 KR 52/14 B ER

RID 15-02-414

juris = Asylmagazin 2014, 359

SGB V § 264 I; AsylbLG §§ 4 I 1, 6 I; PsychThG

Es besteht **Behandlungsbedarf** bei einer **Asylbewerberin**, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer depressiven Störung leidet und die über einen Monat stationär behandelt wurde nach einem Suizidversuch und deren Situation durch den Umstand, dass sie alleinerziehende Mutter eines einjährigen Kindes ist, zugespitzt wird.

Übernimmt die Krankenkasse für Asylbewerber nach § 264 I SGB V die Krankenbehandlung, dann ist sie nicht der **Regelungssystematik** des SGB V, sondern der des **AsylbLG** unterworfen. Es trifft nicht zu, dass der Anspruch nicht weitergehen kann als der Anspruch eines Mitglieds der GKV. Vielmehr unterliegen beide Ansprüche unterschiedlichen Regelungssystematiken und zu der Systematik des AsylbLG gehört es grundsätzlich nicht, dass nur im Sachleistungsprinzip der GKV zugelassene **Therapeuten** in Anspruch genommen werden können.

Das LSG verpflichtete die Ag. unter Abänderung von **SG Hamburg**, Beschl. v. 08.05.2014 - S 2 KR 400/14 ER - im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. vorläufig die Kosten für eine Psychotherapie bei der Diplom-Psychologin Frau F.-O. für die Zeit bis zum 31.07.2014 zu übernehmen.

b) Psychotherapeutische Behandlung bei Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

SG Hamburg, Beschluss v. 12.12.2014 - S 21 KR 1399/14 ER

RID 15-02-415

www.sozialgerichtsbarkeit.de

AsylbLG §§ 4 I 1, 6 I; SGB V § 264; SGG § 86b II

Ein Asylbewerber, der unter einer andauernden **Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung**, einer **posttraumatischen Belastungsstörung** und unter einer sonstigen anhaltenden wahnhaften Störung leidet und bei dem eine schizophrene Psychose nicht sicher ausgeschlossen werden kann, leidet an einer akuten Erkrankung, die in Abgrenzung zu einer chronischen Erkrankung Hilfeleistung nach dem AsylbLG erfordert.

Der Umstand, dass eine **Psychotherapeutin** nicht im Sachleistungsprinzip der GKV zugelassen ist, steht dem Anspruch nach dem AsylbLG nicht entgegen, da dieser dem Regime des AsylbLG unterliegt (so bereits LSG Hamburg, Beschl. v. 18.06.2014 - L 1 KR 52/14 B ER - RID 15-02).

Das SG verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, für den Ast. vorläufig die Kosten für eine Psychotherapie bei der Diplom-Psychologin Frau H. längstens für die Zeit bis zum 12.05.2015 bis zur Höhe der Sätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen.

16. Sozialhilfe: Fahrkosten für die Wahrnehmung von Substitutionsbehandlungen

SG Detmold, Urteil v. 11.09.2014 - S 23 AS 1971/12

RID 15-02-416

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 7 AS 2024/14 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB II §§ 21 VI, 41 I 4*

Fahrkosten für die Wahrnehmung von **Substitutionsbehandlungen** stellen einen **besonderen Bedarf** dar, denn sie sind im Regelbedarf nicht enthalten.

17. Steuerrecht

a) Umsatzsteuerrecht

aa) BFH: Umsatzsteuerfreiheit privater Krankenhausbetreiber

BFH, Urteil v. 23.10.2014 - V R 20/14

RID 15-02-417

*juris = BFHE
UStG § 4 Nr. 14 Buchst. b S. 2; EGRL 112/2006 Art. 132 I Buchst. b; SGB V §§ 108, 109*

Leitsatz: Betreibt der Unternehmer eine **private Krankenanstalt**, kann er sich für die Steuerfreiheit auf Art. 132 Abs. 1 Buchst. b MwStSystRL gegenüber der aufgrund eines Bedarfsvorbehalts **unionsrechtswidrigen Regelung** in § 4 Nr. 14 Buchst. b Satz 2 Doppelbuchst. aa UStG i.V.m. §§ 108, 109 SGB V berufen.

bb) BFH: „Aufwandsentschädigungen“ für Mitwirkung der Patienten an Apothekenberatung

BFH, Beschluss v. 04.02.2015 - V B 147/14

RID 15-02-418

*juris = BFHE = DStR 2015, 756
UStG § 17*

Leitsatz: Die an Kassenpatienten von einer **Internet-Apotheke** gezahlten „Aufwandsentschädigungen“ für die Mitwirkung dieser Patienten an ihrer von der Apotheke berufsrechtlich geschuldeten Beratung mindert nicht die **Bemessungsgrundlage** der steuerpflichtigen Versandhandelsumsätze gegenüber den Privatpatienten.

cc) BFH: Umsatzsteuerbefreiung für mediz. indizierte fußpfleg. Leistungen durch Podologen

BFH, Urteil v. 01.10.2014 - XI R 13/14

RID 15-02-419

*juris
UStG § 4 Nr. 14 Buchst. c; PodG § 3*

Leitsatz: 1. Bei medizinisch indizierten **fußpflegerischen Leistungen** i.S. des § 3 PodG, die Podologen erbringen, handelt es sich um **umsatzsteuerfreie Heilbehandlungen**, während „selbstindizierte“ Behandlungen keine Heilbehandlungen sind.

2. Als Nachweis des therapeutischen Zwecks von Leistungen können nicht nur **ärztliche Verordnungen** in Form eines Kassen- oder Privatrezepts dienen, sondern auch **andere Unterlagen**, die zum therapeutischen Zweck eine vergleichbare Aussagekraft wie ärztliche Verordnungen haben und von Personen stammen, die zur Feststellung des therapeutischen Zwecks befähigt sind.

3. Der **Nachweis des therapeutischen Zwecks** einer Leistung muss grundsätzlich für jede Leistung gesondert erbracht werden.

dd) Umsatzsteuerpflicht einer KV-GmbH zur Unterstützung der Bereitschaftsdienstpraxen

FG Saarland, Gerichtsbescheid v. 18.11.2014 - 1 K 1480/12

RID 15-02-420

*juris
UStG § 2; Richtlinie 2006/112/EG*

Eine **Organschaft** nach § 2 II UStG kann nur dann bestehen, wenn und soweit der Organträger selbst unternehmerisch tätig ist. Für eine juristische Person des öffentlichen Rechts als Organträger ist hierfür erforderlich, dass sie steuerbare Außenumsätze erzielt; die Innenumsätze zur Organgesellschaft

reichen hierfür nicht aus. Eine juristische Person des öffentlichen Rechts ist nach § 2 III UStG grundsätzlich nur im Rahmen ihrer Betriebe gewerblicher Art bzw. ihrer land- und forstwirtschaftlichen Betriebe unternehmerisch tätig. Ein Nichtunternehmer kann nach § 2 UStG nicht Organträger in einer umsatzsteuerlichen Organschaft sein. Dies begegnet keinen europarechtlichen Bedenken.

Eine **von einer KV gegründete GmbH**, die im Wesentlichen nicht-ärztliches Personal (medizinische Fachangestellte bzw. Arzthelfer) einstellt und der KV für deren Verwendung in den **Bereitschaftsdienstpraxen** überlässt, ist umsatzsteuerpflichtig. Sie ist Unternehmerin i.S.v. § 2 I UStG, da sie selbstständig eine gewerbliche Tätigkeit ausführt. Die Unternehmereigenschaft entfällt auch nicht deswegen, wenn ein Organschaftsverhältnis mit der KV bestehen könnte.

Die Kl. ist eine GmbH, deren alleinige Gesellschafterin die beigel KV ist. Geschäftsführer der Kl. war seit Gründung B, welcher in den Streitjahren auch stellvertretender Geschäftsführer der Beigel., seit September 2011 auch deren Geschäftsführer ist. Zu den Aufgaben der Kl. gehört insb. die Beratung und Unterstützung von Mitgliedern der KV und über die Mitgliedschaft der Ärzte organisatorisch verbundener Einrichtungen bei Abschluss, Durchführung und Abwicklung von Verträgen mit Krankenkassen oder ihren Verbänden im Sinne des SGB V. Die Kl. unterhält kein eigenes Büro und hat keine eigenen Mitarbeiter für die Verwaltung. Tatsächlich beschränkt sich ihre Aufgabe im Wesentlichen darauf, das nicht-ärztliche Personal (medizinische Fachangestellte bzw. Arzthelfer) einzustellen und der KV für deren Verwendung in den Bereitschaftsdienstpraxen (BDP) zu überlassen. Die Arbeiten des überlassenen Personals liegen vornehmlich in der Abwicklung der organisatorischen Aufgaben in den BDP, wobei auch untergeordnete Heilbehandlungsmaßnahmen ausgeführt werden. Die der Kl. entstehenden Aufwendungen für Löhne und Sozialversicherungsbeiträge werden der KV weiter berechnet, die die Kosten auf die einzelnen BDP umlegt. Ihre Gemeinkosten deckt die Kl. durch eine Entgelterhebung je überlassenem Arbeitnehmer und Monat ab. Die Erstattung erfolgt durch die KV. Gegen die Umsatzsteuerbescheide für 2008 bis 2010 erhob die Kl. erfolglos die Klage.

ee) Steuerfreie Heilbehandlungsleistungen: Ästhetische Operationen/Regelbeweismaß

BFH, Urteil v. 04.12.2014 - V R 33/12

RID 15-02-421

juris = BFHE

UStG § 4 Nr. 14; EWGRL 388/77

Leitsatz: 1. **Ästhetische Operationen** und ästhetische Behandlungen sind nur dann als **Heilbehandlung** steuerfrei, wenn sie dazu dienen, Personen zu behandeln oder zu heilen, bei denen aufgrund einer Krankheit, Verletzung oder eines angeborenen körperlichen Mangels ein Eingriff ästhetischer Natur erforderlich ist.

2. Zum Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient ist es bei Überprüfung der Umsatzsteuerfreiheit von Heilbehandlungsleistungen erforderlich, das für richterliche Überzeugungsbildung gebotene **Regelbeweismaß** auf eine „größtmögliche Wahrscheinlichkeit“ zu verringern.

ff) Steuerfreie Heilbehandlungsleistungen: Ästhetische Operationen/Angaben zur Zielsetzung

BFH, Urteil v. 04.12.2014 - V R 16/12

RID 15-02-422

juris = BFHE

UStG § 4 Nr. 14; EWGRL 388/77

Leitsatz: 1. **Ästhetische Operationen** und ästhetische Behandlungen sind nur dann als Heilbehandlung steuerfrei, wenn sie dazu dienen, Personen zu behandeln oder zu heilen, bei denen aufgrund einer Krankheit, Verletzung oder eines angeborenen körperlichen Mangels ein Eingriff ästhetischer Natur erforderlich ist.

2. Zum Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient ist es bei Überprüfung der Umsatzsteuerfreiheit von Heilbehandlungsleistungen erforderlich, das für richterliche Überzeugungsbildung gebotene **Regelbeweismaß** auf eine "größtmögliche Wahrscheinlichkeit" zu verringern. Zugleich hat der Steuerpflichtige im gesteigerten Maß den ihn nach § 76 Abs. 1 Satz 2 FGO treffenden Mitwirkungspflichten nachzukommen. Dies erfordert detaillierte Angaben zu der mit dem jeweiligen Behandlungsfall verfolgten **therapeutischen oder prophylaktischen Zielsetzung**.

gg) Heileurythmie im Rahmen der Integrierten Versorgung als steuerfreie Tätigkeit

FG Niedersachsen, Urteil v. 23.10.2014 - 5 K 329/13

RID 15-02-423

juris
SGB V § 140a; UStG § 4 Nr. 14a

Leitsatz: Die Umsätze eines **Heileurythmisten** sind nach § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG steuerfrei, wenn der Leistungserbringer Mitglied des Bundesverbandes für Heileurythmie ist und der Bundesverband mit den Krankenkassen **Verträge zur Integrierten Versorgung** mit Anthroposophischer Medizin auf Grundlage des § 140a SGB V abgeschlossen hat.

hh) Kein ermäßigter Umsatzsteuersatz für die Lieferung von Sondennahrung

FG Münster, Urteil v. 05.03.2015 - 5 K 3876/11 U

RID 15-02-424

juris
UStG § 12 II Nr. 1

Der **ermäßigte Umsatzsteuersatz** für die Lieferung von **Sondennahrung** kann nicht gewährt werden. Nach neuerer Rechtsprechung des EuGH (Urt. v. 30.04.2014 - C-267/13 - Nutricia -, juris), der der Senat folgt, sind die streitbefangenen Sondennahrungsumsätze nicht als „Lebensmittelzubereitung“, sondern als Arzneiwaren im Sinne der Position 3004 KN einzuordnen. Für Arzneiwaren gibt es in Deutschland keine Umsatzsteuerermäßigung.

b) Einkommensteuerrecht

aa) Keine außergewöhnlichen Belastungen durch verbotene Eizellspende

FG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 11.02.2015 - 2 K 2323/12

RID 15-02-425

Revision anhängig: BFH - VI R 20/15 -
juris
EStG § 33 I; ESchG § 1

Leitsatz: Behandlungen, die nach dem **Embryonenschutzgesetz** in Deutschland verboten sind, können auch bei Vornahme im Ausland, wo diese Maßnahmen nicht rechtswidrig sind, nicht zu außergewöhnlichen Belastungen führen.

bb) Massageliege als Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens

FG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.01.2015 - 13 K 13073/14

RID 15-02-426

Revision zugelassen
juris
EStG § 33

Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens i.S. von § 33 I SGB V sind nach der Rechtsprechung des BFH nur solche technischen Hilfen, die getragen oder mit sich geführt werden können, um sich im jeweiligen Umfeld zu bewegen, zurechtzufinden und die elementaren Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu befriedigen (BFH, Urt. v. 06.02.2014 - VI R 61/12 - BStBl II 2014, 458 [Treppenlift] u. v. 29.03.2012 - VI R 21/11 - BStBl II 2012, 574 [Umbau eines Hauses] unter Bezugnahme auf die BSG-Rspr.). Unter Zugrundelegung dieser Grundsätze wäre im Streitfall kein qualifizierter Nachweis der Zwangsläufigkeit der Aufwendungen erforderlich. Bei der Massageliege handelt es sich nach den Angaben der Kl. und den Bestätigungen der Ärzte um ein medizinisches Hilfsmittel, da es dazu dient, Rückenbeschwerden zu lindern oder zu heilen. Dieser Rspr. folgt das Gericht nicht, da die **Definition des BFH** zum allgemeinen Gebrauchsgegenstand **zu eng gefasst** ist und nur Teilaspekte der einschlägigen BSG-Rspr. berücksichtigt.

Eine **Massageliege** kann sowohl von Gesunden als auch Kranken genutzt werden. Es handelt sich daher um einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 05.05.2015. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
Individueller Anpassungsfaktor (KV Saarland)	B 6 KA 28/14 R	Ist nach der Übergangsregelung, wie sie im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 vorgesehen ist, eine Bemessung des Honorarvolumens zulässig, die sich am Durchschnittsvolumen der Fachgruppe im Vorjahresquartal modifiziert durch einen individuellen Anpassungsfaktor orientiert?	LSG Saarland , Urt. v. 03.12.2013 - L 3 KA 5/11 -	14-04-18 Nzb
Fehlende Vorgaben des Bewertungsausschusses	B 6 KA 46/14 R	Zur Frage der Nichtigkeit einer im Quartal I/2005 gültigen Honorarverteilungsvereinbarung als öffentlich-rechtlicher Vertrag, wenn zwingend erforderliche Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht vorlagen.	LSG Hamburg , Urt. v. 05.11.2014 - L 5 KA 28/11 -	15-01-12
Individualbudgets: Wachstumsmöglichkeiten (Quartale III/04 bis I/05, KV Hamburg)	B 6 KA 4/15 R	Zur Frage, ob Honorarverteilungsregelungen für die Quartale III/2004 bis I/2005 unter Berücksichtigung der Vorgaben im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 deshalb gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verstoßen und damit rechtswidrig sind, weil sie unterdurchschnittlich kleinen Praxen keine ausreichende Möglichkeit bieten, den Durchschnitt der Fachgruppe zu erreichen.	LSG Hamburg , Urt. v. 03.12.2014 - L 5 KA 76/13 WA -	15-01-13
Quotierung von Laborleistungen	B 6 KA 33/14 R	Verstößt die Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes gegen höherrangiges Recht, wenn die für die Leistungen und Kostenerstattungen im Laborbereich nach den Vergütungen verfügbaren Mittel des Vergütungsvolumens quotiert werden?	SG Hamburg , Urt. v. 25.06.2014 - S 27 KA 151/11 -	14-04-11
Quotierung von laboranalytischen und humangenetischen Leistungen	B 6 KA 44/14 R	Verstößt die Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsvertrages, wonach laboranalytische Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä) sowie die übrigen kurativen Leistungen (hier: humangenetische Leistungen der DNA-Amplifikation nach Nr. 11321 EBM-Ä) quotiert werden, gegen die Vorgaben des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung vom 26.3.2010 bzw gegen höherrangiges Recht?	SG Dresden , Urt. v. 03.09.2014 - S 18 KA 167/11 -	15-01-12
Quotierung von Laborleistungen einer Laborgemeinschaft	B 6 KA 34/14 R	Ist eine Quotierung von Laborleistungen durch einen Honorarverteilungsmaßstab bei Laborgemeinschaften im Hinblick auf die Kostenerstattungsregelung des Abschn 32.2 Nr 1 S 2 EBM (juris: EBM-Ä 2008) zulässig?	SG Hamburg , Urt. v. 25.06.2014 - S 27 KA 152/11 -	14-04-10
	B 6 KA 11/15 R B 6 KA 12/15 R	Ist eine Quotierung von Laborleistungen durch einen Honorarverteilungsmaßstab bei Laborgemeinschaften im Hinblick auf die Kostenerstattungsregelung der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (juris: EBM-Ä 2008) zulässig?	SG Dresden , Urt. v. 21.01.2015 - S 18 KA 118/11 - - S 18 KA 180/11 -	15-02-9 15-02-10
Vergütung probatorischer Sitzungen	B 6 KA 13/14 R B 6 KA 16/14 R B 6 KA 17/14 R Termin: 25.03.2015	Verstoßen Regelungen zur Vergütung probatorischer Sitzungen unter den Bedingungen des Regelleistungsvolumens für die Quartale II/05 bis I/06 gegen höherrangiges Recht, soweit eine Quotierung des Regelleistungspunktwerts zu einem Punktwert von unter 2,56 Cent geführt hat oder soweit Honoraranteile für die Vergütung probatorischer Sitzungen innerhalb des Regelleistungsvolumens zur Finanzierung einer Ausgleichsregelung zur Vermeidung praxisbezogener Honorarverwerfungen herangezogen werden und der obere Regelleistungswert für diese Leistungen 2,56 Cent nicht übersteigt?	LSG Hessen , 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/Zugun-	B 6 KA 22/14 R Termin: 25.03.2015	Ist eine durch § 45 SGB 10 ausgeschlossene isolierte Korrektur eines Verwaltungsakts im Rahmen eines Zugunstenverfahrens zulässig?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 19.02.2014	14-03-1

stenverfahren			- L 7 KA 10/11 -	
Augenärzte: Kostenpauschale nach Nr. 40100 EBM	B 6 KA 39/14 R	Ist die Beschränkung der Abrechenbarkeit der Kostenpauschale nach Nr 40100 EBM (juris: EBM-Ä 2008) durch die Partner des Bundesmantelvertrags ab dem 1.4.2009, wonach diese in den Fällen nicht mehr angesetzt werden kann, in denen auch Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä 2008 (Allgemeinlabor) abgerechnet werden, rechtmäßig?	SG Düsseldorf , Urt. v. 12.02.2014 - S 14 KA 434/10 -	15-01-26
BEMA-Umstrukturierung 2004	B 6 KA 12/14 R Termin: 10.12.2014	Ist die Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen im BEMA-Z (juris: EBM-Z) ab dem 1.1.2004 rechtmäßig?	LSG Sachsen , Urt. v. 02.10.2013 - L 8 KA 13/10 -	14-01-12
Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen	B 6 KA 2/14 R Termin: 10.12.2014	Ist die Neubewertung kieferorthopädischer Leistungen im BEMA-Z (juris: EBM-Z) ab dem 1.1.2004 rechtmäßig?	SG Magdeburg , Urt. v. 17.07. 2013 - S 13 KA 109/09 -	14-01-13
Honoraransprüche gegen die K(Z)V nach „modifizierter“ Freigabe durch Insolvenzverwalter	B 6 KA 45/13 R Termin: 10.12.2014	Hat ein Vertrags(zahn)arzt, der seine künftigen Honoraransprüche im Voraus abgetreten hatte und über dessen Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet wurde, einen Anspruch auf Auszahlung des in der Zeit zwischen der Freigabe seiner vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit nach § 35 Abs 2 InsO und einem später ergangenen Beschluss des Insolvenzgerichts über die Unwirksamkeit der Freigabeerklärung bereits an den Insolvenzverwalter geleisteten Honorars?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 20.12.2012 - L 7 KA 51/11 -	14-01-10

Sachlich-rechnerische Berichtigung

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?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 17.06.2014 - L 4 KA 35/11 -	14-04-21
Psycholog. Psychotherapeuten: Abrechnung des Zuschlags an Samstagen (Nr. 01102 EBM)	B 6 KA 47/14 R	Ist der Ausschluss der psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von der Abrechnung der Gebührenordnungsposition 01102 EBM-Ä 2008 (Aufwandsersatzung für die Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 7:00 und 14:00 Uhr) verfassungswidrig?	LSG Hessen , Urt. v. 26.11.2014 - L 4 KA 3/13 -	15-01-25
Fortbildungsnachweis	B 6 KA 19/14 R Termin: 11.02.2015	Ist eine Honorarkürzung wegen nicht erbrachten Fortbildungsnachweises ausgeschlossen, wenn die Nachweiserbringung durch einen quartalsmittig zugelassenen Vertragszahnarzt zwar nach dem Stichtag, jedoch im stichtagsrelevanten Quartal nachgeholt wird?	SG Magdeburg , Urt. v. 25.09.2013 - S 13 KA 109/10 -	14-03-10
Nr. 01770 EBM 2009	B 6 KA 10/14 R Termin: 11.02.2015	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 Termin: 11.02.2015	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
Zuschlag für konservativ tätige Augenärzte (Nr. 06225 EBM)	B 6 KA 42/14 R	Verstößt die Beschränkung der Abrechenbarkeit der Gebührenordnungsposition 06225 EBM-Ä 2008 mit Beschluss des Bewertungsausschusses vom 31.8.2011 auf ausschließlich konservativ tätige Augenärzte gegen höherrangiges Recht?	SG Düsseldorf , Urt. v. 10.09.2014 - S 14 KA 79/13 -	15-01-23
Laborarzt: Anforderung der Laboratoriumsuntersuchung von Laborgemeinschaft	B 6 KA 27/14 R Termin: 13.05.2015	Haben auch Laborärzte die Möglichkeit Laborleistungen (Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen / Basislabor) nach § 25 Abs 3 S 1 BMV-Ä aus einer Laborgemeinschaft zu beziehen, deren Mitglied sie sind oder gilt diese Ausnahme vom Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung ausschließlich für Nicht-Laborärzte?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 19.12.2013 - L 7 KA 39/12 -	14-01-19 NZB

Kostenpauschale nach Nr. 40100 EBM: Rechtmäßige Einschränkung	B 6 KA 10/15 R	Ist die Beschränkung der Abrechenbarkeit der Kostenpauschale nach Nr 40100 EBM (juris: EBM-Ä 2008) durch die Partner des Bundesmantelvertrags ab dem 1.4.2009, wonach diese in den Fällen nicht mehr angesetzt werden kann, in denen auch Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä 2008 (Allgemeinlabor) abgerechnet werden, rechtmäßig?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 18.12.2014 - L 7 KA 22/13 -	15-02-39
Antrag einer Krankenkasse	B 6 KA 8/15 R	Verbleibt aufgrund der Neuregelung der Abrechnungsprüfung durch § 106a SGB 5 für die bundesmantelvertraglichen Vorschriften über den Ausgleich eines sog sonstigen Schadens noch ein Anwendungsbereich?	SG Dresden, Urt. v. 17.12.2014 - S 18 KA 101/13 -	15-02-25

Arzt-/Psychotherapeutenregister

Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst

Genehmigung einer Dialysepraxis nach § 6 III der Anl. 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä	B 6 KA 43/14 R	Ist ein Vertragsarzt oder eine Berufsausübungsgemeinschaft gegenüber der Erteilung einer Dialysegenehmigung durch eine Kassenärztliche Vereinigung drittanfechtungsberechtigt? Sind bei der Genehmigung einer Dialysepraxis nach § 6 Abs 3 der Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä durch eine Kassenärztliche Vereinigung auch Anzeichen für Versorgungsmängel in der bestehenden Dialysepraxis zu berücksichtigen?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 23.07.2014 - L 3 KA 33/12 -	15-01-28
Genehmigung zur Erbringung zytologischer Untersuchungen an weiterem Tätigkeitsort	B 6 KA 23/14 R Termin: 13.05.2015	Zur Frage der Versagung einer Abrechnungsgenehmigung für die Ausführung und Abrechnung der zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix-Uteri nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie im Hinblick auf den Ort der Leistungserbringung.	LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 14.01.2014 - L 4 KA 24/11 -	14-03-23
Weichstrahl- und Orthovolttherapie für Radiologen fachfremd (Nr. 25310 u. 25340 EBM)	B 6 KA 13/15 R	Sind Leistungen nach den Ziffern 25310 und 25340 EBM-Ä (juris: EBM-Ä 2008) für einen Facharzt für diagnostische Radiologie wegen Fachfremdheit nicht abrechnungsfähig?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.05.2014 - L 11 KA 36/11 -	15-02-45
Notdienst: Facharzt für Psychotherapeutische Medizin	B 6 KA 41/14 R	Ist ein seit Jahrzehnten in seinem Fachgebiet tätiger Facharzt für Psychotherapeutische Medizin zur persönlichen Teilnahme am Notfalldienst geeignet? Welche Folgerungen ergeben sich aus einer (ggf) fehlenden Eignung? Hat eine Vertreterbestellung durch den Arzt selbst oder durch die KÄV zu erfolgen?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 18.09.2013 - L 3 KA 119/11 -	15-01-33
Befreiung vom Notdienst: MKG-Chirurg	B 6 KA 7/15 R	Ist bei der Prüfung, ob die Wahrnehmung des Bereitschaftsdienstes durch einen Vertreter auf eigene Kosten zumutbar ist, bei einem zur vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie auch das Honorar aus der vertragszahnärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 18.12.2014 - L 7 KA 24/14 -	15-02-47

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Wahl der preisgünstigsten Bezugsquelle	B 6 KA 18/14 R Termin: 13.05.2015	Hat der Vertragsarzt im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots die preisgünstigste Bezugsquelle für die Verordnung von Arzneimitteln zu wählen? Liegt ein Ermessensfehler vor, wenn der Beschwerdeausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Festsetzung eines Arzneikostenregresses keinerlei Überlegungen im Hinblick auf eine Berücksichtigung des Arzneimittelherstellerrabatts angestellt hat?	LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 15.01.2014 - L 9 KA 5/12 -	14-02-58
Verpflichtung zur Einbringung monoklonaler Antikörper in Kochsalzlösung	B 6 KA 3/15 R	Verstößt ein Arzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, wenn er ein Arzneimittel als Rezeptur von der Apotheke anfordert, statt es in seiner Praxis (zB durch Einbringung in eine Kochsalzlösung) zur Anwendung am Patienten gebrauchsfertig zu machen?	LSG Bayern, Urt. v. 04.12.2013 - L 12 KA 98/12 -	14-02-59 NZB
Unterbrechung der	B 6 KA 45/14 R	Sind die in der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zur Anwendung einer	LSG Schleswig-Holstein,	15-01-35

Ausschlussfrist/Geltung der zweijährigen Ausschlussfrist		vierjährigen Ausschlussfrist für die Richtgrößenprüfung auch auf die nunmehr gesetzlich geregelte zweijährige Ausschlussfrist in § 106 Abs 2 S 2 SGB 5 in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.3.2007 (BGBl I 2007, 378) anzuwenden?	Urt. v. 07.10.2014 - L 4 KA 13/12 -	
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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 20.11.2013 - L 11 KA 49/13 -	14-02-56
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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 30.04.2014 - L 11 KA 16/12 -	14-03-34

Formatiert: Links

Zulassung und Ermächtigung

Weitere hälftige Zulassung in anderem K(Z)V-Bezirk	B 6 KA 11/14 R Termin: 11.02.2015	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?	LSG Sachsen , Urt. v. 02.10.2013 - L 8 KA 48/11 -	14-02-74
Keine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag bei Vollzeitbeschäftigung	B 6 KA 5/15 R	Steht einer Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag auch nach der Neufassung von § 20 Abs 1 S 1 Ärzte-ZV mit Wirkung vom 1.1.2012 durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22.12.2011 (BGBl I 2011, 2983) entgegen, dass der Arzt außerdem einer Beschäftigung nachgeht, die gemeinsam mit der vertragsärztlichen Tätigkeit zu wöchentlichen Arbeitszeiten von mehr als 52 Stunden führt?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 26.11.2014 - L 3 KA 127/11 -	15-01-47
Konkurrentenklage bei Vielzahl zu 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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 23.10.2013 - L 7 KA 16/13 - - L 7 KA 40/12 - - L 7 KA 28/13 -	14-03-39 14-03-40 14-03-41 Alle NZB
Fortführungsfähigkeit einer Praxis: Maßgeblicher Zeitpunkt	B 6 KA 9/15 R	Ist für die Existenz einer fortführungsfähigen Praxis auch dann auf den Zeitpunkt des Antrags auf Ausschreibung des Praxissitzes abzustellen, wenn zuvor bereits zwei Anträge auf Ausschreibung zurückgenommen wurden, obwohl Bewerbungen vorlagen?	LSG Bayern , Urt. v. 09.07.2014 - L 12 KA 57/13 -	14-03-43 NZB
Teil-Berufsausübungsgemeinschaft: Gemeinsame Berufsausübung	B 6 KA 24/14 R Termin: 25.03.2015	Ist das Merkmal der "einzelnen Leistung" in § 33 Abs 2 Ärzte-ZV dahingehend auszulegen, dass es der Annahme einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft (Teil-BAG) entgegensteht, wenn einer der beteiligten Ärzte sein gesamtes Leistungsspektrum in die Teil-BAG einbringt? Ist die (beabsichtigte) gemeinsame Behandlung von Patienten Voraussetzung für die Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft? Darf die Genehmigung einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft von der medizinischen Erforderlichkeit dieser Form der gemeinsamen Berufsausübung abhängig gemacht werden?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 20.11.2013 - L 5 KA 516/11 -	14-04-43 NZB
Verschiebung von MVZ-Arztstühlen in anderes MVZ	B 6 KA 38/14 R	Verstößt die Umwandlung einer angestellten Arztstelle in eine Zulassung allein mit dem Ziel, diese sofort wieder unter Verzicht auf die Zulassung in eine Angestelltenstelle in einem anderen Medizinischen Versorgungszentrum umzuwandeln, gegen höherrangiges Recht?	SG Hamburg , Urt. v. 27.08.2014 - S 27 KA 76/14 -	14-04-39
Genehmigung neuropädiatrischer Leistungen für Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung	B 6 KA 49/13 R Termin: 10.12.2014	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	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 17.06.2013 - L 5 KA 483/13 -	14-01-51 NZB

		Abrechnung nach dem EBM-Ä Kinderärzten mit Schwerpunktbezeichnung vorbehalten ist?		
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, Urt. v. 26.02.2014 - L 11 KA 70/13 -	14-03-50
Zulassungsentziehung MVZ: Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht am Praxissitz	B 6 KA 25/14 R Termin: 13.05.2015	Welche Anforderungen stellt § 19 Abs 3 Ärzte-ZV an die Aufnahme der Tätigkeit eines MVZ innerhalb von drei Monaten nach Erteilung der Zulassung? Zu den Voraussetzungen, unter denen eine Pflichtverletzung die Entziehung der Zulassung eines MVZ rechtfertigt.	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.11.2013 - L 5 KA 312/12 -	14-03-51 NZB
Überörtliche Teil-BAG: Unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte	B 6 KA 21/14 R Termin: 25.03.2015	Welche Anforderungen sind bei der Genehmigung einer überörtlichen diabetologischen Teilberufsausübungsgemeinschaft an den Begriff der einzelnen Leistungen iS von § 33 Abs 2 S 3 Ärzte-ZV zu stellen?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.02.2014 - L 11 KA 17/13 -	14-02-80
Zweigpraxis: minimale Verbesserung	B 6 KA 37/14 R	Reichen für die Ermächtigung zur vertragsärztlichen Tätigkeit in einer Zweigpraxis (hier: Facharzt für Nuklearmedizin) minimale für die Versicherten kaum spürbare Veränderungen hinsichtlich des Ausmaßes der Verbesserung der Versorgung aus?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 21.08.2014 - L 7 KA 27/13 -	15-01-53
Anfechtung einer Dialyseermächtigung	B 6 KA 40/14 R	Ist ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener oder auch ermächtigter Arzt bzw ein entsprechend berechtigtes MVZ befugt, die Erteilung einer auf Anl 9.1 § 11 Abs 3 BMV-Ä beruhenden Ermächtigung anzufechten?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.05.2014 - L 11 KA 99/12 -	14-04-46
Ermächtigung: Sozialpädiatrisches Zentrum: Überweiserkreis	B 6 KA 6/15 R	Darf die Ermächtigung eines Sozialpädiatrischen Zentrums gem § 119 SGB 5 mit einem sog Facharztfilter (Überweisungsfiler) versehen werden?	LSG Bayern, Urt. v. 15.10.2014 - L 12 KA 30/13 -	15-01-57

Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV

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?	SG Potsdam, 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 Termin: 25.03.2015	Erfüllt der Schiedsspruch einer Schiedsperson nach § 73b Abs 4a SGB 5 die Voraussetzungen eines Verwaltungsaktes nach § 31 S 1 SGB 10? Zur Frage der Darlegung von Verstößen gegen verfahrensrechtliche Grundsätze im Schiedsverfahren und zur Wirksamkeit eines durch Schiedsspruch festgelegten Vertrages über die hausarztzentrierte Versorgung.	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 18.12.2013 - L 5 KA 3838/12 -	14-02-87
Vergütung sozialpädiatrischer Zentren	B 6 KA 20/14 R Termin: 13.05.2015	Zum Umfang der Überprüfung der individuellen Leistungsfähigkeit eines Sozialpädiatrischen Zentrums durch die Schiedsstelle.	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.11.2013 - L 11 KA 71/13 KL -	14-02-89
Aufrechnung der Gesamtvergütung mit Richtgrößenregress	B 6 KA 15/15 R	Ist eine Krankenkasse berechtigt, den gegenüber einem einzelnen Vertragsarzt festgestellten Regress aus einer Richtgrößenprüfung von der Gesamtvergütung auch dann einzubehalten, wenn es der betreffenden Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr möglich ist, den auf sie übergegangenen Anspruch gegen den Vertragsarzt geltend zu machen und darf sie die von einer Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund	SG Potsdam, Urt. v. 18.02.2015 - S 1 KA 46/14 -	

		bundesmantelvertraglicher Bestimmungen angebotene Abtretungserklärung ablehnen?		
Einbehalt von Teilen der Gesamtvergütung (EKV-Z)	B 6 KA 14/15 R	Berechtigt § 17 Abs 1 S 5 EKV-Z zum endgültigen Einbehalt geltend gemachter Forderungen bei Versäumung der dort genannten Fristen?	LSG Hessen , Urt. v. 25.02.2015 - L 4 KA 73/13 -	15-02-71
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 Dragées) zur Behandlung von leichten bis mäßig starken Spasmen des Magen-Darm-Trakts sowie Behandlung spastischer Abdominalbeschwerden beim Reizdarmsyndrom in die Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie rechtmäßig?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 24.10.2012 - L 7 KA 1/10 KL -	13-02-68
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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 27.03.2013 - L 7 KA 44/10 KL -	13-03-61
Aufnahme in die OTC-Liste: Aufnahme homöopathischer Arzneimittel (Zeel comp N) für 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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 27.03.2013 - L 7 KA 45/10 KL -	13-03-62
GBA: Streichung aus der Liste der verordnungsfähigen Medizinprodukte	B 6 KA 14/14 R Termin: 13.05.2015	Rechtfertigt die bloße Neubewertung des im Zeitpunkt der Entscheidung vorliegenden Erkenntnismaterials zum medizinischen Nutzen eines Medizinproduktes (hier von Jacutin® Pedicul Fluid zur Bekämpfung von Kopfläusen) eine Aufhebung des bestandskräftigen Bescheides, mit dem dieses Medizinprodukt vom Gemeinsamen Bundesausschuss in die Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte aufgenommen worden war?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 29.01.2014 - L 7 KA 119/11 KL -	14-02-90
Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei Ausschusswahlen einer Vertreterversammlung	B 6 KA 4/14 R Termin: 11.02.2015	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				
Individualrabattvertrag mit dentaltechnischem Labor	B 6 KA 2/15 R (alt: B 3 KR 11/15 R)	Ist eine Krankenkasse berechtigt, einen Individualrabattvertrag mit einem dentaltechnischen Labor abzuschließen?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 25.11.2014 - L 4 KR 244/10 -	15-01-60

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 05.05.2015. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des jeweiligen Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Ärztliche Behandlung				
Kontinuierliche Glukosemessung	B 3 KR 5/14 R	Handelt es sich bei dem Continuous 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 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 erbgesunde Zellen aufzufinden und damit die Chance zur Geburt eines gesunden Kindes zu erhöhen?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 19.07.2013 - L 4 KR 4624/12 -	13-04-68
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				
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				
Arzneimittel				
Hilfsmittel/Heilmittel				
Schwenkbarer Autositz	B 3 KR 13/13 R Termin: 25.02.2015	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 NZZ
Silikon-Fingerprothese	B 3 KR 14/14 R	Kann eine Versicherte die Versorgung mit einer Silikon-Fingerprothese für den Zeigefinger der rechten Hand beanspruchen?	LSG Hessen , Urt. v. 24.01.2014 - L 8 KR 6/13 -	14-03-102 NZZ
Orthopädie-Schuhtechniker:	B 3 KR 21/14 R	Ist die Krankenkasse zur Kostenübernahme für orthopädisches Schuhwerk verpflichtet,	LSG Hamburg ,	14-03-98

Wahlfreiheit		wenn zwischen dem Versicherten und dem - nicht zum Kreis der Vertragswerkstätten gehörenden - Orthopädie-Schuhtechniker ein langjähriges Vertrauensverhältnis besteht?	Urt. v. 18.06.2014 - L 1 KR 83/13 -	NZB
Perücke für Mann	B 3 KR 3/14 R Termin: 22.04.2015	Fällt die Versorgung mit einer Perücke bei krankheitsbedingtem vollständigem Haarverlust bei Männern in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 20.02.2014 - L 5 KR 189/13 -	14-02-157

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen	B 3 KR 16/14 R Termin: 22.04.2015	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?	LSG Bayern , Urt. v. 12.03.2014 - L 4 KR 119/12 -	14-04-111
Häusliche Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe	B 3 KR 14/15 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 Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 17.12.2014 - L 4 KR 316/10 -	15-02-148

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?	LSG Nordrhein-Westfalen , 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?	LSG Bayern , Urt. v. 06.03.2014 - L 4 KR 58/12 -	14-04-118 NZB

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankenhauskosten

Kein Arbeitsverhältnis des Operators zum Krankenhaus	B 1 KR 12/15 R (alt: B 3 KR 22/14 R)	War ein Krankenhaus in der Zeit bis zum 31.12.2012 berechtigt, stationäre Leistungen durch einen nicht fest angestellten, als Honorarkraft tätigen niedergelassenen Vertragsarzt zu erbringen und gegenüber den Krankenkassen abzurechnen?	LSG Hessen , Urt. v. 16.05.2014 - L 1 KR 341/11 -	15-01-119 NZB
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?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 27.09.2012 - L 1 KR 383/11 -	13-04-92 NZB
Keine Vergütung orthopädischer Krankenhausleistungen im Fachgebiet Chirurgie	B 3 KR 1/13 R B 3 KR 3/13 R Termin: 27.11.2014	Umfasst der Versorgungsauftrag eines 2003 mit dem Fachgebiet Chirurgie in den Krankenhausplan des Landes Brandenburg aufgenommenen Krankenhauses aufgrund der Neufassung der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer seit 2005 auch orthopädische Eingriffe (hier: Implantation einer Knieendoprothese)?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 17.04.2012 - L 9 KR 354/10 - - L 9 KR 84/11 -	12-04-109 12-04-107 NZB
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 Krankenkasse nach Ablauf der Sechs-Wochenfrist des § 275 Abs 1c S 2 SGB 5 hiervon erfährt?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 27.11.2012 - L 4 KR 168/10 -	14-02-163
Notfallbehandlung nach telefonisch	B 1 KR 1/15 R (alt: B	Zur Auslegung des Notfallbegriffs bei stationärer Versorgung in einem Krankenhaus	LSG Niedersachsen-Bremen ,	13-03-161

abgesprochener Verlegung?	3 KR 9/13 R) Termin: 10.03.2015	außerhalb seines Versorgungsauftrags.	Urt. v. 18.07.2012 - L 4 KR 468/09 -	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 interku7/1rrente 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?	LSG Hamburg , Urt. v. 21.11.2013 - L 1 KR 158/11 -	14-01-89
Mitteilungspflicht auch für Leistungen zur medizinischen Frührehabilitation	B 1 KR 4/15 R (alt: B 3 KR 15/13 R) Termin: 10.03.2015	Fallen Leistungen zur Frührehabilitation iS des § 39 Abs 1 S 3 SGB 5 unter die medizinische Rehabilitation iS des § 301 Abs 1 S 1 Nr 8 SGB 5 und hindert die fehlende Mitteilung dieser Leistungen durch den Krankenhausträger den Eintritt der Fälligkeit von Vergütungsansprüchen gegenüber der Krankenkasse? Wie ist der Begriff fachärztliche Behandlungsleitung (OPS 8-550) auszulegen?	SG Magdeburg , Urt. v. 30.07.2013 - S 45 KR 89/11 WA -	14-01-121
Unzulässige Rechtsausübung bei vorprozessualer Auskunftsverweigerung	B 1 KR 10/15 R (alt: B 3 KR 13/14 R) Termin: 21.04.2015	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?	LSG Hessen , Urt. v. 22.05.2014 - L 8 KR 216/13 -	14-03-119
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?	LSG Hamburg , Urt. v. 20.02.2014 - L 1 KR 34/12 -	14-02-162
Überprüfung der Krankenhausabrechnung nach vier Jahren	B 1 KR 7/15 R (alt: B 3 KR 19/13 R) Termin: 21.04.2015	Kann eine Krankenkasse vier Jahre nach Bezahlung einer Krankenhausrechnung einen Erstattungsanspruch mit der Behauptung geltend machen, eine stationäre Krankenhausbehandlung sei weder medizinisch erforderlich gewesen noch tatsächlich erfolgt (hier: rehabilitative stationäre Behandlung)?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 10.10.2013 - L 16 KR 813/12 -	14-01-117
Abweichende Vereinbarung der Verjährungsfrist	B 1 KR 11/15 R (alt: B 3 KR 20/14 R) Termin: 21.04.2015	Kann durch eine Vereinbarung nach § 112 Abs 2 S 1 Nr 1 SGB 5 die Verjährungsfrist für Vergütungsforderungen der Krankenhäuser auf drei Jahre festgesetzt werden?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 13.06.2014 - L 1 KR 187/13 -	14-03-123 NZB
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?	SG Mainz , Urt. v. 04.06.2014 - S 3 KR 645/13 -	14-03-115
	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 1 KR 2/15 R (alt: B 3 KR 11/13 R) Termin: 10.03.2015	Muss die Krankenkasse die Kosten eines vom Krankenhaus verwendeten teuren Thrombozyten-Apheresekonzentrats übernehmen, wenn bei der OP auch die Gabe eines preiswerteren gepoolten Thrombozytenkonzentrats medizinisch ausreichend gewesen wäre, dieses aber bei der Blutbank gar nicht vorrätig gewesen ist?	LSG Saarland , Urt. v. 22.08.2012 - L 2 KR 39/09 -	13-03-154 NZB
Behandlungsfall und mehrere Krankenhausaufenthalte	B 1 KR 3/15 R (alt: B 3 KR 14/13 R) Termin: 10.03.2015	Zu den Voraussetzungen der Zusammenfassung mehrerer Krankenhausaufenthalte eines Versicherten zu einem Behandlungsfall.	LSG Hamburg , Urt. v. 04.07.2013 - L 1 KR 21/11 -	14-01-123

Fallzusammenführung bedingt Abrechnung mit nur einer Fallpauschale	B 1 KR 13/15 R	Ist die Verweildauer der Versicherten bei der Falldatenzusammenfassung und Neueinstufung in eine Fallpauschale nach § 3 Abs 3 Fallpauschalenvereinbarung 2009 (juris: KFPVbg 2009) um die Tage zu kürzen, in denen keine medizinische Behandlungsbedürftigkeit bestand?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 10.12.2014 - L 1 KR 330/13 -	15-01-124
Festlegung der Hauptdiagnose am Ende der Behandlung	B 1 KR 9/15 R (alt: B 3 KR 4/14 R)13 Termin: 21.04.2015	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
Voraussetzungen der Nebendiagnose D62 (akute Blutungsanämie)	B 1 KR 41/14 R	Rechtfertigt die bloße Bereitstellung von Blutkonserven auch nach Vornahme einer sog "Blutkreuzung" die Kodierung einer Nebendiagnose bezüglich der Diagnose D62 ICD-10 (akute Blutungsanämie)?	LSG Hessen , Urt. v. 30.10.2014 - L 8 KR 370/11 -	15-01-127
DRG-Fallpauschale G64A	B 1 KR 13/14 R	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 1 KR 8/15 R (alt: B 3 KR 20/13 R) Termin: 21.04.2015	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 1 KR 6/15 R (alt: B 3 KR 18/13 R) Termin: 21.04.2015	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
Prüfantrag durch Krankenkasse	B 3 KR 7/13 R Termin: 27.11.2014	Kann entgegen dem Wortlaut des § 275 Abs 1c S 2 SGB 5, wonach die Einleitung der Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse "durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen" ist, auch die Krankenkasse selbst die Anzeige fristwährend vornehmen?	LSG Hamburg , Urt. v. 31.01.2013 - L 1 KR 150/11 -	13-02-137
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
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
Arzneikosten ambulanter Behandlung bei anschließender stationärer Notfallaufnahme	B 3 KR 12/13 R Termin: 27.11.2014	Sind die Kosten für Arzneimittel, die im Rahmen einer ambulanten Behandlung durch einen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Krankenhausarzt verordnet und verabreicht wurden (hier: Chemotherapie) bereits von der Vergütung für eine unmittelbar anschließende, wegen Komplikationen notwendig gewordene stationäre Behandlung umfasst und daher nicht mehr gesondert abzugelten?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 06.06.2013 - L 5 KR 326/12 -	13-04-102

Ambulante Versorgung

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

Abschlagsfreiheit bei Patentschutz	B 3 KR 1/15 R (alt: B	Zur Auslegung des Begriffs "patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel" iS des § 130a	SG Berlin , Urt. v. 21.11.2012	13-01-162
------------------------------------	-----------------------	---	---------------------------------------	-----------

	1 KR 9/13 R)	Abs 3b S 1 SGB 5.	- S 208 KR 99/11 -	
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?	SG Aachen , Urt. v. 19.08.2014 - S 13 KR 396/13 - - S 13 KR 398/13 -	14-04-138 14-04-140
	B 3 KR 4/15 R (alt: B 1 KR 32/14 R) B 3 KR 5/15 R (alt: B 1 KR 33/14 R) B 3 KR 6/15 R (alt: B 1 KR 34/14 R) B 3 KR 7/15 R (alt: B 1 KR 38/14 R) B 3 KR 8/15 R (alt: B 1 KR 39/14 R) B 3 KR 9/15 R (alt: B 1 KR 40/14 R)	Hat die Krankenkasse auch dann einen Anspruch auf Gewährung eines Apothekerrabatts nach § 130 SGB 5, wenn sie nach Begleichung der Erstabrechnung innerhalb von 10 Tagen aufgrund einer Schiedsstellenentscheidung später Abrechnungskorrekturen zugunsten des Apothekers vornimmt?	SG Aachen , Urt. v. 19.08.2014 - S 13 KR 389/13 - - S 13 KR 391/13 - - S 13 KR 393/13 - - S 13 KR 401/13 - - S 13 KR 404/13 - - S 13 KR 385/13 -	14-04-143 14-04-142 14-04-141 14-04-139 14-04-145 14-04-144
Apothekenabschlag 2009 und fristgerechte Zahlung	B 3 KR 13/15 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?	SG Berlin , Urt. v. 10.11.2014 - S 81 KR 2981/13 -	15-01-134
Apothekenwahlrecht und Vergütungsanspruch der Apotheke der Wahl	B 3 KR 16/15 R	Besteht das Apothekenwahlrecht der Versicherten gemäß § 31 Abs 1 S 5 SGB 5 und ein entsprechender Vergütungsanspruch einer Apotheke, wenn Krankenkassen auf Landesebene mit anderen Apotheken Verträge gem § 129 Abs 5 S 3 SGB 5 zur Versorgung mit parenteralen Zubereitungen in der Onkologie abgeschlossen haben?	SG Darmstadt , Urt. v. 29.08.2014 - S 13 KR 344/14 -	14-04-135
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?	LSG Bayern , Urt. v. 11.12.2012 - L 4 KR 70/08	14-03-131 NZN
Auskunftsanspruch einer Orthopädietechniker-Innung über Verträge	B 3 KR 2/14 R Termin: 22.04.2015	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?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 09.01.2014 - L 5 KR 319/12 -	14-01-139
Schiedsverfahren Heilmittelerbringer	B 3 KR 2/15 R (alt: B 1 KR 10/13 R)	Können im Fall der Nichteinigung die Durchführung eines Schiedsverfahrens nicht nur "der zuständige Berufsverband", sondern auch die einzelnen Leistungserbringer oder doch jedenfalls die in § 125 Abs 2 S 1 neben den Verbänden und den einzelnen Leistungserbringern genannten "sonstigen Zusammenschlüsse" der Leistungsbringer verlangen?	LSG Hamburg , Urt. v. 01.03.2012 - L 1 KR 18/10 -	12-02-180 NZN
Erstattung: Häusliche Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe	B 3 KR 10/14 R B 3 KR 11/14 R Termin: 25.02.2015	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
Auswahl der Schiedsperson	B 3 KR 6/13 R	Zur Frage, wann sich ein auf die Bestimmung einer Schiedsperson nach § 132a Abs 2 S 7	LSG Berlin-Brandenburg ,	13-03-172

(Häusliche Krankenpflege)	Termin: 27.11.2014	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.	Urt. v. 16.11.2012 - L 1 KR 341/11 -	
Häusliche Krankenpflege: Frist zur Vorlegung der Verordnung	B 3 KR 17/15 R	Richtet sich der Zahlungsanspruch eines ambulanten Pflegedienstes zur Erbringung häuslicher Krankenpflege allein nach der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinie), so dass ein Anspruch ausgeschlossen ist, wenn die dort enthaltenen Voraussetzungen nicht vorliegen?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 12.06.2014 - L 5 KR 98/12 -	15-02-179 NZZ
Unmittelbarer Vergütungsanspruch aus HKPRL auch bei fehlenden Vertragsbeziehungen	B 3 KR 18/15 R	Setzt der Vergütungsanspruch eines Pflegeunternehmens zwingend einen Vertrag zwischen diesem und der beklagten Krankenkasse nach § 132a Abs 2 SGB 5 voraus und muss die medizinische Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege erwiesen sein?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 11.02.2015 - L 9 KR 283/12	15-02-180
Krankentransportunternehmer: Klagebefugnis bei Kassenäußerung zur Vorabgenehmigungspflicht	B 3 KR 19/15 R	Ist eine Klage von Krankentransportunternehmen auf Unterlassung von Äußerungen einer Krankenkasse zu den Voraussetzungen eines Leistungsanspruchs der Versicherten (hier: § 60 Abs 2 S 1 Nr 3 SGB 5) zulässig?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 26.02.2014 - L 9 KR 313/11 -	14-03-136 NZZ
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?	LSG Hessen , Urt. v. 26.09.2013 - L 1 KR 50/13 -	13-04-116
Ruhen des Anspruchs auf Leistungen bei Beitragsrückstand und Wechsel der Krankenkasse	B 1 KR 16/15 R	Kann nach Krankenkassenwechsel die aufnehmende Krankenkasse dem Versicherten entgegenhalten, sein Anspruch auf Leistungen ruhe, weil bereits die abgebende Krankenkasse ihm gegenüber das Ruhen des Anspruches wegen Beitragsrückstand festgestellt habe?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 27.05.2014 - L 11 KR 1169/13 -	14-03-145 NZZ
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?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 09.07.2014 - L 11 KR 5691/11 -	14-04-150 NZZ
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
Zuständigkeit der Aufsichtsbehörde bei Öffnung der Krankenkasse in viertem Bundesland	B 1 A 10/13 R (alt: B 1 KR 22/13 R) Termin: 10.03.2015	Richtet sich die aufsichtsrechtliche Einstufung einer IKK als landesunmittelbar oder bundesunmittelbar nach der jeweiligen aktuellen Situation, wobei ausschlaggebend für die Bewertung der Zuständigkeit einer geöffneten IKK das tatsächliche Vorhandensein von betreuten Betrieben – einschließlich unselbstständiger Betriebsteile – in mehr als drei Bundesländern ist?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 27.06.2013 - L 5 KR 14/11 KL -	13-04-114
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 Aufwendungsersatz 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
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Behinderte durch Rentenversicherungsträger	B 1 KR 7/13 R Abgabe an 13. Senat: B 13 R 12/14 R	Sind die persönlichen Anspruchsvoraussetzungen des § 10 SGB 6 zur Bewilligung von Rehabilitationsleistungen durch (erwerbsunfähige) Behinderte, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen nach § 1 S 1 Nr 2 Buchst a SGB 6 versicherungspflichtig beschäftigt sind, erfüllt?	LSG Bayern , Urt. v. 04.12.2012 - L 4 KR 235/10 -	13-02-146
Erstattung von Krankengeld	B 1 KR 23/13 R (alt:	Ist die Bundesagentur für Arbeit gem §§ 102 ff SGB 10 verpflichtet, der Krankenkasse	SG München ,	juris

	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	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?	Urt. v. 13.04.2012 - S 36 AL 1154/09 -	
Erstattungsstreit mit BG: Ausschlussfrist/Entscheidung über Erstattung von Zuzahlungen	B 1 KR 14/15 R	Hängt der Beginn des Laufs der Ausschlussfrist nach § 111 S 2 SGB 10 davon ab, dass eine erstattungspflichtige Berufsgenossenschaft über die Erstattung von Zuzahlungen an den Versicherten entschieden hat oder entscheiden müsste, nachdem dieser von der erstattungsberechtigten Krankenkasse sich im Erstattungsstreit befindende zuzahlungspflichtige Leistungen erhalten hatte?	SG Mannheim , Urt. v. 07.10.2014 - S 3 KR 1132/14 -	15-02-185

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 NZZ
Mindestmenge für die Behandlung sehr geringgewichtiger Früh- und Neugeborener	B 1 KR 15/15 R	Ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, für Perinatalzentren des Levels 1 eine jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus von 14 Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von < 1250g vorzusehen, rechtmäßig?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 16.01.2015 - L 1 KR 258/12 KL -	15-02-188

Sonstiges

Pflicht zum Leistungsantrag: Entfallen der aufschiebende Wirkung von Rechtsbehelfen	B 1 KR 31/13 R B 1 KR 32/13 R Termin: 16.12.2014	Entfällt die aufschiebende Wirkung von Widerspruch, Klage, Berufung, Nichtzulassungsbeschwerde bei Aufforderungen zum Rehabilitationsantrag im Rahmen des § 51 SGB 5 ex tunc oder ex nunc ab Rechtskraft der letztinstanzlichen Entscheidung?	LSG Baden-Württemberg , Urt. 31.01.2013 - L 5 KR 4702/11 -; v. 27.05.2013 - L 5 KR 547/13 -	14-01-111 14-01-112
Leistungen des Bildungs- und Teilhhabepaktes im Jahr 2012	B 1 AS 1/14 KL Termin: 10.03.2015	Hat der Bund einen aufrechenbaren Anspruch auf Erstattung der Mittel, die er Ländern für Leistungen des Bildungs- und Teilhabepaktes im Jahr 2012 gezahlt hat, soweit sie die Mittel nicht hierfür verwendet haben?		
Landwirtschaftliche Krankenkasse: Erbringung von Betriebshilfe an KG	B 3 KR 15/15 R	Ist die landwirtschaftliche Krankenkasse gegenüber einem Landwirt zur Betriebshilfe für einen Viehhaltungsbetrieb verpflichtet, wenn dieser neben einem auf Bodenbewirtschaftung beruhenden Einzelunternehmen aus steuerlichen Gründen als Kommanditgesellschaft geführt wird?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 17.12.2014 - L 4 KR 296/11 -	15-02-190