

Rechtsprechungsinformationsdienst 16-04

| | |
|---|-----------|
| REDAKTION | 9 |
| EDITORISCHE HINWEISE | 9 |
| A. VERTRAGSARZTRECHT | 10 |
| I. Honorarverteilung | 10 |
| 1. Regelleistungsvolumen | 10 |
| a) Einbeziehung nephrologischer Leistungen in Regelleistungsvolumen rechtmäßig (ab Quartal III/10) | 10 |
| b) Keine Praxisbesonderheit wegen besonderen Betreuungsaufwands bei Tumorbehandlungen (I/09) | 10 |
| c) Aufbaupraxisprivileg und MVZ: Gründungszeitpunkt maßgeblich | 11 |
| d) Weiterwirken als Aufbaupraxis nach Einbringen des Sitzes in MVZ | 11 |
| e) Keine Sonderregelung für RLV aufgrund nicht RLV-relevanter Leistungen | 12 |
| 2. Quotierung des genetischen Labors nach Vorgaben der KBV (Quartale III und IV/15) | 12 |
| 3. Keine Verpflichtung der KV zur Nachvergütung psychotherapeutischer Leistungen seit 2013 | 12 |
| 4. Psychotherapeutenvergütung 2007/2008 rechtmäßig | 13 |
| 5. Diagnoseangabe verpflichtend/Psychotherapeutenvergütung (Quartal II/12) nicht zu beanstanden | 13 |
| 6. Nachträgliche Korrektur der Abrechnung durch Vertragsarzt | 13 |
| 7. Honorarabzug wegen verspäteter Abrechnung: Keine grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache | 14 |
| II. Sachlich-rechnerische Berichtigung | 14 |
| 1. Antrag einer Krankenkasse/ Antragsfrist/Nr. 03212 EBM (Chronikerpauschale) | 14 |
| 2. Plausibilitätsprüfung: Angestellte Ärzte mit voller Quartalsstundenzahl | 15 |
| 3. Job-Sharing: Abänderung einer Honorarberichtigung/RLV-Erhöhung/Durchschnittlicher Punktwert | 15 |
| 4. Gegenleistung für Laborüberweisung/Berichtigung nach Ablauf der Ausschlussfrist | 16 |
| 5. Keine Ergänzung der vorausgesetzten Leistungsbegründung außerhalb der Abrechnungsfristen | 16 |
| 6. Keine Abrechenbarkeit belegärztlicher Leistungen über Umfang der Anerkennung | 16 |
| 7. Ermächtigung: Mitarbeit anderer Krankenhausärzte/Persönliche Leistungserbringung bei Augenärzten | 16 |
| 8. Abrechnung einer „Kombinationsnarkose mit Maske“ nach Nr. 31822 EBM (Katarakt-Operation) | 17 |
| 9. Einhaltung der Grenzen einer Notfall-Erstversorgung (Röntgen, Labor, Ultraschalldiagnostik) | 17 |
| 10. Untersuchungsleistungen an potentiellen Spendern | 17 |
| 11. Einmalpolypektomieschlingen | 18 |
| III. Genehmigung/Zweigpraxis/Notdienst | 18 |
| 1. Zweigpraxis | 18 |
| a) Verlängerung einer Dialysezweigpraxisgenehmigung/Drittanfechtung | 18 |
| b) Anfechtungsbefugnis: Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte zur Dialysebehandlung | 19 |
| c) Keine Wettbewerbsansprüche von Nephrologen wegen Nebenbetriebsstätte | 19 |
| 2. Ambulante Dialyseleistungen | 19 |
| a) Versorgungsauftrag für Dialyse nach Aufkündigung einer Kooperation | 19 |
| b) Drittanfechtung eines Versorgungsauftrags zur Dialyse | 20 |
| 3. Notdienst | 20 |
| a) Befreiungsgrund: Besondere familiäre Pflichten/Kooperationsvertrag mit Krankenhaus | 20 |
| b) Nachweispflicht für die Befreiung aus gesundheitlichen Gründen | 20 |
| c) Befreiung vom Notdienst aus Krankheitsgründen | 21 |
| IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz | 21 |
| 1. Zufälligkeitsprüfung: Vorrang der Einzelfallprüfung | 22 |
| 2. Weniger als 100 Behandlungsfälle bei einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung | 22 |
| 3. Wirtschaftlichkeitsprüfung bei besonderen Versorgungsformen | 22 |
| 4. Wirtschaftlichkeitsprüfung und patientenbezogene Plausibilitätsprüfung | 23 |
| 5. Rückübertragung bzw. „Abtretung“ nach § 52 II 3 BMV-Ä | 23 |
| 6. Arzneikosten | 24 |
| a) Wirtschaftlichkeitsprüfung von Grippeimpfstoffen | 24 |
| b) Sog. Fiktive Zulassung und noch laufendes Zulassungsverfahren: Myoson direct | 24 |
| c) Arzneimittel mit sog. fiktiver Zulassung: Myoson direkt | 25 |
| d) Wirkstoffkombination aus Acetylsalicylsäure und Dipyrindamol (Aggrenox) | 25 |
| e) Dokumentationspflicht bei Ausnahmeindikation ausgeschlossener Arzneimittel (Tandemact) | 25 |
| 7. Sprechstundenbedarf | 26 |
| a) Medizinprodukt zur lokalen Kälteanästhesie (Vereisung) Chloraethyl Henning | 26 |
| b) Rapiscan (Regadenoson) (Diagnosemittel) | 26 |

| | |
|---|-----------|
| 8. Vorverfahren notwendig: Regress wegen Überschreitung der Höchstverordnungsmenge bei Heilmitteln | 26 |
| V. Zulassungsrecht | 27 |
| 1. Zulassung | 28 |
| a) Zurücknahme eines Antrags auf Nachbesetzung/Nachträglicher Verzicht | 28 |
| b) Sonderbedarfszulassung | 29 |
| aa) Ermittlung eines Sonderbedarfs für Verhaltenstherapie in Berlin | 29 |
| bb) Chirurg mit häftigem Versorgungsauftrag neben Zulassung als Hausarzt | 30 |
| c) Bewerberauswahl: Alter kein alleiniges Kriterium für Zulassung eines Arztes | 30 |
| 2. Ermächtigung | 31 |
| a) Drittwiderspruchsklage: Fallzahlbeschränkung für Ermächtigung anstelle eines Facharztfilters | 31 |
| b) Ermächtigung zur ambulanten Behandlung in stationärer Pflegeeinrichtung (§ 119b SGB V) | 31 |
| c) Subsidiarität von Institutsermächtigungen gegenüber persönlichen Ermächtigungen | 31 |
| 3. Zulassungsentziehung: Keine Aussetzung/Verwertung von Honorarberichtigungsbescheiden | 32 |
| 4. Keine Anstellung eines Arztes mit voller vertragsärztlicher Zulassung | 32 |
| 5. Beteiligtenfähigkeit allein der Trägergesellschaft eines MVZ | 33 |
| VI. Gesamtvergütung/GBA | 33 |
| 1. Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) | 34 |
| a) Ausschluss der Wirkstoffkombination Dipyridamol und Acetylsalicylsäure (Aggrenox) | 34 |
| b) Ausschluss des Medizinprodukts Laxatan M | 34 |
| 2. Kassenärztliche Vereinigungen | 35 |
| a) Keine Nachteile durch Auszählung der Stimmen zur Wahl der Vertreterversammlung der Berliner KV | 35 |
| b) Wirksamkeit eines ungültigen Verzichts als KV-Vertreter durch Bestätigung (KV Berlin) | 35 |
| VII. Sonstiges/EHV KV Hessen/Streitwert | 35 |
| 1. Keine allgemeine Auskunftspflicht einer K(Z)V | 35 |
| 2. EHV: Fehlendes Rechtsschutzbedürfnis bei Bestandskraft der quartalsbezogenen EHV-Bescheide | 36 |
| 3. Auffangstreitwert für Erteilung einer Zweigpraxisgenehmigung | 36 |
| VIII. Bundessozialgericht (BSG) | 36 |
| 1. Honorarverteilung | 36 |
| a) RLV: Abstufung bei Fallzahlen von 50 % über dem Durchschnitt | 36 |
| b) Psychotherapeutische Leistungen eines fachärztlichen Internisten im Regelleistungsvolumen | 37 |
| c) Keine grundsätzliche Bedeutung nach Rechtsänderung (RLV Neurochirurgen u. Chirurgen, I-IV/09) | 38 |
| d) Fortführung der Individualbudgetierung im Quartal IV/04 (KV Hamburg) | 38 |
| 2. Notdienst | 38 |
| a) Befreiung vom Notdienst: MKG-Chirurg | 38 |
| b) Kein Anspruch auf Einteilung zum Notdienst bei Sitz außerhalb des Notfalldienstbezirks | 38 |
| 3. Disziplinarrecht: Pflicht zur Überwachung der vom Praxispartner/Ehemann erstellten Abrechnung | 39 |
| 4. Sachlich-rechnerische Berichtigung | 39 |
| a) Samstagssprechstunde auch für Psychologische Psychotherapeuten | 39 |
| b) Versandkostenpauschale nach Nr. 40100 EBM in überörtlicher BAG | 39 |
| c) Überweisung von Laborleistungen an Klinik-MVZ durch Hochschulambulanz | 40 |
| 5. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz | 40 |
| a) Verpflichtung zur Gebrauchsfertigmachen eines Arzneimittels (Monoklonale Antikörper in Kochsalzlösung) | 40 |
| b) Sonstiger Schaden: Arzneimittelverordnung und stationäre Krankenhausbehandlung | 40 |
| 6. Zulassungsrecht | 41 |
| a) BVerfG: Zulassungsentziehung MVZ/Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht am Praxissitz | 41 |
| b) Zulassungsverzicht: Bindung an die Fiktion der Abgabe einer Willenserklärung nach § 894 ZPO | 41 |
| c) Ermächtigung: Sozialpädiatrisches Zentrum/Überweiserkreis | 42 |
| d) Fortführungsfähigkeit einer Praxis und Maßgeblicher Zeitpunkt/Antragsrücknahme | 42 |
| 7. Fremdkassenzahlungsausgleich | 42 |
| 8. Verfahrensrecht | 42 |
| a) Sorgfaltspflichten zur Fristwahrung/Unterschriften in Urteil nach Rechtsmittelbelehrung | 42 |
| b) Keine Wiedereinsetzung bei fehlender Fristenkontrolle nach Ablauf der Vorfrist | 43 |
| B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT | 43 |
| I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung | 43 |
| 1. Überschreitung der Höchstgrenzen der Psychotherapie-Richtlinien | 43 |
| 2. Psychische Erkrankung mit Suizidgefahr als lebensbedrohliche Erkrankung | 44 |
| 3. Leistungen in einem Sozialpädiatrischen Zentrum | 44 |
| 4. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden | 44 |
| a) Hyperthermie, Thymustherapie und Vitamin-C- bzw. Selen-Infusionen | 44 |
| b) Prostatakrebsbehandlung durch irreversible Elektroporation | 44 |

| | |
|--|-----------|
| c) Galileo-Training _____ | 45 |
| d) Linsenimplantation/Teilhabe am Arbeitsleben _____ | 45 |
| 5. Zahnärztliche Behandlung _____ | 45 |
| a) Neue Behandlungsmethode: Unterkieferprotrusionsschiene _____ | 45 |
| b) Unzulässigkeit eines Rückforderungsbescheids wegen Festzuschuss nach Behandlungsabbruch _____ | 45 |
| II. Stationäre Behandlung _____ | 46 |
| 1. Adipositaschirurgische Maßnahmen _____ | 46 |
| a) Diätetische Therapie keine zwingende Voraussetzung bei Immobilität _____ | 46 |
| b) Laparoskopische Magen-Bypass-Operation: Verzicht auf ein multimodales Therapiekonzept _____ | 46 |
| 2. Liposuktion keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung _____ | 47 |
| 3. Liposuktion zur Behandlung eines Lipödems im Stadium II _____ | 47 |
| 4. In Privatklinik vorgenommene Liposuktion bei Lipödem nicht erstattungsfähig _____ | 47 |
| 5. Implantation einer Knieentlastungsfeder durch Belegarzt _____ | 47 |
| 6. Stationäre Behandlung einer Syringomyelie im EU-Ausland _____ | 48 |
| III. Kostenerstattung _____ | 48 |
| 1. Genehmigungsfiktion _____ | 48 |
| a) Keine Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen der begehrten Leistung (Liposuktion) _____ | 48 |
| b) Keine Prüfung der Erforderlichkeit der Leistung (Magenbypass) _____ | 49 |
| c) Naturalleistungsanspruch/Subjektive Erforderlichkeit der Leistung bei ärztl. Empfehlung (Liposuktion) _____ | 49 |
| d) Mündliche Leistungsablehnung unerheblich/Sachleistungsanspruch (operative Hautstraffung) _____ | 49 |
| e) Anspruch auf Sachleistung (Abdominalplastik, Oberarmstraffung und Mammareduktionplastik) _____ | 50 |
| f) Keine Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsüberprüfung/Sachleistungsanspruch (Magenbypassoperation) _____ | 50 |
| g) Einwendungsausschluss/Sachleistungsanspruch (Magenverkleinerungs-Operation) _____ | 50 |
| h) Naturalleistungsanspruch/Telefonische Mitteilung (Schlauchmagen-Operation) _____ | 50 |
| i) Genehmigungsfiktion umfasst auch Sachleistungsanspruch (Bariatrische Operation) _____ | 51 |
| j) Sachleistungsanspruch (Bariatrische Operation) _____ | 51 |
| k) Leistungskatalog der GKV: Postbariatrische Wiederherstellungsoperationen _____ | 51 |
| l) Postbariatrische Wiederherstellungs-Operationen/Naturalleistungsanspruch _____ | 51 |
| m) Sachleistungsanspruch (Mammaaugmentationsplastik) _____ | 52 |
| n) Sachleistungsanspruch/Keine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit (stationäre Liposuktion) _____ | 52 |
| o) Kein über den ursprünglichen Sachleistungsanspruch hinausgehender Anspruch (Liposuktion) _____ | 52 |
| p) Kein Sachleistungsanspruch (Bariatrische Operation) _____ | 52 |
| q) Liposuktion keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung _____ | 53 |
| r) Fortgeltung der fingierten Genehmigung nach Ablehnung der Leistung (Bariatrische Op) _____ | 53 |
| s) Kein weitergehender Anspruch auch bei nicht fristgerechter Entscheidung (Bauchdeckenplastik) _____ | 53 |
| t) Fristbeginn auch bei unvollständigem Antrag (zirkuläre Dermofettresektion) _____ | 53 |
| u) Anspruch auf Kostenerstattung nur im Umfang der fingierten Genehmigung (Liposuktion) _____ | 54 |
| v) Keine Prüfung der Erforderlichkeit/Keine Aufhebung nach § 45 SGB X (Schlauchmagen-Op) _____ | 54 |
| w) Rücknahmebescheid nach Eintritt der Genehmigungsfiktion (Mammareduktion, Liposuktion) _____ | 54 |
| 2. Keine Kostenerstattung nach § 13 II SGB V bei Behandlung durch nicht zugelassenen Arzt _____ | 55 |
| IV. Arzneimittel _____ | 55 |
| 1. Off-Label-Use _____ | 55 |
| a) Cimzia® bei Morbus Crohn _____ | 55 |
| b) Atypische Neuroleptika: Individueller Behandlungsansatz maßgeblich _____ | 55 |
| 2. Versorgung mit Medizinal-Cannabisblüten _____ | 56 |
| a) Cannabisblüten kein Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung _____ | 56 |
| b) Keine Versorgung bei Verbot der Arzneimittelabgabe (Cannabisblüten) _____ | 56 |
| V. Hilfsmittel _____ | 57 |
| 1. Exoskelett zum unmittelbaren Behinderungsausgleich _____ | 57 |
| 2. Fremdkraftbetriebener Beintrainer: Vorhaltung in Einrichtung für behinderte Menschen _____ | 57 |
| 3. Transportabler Sauerstoff-Konzentrator (EverGo) _____ | 58 |
| 4. Hörgeräteversorgung: Bedeutung des Freiburger Sprachtests _____ | 58 |
| 5. Mehrkosten durch die Entsorgung von Inkontinenzmaterialien _____ | 58 |
| VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe/Fahrkosten _____ | 58 |
| 1. Rehabilitationsleistungen: Stufensystem _____ | 59 |
| 2. Häusliche Krankenpflege _____ | 59 |
| a) Abgrenzung Grundpflege: Gilchristverband/Blasenstimulation unter Einsatz eines Brindley-Stimulators _____ | 59 |
| b) Allgemeine Krankenbeobachtung während des Schulbesuchs bei Gefahr eines Erstickungstodes _____ | 59 |
| c) Vorläufiger Rechtsschutz: Behandlungssicherungspflege für tägliche Sitzwache _____ | 60 |
| 3. Haushaltshilfe _____ | 60 |
| a) Vorläufige Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe _____ | 60 |
| b) Keine Unmöglichkeit der Weiterführung des Haushalts _____ | 60 |

| | |
|--|-----------|
| VII. Beziehungen zu Krankenhäusern | 61 |
| 1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit | 62 |
| a) Stationäre psychiatrische Behandlung trotz täglicher Tagesbeurlaubungen | 62 |
| b) Herzchirurgischer Versorgungsauftrag für Mitra-Clip-Implantation nicht erforderlich | 62 |
| c) Eindeutigkeit der Aufrechnungserklärung | 62 |
| d) Nachträgliche beidseitige Änderung der Tilgungsbestimmung | 63 |
| e) Zahlung der Vergütung durch eine unzuständige Krankenkasse: Erfüllungsfiktion (§ 107 SGB X) | 63 |
| f) Vergütungsanspruch setzt Versicherung bei Krankenkasse voraus | 63 |
| g) Rechtzeitige Übermittlung von Unterlagen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit | 63 |
| 2. Fallpauschalen | 64 |
| a) Maskenbeatmung: Zeiten zwischen den Beatmungen sind hinzuzurechnen | 64 |
| b) Krankheitsverlauf für Erforderlichkeit unerheblich (Blutstammzelltransplantation/DRG A04C) | 64 |
| c) Risikoverteilung bei Wiederaufnahme wegen Komplikationen | 64 |
| d) Adhäsiolyse des Darms (1102a DKR 2012) | 65 |
| e) Erforderlichkeit nachstationärer Versorgung und Möglichkeit ambulanter Strahlentherapie | 65 |
| f) Hämatom: Symptom einer Einblutung bei Einnahme eines Gerinnungshemmers (Clexane) | 65 |
| g) Behandlung eines Schlaganfallpatienten in einer Stroke Unit auf internistischer Abteilung | 65 |
| 3. Vorstationäre Krankenhausbehandlung und „Erstuntersuchung“ | 66 |
| 4. Vergütung von Sachkosten bei ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen | 66 |
| 5. Aufwandspauschale | 67 |
| a) Keine Aufwandspauschale bei Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung | 67 |
| b) Keine Rückforderung der Aufwandspauschalen aufgrund BSG-Rspr. | 67 |
| c) Aufwandspauschale auch für sachlich-rechnerische Überprüfung | 67 |
| d) Fehlen einer gesetzlichen Grundlage für sachlich-rechnerische Prüfung | 67 |
| e) Nachträgliche Verrechnung einer Aufwandspauschale (Nichtzulassungsbeschwerde) | 68 |
| VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern | 68 |
| 1. Apotheken | 69 |
| a) Verhängung einer Vertragsstrafe nur mittels Verwaltungsakt | 69 |
| b) Krankenhausapotheke: Keine Kürzung des Apothekenabgabepreises bei Zytostatika | 69 |
| 2. Arzneimittelhersteller | 70 |
| a) Überzahlung eines Rabattvertrags aufgrund eines Berechnungsfehlers | 70 |
| b) Auskunftsanspruch der Krankenkassen wegen parenteraler Zubereitungen | 70 |
| c) Keine Befugnis einer Krankenkasse zur Kürzung der Lieferungen von SSB | 70 |
| 3. Masseure und med. Bademeister: Keine Abrechnungsbefugnis für manuelle Therapie | 71 |
| 4. Häusliche Krankenpflege: Fehlerhafte Bestellung einer Schiedsperson | 71 |
| 5. Hebammen | 72 |
| a) Vergütung: Abrechnung/Angabe der Zeit der Leistungserbringung | 72 |
| b) Verjährung des Vergütungsanspruchs | 72 |
| IX. Angelegenheiten der Krankenkassen | 72 |
| 1. BVerfG: Elektronische Gesundheitskarte/Anforderung des Lichtbilds | 73 |
| 2. Enthebung vom Amt des Vorstands: Sitzungen des Verwaltungsrats öffentlich | 73 |
| 3. Telefonwerbung zum Zwecke der Mitgliederwerbung: Verstoß gegen Unterlassungsvereinbarung | 73 |
| 4. Kostenerstattung: In Werkstatt für behinderte Menschen verabreichte Insulininjektionen | 74 |
| 5. Keine Beschränkungen des Zugangs zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung | 74 |
| X. Bundessozialgericht (BSG) | 74 |
| 1. Persönliches Budget | 74 |
| 2. Kostenerstattung: Genehmigungsfiktion/Einhaltung der Fristen seitens der Krankenkasse | 75 |
| 3. Beziehungen zu Krankenhäusern | 75 |
| a) Fachgebietsgrenzen für ambulante Operationen nach Weiterbildungsordnung | 75 |
| b) QualitätssicherungsRL zum Bauchaortenaneurysma: Anforderungen an einen Leitungslehrgang | 75 |
| c) Nachkorrektur einer Abrechnung innerhalb der Verjährungsfrist | 75 |
| d) Fallpauschalen: Externe Hämodialysen nicht kodierbar | 76 |
| 4. Physiotherapeut: Betrieb einer Praxisnebenstelle und Zulassung | 76 |
| 5. Häusliche Krankenpflegeunternehmen | 76 |
| a) Vergütungsanspruch für häusliche Krankenpflege nur mit Vertrag | 76 |
| b) Frist zur Vorlage der Verordnung/Angemietete Wohnung | 76 |
| 6. Krankenkassen: Keine Kooperation über Auslandskrankenversicherungsschutz | 76 |
| 7. Zahlungsanspruch gegen die Bundesrepublik wegen Fehlbuchungen: Verjährung | 77 |
| C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE | 77 |
| I. Ärztliches Berufsrecht | 77 |
| 1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis | 77 |
| a) Widerruf der Approbation | 77 |

| | |
|---|-----------|
| aa) Abrechnungsbetrug/Feststellungen im Strafbefehl | 77 |
| bb) Vorsätzlich unerlaubtes Verschreiben von Betäubungsmitteln | 77 |
| cc) Fehlende gesundheitliche Eignung eines Zahnarztes (Epilepsie) | 78 |
| dd) Streitwertfestsetzung in Verfahren über den Widerruf einer Approbation | 78 |
| b) Wiedererteilung der Approbation | 78 |
| aa) Maßgeblicher Zeitpunkt für den Beginn des Reifeprozesses | 78 |
| bb) Keine Wiedererteilung der Approbation nach erneuter Straffälligkeit | 79 |
| c) Vorläufige Berufserlaubnis nach § 10b BÄO: Ausreichende deutsche Sprachkenntnisse | 79 |
| 2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen/Fachkunde/Fortbildung | 79 |
| a) Änderung von Weiterbildungsbezeichnungen („Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“) | 79 |
| b) Fortbildung | 80 |
| aa) Schmerz- und Triggerpunkt-Osteopraktik | 80 |
| bb) Zertifizierung Psychotherapeuten-Fortbildung: Teilnehmerkreis/Veröffentlichung einer Satzung | 80 |
| cc) Verbrauch aller Fortbildungspunkte durch Fortbildungszertifikat: Kein Ansammeln | 80 |
| c) Entziehung der Fachkunde im Strahlenschutz | 81 |
| d) Streitwertfestsetzung in Verfahren über die Zusatzbezeichnung eines Arztes | 81 |
| 3. Zulassung Präimplantationsdiagnostik: Kein Rechtsschutz des ungeeigneten Konkurrenten | 81 |
| 4. Strafrecht | 82 |
| a) BGH: Vermögensbetreuungspflicht als Hauptpflicht eines Vertragsarztes gegenüber Krankenkasse | 82 |
| b) Aufsichtspflicht des Arztes bei der Erbringung von Speziallaborleistungen in Laborgemeinschaften | 83 |
| 5. Berufspflichten: Werbeanzeige „Zahnersatz zum Nulltarif“/Herstellung in Asien | 84 |
| 6. Ausschluss eines Arztes wegen Übermaßbehandlung durch private Krankenkasse | 84 |
| 7. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht | 84 |
| a) Gutschein für Laserkorrektur zu Komplettpreis ist irreführend und berufswidrig | 84 |
| b) Schönheitsoperationen: Vorher-Nachher-Bilder | 85 |
| c) Handlungspflicht ab Kenntnis von irreführendem Eintrag im Internet (Dokortitel) | 85 |
| d) Ordnungsmittelverfahren: Zuwiderhandlung gegen Untersagungsverfügung | 85 |
| e) Werbung mit einer Folgekostenversicherung | 85 |
| f) Rechtsweg bei Wettbewerbsklage gegen Träger der integrierten Versorgung | 85 |
| 8. Gehsteigerberatung schwangerer Frauen vor Abtreibungsklinik: Sensibles Beratungsmodell | 86 |
| 9. Arbeits- und Sozialrecht | 86 |
| a) Kein Entgelt für Ausbildungstätigkeit als PIA | 86 |
| b) Betriebsratspflichtige Einbeziehung von Dipl.-Psych. in Ausbildung in Haustarifvertrag | 86 |
| c) Arbeitszeitgesetz: Urlaubstage und gesetzliche Feiertage als Ausgleichstage | 86 |
| d) Unterzeichnung eines Arbeitszeugnisses durch Personalleiter | 87 |
| e) Selbständige Tätigkeit einer zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin | 87 |
| f) Rechtswegentscheidung zum Dienstvertrag einer Ärztlichen Direktorin | 87 |
| 10. Beteiligung an der Privatliquidation des Chefarztes nur bei vertraglicher Abrede | 87 |
| 11. Vertrag zur integrierten Versorgung: Sorgfaltspflichten bei rechtsgrundloser Zahlung | 88 |
| 12. Feststellung der Identität des Patienten vor Abschluss eines Behandlungsvertrags | 88 |
| 13. Entschädigung als Zeuge oder Sachverständiger | 88 |
| a) Voraussetzungen für einen außergewöhnlich umfangreichen Befundbericht | 88 |
| b) Honorargruppe M 2 bei schwerbehindertenrechtlichen Gutachten | 89 |
| c) Außergewöhnlich umfangreicher Befundbericht | 89 |
| d) Nur Mindestentschädigung für Negativauskunft | 89 |
| e) Kein Honorar für Zeitaufwand bei nachträglicher Übersendung von Unterlagen | 89 |
| f) Gutachten zur Erwerbsminderung/Berufliche Position und Qualifikation des Gutachters | 90 |
| g) Keine Kürzung der Vergütung eines Gutachters trotz erheblicher Überschreitung des Vorschusses | 90 |
| h) Umsatzsteuer als Teil der Vergütung eines Gutachtens und Überschreitung des Vorschusses | 90 |
| i) Nachträgliche Reduzierung der Vergütungsforderung eines Sachverständigen | 91 |
| j) Aufwendungsersatz für stationäre Aufnahme aufgrund gerichtlich angeordneter Begutachtung | 91 |
| 14. Ordnungsgeld trotz nachträglicher Vorlage eines Befundberichtes | 91 |
| 15. KV: Verpflichtung zur Auskunft gegenüber der Presse | 92 |
| 16. Versorgungswerk | 92 |
| a) Ausschluss von Witwengeld: Nach 60. Lebensjahr und dreijährige Ehezeit | 92 |
| b) Wirksamwerden der Entscheidung über Versorgungsausgleich | 92 |
| II. Arzthaftung | 92 |
| 1. Bundesgerichtshof (BGH) | 92 |
| a) Vereinbarte Chefarztbehandlung: Op durch Oberarzt kann Haftung begründen | 92 |
| b) Sekundäre Darlegungslast des Krankenhausträgers bei behaupteten Hygieneverstößen | 93 |
| c) Primärschädigung bei fehlerhafter Aufklärung | 93 |
| d) Aufklärung der Schwangeren: Veränderung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses | 93 |
| e) Isolierte Kostenentscheidung im selbständigen Beweisverfahren | 93 |
| 2. Behandlungsvertrag mit Ärztin eines Mammographie-Screening-Programms des Landkreises | 94 |
| 3. Behandlungsfehler | 94 |
| a) Anwendung einer für Operateur neuen Technik (biportale Technik nach Chow) | 94 |
| b) Drittelrohrplatten zur Stabilisierung von Unterarmschaftfrakturen grob behandlungsfehlerhaft | 94 |

| | |
|---|------------|
| c) Implantation einer Knieoberflächenersatzprothese: Postoperative Nachblutungen | 94 |
| d) Wirbelsäulenkorrektur: Vereitlung der Befunderhebung durch Betäubung/Aufklärung | 95 |
| e) Keine Absetzung von ASS bei einer Kyphoplastie | 95 |
| f) Fehlerhafte radiologische Beurteilung der Befunde in Arztbrief | 95 |
| g) Unvollständige Befunderhebung vor Kataraktoperation/Aufklärungsumfang | 95 |
| h) Abgrenzung Diagnose- und Befunderhebungsfehler: CTG während Schwangerschaft und Geburt | 96 |
| i) Entstehung eines Dekubitus nicht unvermeidbar | 96 |
| j) Verspätetes neues Vorbringen (Einriss der Aorta ascendens in unmittelbarer Nähe des Herzens) | 96 |
| 4. Kenntnis von anspruchsbegründenden Tatsachen nach Sturz von einer Behandlungsliege | 96 |
| 5. Aufklärung/Einwilligung | 97 |
| a) Nachweis der Aufklärung/Zeitpunkt der Aufklärung | 97 |
| b) Dokumentationspflicht/Aufklärung über Möglichkeit eines Implantatbruchs | 97 |
| c) Fehlende Hinweise auf Risiken einer Neulandmethode | 97 |
| d) Neue Behandlungsmethode mit nicht zugelassenem Produkt (Studie)/Schmerzensgeld | 97 |
| e) Ergänzende Sicherungsaufklärung bei Veränderung der Diagnoselage | 98 |
| f) Entscheidungskonflikt und fehlende Behandlungsalternative (Second-Look-Operation HNO) | 98 |
| g) Versteifungsoperation des Sprunggelenks: Pseudoarthrose | 98 |
| h) Implantation eines Herzschrittmachers bei Beschwerden unklarer Genese | 98 |
| i) Cerebrale intraarterielle Angiografie und Embolisation | 99 |
| j) Operation nach Kausch-Whipple wegen des Verdachts auf Pankreaskopfkarzinom | 99 |
| k) Hypothetische Einwilligung in eine Organentnahme bei einer Lebendnierenspende | 99 |
| l) Keine Haftung eines Kinderwunschzentrums für Unterhalt bei Vorliegen der Einwilligung | 99 |
| m) Rein ästhetischer Eingriff: Sklerosierungsbehandlung von sog. Besenreisern | 100 |
| 6. Selbständiges Beweisverfahren: Rechtliches Interesse/Substantiierungsanforderungen | 100 |
| 7. Sachverständige | 100 |
| a) Qualifikation des Sachverständigen | 100 |
| b) Befangenheit: Pflicht zur Offenbarung langjähriger wissenschaftlich-kollegialer Zusammenarbeit | 101 |
| 8. Rubrumsberichtigung bzgl. des bekl. Krankenhausträgers | 101 |
| 9. Prozesskostenhilfe für selbständiges Beweisverfahren | 101 |
| 10. Zahnärzte | 101 |
| a) Erstattungsanspruch nur für tatsächlich aufgewandte Kosten | 101 |
| b) Darstellung des Wurzelkanalsystems nicht durch Röntgenbilder | 101 |
| c) Vorweggenommene Beweiswürdigung nach sich widersprechenden Gutachten und Nachbehandlung | 102 |
| III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel | 102 |
| 1. EuGH: Preisbindung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verstößt gegen Unionsrecht | 102 |
| 2. Bundesgerichtshof (BGH) | 103 |
| a) Umsatzsteuerlast und Versichertenstatus der Arzneimittelpfänger | 103 |
| b) Unerlaubter Umgang mit Betäubungsmitteln: Keine Rechtfertigung wegen Schmerzbehandlung | 103 |
| 3. Apothekenrecht | 103 |
| a) EuGH: Zulassungsfreiheit für hergestellte Arzneimittel (Weihrauch-Extrakt-Kapseln) | 103 |
| b) Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) | 104 |
| aa) Verdünnen und Umfüllen steriler Augentropfen/Rekonstitution | 104 |
| bb) Externer Lagerraum für heimversorgende Aktivitäten einer Apotheke | 104 |
| c) Bundesgerichtshof (BGH) | 105 |
| aa) Angabe eines um 5% überhöhten Vergleichspreises in der Werbung | 105 |
| bb) Heimversorgungsvertrag/Nichtbeachtung einer Kündigungsfrist als Vertragspflichtverletzung | 105 |
| d) Verkehrsverbot für amygdalinhaltige Rezepturarzneimittel aufgrund von Fehlanwendungen | 105 |
| e) Schadenersatz bei Unterschlagungs- und Diebstahlsverdacht gegen Apothekenhelferin | 106 |
| f) Beitrag zur Apothekerkammer: Auf onkologische Zubereitungen spezialisierte Apotheke | 106 |
| g) Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung | 106 |
| aa) Manager Customer Networks: Profundes pharmazeutisches Wissen | 106 |
| bb) Junior Associate Pharmacovigilance: Berufsbild des Apothekers | 107 |
| 4. Untersagung des Inverkehrbringens von Arzneimitteln | 107 |
| 5. Vergaberecht | 107 |
| a) Gefahr einer patentverletzenden Substitution | 107 |
| b) Ausschreibung ausschließlich für patentgeschützte Indikation (Wirkstoff Pregabalin) | 108 |
| 6. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht | 108 |
| a) Hinweis auf Wirtschaftlichkeit aufgrund einer Vereinbarung eines Erstattungsbetrags | 108 |
| b) Nachweis für die Wirksamkeit einer bilanzierten Diät | 109 |
| c) Nicht zweifelsfrei nachgewiesene therapeutische Wirkung eines homöopathischen Arzneimittels | 109 |
| d) Vorbeugen gegen Erkrankungen der Augen | 109 |
| 7. Beihilfe | 110 |
| a) Beschränkung auf apothekenpflichtige Arzneimittel | 110 |
| b) Verweis auf Festbetrag rechtmäßig | 110 |
| c) Verweis auf Festbetrag rechtswidrig | 110 |
| d) Präparat „Vitalux Plus Lutein und Omega 3 Kapseln“ nicht apothekenpflichtig | 110 |
| e) Elementardiäten für Säuglinge: Kein Eigenanteil | 111 |

| | |
|--|------------|
| f) Homöopathische Mittel bei einem Mantelzell-Lymphom im Stadium III | 111 |
| g) Hilfsmittel | 111 |
| aa) Austauschset für Inhalationsgerät (Luftfilter) als Betriebskosten | 111 |
| bb) Sensorische Einlagen ohne wissenschaftliche Anerkennung | 111 |
| h) Heilmittel | 111 |
| aa) Beschränkung medizinischer Fußpflege auf diabetisches Fußsyndrom | 111 |
| bb) Osteopathische Leistungen durch Physiotherapeuten/Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker | 112 |
| IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe | 112 |
| 1. Privatbehandlung | 112 |
| a) BVerfG: Honorarklage/Nichtberücksichtigung des Vorbringens unzureichender Aufklärung | 112 |
| b) Nicht rechtzeitige Weiterleitung einer Bescheinigung durch Chefarzt | 113 |
| c) Beauftragung des Laborarztes nach Privatvertrag des Kassenpatienten mit Arzt | 113 |
| d) Krankenhausaufnahmevertrag: Kostenübernahmeerklärung durch Angehörige | 113 |
| e) Zahnärztliche Behandlung | 113 |
| aa) Entfernung einer Wurzelfüllung/Trepanation/Adhäsive Befestigung/Wurzelkanalfüllung | 113 |
| bb) Vergütungsanspruch: Erste Anpassung eines Zahnersatzes/Keine Beweislastumkehr bei Zyste | 114 |
| cc) Keine vollständige Unbrauchbarkeit des Zahnersatzes nach 3 ½-jähriger Nutzung | 114 |
| dd) Keine Honorarrückforderung bei längerer Nutzung des Zahnersatzes ohne Neuanfertigung | 114 |
| ee) Fälligkeit des Zahnarzt Honorars nach Zugang einer Rechnungskopie | 115 |
| ff) Örtl. Zuständigkeit für zahnärztl. Honorarklage/Heil- und Kostenpläne/Dokumentation/Software | 115 |
| 2. Private Krankenversicherung | 115 |
| a) Bundesgerichtshof (BGH) | 115 |
| aa) Obliegenheit der Untersuchung durch Arzt | 115 |
| bb) Erhebung von Risikozuschlägen bei einem Tarifwechsel | 116 |
| cc) Krankentagegeldversicherung: Regelung über Herabsetzung des Krankentagegeldes unwirksam | 116 |
| b) Erstattungsanspruch nur bei Behandlung durch niedergelassenen Arzt | 116 |
| c) Lasik-Operation: Kein Verweis auf andere Behandlungsmöglichkeiten | 116 |
| d) Keine Kostenübernahme für Behandlung mit dendritischen Zellen bei metastasiertem Brustkrebs | 117 |
| e) Polkörperdiagnostik/Keine IVF/ICSI-Behandlungen wegen Subfertilität des Lebensgefährten | 117 |
| f) Behandlung mit nicht zugelassenem Heilmittel (Hitzeschockproteine bei ALS) | 117 |
| g) Physiotherapeutische Behandlungen nicht über beihilfefähigen Höchstsätzen | 118 |
| h) Gemischte Krankenanstalt: Traditionelle Chinesische Medizin | 118 |
| i) Fälligkeit einer Arztrechnung/Begründung für Erhöhung/Analogberechnung/Sachkosten | 118 |
| j) Aufrechnung mit Beitragsrückständen im Notlagentarif zulässig | 119 |
| k) Verpflichtung zur Kostentragung vor Behandlungsbeginn im Wege einstweiligen Rechtsschutzes | 119 |
| 3. Beihilfe | 119 |
| a) Gendiagnose als Vorsorgemaßnahme | 119 |
| b) Psychotherapeuten: Bericht für die Einleitung des Gutachterverfahrens bei der Beihilfestelle | 120 |
| c) Prüfung der Notwendigkeit und wirtschaftlichen Angemessenheit von Aufwendungen | 120 |
| d) Kostenübernahmeerklärung erforderlich (Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung) | 120 |
| e) Kein Anspruch auf Tandem | 121 |
| f) Nachträgliche Anerkennung einer Rehabilitationsmaßnahme nur bei besonderer Dringlichkeit | 121 |
| g) Ausschluss von Aufwendungen für ein Einbettzimmer | 121 |
| h) Versäumen der einjährigen Ausschlussfrist | 121 |
| i) Sachleistungsbeihilfe und doppelte Jahresfrist | 122 |
| j) Kein Anspruch auf Herausgabe von Rechnungsbelegen | 122 |
| k) Zahnärztliche Behandlung | 122 |
| aa) Antimikrobielle photodynamische Therapie zur Parodontosebehandlung unwissenschaftlich | 122 |
| bb) Keine Erstattung kieferorthopädischer Behandlungskosten | 122 |
| cc) Kieferorthopädische Behandlungen bei Erwachsenen | 123 |
| dd) Kieferorthopädische Leistungen und 18. Lebensjahr: Beginn der Behandlung | 123 |
| V. Verschiedenes | 123 |
| 1. Europäischer Gerichtshof (EuGH) | 123 |
| a) Bedarfsprüfung für Apotheken | 123 |
| b) Aufeinanderfolgende befristete Arbeitsverträge im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens | 123 |
| 2. Bundesverfassungsgericht (BVerfG) | 124 |
| a) Herausnahme von der Warteliste zur Nierentransplantation: Fortsetzungsfeststellungsinteresse | 124 |
| b) Schutzpflicht des Staates: Ärztliche Behandlung für nicht einsichtsfähige Betreute | 124 |
| 3. BVerwG: Langfristige Erkrankung eines Prozessbevollmächtigten | 125 |
| 4. Bundesgerichtshof (BGH) | 125 |
| a) Konkretisierung einer Betreuungsvollmacht bzgl. lebensverlängernder Maßnahmen | 125 |
| b) Keine Eintragung eines Intersexuellen im Geburtsregister als „inter“ oder „divers“ | 126 |
| 5. Krankenhäuser | 126 |
| a) Krankenhausplanung | 126 |
| aa) BVerwG: Abgrenzung Rehabilitationseinrichtung/Krankenhaus | 126 |
| bb) BVerwG: Aktive Konkurrentenklage/Krankenhaus im Entwurfsstadium | 126 |

| | |
|--|-----|
| cc) Krankenhausplan NRW: Gemeinsame integrative Planung von Psychiatrie und Psychosomatik | 126 |
| dd) Ausweisung einer Abteilung Neurochirurgie/Anspruch auf Neubescheidung | 127 |
| b) BVerwG: Revisionszulassung zur Präzisierung der rechtlichen Grenzen von Schiedsstellen | 127 |
| c) Entschädigungslose nachvertragliche Patientenschutzklausel im Bereich der Intensivpflege | 127 |
| d) Anspruch des Nothelfers und Kenntnis des Sozialhilfeträgers | 127 |
| e) Keine Fälligkeit des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses vor Rechnungserteilung | 128 |
| f) Gerichtsstand für Klagen um die Genehmigung von Pflegesätzen | 128 |
| g) Örtliche Zuständigkeit bei Klage auf Genehmigung von Pflegesätzen | 128 |
| 6. Krankenkassen | 128 |
| a) BVerwG: Entfallen der Insolvenzfähigkeit nach Schließung einer Krankenkasse | 128 |
| b) Gewährung psychotherapeutischer Behandlung im Auftrag des Versorgungsträgers | 129 |
| c) Entscheidung der erstangegangenen Rehabilitationsträgerin (Hörhilfe) | 129 |
| d) Informationsanspruch hinsichtlich der Höhe eines nach § 130a VIII SGB V vereinbarten Rabatts | 129 |
| e) Krankenkassenwahlrecht: Kein Wechsel in die „Krankenkasse Deutsche Gesundheit“ | 129 |
| f) Akteneinsichtsrecht des Insolvenzverwalters | 130 |
| 7. Rettungsdienst | 130 |
| a) Zulassung zur Ergänzungsprüfung zum Notfallsanitäter | 130 |
| b) Beschränkte Genehmigung für Transport intensivpflegebedürftiger und heimbeatmeter Patienten | 130 |
| c) Vorbeugender Rechtsschutz: Verhinderung eines Rettungsdienstvertrags/Verwaltungsrechtsweg | 130 |
| d) Fehlende Beschwerde des Rettungsdienstträgers nach Abweisung der Klage auf höheres Entgelt | 131 |
| 8. Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegerin“: Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes | 131 |
| 9. Heilpraktiker | 131 |
| a) Keine Heilpraktikererlaubnis für Dipl.-Psych. nach „Aktenlage“ | 131 |
| b) Podologie | 131 |
| aa) Zulässigkeit einer Heilpraktikererlaubnis für Podologin | 131 |
| bb) Sektorale Heilpraktikererlaubnis für Podologie | 132 |
| 10. Sozialversicherungspflichtige Tätigkeit als Familientherapeutin (Ambulante Erziehungshilfe) | 132 |
| 11. Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Hebamme: Lebenslanges Berufsverbot | 132 |
| 12. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche | 132 |
| a) Keine Eindeutigkeit des Erscheinungsbilds der Fehlbildungen | 132 |
| b) Tiefstand der Kleinhirntonsillen (Arnold-Chiari-Malformation Typ I - ACM I) | 133 |
| c) Keine Übernahme der Kosten der zahnmedizinischen Behandlung durch Krankenversicherung | 133 |
| 13. Sozialrecht/Opferentschädigungsrecht/Impfschadensrecht/Blindengeld | 133 |
| a) Medizinischer Eingriff und Opferentschädigung | 133 |
| b) Impfschadensrecht: Keine öffentlich empfohlene Impfung/Fehlender Ursachenzusammenhang | 134 |
| c) Blindengeld | 134 |
| aa) Blindheitsnachweis bei zerebraler Störung des Sehvermögens | 134 |
| bb) Aufhebung der Bewilligung nach Umzug in andere Wohnung außerhalb des Landes | 134 |
| cc) Erhöhtes Blindengeld nach rheinland-pfälzischem Blindengeldgesetz | 135 |
| 14. Betreuerbestellung für Entscheidung über die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen | 135 |
| 15. Keine Begleitperson bei fachpsychiatrischer Zusatzbegutachtung eines Beamtenanwärters | 135 |
| 16. „Fachwältin für Medizinrecht“: Tiermedizinische Fälle nicht berücksichtigungsfähig | 135 |
| 17. Schadensersatz wegen anwaltlicher Pflichtverletzung in Arzthaftungsprozess | 135 |
| 18. Steuerrecht | 136 |
| a) Einkommensteuerrecht | 136 |
| aa) BFH: Steuerliche Behandlung der Bonusleistungen einer gesetzlichen Krankenkasse | 136 |
| bb) Keine Absetzbarkeit einer Liposuktion | 136 |
| b) Umsatzsteuerrecht | 136 |
| aa) EuGH: Keine Mehrwertsteuerbefreiung für Blutplasma zur Herstellung von Arzneimitteln | 136 |
| bb) Umsatzsteuerbefreiung für Laborleistungen | 137 |
| cc) Umsatzsteuerfreiheit für Privatkrankenhaus | 137 |
| dd) Umsätze von „Geistheilern“ nicht umsatzsteuerfrei | 137 |
| ee) Entgelt für Vorfinanzierung von ärztlichen Honorarforderungen umsatzsteuerpflichtig | 137 |
| c) BFH: Einkünfte einer Ärzte-GbR als Einkünfte aus Gewerbebetrieb | 137 |
| d) Mitteilungspflicht an Krankenkasse über Einkünfte des Ehegatten eines freiwilligen Mitgliedes | 138 |

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT 139

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG 144

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

REDAKTION: Dr. Cornelius Pawlita, Saarlandstraße 29, 35398 Gießen

e-mail: pawlita@web.de;

Telefon: 0641/201 776 oder 06421/1708-34 (SG Marburg);

Telefax: 0641/250 2801.

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

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

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

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank www.sozialgerichtsbarkeit.de wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 07.11.2016 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 03.08.2016 - **B 6 KA 42/15 R** - waren die **Partner der Bundesmantelverträge berechtigt**, die bis dahin unter Ziffer 32.3.13 EBM-Ä aufgeführten Leistungen und deren **Vergütung zu festen Euro-Beträgen** zum 01.04.2006 zu streichen. Die Festlegung der Beträge (auch) für die hier betroffenen **zytologischen und molekulargenetischen Leistungen** sind für den EBM 2005 vertraglich vereinbart worden. Auch deshalb dürfen die Partner dieser Verträge die Leistungen wieder streichen, zumal die Vergütung in Kapitel 11.3 EBM-Ä – allerdings mit Punkten bewertet – weiterhin normiert ist. Einen **Anspruch auf einen festen Punktwert** in Höhe von 5,11 Cent für ihre zyto- und molekulargenetischen Leistungen hat die Kl. nicht. Die Partner des Honorarverteilungsvertrags waren nicht verpflichtet, die Folgen der Streichung des Kapitels 32.3.13 – insb. in Gestalt der Einbeziehung der zytologischen und molekulargenetischen Leistungen in das RLV – in vollem Umfang auszugleichen. Ob und ggf. wie die Bekl. auf einen – tatsächlichen oder vermeintlichen – Verfall des Punktwerts und damit des Honorars der Kl. zu reagieren hat, ist nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens, sondern in den noch anhängigen Verfahren zu entscheiden, die die Honorarbescheide für die einzelnen Quartale zum Gegenstand haben. Nach BSG, Urt. v. 15.06.2016 - **B 6 KA 18/15 R** - ist die **Nichtnennung der Lungenärzte in den Vorgaben des Bewertungsausschusses** bzgl. der **Regelleistungsvolumina** (Quartal II/05) allein darauf zurückzuführen, dass diese Arztbezeichnung seit 1988 nicht mehr erworben werden kann. Arztgruppen mit „ausgelaufener“ Gebietsbezeichnung sind grundsätzlich der entsprechenden Arztgruppe nach dem heute geltenden Weiterbildungsrechts zuzuordnen. Der **HVV II/05 der KV Hamburg** ist rechtmäßig. Nach BSG, Urt. v. 23.03.2016 - **B 6 KA 33/15 R** - SozR 4-2500 § 87b Nr. 8 können **pathologische Leistungen quotiert vergütet** werden; wie bereits in den Urteilen vom 19.08.2015 zu den Laborleistungen entschieden, kann angesichts der begrenzten Gesamtvergütung für keinen Leistungsbereich ein Verbot von Steuerungsmaßnahmen gelten. Nach BSG, Urt. v. 17.02.2016 - **B 6 KA 47/14 R** - SozR 4-2500 § 87 Nr. 32 ist der **Ausschluss der psychologischen Psychotherapeuten** von der zusätzlichen Vergütung einer **Samstagssprechstunde** (Nr 01102 EBM-Ä) **nicht mit dem Gleichheitsgebot des Art. 3 I GG vereinbar**. Die KV ist aber lediglich zur **Neubescheidung** verpflichtet, nachdem der **Bewertungsausschuss** den Gleichbehandlungsverstoß durch eine rechtmäßige Neuregelung behoben hat. Nach BSG, Urt. v. 17.02.2016 - **B 6 KA 46/14 R** - u. - **B 6 KA 4/15 R** - SozR 4-2500 § 85 Nr. 85 waren die Partner eines HVV (hier: KV Hamburg) in den **Quartalen III/04 bis I/05** berechtigt, entsprechend der **Empfehlung des Bewertungsausschusses** (BewA) im Beschluss vom 29.10.2004 die **zuvor geltenden Verteilungsregelungen weiter anzuwenden**. Mit dieser Empfehlung hielt der BewA sich noch im Rahmen seiner Kompetenzen nach § 85 IVa SGB V a.F. Für die Zeit ab dem Quartal II/2005 hat der Senat vom BewA vorgegebene Übergangsregelungen bereits gebilligt. Die **Vergütung** der Fachgruppe der **Neurologen und Psychiater** war im Quartal I/05 auch **nicht unangemessen niedrig** und mit dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit unvereinbar. Nach BSG, Urt. v. 17.02.2016 - **B 6 KA 34/15 R** - SozR 4-2500 § 85 Nr. 86 entsprach ein HVV (hier: KV Hamburg) in den **Quartalen III/04 bis I/05** aber nicht den Empfehlungen des Bewertungsausschusses, der im Wesentlichen eine Vergütung aller Leistungen innerhalb der **Kontingente für CT/MRT** einerseits und der **übrigen radiologischen Leistungen** andererseits **nach floatenden Punktwerten** vorsah. Mit diesem Wechsel der Verteilungsregelungen wurde eine Vergütung vorgenommen, die sich noch weiter von dem Gedanken der RLV entfernt als das zuletzt im Rahmen der Honorarverteilung angewandte Vergütungssystem.

1. Regelleistungsvolumen

a) Einbeziehung nephrologischer Leistungen in Regelleistungsvolumen rechtmäßig (ab Quartal III/10)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 08.06.2016 - L 3 KA 12/14

RID 16-04-1

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 68/16 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87bII, IV

Leitsatz: Es steht mit höherrangigem Recht in Übereinstimmung, dass seit dem 1. Juli 2010 auch **nephrologische Leistungen dem Regelleistungsvolumen** unterliegen.

SG Hannover, Urt. v. 06.11.2013 - S 61 KA 518/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Keine Praxisbesonderheit wegen besonderen Betreuungsaufwands bei Tumorbehandlungen (I/09)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 13.04.2016 - L 3 KA 46/12

RID 16-04-2

SGB V § 87b

Fallwertzuschläge für **Tumorbehandlungen als Praxisbesonderheit** sind nicht zu gewähren, wenn es bereits an einer bedeutsamen Spezialisierung fehlt, da nicht vermehrt bestimmte **spezielle Leistungen** erbracht werden. Der Vortrag, es würden **aufwendige Gesprächsleistungen** mit besonders **betreuungsbedürftigen Patienten** erbracht, für die nur die Versichertenpauschale und Chronikerziff.

abgerechnet werden könnten, reicht nicht aus, da es sich um Leistungen handelt, die für **Allgemeinmediziner** typisch sind (vgl. bereits für die bis 2003 geltenden Praxis- und Zusatzbudgets BSG, Urt. v. 06.09.2000 - B 6 KA 40/99 R - BSGE 87, 112 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 26; BSG, Urt. v. 22.03.2006 - B 6 KA 80/04 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 12). Spezielle Leistungen, die nur im Rahmen von Naturheilverfahren und anthroposophischer Medizin erbracht werden, sieht der EBM nicht vor.

SG Bremen, Urt. v. 18.01.2012 - S 1 KA 59/09 - änderte den Honorarbescheid für das Quartal I/09 ab und verpflichtete die Bekl. zur Neubescheidung der hausärztlichen BAG zweier Fachärzte für Allgemeinmedizin über das Regelleistungsvolumen des Quartals I/09 bzgl. des Fallwertes in Zusammenhang mit einer Praxisbesonderheit und wies im Übrigen die Klage ab, das **LSG** wies auf Berufung der Bekl. die Klage insgesamt ab.

c) Aufbaupraxenprivileg und MVZ: Gründungszeitpunkt maßgeblich

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 06.10.2016 - L 5 KA 773/13

RID 16-04-3

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

Leitsatz: In der Anfangsphase vertragsärztlicher Tätigkeit (als „Wenigabrechner“) unterdurchschnittlich abrechnende Praxen (**Aufbau- bzw. Jungpraxen**) müssen in effektiver und realistischer Weise zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe aufschließen können (vgl. BSG, Urteil vom 17.07.2013 - B 6 KA 32/12 R - BSGE 113, 298 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 76; Urteil vom 10.03.2004 - B 6 KA 3/03 R - BSGE 92, 233 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 9, jeweils juris). Das gilt auch für **Medizinische Versorgungszentren (MVZ)**; für deren Einstufung als Aufbau- bzw. Jungpraxis kommt es auf ihren **Gründungszeitpunkt** und nicht auf den Zeitpunkt der erstmaligen Zulassung der unter Zulassungsverzicht in das MVZ eintretenden Ärzte an. Regelungen des Honorarverteilungsvertrags über die Privilegierung von Aufbau- bzw. Jungpraxen (wie: Berechnung des Regelleistungsvolumens nach Fachgruppendurchschnittswerten) sind auf das Aufbau- bzw. Jung-MVZ ggf. entsprechend anzuwenden oder wegen des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit verfassungskonform auszulegen.

SG Stuttgart, Urt. v. 22.11.2012 - S 20 KA 1382/11 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., über den Antrag der Kl. auf Zuweisung eines höheren RLV für das Quartal I/09 hinsichtlich der Berechnung des auf Dr. K.-H. L. entfallenden Teil-RLV unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

d) Weiterwirken als Aufbaupraxis nach Einbringen des Sitzes in MVZ

SG Marburg, Urteil v. 26.10.2016 - S 12 KA 59/15

RID 16-04-4

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

Leitsatz: Die von BSG, Urt. v. 17.07.2013 - B 6 KA 44/12 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 2, juris Rdnr. 29 noch offen gelassene Frage, ob die Rechte des Eintretenden aus der Eigenschaft seiner bisherigen Einzelpraxis als **Aufbaupraxis** dann weiter wirken könnten, wenn er - indem er sich mit anderen Einzelpraxisinhabern zusammenschließt - erst die BAG zur Entstehung bringt, ist im Sinne des Weiterwirkens als Aufbaupraxis zu beantworten. Dies gilt auch für die Einbringung eines Vertragsarztsitzes in ein MVZ, wenn kein weiterer Arzt dort im gleichen Fachgebiet tätig ist.

Der Facharzt für Orthopädie M wurde erstmals zum 01.10.2006 zugelassen. Er brachte neben einem bereits seit 1989 zugelassenen Facharzt für Chirurgie seinen Sitz in das zum 01.01.2007 gegründete MVZ der kl. GmbH ein. M blieb bis zum 18.03.2007, vom 01.07.2007 bis 30.06.2008 war Z, Facharzt für Orthopädie, im Umfang eines halben Versorgungsauftrags beschäftigt, danach S vom 01.07.2007 bis 31.12.2007 im Umfang eines Versorgungsauftrags mit 0,25, es folgte dann ab 01.03.2008 B1 im Umfang eines Versorgungsauftrags von 0,25 und ab 01.07.2008 B2 im Umfang eines Versorgungsauftrags von 0,75. Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. über das Regelleistungsvolumen und Honorar für das Quartal II/09 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

e) Keine Sonderregelung für RLV aufgrund nicht RLV-relevanter Leistungen

LSG Hessen, Urteil v. 28.09.2016 - L 4 KA 76/14
SGB V § 87b

RID 16-04-5

Die Erbringung von **Spezialleistungen** (hier: Nr. 06332 EBM), die **außerhalb des RLV** vergütet werden, sind von vornherein nicht geeignet, eine Sonderregelung für Leistungen, deren Vergütung innerhalb des RLV erfolgt, zu rechtfertigen.

Der kl. Facharzt für Augenheilkunde streitet um die Höhe des Honorars für die vier Quartale II/09 bis II/10 mit Ausnahme des Quartals IV/09 und um eine Sonderregelung für die Zuweisung zu den Regelleistungsvolumina für dieselben Quartale einschließlich des Quartals IV/09 und hierbei insb. um die Zuerkennung einer Sonderregelung. *SG Marburg*, Gerichtsbb. v. 10.10.2014 - S 12 KA 366/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Quotierung des genetischen Labors nach Vorgaben der KBV (Quartale III und IV/15)

SG Marburg, Beschluss v. 19.09.2016 - S 12 KA 328/16 ER
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

RID 16-04-6

Leitsatz: Es ist zweifelhaft, ob die **Vorgaben der KBV** zwingend eine Quotierung der Leistungen des genetischen Labors in den **Quartalen III und IV/15** ausschließen. Ziff. 7.3 Teil B der Vorgaben, wonach eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „genetisches Labor“ aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags zu erfolgen hat, betrifft in erster Linie das Verhältnis der Aufteilung der Gesamtvergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Bereich. Eine **Festvergütung** für Leistungen des genetischen Labors wird in den Vorgaben nicht festgelegt.

Die Beteiligten streiten im Rahmen eines einstweiligen Anordnungsverfahrens um die Verpflichtung der Ag., der Ast., einer Fachärztin für Humangenetik, vorläufig ein weiteres Honorar für die Quartale III und IV/15 in Höhe von 488.373,24 € auszuführen, das sich bei einem Wegfall der Quotierung des Leistungsbereichs „Genetisches Labor“ ergeben würde. Das *SG* lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

3. Keine Verpflichtung der KV zur Nachvergütung psychotherapeutischer Leistungen seit 2013

SG Düsseldorf, Urteil v. 12.10.2016 - S 2 KA 223/16
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB X § 44 II

RID 16-04-7

Regelungsgehalt der Abrechnungsbescheide i.S.d. § 31 S. 1 SGB X ist nicht nur die Feststellung der Menge der erbrachten Leistungen, sondern auch und gerade die Festsetzung der Höhe des Honorars für das jeweilige Quartal (vgl. BSG, Urt. v. 25.03.2015 - B 6 KA 22/14 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 82, Rn. 31).

Es besteht keine allgemeine Verpflichtung der Behörden, rechtswidrig belastende Verwaltungsakte unbeschadet des Eintritts der **Bestandskraft** zu korrigieren (vgl. z.B. BVerfGE 117, 302, 315 m.w.N.; BVerfG <Kammer>, NVwZ 2008, 550, 551; BVerwG, NVwZ 2007, 709, 710). Dies gilt in besonderem Maße im **Vertragsarztrecht**. Hier ist zu berücksichtigen, dass die Korrektur früherer Honorarbescheide mit der Folge von Nachvergütungen für vergangene Quartale zur Abweichung von dem aus § 85 I 1 i.V.m. IV 1 HS 1 SGB V abzuleitenden Gebot führt, dass die von den Krankenkassen für ein Quartal geleisteten Gesamtvergütungen an diejenigen Ärzte und Psychotherapeuten zu verteilen sind, die in diesem Quartal an der vertragsärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung teilgenommen haben (sog. Quartalsprinzip). Ausgehend von dem Ausnahmecharakter der Möglichkeit, gegenwärtige Gesamtvergütungsanteile für vergangene Honoraransprüche zu verwenden, ist die **Ausübung des Ermessens** des § 44 II 2 SGB X dahingehend, dass eine Bescheidkorrektur und damit auch die Gewährung von Nachvergütungen abgelehnt wird, im Regelfall nicht zu beanstanden. Dies gilt zumal dann, wenn viele gleichgelagerte Nachvergütungsanträge im Raum stehen und keine Rückstellungen zur Begleichung der Nachforderungen gebildet worden sind (BSG, Urt. v. 17.09.2008 - B 6 KA 28/07 R - BSGE 101, 235 = SozR 4-1300 § 44 Nr. 17, Rn. 43 m.w.N.).

Eine Verpflichtung der KV zur **Nachvergütung der psychotherapeutischen Leistungen** aus der Gesamtvergütung besteht **seit 2013** nicht, da dies zu Lasten der anderen Fachgruppen gehen würde und die rechtlichen Vorgaben, diese Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bezahlen, unterlaufen würde.

Der kl. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie begehrte erfolglos die Aufhebung der bestandskräftigen Abrechnungsbescheide für die Quartale I/14 bis II/15. Das **SG** wies die Klage ab.

4. Psychotherapeutenvergütung 2007/2008 rechtmäßig

SG Düsseldorf, Urteil v. 17.08.2016 - S 2 KA 195/12

RID 16-04-8

Sprungrevision Anhängig: B 6 KA 36/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V a.F. § 85 IV, IVa

Die Vorgaben im **Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses** vom 31.08.2011 zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung **ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten** in den Jahren 2007 und 2008 sind nicht zu beanstanden. Der Erweiterte Bewertungsausschuss ist den Vorgaben von BSG, Ur. v. 28.05.2008 - B 6 KA 9/07 R - BSGE 100, 254 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 42 beanstandungsfrei nachgekommen.

Für die Quartale I bis IV/07 vergütete die Bekl. die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Kapitels 35.2 EBM mit einem Punktwert von 5,0531 Ct. und die nicht genehmigungspflichtigen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen mit einem Punktwert von 3,33321 Ct. In den Quartalen I bis IV/08 betragen die Punktwerte 4,3497 Ct bzw. 2,9334 Ct. Das **SG** wies die Klage ab.

5. Diagnoseangabe verpflichtend/Psychotherapeutenvergütung (Quartal II/12) nicht zu beanstanden

SG Kiel, Urteil v. 14.06.2016 - S 2 KA 728/13

RID 16-04-9

Sprungrevision B 6 KA 24/16 R zurückgenommen
juris

SGB V §§ 82 I, 85 IV, IVa, 87 I 1, 87b IV 2, 285 IV, 295 I, 301; BMV-Ä § 44 IV

Auch **Psychologische Psychotherapeuten** sind zur **Angabe einer Diagnose des ICD-10** bei Abgabe der Abrechnung nach §§ 295 I 2 i.V.m. § 285 IV SGB V verpflichtet. Die Verschlüsselung im Bereich der Versorgung von Versicherten des SGB V ist rechtmäßig (vgl. BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 11.09.1996 - 1 BvR 630/93 - NJW 1997, 793).

Die **Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Quartal II/12** in Schleswig-Holstein ist nicht zu beanstanden (Festhalten an SG Kiel, Ur. v. 09.02.2016 - S 2 KA 341/12 - RID 16-02-5, Sprungrevision anhängig: B 6 KA 8/16 R). Bezogen auf den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.09.2015 ist die Höherbewertung für die Leistungen nach Nr. 35200, 35201 EBM unter Berücksichtigung der Vorgaben des BSG ausreichend und angemessen.

Das **SG** wies die Klage ab.

6. Nachträgliche Korrektur der Abrechnung durch Vertragsarzt

SG Düsseldorf, Urteil v. 23.12.2015 - S 2 KA 42/15

RID 16-04-10

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KA 4/16 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = MedR 2016, 643
SGB V § 87b

Eine **nachträgliche Korrektur der Abrechnung** durch den Vertragsarzt setzt voraus, dass die Abrechnung von vornherein erkennbar objektiv unzutreffend war und sich unter diesen Umständen für die KV die **Fehlerhaftigkeit der Abrechnung hätte aufdrängen müssen** (z.B. BSG, Beschl. v. 08.12.2010 - B 6 KA 37/10 B - m.w.N.). Diese Voraussetzungen liegen vor, wenn die Fallzahl der Abrechnung 50 % über der Fachgruppe liegt, weil der Vertragsarzt keine LANR-Kennzeichnung für seinen angestellten Arzt vorgenommen hat und die KV ihn hierauf nicht rechtzeitig hinweist. Der Abrechnungsverlust von ca. 20.000 € bzw. 13 % bei einem Honorar von 133.999,47 € ist nicht als geringfügig anzusehen.

Das **SG** gab der Klage statt.

Vgl. zuletzt SG Marburg, Urt. v. 27.04.2016 - S 16 KA 119/14 - RID 16-03-14; SG München, Urt. v. 22.01.2016 - S 28 KA 212/13 - RID 16-02-10, Berufung anhängig: LSG Bayern - L 12 KA 24/16 -.

7. Honorarabzug wegen verspäteter Abrechnung: Keine grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache

LSG Hessen, Beschluss v. 02.06.2016 - L 4 KA 25/15
SGG § 144 II

RID 16-04-11

Eine **Änderung der Abrechnungsmodalitäten** im Bereich des Notdienstes stellt **keine grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache** dar, wenn keine Änderung der rechtlichen Vorgaben für die rechtzeitige Abgabe der Abrechnung sowie hinsichtlich der Sanktionierung bei nicht rechtzeitiger Abgabe erfolgt. Zu der Frage, ob und inwieweit die Sanktionierung von Fristüberschreitungen bei der Einreichung von Abrechnungen durch Honorarabzüge rechtmäßig ist, liegt bereits BSG-Rspr. vor (vgl. BSG, Beschl. v. 19.02.2014 - B 6 KA 42/13 B - juris; BSG, Urt. v. 29.08.2007 - B 6 KA 29/06 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 37).

SG Marburg, Urt. v. 03.06.2015 - S 12 KA 74/14 - wies die Klage gegen einen Honorarabzug in Höhe von 423,86 € wegen verspäteter Einreichung der Abrechnung für das Quartal III/12 ab, das **LSG** die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 04.05.2016 - **B 6 KA 16/15 R** - findet das sog. **Splittingverbot** auch in der Konstellation Anwendung, in der ein **MKG-Chirurg in einer BAG mit Zahnärzten** tätig wird, die nicht auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind. Für das Eingreifen des Splittingverbots spielt es keine Rolle, dass die vertragsärztlichen Leistungen von dem MKG-Chirurgen in seiner Einzelpraxis und die vertragszahnärztlichen Leistungen von den Mitgliedern der BAG erbracht und abgerechnet werden. Da die BAG nach außen als Rechtseinheit auftritt, sind die vertragszahnärztlichen Leistungen grundsätzlich allen Mitgliedern zuzurechnen. Ansonsten könnte durch die Wahl der Organisationsform das Splittingverbot umgangen werden. Das Verbot, Leistungen in einem einheitlichen Behandlungsfall teilweise gegenüber der KV und teilweise gegenüber der KZV abzurechnen, verstößt nicht gegen das Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit aus Art. 12 I GG. Es dient der Sicherstellung einer effizienten Wirtschaftlichkeitskontrolle der besonderen Arztgruppe der MKG-Chirurgen, die als einzige Arztgruppe bei einem einheitlichen Versorgungsauftrag sowohl über eine ärztliche als auch eine zahnärztliche Zulassung verfügen. Die Berufsausübung dieser Gruppe wird durch das Splittingverbot nicht in unverhältnismäßiger Weise beeinträchtigt. Nach BSG, Urt. v. 16.12.2015 - **B 6 KA 39/14 R** - (Parallelverfahren: **B 6 KA 10/15 R**, **B 6 KA 39/15 R** - SozR 4-5531 Nr. 40100 Nr. 1) ist die Beschränkung der Abrechenbarkeit der **Kostenpauschale nach Nr 40100 EBM** durch die Partner des Bundesmantelvertrags ab dem 01.04.2009, wonach diese in den Fällen nicht mehr angesetzt werden kann, in denen auch Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM 2008 (Allgemeinlabor) abgerechnet werden, rechtmäßig. Ein einschränkendes Verständnis dahingehend, dass der Abrechnungsausschluss nur greift, wenn in einem Behandlungsfall ausschließlich Leistungen des Allgemeinlabors erbracht werden, lässt der Wortlaut nicht zu und entspricht auch nicht dem Zweck der Regelung. Der Abrechnungsausschluss in den Mischfällen ist gerechtfertigt durch den sachlichen Grund der Kostendämpfung gerade im Hinblick auf den Anstieg der Abrechnung der Kostenpauschale. Nach BSG, Urt. v. 16.12.2015 - **B 6 KA 26/15 R** - SozR 4-5531 Nr. 40100 Nr. 2 betrifft die Präambel zum Abschnitt 40.3 EBM 2008, wonach die Berechnung einer **Versandkostenpauschale nach Nr. 40100 EBM 2008 innerhalb einer BAG** etc. ausgeschlossen ist, nicht nur örtliche BAG, sondern findet auch auf **überörtliche BAG** Anwendung. Der Versand des Materials aus den verschiedenen Standorten der BAG ist rechtlich ein interner Vorgang.

1. Antrag einer Krankenkasse/ Antragsfrist/Nr. 03212 EBM (Chronikerpauschale)

LSG Hessen, Urteil v. 29.06.2016 - L 4 KA 75/14
Nichtzulassungsbeschwerde B 6 KA 65/16 B zurückgenommen
SGB V § 106a

RID 16-04-12

Bei einer **Antragsfrist** zur sachlich-rechnerischen Berichtigung handelt es sich um eine reine Ordnungsfrist.

Für die Anfechtungsklage einer Krankenkasse gegen die Ablehnung einer sachlich-rechnerischen Berichtigung durch die KV besteht ein **Rechtsschutzbedürfnis**, wenn es nicht ausgeschlossen erscheint, dass das abgerechnete Punktevolumen als Basis zur Ermittlung der Höhe zukünftiger Leistungen herangezogen werden wird.

Die Abrechnung der **Nr. 03212 EBM** setzt voraus, dass die aufeinanderfolgenden vier Quartale, in denen die Behandlung der Erkrankung stattfand („Dauerbehandlung“), unmittelbar vor dem Quartal liegen, in dem die Gebührenziffer abgerechnet wird. Eine länger zurückliegende Behandlung genügt dagegen nicht (BSG, Beschl. v. 17.02.2016 - B 6 KA 63/15 B - juris Rn. 11 f.).

SG Marburg, Urt. v. 03.09.2014 - S 11 KA 177/14 - RID 15-01-16 verpflichtete die bekl. KV, das in den Quartalen I bis IV/12 von den Vertragsärzten für Versicherte der kl. Krankenkasse bei der Bekl. angeforderte Honorar gezielt unter Beachtung der Rechtsfassung des Gerichts – auf die Erfüllung der Voraussetzungen für die Abrechnung der Nr. 03212 EBM 2008 hin - zu prüfen, das *LSG* wies die Berufung der KV zurück.

2. Plausibilitätsprüfung: Angestellte Ärzte mit voller Quartalsstundenzahl

SG München, Urteil v. 11.10.2016 - S 38 KA 1611/14

RID 16-04-13

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a

Angestellte Ärzte eines MVZ mit dem **Bedarfsplanungsfaktor 0,5** können im Rahmen einer **Plausibilitätsprüfung** nicht mit bloßen 260 Quartalsstunden berücksichtigt werden, während vollzeitbeschäftigte Ärzte, unabhängig davon, ob eine vertragsärztliche Zulassung vorliegt oder eine Anstellungsgenehmigung, mit einer zulässigen Quartalsstundenzahl von 780 veranschlagt werden. Diese Differenzierung ist nicht vereinbar mit § 106a II 2 2. HS SGB V, wonach Vertragsärzte und angestellte Ärzte entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages gleich zu behandeln sind. Die Regelung, die erst seit 23.07.2015 in dieser Fassung vorliegt, gilt gemäß § 106a II 9 SGB V auch für Verfahren, die am 31.12.2014 noch nicht rechtskräftig abgeschlossen waren.

Die Bet. streiten um eine Honorarrückforderung in Höhe von 161.949,34 € aufgrund einer Plausibilitätsprüfung bzgl. der Nr. 31020 EBM (Kontraktionsmobilisierung) und Zeitüberschreitungen in den Quartalen III/07 bis IV/09, wobei die Klage bzgl. Nr. 31020 EBM im Verfahren zurückgenommen wurde (11.740,01 €). Das *SG* wies die Klage im Hauptantrag (Rückzahlung) ab und verurteilte die Bekl., die Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu verbescheiden, soweit sich die Plausibilitätsprüfung nicht auf die GOP 31920 bezieht.

3. Job-Sharing: Abänderung einer Honorarberichtigung/RLV-Erhöhung/Durchschnittlicher Punktwert

LSG Hessen, Urteil v. 29.06.2016 - L 4 KA 1/13

RID 16-04-14

SGB V §§ 101, 106a; SGB X § 45 II; BedarfspRL-Ä §§ 23a ff.

Für die **nachträgliche Korrektur von anfänglich rechtswidrigen Bescheiden** über eine **sachlich-rechnerische Berichtigung** finden sich keine besonderen Vorschriften im vertragsärztlichen Bereich, sodass für einen Korrekturbescheid §§ 44 ff. SGB X heranzuziehen sind (vgl. BSG, Urt. v. 13.08.2014 - B 6 KA 38/13 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 47). Daher gelten für einen Korrekturbescheid die speziellen Vertrauensschutztatbestände des § 45 II i.V.m. § 45 IV SGB X. Ein Änderungsbescheid mit Rückwirkung für die Vergangenheit ist aber rechtswidrig, wenn er keinerlei Ermessenserwägungen enthält.

Ein Vertragsarzt, der einen **Widerspruch gegen den Honorarbescheid** eingelegt hat, kann nicht darauf vertrauen, dass der in einem Berichtigungsbescheid wegen Überschreitung der Punktzahlobergrenze bei Job-Sharing zugrunde gelegte **Honoraranspruch unverändert bleibt** und damit - auch der Höhe nach - eine abschließende und vorbehaltlose Regelung über die Rückforderung getroffen wird. Die Gewährung einer **Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen** schafft keinen **Vertrauensstatbestand** dahingehend, dass die vom Zulassungsausschuss festgesetzten Gesamtpunktzahlvolumina nicht mehr gelten sollten (vgl. BSG, Urt. v. 28.08.2013 - B 6 KA 43/12 R - BSGE 114, 170 = SozR 4-2500 § 106a Nr. 11, juris Rn. 30 f.; BSG, Urt. v. 28.08.2013 - B 6 KA 17/13 R - juris Rn. 27).

Auch die Rücknahme mit Wirkung für die Vergangenheit steht trotz des Wortlauts des § 45 IV SGB X im **Ermessen** der zuständigen Behörde. Fehlt es an einer Ermessensbetätigung, ist der Bescheid aufzuheben.

Bei der Festsetzung des Berichtigungsbetrags kann die KV den **durchschnittlichen Punktwert für das Leistungsjahr** aus den Punktwerten aller Quartale und ohne Gewichtung zugrunde legen.

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Honorarberichtigung wegen Überschreitens des Praxisumfangs im Rahmen eines sog. Job-Sharings in Höhe von 154.017,88 € netto für die neun Quartale IV/07 bis IV/09 (7. bis 9. Leistungsjahr) und nach Abtrennung der Verfahren bzgl. der übrigen Leistungsjahre noch für das 7. Leistungsjahr in Höhe von 58.319,30 €. *SG Marburg*, Urt. v. 05.12.2012 - S 12 KA 636/11 - RID 13-01-23 wies die Klage ab, das *LSG* hob den Berichtigungsbescheid v. 21.01.2010 (Änderungsbescheid) auf und wies im Übrigen die Berufung zurück.

4. Gegenleistung für Laborüberweisung/Berichtigung nach Ablauf der Ausschlussfrist

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 08.06.2016 - L 3 KA 7/13

RID 16-04-15

Revision anhängig: B 6 KA 26/16 R

juris

SGB V § 106a; SGB X § 45 II

Parallelentscheidung zu LSG Niedersachsen-Bremen, Ur. v. 08.06.2016 - L 3 KA 6/13 - RID 16-03-17, Revision anhängig: B 6 KA 25/16 R.

5. Keine Ergänzung der vorausgesetzten Leistungsbegründung außerhalb der Abrechnungsfristen

SG Marburg, Urteil v. 26.10.2016 - S 12 KA 209/15

RID 16-04-16

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a

Leitsatz: Setzt die Leistungslegende für die vollständige Erbringung einer Leistung voraus, dass eine **Begründung** abgegeben wird (hier: Nr. 11321 und 11322 EBM), dann kann die Angabe nicht außerhalb der **Abrechnungsfristen** oder gar im Klageverfahren nachgeholt werden.

Das kl. Universitätsklinikum betreibt ein Institut für Humangenetik und streitet um eine sachlich-rechnerische Berichtigung bei Festsetzung des Honorars für das Quartal III/13 und hierbei noch um die Absetzung von 111 Leistungen der Nr. 11321 und 116 Leistungen der Nr. 11322 EBM in drei Behandlungsfällen im Wert von insgesamt 10.603,39 €. Das **SG** wies die Klage ab.

6. Keine Abrechenbarkeit belegärztlicher Leistungen über Umfang der Anerkennung

LSG Saarland, Beschluss v. 11.01.2016 - L 3 KA 41/12

RID 16-04-17

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 33/16 R

juris

BMV-Ä §§ 39, 40, 45; EKV-Ä § 34 IV; KHG Saarland § 25 V

Stellen sowohl der Antrag auf Anerkennung als Belegarzt als auch der bestandskräftige **Anerkennungsbescheid** ausdrücklich auf die Belegung von 5 HNO-heilkundlichen Belegbetten ab, so kann eine HNO-ärztliche Berufsausübungsgemeinschaft nicht davon ausgehen, dass ohne entsprechende Erweiterung des Antrages, zu der wiederum eine Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen erfolgen muss, die Inanspruchnahme einer beliebig großen Anzahl von Belegbetten und die Abrechnung dementsprechender vertragsärztlicher Leistungen genehmigt ist. Insb. besteht auch keine Akzessorietät zwischen Krankenhausbedarfsplan einerseits und Umfang der abrechnungsfähigen belegärztlichen Tätigkeit im Sinne eines Automatismus.

SG für das Saarland, Ur. v. 10.10.2012 - S 2 KA 90/11 - wies die Klage gegen eine Honorarrückforderung in Höhe von 22.005 € für das Quartal IV/06 ab, das **LSG** die Berufung zurück.

7. Ermächtigung: Mitarbeit anderer Krankenhausärzte/Persönliche Leistungserbringung bei Augenärzten

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 08.06.2016 - L 3 KA 28/13

RID 16-04-18

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 15 I 2, 106a, 116

Leitsatz: 1. Ein zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung **ermächtigter Chefarzt** ist nicht berechtigt, sich zur Erbringung vertragsärztlicher Leistungen der **Mitarbeit anderer Krankenhausärzte** zu bedienen.

2. Zu den Anforderungen der **persönlichen Leistungserbringung bei augenärztlichen Behandlungen**.

SG Hannover, Ur. v. 23.01.2013 - S 78 KA 506/10 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

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

SG Marburg, Urteil v. 10.08.2016 - S 11 KA 665/13

RID 16-04-19

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 58/16 -
SGB V § 106a

Wird eine **Allgemeinanästhesie** vorgenommen, bevor die **Regionalanästhesie** verabreicht wurde, dann kann die **Nr. 31822 EBM** abgerechnet werden. Die Leistung kann in deutlich kürzerer Zeit erbracht werden, als dies die **Prüfzeiten** vorsehen.

Die Sachverständigen haben aber übereinstimmend ausgeführt, dass sich die **Verwendung einer „Maske“** aus dem Protokoll und dort durch den Nachweis der kontinuierlichen Sauerstoffgabe bzw. CO₂-Messung ergibt. Insoweit geht auch die fachkundig besetzte Kammer davon aus, dass eine solche Messung nur mithilfe einer dicht sitzenden Maske erfolgen kann, da andernfalls keine validen Werte gemessen werden können, welche zur Kontrolle der Atemfunktion aber notwendig sind. Allein die Tatsache, dass auf den Protokollen nicht wörtlich dokumentiert ist, dass eine „Maske“ verwendet wurde, ist unschädlich, da sich aus dem Gesamtzusammenhang der protokollierten Parameter ergibt, dass eine Maske verwendet worden sein muss. Insoweit wäre die Forderung, dass die Kl. noch das Wort „Maske“ auf der **Dokumentation** vermerkt, bloße Förmerei. Jedenfalls kann dies nicht dazu führen, dass hier von einer unvollständigen Leistungserbringung auszugehen ist, zumal die EBM-Ziffer selbst diese Forderung nicht aufstellt.

Die Beteiligten streiten um einen Honorarberichtigung für die Quartale I/08 bis IV/08 aufgrund einer Plausibilitätsprüfung in Höhe von 56.458,99 €. Streitig ist insb. die Frage, ob für eine Anästhesieleistung bei Katarakt-Operationen im Regelfall die Leistung nach Nr. 31822 EBM (Anästhesie und/oder Narkose) abgerechnet werden kann und ob diese Leistung auch unterhalb der festgelegten Prüfzeiten noch ordnungsgemäß ausgeführt werden kann. Das **SG** gab der Klage statt.

Z.T. anders SG Marburg, Urt. v. 02.12.2015 - S 12 KA 196/14 - RID 16-01-25, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 3/16 -.

9. Einhaltung der Grenzen einer Notfall-Erstversorgung (Röntgen, Labor, Ultraschalldiagnostik)

SG Mainz, Urteil v. 05.08.2015 - S 12 KA 472/15

RID 16-04-20

SGB V §§ 75, 105a

Werden einer **Notfallambulanz** Röntgen- oder Laboruntersuchungen oder Ultraschalldiagnostik sachlich-rechnerisch berichtet, weil diese Leistungen über den Rahmen einer **Notfall-Erstversorgung** hinausgehen, dann obliegt es der Notfallambulanz, nähere Angaben zur Notwendigkeit der gestrichenen Leistungen i.S. einer **Substantiierung** zu machen. Die Auflistung der Diagnosen reicht hierfür nicht aus. Aus BSG, Urt. v. 12.12.2012 - B 6 KA 5/12 R - SozR 4-2500 § 115 Nr 1, juris Rn. 17, 18 ergibt sich, dass die Substantiierung - ähnlich wie im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung - **spätestens im Verwaltungsverfahren** zu erfolgen hat.

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

Z.T. anders SG Marburg, Urt. v. 18.03.2015 - S 12 KA 616/14 - RID 15-02-41, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 20/15 -.

10. Untersuchungsleistungen an potentiellen Spendern

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 08.06.2016 - L 3 KA 107/12

RID 16-04-21

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I 1, Ia, 106a II 1

Leitsatz: **Untersuchungsleistungen**, die ein ermächtigter Transfusionsmediziner an Körpermaterialien von Familienangehörigen des Erkrankten erbringt, die als **Spender** in Betracht kommen, sind Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und als solche von der Kassenärztlichen Vereinigung zu vergüten.

SG Hannover, Urt. v. 18.07.2012 - S 65 KA 72/09 - gab der Klage gegen eine sachlich-rechnerische Richtigstellung des vertragsärztlichen Honorars des Kl., eines ermächtigten Facharztes für Transfusionsmedizin, für die Quartale I/04 bis II/06 statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

11. Einmalpolypektomieschlingen

SG München, Urteil v. 25.10.2016 - S 38 KA 1111/15

RID 16-04-22

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§

Mit der Leistung nach Nr. 13423 EBM ist auch die Verwendung von Einmalpolypektomieschlingen (= einmal verwendete Hochfrequenzdiathermieschlingen) abgegolten (BSG, Urte. v. 15.08.2012 - B 6 KA 34/11 R - SozR 4-5540 § 44 Nr. 1).

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Richtigstellung im Quartal IV/14 mit Absetzung eines Betrages in Höhe von 86,94 € für Einmalpolypektomieschlingen. Das SG wies die Klage ab.

III. Genehmigung/Zweigpraxis/Notdienst

Nach BSG, Urte. v. 28.09.2016 - B 6 KA 32/15 R - und - B 6 KA 1/16 R - kann ein für zwei Fachgebiete zugelassener Arzt seinen Zulassungsverzicht nicht so gestalten, dass er seinen Vertragsarztsitz doppelt verwertet, weil auch ein solcher Arzt ungeachtet seiner Doppelzulassung insgesamt nur einen Versorgungsauftrag hat. Erfasst der Verzicht den vollen Versorgungsauftrag, weil dies Voraussetzung für die Genehmigung seiner Anstellung im MVZ im Umfang eines vollen Versorgungsauftrags war, ist kein Vertragsarztsitz für das weitere Fachgebiet mehr verblieben, der ausgeschrieben werden könnte. Nach BSG, Urte. v. 03.08.2016 - B 6 KA 20/15 R - darf die Zusicherung eines weiteren Versorgungsauftrags nur erteilt werden, wenn bereits bestehende Dialyseeinrichtungen hinreichend - d.h. zu mehr als 90% - ausgelastet sind; diese Auslastung muss sowohl zum Zeitpunkt der Entscheidung gegeben als auch - wegen des Erfordernisses einer kontinuierlichen wirtschaftlichen Versorgungsstruktur - in Zukunft prognostisch zu erwarten sein. Die erforderliche Auslastung der Kl. war weder im Zeitpunkt der Entscheidung noch nachfolgend kontinuierlich gegeben. Dass ihre Auslastung in einigen Quartalen des Jahres 2008 die 90%-Grenze überschritten haben mag, genügt hierzu nicht. Die rechtliche Beurteilung der Rechtmäßigkeit eines Versorgungsauftrags kann nicht davon abhängen, ob die klagende Praxis irgendwann im Laufe eines dazu geführten Rechtsstreits in hinreichendem Umfang ausgelastet war. Eine Entscheidung, die nicht hätte erteilt werden dürfen, bleibt rechtswidrig und ist auf die Anfechtungsklage hin aufzuheben. Nach BSG, Urte. v. 04.05.2016 - B 6 KA 13/15 R - sind strahlentherapeutische Leistungen für einen Facharzt für Diagnostische Radiologie fachfremd, soweit er nicht das frühere Teilgebiet der Radiologie „Strahlenheilkunde“ absolviert hat. Auf die besonderen Voraussetzungen, unter denen die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie ungeachtet einer einschlägigen Facharztweiterbildung eine Leistungserbringung ermöglicht, kommt es nicht an. Nach BSG, Urte. v. 23.03.2016 - B 6 KA 7/15 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 16 ist bei der Prüfung, ob die Wahrnehmung des Bereitschaftsdienstes durch einen Vertreter auf eigene Kosten zumutbar ist, bei einem MKG-Chirurgen mit Doppelzulassung auch das Honorar aus der vertragszahnärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen. Die Tätigkeit als Belegarzt hindert die Heranziehung nicht. Die Doppelzulassung darf allerdings auch nicht zu einer insgesamt unzumutbaren Belastung mit Notdiensten führen. Nach BSG, Urte. v. 16.12.2015 - B 6 KA 37/14 R - SozR 4-5520 § 24 Nr. 12 kann eine Versorgungsverbesserung durch das Angebot kernspintomographischer (MRT-)Untersuchungen nicht mit der Begründung verneint werden, dass dieses Angebot irrelevant sei, weil es angesichts der geringen Einwohnerzahl von A nur von einer geringen Zahl von Patienten genutzt werde. Die Durchführung von MRT-Untersuchungen ist für Patienten aus A, die ansonsten die 15 km entfernt liegende Praxis des Kl. oder andere, noch weiter entfernt liegende Praxen aufsuchen müssten, von Vorteil. Wie viele Patienten diesen Vorteil tatsächlich nutzen, ist für die Beurteilung der Versorgungsverbesserung grundsätzlich nicht maßgeblich. Es kann offen bleiben, ob der für die Beurteilung der Versorgungsverbesserung maßgebliche „weitere Ort“ i.S. des § 24 III Ärzte-ZV stets die politische Gemeinde ist, in der die Zweigpraxis betrieben werden soll, oder ob auch auf größere räumliche Einheiten - hier etwa die Verbandsgemeinde A - abgestellt werden kann. Hier hat die politische Gemeinde A mehr als 7.000 Einwohner. Damit ist jedenfalls noch nicht eine zahlenmäßige „Geringfügigkeitsschwelle“ erreicht, bei deren Unterschreiten eine Versorgungsverbesserung an diesem Ort von vornherein ausgeschlossen erscheint.

1. Zweigpraxis

a) Verlängerung einer Dialysezweigpraxisgenehmigung/Drittanfechtung

LSG Bayern, Urteil v. 21.10.2015 - L 12 KA 108/14

RID 16-04-23

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 22/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
BMV-Ä/EKV-Ä Anl. 9.1.5

Die Verlängerung einer Dialysezweigpraxisgenehmigung nach Abs. 3 2. Unterabsatz, Satz 4 der Anl. 9.1.5 zu Anhang 9.1. BMV-Ä/EKV-Ä beinhaltet keine Bedarfsprüfung und vermittelt deshalb auch keinen Drittschutz.

Die kl. ärztliche Berufsausübungsgemeinschaft betreibt in A-Stadt ein Dialysezentrum und außerdem in F-Stadt eine Zweigpraxis zum Erbringen fachärztlich-nephrologischer Sprechstunden auf Überweisung von Haus- und Fachärzten ohne Dialyse. Bereits im Juni 2011 hatte sie für den Standort in F-Stadt die Erteilung einer Genehmigung zum Erbringen von Dialyseleistungen beantragt. Die Beigel. zu 1), ebf. eine Berufsausübungsgemeinschaft, betreibt in C-Stadt eine Dialysepraxis. Gegen deren Verlängerung der

bestehenden 10-jährigen Filialgenehmigung für die Zweigpraxis in F-Stadt um weitere zehn Jahre legte die Kl. erfolglos Drittwiderspruch ein. *SG München*, Urt. v. 28.03.2014 - S 49 KA 352/13 - RID 14-03-26 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Anfechtungsbefugnis: Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte zur Dialysebehandlung

LSG Saarland, Urteil v. 30.08.2016 - L 3 KA 9/14

RID 16-04-24

Revision anhängig: B 6 KA 30/16 R

juris

BMV-Ä/EKV-Ä Anl. 9.1; SGG § 54

Einer Dialysepraxis in Form eines MVZ, die seit über zehn Jahren eine Nebenbetriebsstätte betreibt, wird mit einer **Verlängerung der Genehmigung der Nebenbetriebsstätte** um weitere zehn Jahre die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung weder eröffnet noch erweitert (vgl. bereits LSG Saarland, Beschl. v. 05.05.2015 - L 3 KA 1/14 ER - RID 16-01-32, aufgehoben durch BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 27.05.2016 - 1 BvR 1890/15 - RID 16-03-41). Warum BSG, Urt. v. 17.10.2012 - B 6 KA 44/11 R - SozR 4-1500 § 54 Nr. 30 aber, ohne dies weiter zu problematisieren, feststellt, dass der ärztlich geleiteten Einrichtung, die im dortigen Verfahren eine Verlängerung der seit langem bestehenden Ermächtigung nach § 10 der Anl. 9.1 BMV-Ä erlangt hatte, die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch diese Verlängerung „eröffnet“ wird, erschließt sich dem Senat nicht.

Nur im Falle einer **fehlenden Auslastung** ist eine **Drittanfechtungsbefugnis** gegen eine Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte zur Dialysebehandlung nach Abs. 3 Anh. 9.1.5 zur Anl 9.1 BMV-Ä zu bejahen.

Die kl. Nephrologen und ihre BAG wenden sich im Rahmen einer Konkurrentenklage gegen die der Beigel. erteilte Verlängerung der Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte. *SG für das Saarland*, Urt. v. 19.02.2014 - S 2 KA 9/13 - RID 14-04-30 hob die der Beigel. erteilte Genehmigung zum weiteren Betrieb der Nebenbetriebsstätte in N. auf, das *LSG* wies auf Berufung der Beigel. die Klage ab.

c) Keine Wettbewerbsansprüche von Nephrologen wegen Nebenbetriebsstätte

LSG Saarland, Urteil v. 30.08.2016 - L 3 KA 2/16 WA

RID 16-04-25

Revision anhängig: B 6 KA 35/16 R

juris

UWG §§ 3, 4; BMV-Ä Anl. 9.1 § 4 III

Leitsatz: Ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener **Nephrologe** kann gegen einen anderen, ebenfalls zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Nephrologen keine Ansprüche nach § 8 i.V.m. § 3 UWG mit der Behauptung geltend machen, dem anderen Vertragsarzt sei zu Unrecht von der KV die Genehmigung für die Erbringung von Dialyseleistungen in einer **Nebenbetriebsstätte** erteilt worden.

SG für das Saarland, Urt. v. 23.05.2012 - S 2 KA 132/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Ambulante Dialyseleistungen

a) Versorgungsauftrag für Dialyse nach Aufkündigung einer Kooperation

SG Schwerin, Beschluss v. 28.03.2016 - S 3 KA 9/16 ER

RID 16-04-26

juris

SGB X § 39 II; BMV-Ä Anl. 9.1 §§ 4, 13 ff.; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: Ein Versorgungsauftrag gem. § 4 BMV-Ä eines Kooperationspartners aus dem Jahr 2003, der nicht ausdrücklich an die Leistungserbringung im Wege einer Kooperation (§§ 13, 14 der Anlage 9.1 BMV-Ä) geknüpft gewesen ist, erledigt sich nicht durch die (zivilrechtliche) **Aufkündigung der Kooperation und Praxisverlegung** innerhalb desselben Ortes. Die wirtschaftliche Versorgungsstruktur ist in diesem Fall nicht nach Maßgabe des § 6 Anlage 9.1 BMV-Ä aktuell zu überprüfen.

Es führt andernfalls zu einem **Wertungswiderspruch**, wenn der konkrete Kooperationsvertrag zwar eine Kündigungsmöglichkeit auch nach Maßgabe des (Muster-)Vertrages über das Zusammenwirken bei der Durchführung eines Versorgungsauftrages nach § 13 Abs. 1, Abschnitt 4, Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag vorsieht, der bisherige Kooperationspartner aber die weitere Ausübung des Versorgungsauftrages durch den Ausscheidenden durch die Geltendmachung eines fehlenden Versorgungsbedarfes verhindern könnte.

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

b) Drittanfechtung eines Versorgungsauftrags zur Dialyse

LSG Saarland, Urteil v. 21.08.2015 - L 3 KA 20/13

RID 16-04-27

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 18/16 R

juris

SGB V §§ 82 I, 135 I; GG Art. 12 I; BMV-Ä Anl. 9.1 § 4 I

Eine nephrologische Praxis kann sich auf die **drittschützende Wirkung** bei Anfechtung einer einem Konkurrenten erteilten Genehmigung zur Übernahme eines besonderen Versorgungsauftrages nur berufen, soweit sie selbst betroffen ist. Es kommt ausschließlich auf ihre **Auslastung** an. Ist sie zum maßgeblichen Zeitpunkt der Erteilung des Versorgungsauftrages und auch in den Folgequartalen zu wenigstens 90% ausgelastet, fehlt es an einer Rechtsverletzung.

Nach der Bestimmung des § 4 Ib Anl. 9.1 BMV-Ä in der seit dem 01.07.2009 geltenden Fassung verbleibt beim **Ausscheiden eines Arztes aus der Dialysepraxis** der Versorgungsauftrag bei der Dialysepraxis. Dies gilt jedoch nicht, wenn der übertragene Versorgungsauftrag dem ausscheidenden Arzt persönlich und nicht etwa der Gemeinschaftspraxis bzw. BAG erteilt wurde.

SG für das Saarland, Urt. v. 12.12.2012 - S 2 KA 12/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Saarland, Urteil v. 21.08.2015 - L 3 KA 21/13

RID 16-04-28

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 19/16 R

juris

3. Notdienst

a) Befreiungsgrund: Besondere familiäre Pflichten/Kooperationsvertrag mit Krankenhaus

SG München, Urteil v. 20.09.2016 - S 38 KA 1170/15

RID 16-04-29

juris

SGB V §§ 75 I, 76 I 2

Eine Vertragsärztin ist **nachweispflichtig** für das Vorliegen eines schwerwiegenden Grundes zur Befreiung vom ärztlichen Notdienst aufgrund **besonderer belastender familiärer Pflichten**. Als Ärztin kann sie auch eine eigene Befundung durchführen und diese vorlegen.

Ein **Kooperationsvertrag mit einem Krankenhaus** erfüllt nicht den Befreiungstatbestand eines besonderen Versorgungsauftrags, wenn die Ärztin für die erbrachten Leistungen honoriert wird und die Kooperation schwerpunktmäßig dem stationären Versorgungsauftrag zu dienen bestimmt ist.

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Nachweispflicht für die Befreiung aus gesundheitlichen Gründen

SG München, Urteil v. 25.10.2016 - S 38 KA 1293/15

RID 16-04-30

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 75

Ein **Facharzt für psychotherapeutische Medizin** ist grundsätzlich befähigt für die **Teilnahme am Bereitschaftsdienst**. Wird er vom April 2013 bis zum 05.05.2017 nicht zum ärztlichen Bereitschaftsdienst eingeteilt, so hat er mehr als vier Jahre Zeit, verloren gegangene Kenntnisse zu erwerben.

Die **Betreuung von zwei Söhnen** im Alter von 8 und 13 Jahren lassen eine 5-6 mal jährliche Teilnahme am Bereitschaftsdienst nicht als unzumutbar erscheinen.

Besteht eine Nachweispflicht für die **Befreiung aus gesundheitlichen Gründen**, dann reicht eine **ärztliche Bescheinigung** nicht aus, wonach sich der Arzt wegen einer rezidivierenden depressiven Störung in Behandlung befinde und eine Teilnahme am Bereitschaftsdienst mit einem erheblichen Risiko der Verschlechterung der depressiven Erkrankung verbunden sei. Ein solches Attest lässt nicht den Schweregrad der Erkrankung erkennen, der es dem Arzt unmöglich machen soll, am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst teilzunehmen. Wird die Tätigkeit als Facharzt für psychotherapeutische Medizin ungehindert ausgeübt, so besteht die Vermutung, dass eine Erkrankung keine so erheblichen Auswirkungen hat, dass der Arzt nicht in der Lage ist, am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst in einem Umfang von 5-6 Diensten jährlich teilzunehmen.

Der kl. Facharzt für psychotherapeutische Medizin beantragte erfolglos die Befreiung von der Teilnahme am Bereitschaftsdienst. Das **SG** wies die Klage ab.

c) Befreiung vom Notdienst aus Krankheitsgründen

SG Marburg, Urteil v. 26.10.2016 - S 12 KA 387/15

RID 16-04-31

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 75

Leitsatz: Auch der Vertragsarzt, dem aktuell oder dauernd eine **höchstpersönliche Übernahme des Bereitschaftsdienstes** nicht möglich ist, bleibt grundsätzlich gleichwohl verpflichtet, diesen durch einen „Vertreter“ auf eigene Kosten wahrnehmen zu lassen (vgl. BSG, Urt. v. 19.08.2015 - B 6 KA 41/14 R - BSGE 119, 248 = SozR 4-2500 § 75 Nr. 15). Nach der **Notdienstordnung der KV Hessen** mit der letzten Änderung vom 10.10.2015 besteht nach der „Vertreterbestellung“ keine „wiederauflebbare“ Verpflichtung des Vertragsarztes, bei Nichtantritt des Vertreters dennoch den Notdienst versehen zu müssen.

Die kl. Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie begehrte erfolglos die Befreiung von der Teilnahme am organisierten Notdienst der Bekl. aus Krankheitsgründen. Zur Antragsbegründung trug sie vor, sie leide an einer weitgehend remittierten posttraumatischen Belastungsstörung. Die Erkrankung stehe ursächlich in engem Zusammenhang mit ihrer früheren Tätigkeit als Oberärztin in einer Klinik, bei der es zu mehreren Notfalleinsätzen bei Patienten nach Suizidversuch, die sich schwerste körperliche Verletzungen zugeführt hätten, gekommen sei. Die von ihr durchgeführten Reanimationsversuche seien nicht erfolgreich gewesen. In der Folge habe sich eine schwere posttraumatische Belastungsstörung mit monatelanger Arbeitsunfähigkeit entwickelt. Nach einer erfolgreichen traumaspezifischen Psychotherapie habe die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden können. Es bestehe allerdings noch eine Restsymptomatik. Um Konfrontationen mit Suiziden zu vermeiden, habe sie sich zur Niederlassung entschlossen. Aus ärztlicher Sicht müsse sie Konfrontationen mit Suiziden meiden. Es sei ihr deshalb abgeraten worden, am Bereitschaftsdienst teilzunehmen. Dazu sei sie krankheitsbedingt nicht in der Lage. Das **SG** wies die Klage ab.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 28.09.2016 - **B 6 KA 43/15 R** - und - **B 6 KA 44/15 R** - existierte im Jahr 2005 eine gesetzliche Ermächtigungsgrundlage für die Festsetzung von Arzneimittelregressen in Form sog. Zielfeldregresse. Es reicht aus, dass die Partner der Gesamtverträge ermächtigt werden, über die gesetzlich ausdrücklich geregelten Prüfungen hinaus andere **arztbezogene Prüfungsarten zu vereinbaren**. Damit wird auch die Vereinbarung von Regressen ermöglicht, die als Prüfungsmaßstab nicht an dem vereinbarten Richtgrößenvolumen nach § 84 VI SGB V, sondern an den nach § 84 I 2 Nr. 2 SGB V vereinbarten Wirtschaftlichkeitszielen und den auf die Umsetzung dieser Ziele ausgerichteten Maßnahmen (Zielvereinbarungen) anknüpfen. Im Grundsatz ist die Vereinbarung fester Ordnungswerte bezogen auf die Kosten der **Arzneimittel je Tagesdosis** (defined daily dose - DDD) **als Grundlage für die Festsetzung von Regressen nicht zu beanstanden**. Allerdings ist die Überschreitung der von den Vertragspartnern festgesetzten Werte nur dann geeignet, den Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit zu begründen, wenn sie von einem Arzt, der seiner Verpflichtung zur Verordnung möglichst günstiger Arzneimittel nachkommt, im Regelfall eingehalten werden können. Dazu gehört ein gewisser **Entscheidungsspielraum des Arztes**, der die Möglichkeit haben muss, z.B. auf Schwierigkeiten von Patienten im Umgang mit einer Darreichungsform oder bei der Umstellung von überwiesenen Patienten auf ein anderes Medikament zu reagieren. Deshalb wäre es **nicht zulässig, die Werte so zu bemessen, dass sie nur bei Verordnung des preiswertesten Arzneimittels in jedem Einzelfall erreicht werden könnten**. Wenn die Zielfelder allerdings so festgesetzt worden sind, dass aus deren Überschreitung für den Regelfall auf eine unwirtschaftliche Ordnungsweise geschlossen werden kann, ist es nicht zu beanstanden, dass der Vertragsarzt die **Beweislast** für das Vorliegen der medizinischen Gründe, die der Verordnung eines preisgünstigeren Arzneimittels mit gleichem oder ähnlichem Wirkstoff entgegengestanden haben, zu tragen hat. Nach BSG, Urt. v. 17.02.2016 - **B 6 KA 3/15 R** - SozR 4-2500 § 106 Nr. 54 geht das AMG zwar von einem sehr

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

1. Zufälligkeitsprüfung: Vorrang der Einzelfallprüfung

SG Hannover, Urteil v. 19.10.2016 - S 78 KA 191/15

RID 16-04-32

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106 II 2 Nr. 2

Leitsatz: Die **Zufälligkeitsprüfung** im Sinne des § 106 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V ist vorrangig im Rahmen der **Einzelfallprüfung** durchzuführen. Von dieser Vorgabe durften die Vertragspartner auch nicht durch Regelungen in der **Prüfvereinbarung** abweichen.

Eine **statische Durchschnittsprüfung** darf von den Prüfungsgremien nur dann durchgeführt werden, wenn sich eine Einzelfallprüfung als nicht aussagekräftig oder nicht durchführbar erweist.

Der Kl. wendet sich gegen eine Beratung wegen unwirtschaftlicher Leistungserbringung und unwirtschaftlicher Verordnung von Arzneimitteln im Jahr 2011. Das **SG** verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch des Kl. erneut zu entscheiden.

2. Weniger als 100 Behandlungsfälle bei einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung

SG Marburg, Urteil v. 14.09.2016 - S 12 KA 535/15

RID 16-04-33

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

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

Das **SG** wies die Klage gegen eine Honorarberichtigung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise bzgl. der Quartale III und IV/09 sowie II und III/10 in Höhe von 9.795,22 € ab.

Zum vorausgehenden einstweiligen Anordnungsverfahren s. SG Marburg, Beschl. v. 25.11.2015 - S 12 KA 636/15 ER - RID 16-01-43; LSG Hessen, Beschl. v. 11.03.2016 - L 4 KA 53/15 B - RID 16-02-64 betraf nur die Beschwerde gegen die Streitwertfestsetzung.

3. Wirtschaftlichkeitsprüfung bei besonderen Versorgungsformen

SG Hannover, Urteil v. 21.09.2016 - S 78 KA 148/13

RID 16-04-34

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 106, 140a

Leitsatz: Die sachliche Zuständigkeit der **Prüfungsgremien** nach § 106 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung veranlasster Leistungen im Rahmen der **integrierten Versorgung** setzt eine **ausdrückliche Regelung in der Prüfvereinbarung** voraus.

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit von Arzneimittelregressen für Verordnungen von Immunglobulin (hier Octagam®) zur Behandlung der Multiplen Sklerose in den Quartalen II/08 bis IV/09 über 47.890,26 €. Das **SG** hob die angefochtenen Bescheide des Bekl. auf.

4. Wirtschaftlichkeitsprüfung und patientenbezogene Plausibilitätsprüfung

LSG Hessen, Beschluss v. 13.06.2016 - L 4 KA 27/14
SGB V § 106

RID 16-04-35

Einem Arzt ist es zuzumuten, auf seine Patienten einzuwirken, um deren **regelmäßiges Vorsprechen zur „Unzeit“** i.S.d. Nr. 01100 EBM zu vermeiden. Dass ein Allgemeinarzt durchaus die Möglichkeit hat, seine Patienten entsprechend zu steuern, belegen schon viel geringere Abrechnungswerte der Vergleichsgruppe in diesem Bereich.

Erbringt ein Arzt einzelne Leistungen nicht wirtschaftlich, sind die zuständigen Gremien berechtigt, die Vergütung für diese Leistungen zu kürzen oder ggfs. sogar ganz zu streichen, denn vollständig zu vergüten ist nur eine Leistung, die auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechend erbracht wird. Die **Kürzung oder Streichung einzelner Leistungen** birgt dann zwangsläufig die Gefahr, dass sich das **Gesamthonorar** auf einen Betrag, der **unter dem Durchschnitt** (der Fachgruppe) liegt, vermindert. Tritt ein solcher Fall ein, ist das rechtlich nicht zu beanstanden. Ein Anspruch dahingehend, dass einem Arzt zumindest das durchschnittliche Honorar seiner Vergleichsgruppe belassen werden muss, besteht nicht.

Soweit, bezogen auf ein und dasselbe Quartal, durch mehrere Bescheide in **verschiedenen Prüfungsverfahren Honorarkürzungen** vorgenommen werden, sind die in den zeitlich zuerst erlassenen Bescheiden vorgenommenen Kürzungen grundsätzlich erst und nur im Rahmen der später erlassenen Bescheide bei der Berechnung der Höhe der dortigen Kürzung zu berücksichtigen. Eine Berücksichtigung in umgekehrter Reihenfolge findet dagegen nicht statt.

Die Beteiligten stritten um eine Honorarkürzung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im Bereich der Nr. 01100 EBM (Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten) und der Leistungsgruppen 2 und 13 für die vier Quartale I bis IV/08 in Höhe von insgesamt 84.394,94 € vor Quotierung bzw. 20.124,55 € quotiert. *SG Marburg*, Urt. v. 19.03.2014 - S 12 KA 536/13 - RID 14-02-49 wies die Klage der aus zwei zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Fachärzten für Allgemeinmedizin bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft ab, das *LSG* wies die Berufung zurück.

5. Rückübertragung bzw. „Abtretung“ nach § 52 II 3 BMV-Ä

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 19.10.2016 - S 12 KA 232/16
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106 V; BMV-Ä § 52

RID 16-04-36

Leitsatz: Die Rückübertragung bzw. „Abtretung“ nach § 52 Abs. 2 Satz 3 BMV-Ä bewirkt nicht nur die Abtrennung des Teils der Gesamtforderung, der auf die einzelne Krankenkasse entfällt, sondern berechtigt auch die einzelne **Krankenkasse**, den auf sie entfallenden Teil der Gesamtforderung selbst gegenüber dem Arzt geltend zu machen. Der Verteilungsquote kommt insofern keine Außenwirkung zu, als diese nur das Innenverhältnis der Gläubiger der Forderungen gegenüber dem Arzt, also nur das Innenverhältnis der Krankenkassen betrifft, nicht aber das Verhältnis des Arztes zu der einzelnen Krankenkasse. Insofern bedarf es keiner besonderen Spezifizierung der einzelnen Forderung der Krankenkasse, sondern kommt es allein auf den Umfang der Rückübertragung bzw. „Abtretung“ an.

Die Beteiligten streiten um eine Forderung aufgrund von Regressen wegen Verordnung von Arzneimitteln nach Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung im Zeitraum September 2006 bis 2009 in Höhe von 17.935,54 € nach einer Rückübertragung auf die Krankenkasse. Das *SG* wies die Klage ab.

6. Arzneikosten

a) Wirtschaftlichkeitsprüfung von Grippeimpfstoffen

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 08.12.2015 - L 4 KA 44/13

RID 16-04-37

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106

Die Regelung „**Arzneimittel**“ in einer Prüfvereinbarung ist auf die **Impfstoffe** für den Gripeschutz anzuwenden. Dies folgt aus der Definition nach § 2 I Nr. 2a AMG (vgl. bereits LSG Schleswig-Holstein, Urte. v. 17.11.2009 - L 4 KA 24/08 - RID 11-01-33).

Ein **Prüfantrag** wird durch die Nennung der **Quartale** in der Betreffzeile nicht beschränkt, wenn in den beigefügten Tabellen die Anforderungen der Prüfstoffe und die jeweiligen vorgenommenen Impfleistungen entsprechend der Nr. 99804 EBM (Influenza) für weitere Quartale erwähnt werden.

Die **Wirtschaftlichkeitsprüfung von Grippeimpfstoffen** hat für **mehrere Quartale** zu erfolgen, da regelmäßig einmal jährlich im Spätsommer ein gewisser Vorrat an Impfstoffen durch den Vertragsarzt angefordert werden muss (vgl. BSG, Urte. v. 18.08.2010 - B 6 KA 14/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 29 zu Sprechstundenbedarf). Es kann auf einen **Vergleich** zwischen den abgeforderten **Mengen Impfstoff** und den vorgenommenen **Impfungen**, die an den abgerechneten Gebührenleistungen nach Nr. 99804 EBM erkennbar sind, abgestellt werden. Um den eventuell auftretenden Schwankungen im Impfverhalten der Patienten gerecht zu werden, ist es erforderlich, dem überprüften Arzt über die durchgeführten Impfleistungen hinaus einen **Zuschlag** zu gewähren und die wirtschaftlich abgeforderte Menge an Impfstoff nicht genau mit der Zahl der abgerechneten Impfleistungen anzusetzen. Ein Zuschlag von 10 % auf die Zahl der abgerechneten Leistungen nach Nr. 99804 EBM ist ausreichend, es sei denn, dass Umstände dargetan werden, die besonders zu berücksichtigen sind und dazu führen, dass ein höherer Zuschlag einzuräumen ist.

SG Kiel, Urte. v. 08.05.2013 - S 14 KA 34/10 - wies die Klage gegen einen Regress in Höhe von insgesamt 4.362,60 € ab, das *LSG* die Berufung zurück

b) Sog. Fiktive Zulassung und noch laufendes Zulassungsverfahren: Myoson direct

SG Düsseldorf, Urteil v. 31.08.2016 - S 2 KA 5/16

RID 16-04-38

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Die lediglich auf übergangsrechtlichen Vorschriften beruhende **Verkehrsfähigkeit von Arzneimitteln**, die keine Prüfung nach den Maßstäben des AMG durchlaufen haben, führt nicht ohne Weiteres zur Verordnungsfähigkeit zulasten der Krankenkassen (vgl. etwa BSG, Urte. v. 27.09.2005 - B 1 KR 6/04 R - BSGE 95, 132 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 3; Urte. v. 05.11.2008 - B 6 KA 63/07 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 21; Urte. v. 06.05.2009 - B 6 KA 3/08 R - USK 2009-14 = MedR 2010, 276 zu Wobe Mugos E). Nur wenn im Verfahren der **Zulassung des Arzneimittels** eine Überprüfung der Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit erfolgt ist, ist die Arzneimittelzulassung als ausreichend auch für die Verordnungsfähigkeit im Rahmen der GKV zu akzeptieren.

Soweit sich die vom BSG entschiedenen Fälle verfahrensrechtlich von dem hier zu beurteilenden insofern unterscheiden, als für Wobe Mugos E bereits eine Ablehnung der Verlängerung der Zulassung vorlag, während vorliegend das **Zulassungsverfahren** für das Arzneimittel **Myoson direct noch läuft**, macht dies keinen relevanten Unterschied. Unabhängig vom Stadium des Verfahrens auf Verlängerung der Zulassung ist entscheidend, dass in beiden Fällen die Verkehrsfähigkeit des Arzneimittels arzneimittelrechtlich lediglich fingiert wurde (vgl. BSG, Beschl. v. 15.07.2015 - B 6 KA 18/15 B - RID 15-04-69 und B 6 KA 19/15 B - RID 15-04-70, juris zu Leukonorm).

Die Kl., eine rheumatologisch ausgerichtete Berufsausübungsgemeinschaft von Ärzten für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, wandte sich gegen einen Regress für die Quartale 1 bis IV/14 wegen der Verordnung des Fertigarzneimittels Myoson direct Regress in Höhe von 1.383,07 €. Das *SG* wies die Klage ab.

c) Arzneimittel mit. sog. fiktiver Zulassung: Myoson direkt

SG Marburg, Urteil v. 07.09.2016 - S 12 KA 161/16

RID 16-04-39

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 3, 31 I 1, 106a; AMG § 105

Leitsatz: Eine Verordnung des Arzneimittels **Myoson direkt** ist unzulässig, weil es sich um ein Arzneimittel mit. **sog. fiktiver Zulassung** handelt. Die in den Wobe Mugos E-Entscheidungen des Bundessozialgerichts (Urt. v. 27.09.2005 - B 1 KR 6/04 R - BSGE 95, 132 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 3; Urt. v. 05.11.2008 - B 6 KA 63/07 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 21) allgemein formulierten Maßstäbe sind auf die vorliegende Konstellation anwendbar.

Die Beteiligten streiten um einen Arzneykostenregress für die Quartale I bis IV/14 wegen der Verordnung des Arzneimittels Myoson direkt, einem Arzneimittel mit. sog. fiktiver Zulassung, in einem Behandlungsfall in Höhe von insgesamt 739,87 € netto. Das **SG** wies die Klage ab.

d) Wirkstoffkombination aus Acetylsalicylsäure und Dipyridamol (Aggrenox)

SG Marburg, Urteil v. 07.09.2016 - S 12 KA 167/16

RID 16-04-40

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: Bei dem Arzneimittel **Aggrenox** handelt es sich um eine Wirkstoffkombination aus Acetylsalicylsäure und Dipyridamol. Das Arzneimittel unterfällt damit den Regelungen zum Ausschluss fixer Wirkstoffkombinationen und kann nicht verordnet werden (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.06.2016 - L 7 KA 16/14 KL - RID 16-04-55, www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris, Revision zugelassen; SG Marburg, Gerichtsbb. v. 13.04.2016 - S 12 KA 474/15 - RID 16-02-32, www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris; Gerichtsbb. v. 07.09.2016 - S 12 KA 188/16 -).

Die Beteiligten streiten um einen Arzneykostenregress für die Quartale II bis IV/14 wegen der Verordnung des Arzneimittels Aggrenox in einem Behandlungsfall in Höhe von insgesamt 384,50 € netto. Das **SG** wies die Klage ab.

e) Dokumentationspflicht bei Ausnahmeindikation ausgeschlossener Arzneimittel (Tandemact)

LSG Bayern, Urteil v. 02.03.2016 - L 12 KA 107/14

RID 16-04-41

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 31 I 4, 92 I 2 Nr. 6, 106

Die Verordnung des Arzneimittels Tandemact ist gemäß § 16 I und III sowie Anlage III Nr. 49 AM-RL ausgeschlossen.

Das Vorliegen einer **Ausnahmeindikation** i.S.d. § 31 I 4 SGB V ist mit der Begründungspflicht untrennbar verknüpft. Als Ausnahmeindikation können im Prüfungsverfahren und ggf. vor Gericht nur Umstände berücksichtigt werden, die von der Begründung umfasst sind. Aus dem **Begründungserfordernis** des § 31 I 4 SGB V resultiert für den Arzt eine **Dokumentationsobliegenheit**. Zu dokumentieren sind die Umstände, aus denen der Arzt den Schluss zieht, dass die für den Verordnungs-ausschluss auf Grund der Arzneimittel-Richtlinie tragenden Erwägungen im konkreten Einzelfall nicht eingreifen. Im Regelfall genügen die Angabe der Indikation und ggf. die Benennung der Ausschlusskriterien für die Anwendung wirtschaftlicher Therapiealternativen, soweit sich aus den Bestimmungen der Richtlinie nichts anderes ergibt. Die Begründung muss im zeitlichen Zusammenhang mit der Therapieentscheidung dokumentiert sein; anderenfalls liefe das Begründungserfordernis leer. Die Begründung muss sich insb. auf die Auswahl des grundsätzlich ausgeschlossenen Arzneimittels unter den in Betracht kommenden Behandlungsalternativen erstrecken, wenn auch verordnungsfähige oder von vornherein nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in Betracht kommen.

Der Senat neigt der Auffassung zu, eine **Präklusion** in Fällen der alleinigen Entscheidung der Prüf stelle bei Verordnungs-ausschlüssen nach AM-RL für die **Nachreichung medizinischer Unterlagen** nicht anzunehmen.

SG München, Urt. v. vom 30.04.2014 - S 38 KA 631/13 - RID 14-02-65 wies die Klage gegen einen Arzneimittelregress in Höhe von 160,90 € im Quartal II/11 ab, das **LSG** die Berufung zurück.

7. Sprechstundenbedarf

a) Medizinprodukt zur lokalen Kälteanästhesie (Vereisung) Chloroethyl Henning

LSG Hessen, Beschluss v. 27.06.2016 - L 4 KA 89/14

RID 16-04-42

AM-RL § 27; Sprechstundenbedarfsvereinbarung der KV Hessen

Das Medizinprodukt **Chloroethyl Henning** ist als **Sprechstundenbedarf** nicht verordnungsfähig, wenn es nicht gem. § 6.2 Sprechstundenbedarfsvereinbarung der KV Hessen zur Kryotherapie im Sinne einer Kälteanästhesie mit nachfolgendem lokalen Eingriff verwendet wird, sondern zur **Behandlung rheumatologischer Erkrankungen**.

SG Marburg, Urt. v. 10.12.2014 - S 12 KA 271/14 - RID 15-01-42 wies die Klage gegen einen Regress in Höhe von 772,50 € für die Quartale I u. II/11 ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Rapiscan (Regadenoson) (Diagnosemittel)

SG Düsseldorf, Urteil v. 31.08.2016 - S 2 KA 326/15

RID 16-04-43

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Rapiscan (Regadenoson) wird leitliniengerecht gezielt als pharmakologischer Stressauslöser für Myokard-Perfusionsaufnahmen mit Radionukliden bei ergometrisch nicht ausreichend belastbaren Patienten eingesetzt. Das Arzneimittel dient **nicht der Therapie**, d.h. der Behandlung von notfallmäßig aufgetretenen Gesundheitsstörungen. Es darf nur zu **diagnostischen Zwecken** angewendet werden. Es kann nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden, sondern nur auf den Namen des Versicherten.

Das *SG* wies die Klage gegen einen Regress in Höhe von in Höhe von 8.875,31 € ab.

8. Vorverfahren notwendig: Regress wegen Überschreitung der Höchstverordnungsmenge bei Heilmitteln

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 06.02.2015 - L 3 KA 108/13 B

RID 16-04-44

juris

SGB V § 106 V 8; SGG § 78

§ 106 V 8 SGB V ist als **Ausnahmevorschrift** eng auszulegen. Die Ausnahmeregelung ist auf Fälle beschränkt, in denen sich die Unzulässigkeit der Verordnung unmittelbar und eindeutig aus dem Gesetz selbst oder aus den Richtlinien des GBA ergibt. Durch das Gesetz von der Versorgung ausgeschlossen - also nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig - sind insb. nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (§ 34 I 1 SGB V), „Bagatellarzneimittel“ (§ 34 I 6 SGB V) und Arzneimittel zur Erhöhung der Lebensqualität (§ 34 I 7 SGB V). Lediglich „mittelbare“ Ausschlüsse durch andere Gesetze genügen daher nicht.

Ist Streitgegenstand ein **Regress wegen Verstoßes gegen die Heilmittel-Richtlinien wegen der Überschreitung einer bestimmten Menge** (hier: wegen Überschreitung der Höchstverordnungsmenge bei Heilmitteln gegen Wirbelsäulen- und Extremitätenerkrankungen von 18 Einheiten), dann ist ein Vorverfahren vor dem Beschwerdeausschuss nicht verzichtbar. Es besteht gerade kein grundsätzlicher Ausschluss, dessen Umsetzung allein technischen Charakter hat.

Im Übrigen lässt sich die Frage nach der Überschreitung des Gesamtverordnungsvolumens auch nicht eindeutig mit „ja“ oder „nein“ beantworten, weil das Volumen gemäß Nr 11.1 Heilmittel-RL davon abhängen kann, ob im zeitlichen Zusammenhang **mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Diagnosegruppe auftreten** und deshalb **weitere Regelfälle** - mit der Folge eines erhöhten Gesamtverordnungsvolumens - ausgelöst werden. Dasselbe gilt für Rezidive oder neue Erkrankungsphasen, wenn nach einer Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall von zwölf Wochen abgelaufen ist.

SG Hannover, Beschl. v. 27.11.2013 - S 65 KA 659/10 - setzte das Verfahren aus, das *LSG* wies die Beschwerde der Bekl. zurück.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 28.09.2016 - **B 6 KA 40/15 R** - kann die **Nachbesetzung der Arztstelle** eines Facharztes für **Chirurgie** (nach altem Weiterbildungsrecht) mit einem Facharzt für **Orthopädie und Unfallchirurgie** (nach neuem Weiterbildungsrecht) in einem **MVZ** nur dann erfolgen, wenn der ausscheidende Arzt über die Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie verfügt. Nicht entscheidend ist in diesem Zusammenhang das konkrete Tätigkeitsspektrum des Chirurgen, insb. der Umfang seiner unfallchirurgischen Tätigkeit. Zulassungsbeschränkungen knüpfen an Arztgruppen und Fachgebiete im Sinne des **Weiterbildungs- und Bedarfsplanungsrechts an und nicht an individuelle ärztliche Behandlungsausrichtungen**. Nach BSG, Urt. v. 03.08.2016 - **B 6 KA 31/15 R** - hat ein Arzt oder ein Psychologischer Psychotherapeut einen Anspruch darauf, dass seine **Sitzverlegung** innerhalb des Planungsbereichs genehmigt wird, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Die Beurteilung, ob solche Gründe vorliegen, unterliegt einer nur eingeschränkten gerichtlichen Kontrolle; den Zulassungsgremien kommt ein **Beurteilungsspielraum** zu. Diesen Beurteilungsspielraum hat der Berufungsausschuss hier überschritten. Er hat nicht hinreichend berücksichtigt, dass nach dem Willen des Gesetzgebers verhindert werden soll, dass sich die **Versorgung in Teilen von eigentlich gut versorgten großen Planungsbereichen (hier: Berlin) durch Praxissitzverlegungen verschlechtert**. Angesichts der extrem unterschiedlichen Versorgung zwischen Berlin-Neukölln (Versorgungsgrad 87,7%) und Tempelhof-Schöneberg (Versorgungsgrad 344%) werden einer Verlegung des Praxissitzes vom schlechter zum deutlich besser versorgten Bezirk auch bei einer Gruppe wie den Psychotherapeuten in aller Regel Versorgungsgesichtspunkte entgegenstehen. Allerdings kann nicht ganz ausgeschlossen werden, dass sich die Versorgungslage mit Blick auf die konkreten Praxisstandorte anders darstellt, als nach den allgemeinen Versorgungsgraden in den Bezirken anzunehmen ist. Hierzu wird der Berufungsausschuss nähere Feststellungen zu treffen haben. Besondere schützenswerte Interessen der Ast. sind im Weiteren nicht zu berücksichtigen, weil alle von ihr angeführten Aspekte bereits bei ihrer (Nachfolge-)Zulassung am jetzigen Standort bekannt waren. Nach BSG, Urt. v. 04.05.2016 - **B 6 KA 28/15 R** - können auch durch Reduzierung der Arbeitszeit eines angestellten Arztes entstandene $\frac{1}{4}$ -Arztstellen in MVZ ohne zeitliche Einschränkung nachbesetzt werden. Nach der bisherigen Senats-Rspr. musste bei der Nachbesetzung von lediglich **Viertel-Arztstellen die Frist von sechs Monaten** nicht beachtet werden. Allerdings wird an dem Grundsatz, dass Viertel-Arztstellen in einem MVZ unbegrenzt offen gehalten werden dürfen, **für die Zukunft nicht festgehalten**. Die bisherige Annahme des Senats, es handele sich bei dem Offenhalten von Viertel-Stellen um ein seltenes und bedarfsplanungsrechtlich eher marginales Phänomen, das über eine Missbrauchsprüfung im Falle der gezielten Kumulation von solchen Beschäftigungsanteilen hinreichend bewältigt werden kann, ist nicht mehr gerechtfertigt. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch größere MVZ oder durch die Kumulation von Viertelstellen mehrerer MVZ **Beschäftigungskontingente doch in einem für die Entsperrung eines Planungsbereichs relevanten Umfang „gebunkert“ werden**. Aus diesem Grund verliert ein MVZ sein Nachbesetzungsrecht, wenn es über einen Zeitraum von **mehr als einem Jahr überhaupt keine ernsthaften und aussichtsreichen Bemühungen zur Nachbesetzung einer Viertel-Stelle unternimmt** und nicht belegen kann, dass und weshalb trotz des Ablaufs eines Jahres zeitnah noch mit einer Nachbesetzung mit diesem Beschäftigungsumfang gerechnet werden kann. Nach BSG, Urt. v. 04.05.2016 - **B 6 KA 21/15 R** - kann die **Nachbesetzung der Stelle in einem MVZ** nur dann und nur insoweit erfolgen, **wie der Vertragsarzt tatsächlich als angestellter Arzt im MVZ tätig geworden** ist. Damit wird auch verhindert, dass die Entscheidungen, die die Zulassungsgremien bei der Nachbesetzung im Falle der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit zu treffen haben, umgangen werden, indem ein Arzt zwar zunächst erklärt, auf seine Zulassung zu verzichten, „um in einem MVZ tätig zu werden“, die Tätigkeit dort tatsächlich aber nicht antritt, um dem MVZ sogleich die „Nachbesetzung“ durch einen selbst gewählten Angestellten zu ermöglichen. **Die zu fordernde Absicht des (ehemaligen) Vertragsarztes, im MVZ tätig zu werden**, wird sich - wie der Senat für die Zukunft klarstellt - grundsätzlich auf **eine Tätigkeitsdauer im MVZ von drei Jahren beziehen** müssen, wobei die schrittweise Reduzierung des Tätigkeitsumfangs um $\frac{1}{4}$ Stelle in Abständen von einem Jahr unschädlich ist. Bereits bestandskräftig erteilte Anstellungsgenehmigungen bleiben davon unberührt und können auch Grundlage einer späteren Stellennachbesetzung werden. Wenn ein Vertragsarzt, der auf seine Zulassung verzichtet, um in einem MVZ tätig zu werden, seine Tätigkeit im MVZ allerdings - wie vorliegend - von Anfang an nur im Umfang einer $\frac{3}{4}$ Stelle antritt, dann kann auch nur diese $\frac{3}{4}$ Stelle nachbesetzt werden. Nach BSG, Urt. v. 04.05.2016 - **B 6 KA 24/15 R** - SozR 4-2500 § 103 Nr. 19 ist eine **Anstellungsgenehmigung** nach § 32b Ärzte-ZV nicht dem einzelnen Arzt als Mitglied einer BAG zu erteilen, sondern **der BAG als Ganzes**. Dies stünde dem Erfolg der Klage hier aber bereits aus Gründen des Vertrauensschutzes nicht entgegen; zudem hat der Kläger ausdrücklich erklärt, dass er die Genehmigung der Anstellung auch im Namen der BAG geltend macht. Der **GBA** war unabhängig von den Änderungen durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz berechtigt, Arztgruppen mit bundesweit **weniger als 1.000 Vertragsärzten in die Bedarfsplanung einzubeziehen**. Auch das vom GBA beschlossene **Entscheidungsmoratorium** ist rechtlich nicht zu beanstanden. Nur auf diese Weise konnte verhindert werden, dass sich eine bereits bestehende Überversorgung in dem Zeitraum, der zur Entscheidung über die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen erforderlich ist, weiter erhöht. Soweit der GBA für alle neu in die Bedarfsplanung einbezogenen Arztgruppen einschließlich der Ärzte mit unmittelbarem Patientenkontakt gleichermaßen **den gesamten Bezirk** der KV als **Planungsbereich festgelegt** hat, kann der Senat dafür allerdings **keine ausreichenden sachlichen Gründe erkennen**. **Der GBA wird seine Entscheidung in diesem Punkt jeweils bezogen auf die einzelnen neu beplanten Arztgruppen bis zum Ende des Jahres 2017 zu überprüfen haben**. Auf der Grundlage der vorliegenden „Tragenden Gründe“ des GBA ist aus Sicht des Senats ferner nicht nachvollziehbar, weshalb der GBA für alle neu in die Bedarfsplanung einbezogenen Arztgruppen - trotz der bestehenden Unterschiede - einheitlich auf die **Anwendung des Demographiefaktors verzichtet** hat, während dieser Berechnungsfaktor für alle anderen nicht auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ausgerichteten Arztgruppen zur Anwendung kommen soll. Dass der GBA den Grad der bedarfsgerechten Versorgung auf der **Basis eines Stichtags bestimmt**, ist nicht zu beanstanden, auch weil bisher **kein allgemein anerkanntes Verfahren** für die Ermittlung der bedarfsgerechten Versorgung existiert. Der GBA konnte sich insoweit auf die **Verfahrensweise des Gesetzgebers** bei der Einführung der im Grundsatz bis heute geltenden Bedarfsplanung im Jahr 1993 und bei der Einbeziehung der Psychotherapeuten in die Bedarfsplanung im Jahr 1999 beziehen. Von dem durch den Gesetzgeber vorgezeichneten Stichtagsverfahren ist der GBA allerdings abgewichen, indem er den

tatsächlich zum Stichtag bestehenden Versorgungsgrad nicht als bedarfsgerechten Versorgungsgrad (100 %), sondern - ohne dass dieser Prozentsatz mit entsprechenden Daten hinterlegt wäre - **auf 110 % und damit an der Grenze zur Überversorgung definiert hat**. Damit hat der GBA seinen **Gestaltungsspielraum überschritten**. Auf die Entscheidung im vorliegenden Verfahren wirkt sich dies angesichts eines Versorgungsgrades von etwa 160 % ebenso wenig aus, wie die Frage der Anwendung eines Demographiefaktors. Nach BSG, Urt. v. 23.03.2016 - **B 6 KA 9/15 R** - SozR 4-2500 § 103 Nr. 18 ist für die Beurteilung der **Fortführungsfähigkeit der Praxis** aus Gründen der Effektivität des Rechtsschutzes der **Zeitpunkt der Antragstellung auf Ausschreibung des Praxissitzes maßgeblich**, nicht der Zeitpunkt des Beschlusses des Berufungsausschusses oder der letzten mündlichen Verhandlung vor dem Tatsachengericht. Eine Nachfolgezulassung scheidet nicht schon deshalb aus, weil nach der Bestandskraft der Zulassungsentziehung keine Zulassung mehr auf einen Nachfolger übertragen werden könnte. Die Wiederholung des Ausschreibungsantrags kann unter **Missbrauchsgesichtspunkten** ausgeschlossen sein, ebenso bei einer Manipulationsabsicht bzgl. des Bewerberfeldes. Nach BSG, Urt. v. 17.02.2016 - **B 6 KA 6/15 R** - SozR 4-2500 § 119 Nr. 2 dürfen die Zulassungsgremien aufbauend auf dem in Fachkreisen bestehenden weitreichenden Konsens davon ausgehen, dass ein leistungsfähiges **Sozialpädiatrisches Zentrum** grundsätzlich erst ab einer zu **versorgenden Einwohnerzahl von mindestens etwa 400.000 bis 500.000** in der zu versorgenden Region wirtschaftlich betrieben werden kann. Die Ermittlung der in der Region A zu versorgenden Einwohner mit ca. 650.000 ist nicht zu beanstanden, sodass ein zweites SPZ nicht wirtschaftlich betrieben werden könnte. Die Beschränkung der Ermächtigung eines SPZ kann mit einem sog. **Facharztfilter** (Behandlung auf Überweisung von Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie) versehen werden. Bei der Ausgestaltung dieses Facharztfilters kommt es nicht darauf an, ob in Einzelfällen auch andere Arztgruppen wie z.B. Hausärzte über entsprechende Kenntnisse verfügen, sondern es ist ausreichend, dass diese bei den genannten Arztgruppen nach ihrer Weiterbildung unterstellt werden können und dass eine flächendeckende Versorgung mit Angehörigen dieser Arztgruppen gewährleistet ist. Nach BSG, Urt. v. 16.12.2015 - **B 6 KA 5/15 R** - (Parallelverfahren: **B 6 KA 19/15 R** - SozR 4-5520 § 20 Nr. 4) kann **neben einer vollzeitigen Tätigkeit als Professor** im Beamtenverhältnis und als Direktor des Instituts für Transfusionsmedizin an einer medizinischen Hochschule eine **Zulassung mit halbem Versorgungsauftrag** nicht erteilt werden. Zwar ist der st. Rspr., nach der neben einer vertragsärztlichen Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag nur eine weitere Beschäftigung von nicht mehr als 13 Stunden und neben einer vertragsärztlichen Zulassung mit halbem Versorgungsauftrag nur eine weitere Beschäftigung von nicht mehr als 26 Stunden ausgeübt werden darf, durch die Änderung des § 20 I Ärzte-ZV durch das GKV-VStG m.W.v. 01.01.2012 die Grundlage entzogen. Der Neuregelung ist jedoch nicht zu entnehmen, dass damit auch der Grundsatz entfallen soll, nach dem neben einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung eine vollzeitige Beschäftigung nicht ausgeübt werden darf. Nach BSG, Urt. v. 16.12.2015 - **B 6 KA 40/14 R** - SozR 4-1500 § 54 Nr. 39 ist ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener oder auch ermächtigter Arzt bzw. ein entsprechend berechtigtes MVZ befugt, die Erteilung einer **auf Anl. 9.1 § 11 III BMV-Ä beruhenden Ermächtigung anzufechten**, obwohl nach der Regelung kein Anknüpfungspunkt für eine Bedarfsprüfung besteht, wenn mit der ermöglichten Betreuung von 30 Patienten je Quartal einschließlich Dialyseleistungen **vom Umfang her ein voller Versorgungsauftrag** zur Betreuung chronisch niereninsuffizienter Patienten erteilt wird und ausweislich der Begründung des Bescheides **auch Gesichtspunkte des Versorgungsbedarfs maßgeblich** sind. Dieser Rechtsschutz kann hier nicht deshalb versagt werden, weil der Bekl. sich auf eine Norm gestützt hat, die die Erteilung eines vollen Versorgungsauftrags nicht trägt.

1. Zulassung

a) Zurücknahme eines Antrags auf Nachbesetzung/Nachträglicher Verzicht

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 16.11.2015 - L 11 KA 42/15 B ER

RID 16-04-45

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 103 IIIa, IV; SGG § 86b II

Ein Antrag auf Nachbesetzung kann auch **zurückgenommen** werden, nachdem der Zulassungsausschuss dem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens stattgegeben hat. Es kommt keine Ausnahme von dem Grundsatz in Betracht, dass ein Nachbesetzungsantrag noch bis zum Eintritt der Bestandskraft des diesem stattgebenden Verwaltungsakts zurückgenommen werden kann (so zutreffend auch LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 30.08.2012 - L 7 KA 41/12 B ER -RID 13-01-50). Diese Rechtslage greift auch unter Geltung des § 103 SGB V i.d.F. des VStG. Das Durchführungsverfahren vermittelt keinen Drittschutz.

Verzichtet der Vertragsarzt auf seinen Vertragsarztsitz, fehlt es an einem Substrat, das Grundlage des Nachbesetzungsverfahrens sein könnte. Ein bestandskräftiger Durchführungsbeschluss vermag hieran nichts zu ändern. Auch dieser hat sich dann erledigt.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 07.05.2015 - S 33 KA 94/15 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das LSG wies die Beschwerde zurück.

b) Sonderbedarfszulassung

aa) Ermittlung eines Sonderbedarfs für Verhaltenstherapie in Berlin

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.04.2016 - L 7 KA 48/14

RID 16-04-46

Revision anhängig: B 6 KA 28/16 R

juris

SGB V § 101 I 1 Nr. 3

Ein **Schwerpunkt** i.S.v. § 24 lit. b BedarfsPIRL 2007 bzw. eine besondere Qualifikation i.S.v. § 37 II BedarfsPIRL 2012 liegt im Versorgungsangebot der **Verhaltenstherapie** (BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 22/09 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 8).

Es liegt ein **Beurteilungsfehler** des Berufungsausschusses vor, wenn er ohne weitere Ermittlungen nur wegen des **hohen Versorgungsgrads** einen besonderen Versorgungsbedarf im Bereich Verhaltenstherapie verneint und möglichen Wartezeiten nur Vermutungen über zwischenzeitliche Entwicklungen entgegenhält.

Der Senat verkennt nicht, dass eine **Befragung aller**, d.h. ärztlicher und psychologischer **Psychotherapeuten**, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, einen nicht zu unterschätzenden Aufwand mit sich bringt. Angesichts einer Vielzahl der in Frage kommenden Leistungserbringer in Berlin ist es auch zulässig, zunächst nur die Leistungserbringer **in ausgewählten Bezirken** zu befragen. Sofern für den Kl. günstiger, kommt zunächst auch eine Befragung der in der **Region** nach § 36 III Nr. 1 BedarfsPIRL ansässigen Leistungserbringer in Betracht. Als erster Schritt denkbar wäre ferner, anhand der **Anzahlstatistiken** zu den verhaltenstherapeutischen Leistungen (EBM-Ziffern 35220 bis 35225) und einem Vergleich mit den Abrechnungsdaten im Bereich der psychoanalytischen Verfahren zu überprüfen, ob möglicherweise gerade die verhaltenstherapeutisch tätigen Leistungserbringer nur in unterdurchschnittlichem Umfang tätig sind. Alternativ könnten Erkundigungen bei den einschlägigen **Berufs- oder Patientenverbänden** in Erwägung gezogen werden, was allerdings bei der Auswertung der so gewonnenen Informationen zur Berücksichtigung der besonderen Interessenlagen dieser Organisationen zwänge. Darüber hinaus könnte der Bekl. bei den Krankenkassen die Anzahl der im Rahmen des **Kostenerstattungsverfahrens** bewilligten Verhaltenstherapien erfragen.

In welchem Umfang zur Abrechnung verhaltenstherapeutischer Leistungen befugte vertragsärztliche Leistungserbringer ihrem (vollen oder halben) **Versorgungsauftrag nicht nachkommen**, ist indes anhand eines Vergleichs z.B. der Fallzahlen dieser Praxen (ggf. gewichtet nach dem Anteil an Gruppentherapie) recht einfach zu ermitteln. Der z.T. außerordentlich **hohe Anteil von psychotherapeutischen Praxen in B. mit unterdurchschnittlicher Fallzahl**, wie er sich aus der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage v. 17.04.2012 ergibt (BT-Drs. 17/9329, S. 12 ff; danach bewegt sich die Fallzahl von mehr als der Hälfte aller psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer im Bereich von 25 bis 75 % der durchschnittlichen Fallzahl der Bedarfsplanungsgruppe), belegt den vom Senat aus einer Reihe von Verfahren gewonnenen Eindruck, dass gerade in dieser Fachgruppe zahlreiche zugelassene Leistungserbringer ihrem Versorgungsauftrag nicht in vollem Umfang entsprechen.

Das **Verhältnis** der Zahl der **Verhaltenstherapeuten** zu der der **psychoanalytisch tätigen Leistungserbringer** muss nicht näher bestimmt werden. Ein Sonderbedarf besteht nicht allein deshalb, weil der wie auch immer zu bestimmende Anteil der Verhaltenstherapeuten an der Gesamtheit aller psychotherapeutischen Leistungen Erbringenden ein bestimmtes Maß unterschreitet.

SG Berlin, Urt. v. 23.04.2014 verurteilte zur Neubescheidung, das *LSG* wies die Berufung der beigel. KV mit der Maßgabe zurück, dass der Bekl. die Rechtsauffassung des Senats zu berücksichtigen hat.

bb) Chirurg mit hälftigem Versorgungsauftrag neben Zulassung als Hausarzt

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 11.05.2016 - L 11 KA 102/14

RID 16-04-47

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§73 I 1, Ia, 87 IIa 5, 95, 101 I 1 Nr. 3; GG Art. 12 I; Ärzte-ZV §§ 19a, 20

Einem Arzt können **zwei Zulassungen mit jeweils hälftigem Versorgungsauftrag** erteilt werden. Dies gilt unabhängig davon, ob die Vertragsarztsitze - wie hier - im Bezirk derselben oder zweier KVen liegen (BSG, Urt. v. 11.02.2015 - B 6 KA 11/14 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 29).

Ein Arzt kann unter der **Bedingung** seiner gleichzeitigen Zulassung für ein anderes Fachgebiet am Arztsitz auf die Hälfte seiner Zulassung **verzichten**, obwohl ein solcher Teilverzicht auf die Zulassung als rechtsgestaltende Willenserklärung grundsätzlich bedingungsfeindlich ist. Ebenso wie bei Praxisnachfolgeregelungen entspricht eine solche Ausnahme einem dringenden praktischen Bedürfnis. Ein und derselbe Arzt kann mit jeweils hälftigem Versorgungsauftrag sowohl an der haus- als auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Die **Trennung der beiden Versorgungsbereiche** in § 73 I SGB V steht weder nach ihrem Wortlaut noch nach Sinn und Zweck und auch nicht nach historischer oder systematischer Auslegung einer Doppelzulassung mit zwei hälftigen Versorgungsaufträgen in unterschiedlichen Fachgebieten entgegen.

Der Kl. ist Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Allgemeinmedizin. Seit 2001 nimmt er in einer hausärztlichen BAG als Facharzt für Allgemeinmedizin an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Wegen der schlechten chirurgischen Versorgung vor Ort wurde er befristet zur Erbringung spezifisch fachärztlicher Leistungen, insb. teilradiologischer Leistungen (von 01.01.2003 bis 31.12.2010) und ambulanter Operationen (01.04.2005 bis 31.03.2012) zugelassen (§ 73 Ia SGB V). Er beantragte erfolglos, ihn für den Vertragsarztsitz der BAG als Facharzt für Chirurgie - unter Reduzierung des hausärztlichen Versorgungsauftrags auf die Hälfte - im Wege einer Sonderbedarfsfeststellung gemäß § 26 i.V.m. § 24a BedarfspRL zur fachärztlichen Versorgung mit hälftigem Versorgungsauftrag nach § 19a II Ärzte-ZV zuzulassen. **SG Dortmund**, Urt. v. 24.09.2014 - S 16 KA 315/11 - RID 15-02-54 verurteilte den Bekl. zur Neuscheidung, das **LSG** wies die Berufung des Bekl. zurück.

c) Bewerberauswahl: Alter kein alleiniges Kriterium für Zulassung eines Arztes

SG Mainz, Urteil v. 11.05.2016 - S 16 KA 211/14

RID 16-04-48

juris = GesR 2016, 560

SGB V § 95; Ärzte-ZV § 40; BedarfspRL § 26 IV Nr. 3

Die **Teilnahme** eines zukünftigen Partners einer BAG an der **mündlichen Verhandlung** des Berufungsausschusses verstößt gegen § 45 III i.V.m. § 40 S. 1 Ärzte-ZV, wonach Sitzungen des Berufungsausschusses **nicht öffentlich** sind. Danach dürfen in der Sitzung Personen, die nicht dem Zulassungsausschuss angehören und die nicht zu den nach § 36 II Ärzte-ZV geladenen Patientenvertretern und auch nicht zum Kreis der Verfahrensbeteiligten nebst deren Bevollmächtigten (§ 13 I SGB X) gehören, nicht zugegen sein. Nach § 42 SGB X kann aber die Aufhebung eines Verwaltungsaktes, der nicht nach § 40 SGB X nichtig ist, nicht allein deshalb beansprucht werden, weil er unter der Verletzung von Vorschriften über das Verfahren, die Form oder die örtliche Zuständigkeit zustande gekommen ist, wenn offensichtlich ist, dass die Verletzung die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat.

Die Zulassungsgremien können neben den nach § 26 IV Nr. 3 BedarfspRL zu berücksichtigenden Kriterien **weitere Ermessenserwägungen** anstellen und letztlich von dem sich bei ausschließlicher Berücksichtigung der aufgeführten Kriterien ergebenden Ergebnis aus Sachgründen abweichen. Die Kriterien müssen in die Überlegung einbezogen werden. Die Aufzählung stellt keine abschließende Aufzählung zwingend zu beachtender Kriterien dar (vgl. zur vergleichbaren Formulierung in § 103 IV 4 SGB V BSG, Urt. v. 20.03.2013 - B 6 KA 19/12 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 12).

Es ist zwar grundsätzlich nicht zu beanstanden, bei der Zulassungsentscheidung auf den **Altersunterschied** abzustellen, allein ausschlaggebend darf dieser Aspekt schon aus **Diskriminierungsgesichtspunkten** jedoch nicht sein. Nur aufgrund eines Altersunterschieds kann daher nicht ohne weiteres auf eine bessere oder schlechtere Versorgungskontinuität geschlossen werden.

Nach Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes im Fachgebiet Augenheilkunde bewarben sich der Beigel., ein seinerzeit 64-jähriger Arzt, und der Kl., ein 74-jähriger Arzt. Der Zulassungsausschuss ging von einer

gleichen Qualifikation der Bewerber aus. Da der Kl. jedoch länger in die Warteliste aufgenommen sei, ließ er diesen zu. Der bekl. Berufungsausschuss ließ den Beigel. zu, da er noch deutlich länger vertragsärztlich tätig sein könne und damit eine bessere Gewähr für eine kontinuierliche Patientenversorgung biete. Das **SG** verpflichtete zur Neubescheidung.

2. Ermächtigung

a) Drittwiderspruchsklage: Fallzahlbeschränkung für Ermächtigung anstelle eines Facharztfilters

SG Schwerin, Beschluss v. 31.08.2016 - S 3 KA 18/16 ER

RID 16-04-49

juris

SGB V §§ 116, 116b; Ärzte-ZV §§ 31 VII, 31a; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. Nach der Rechtsprechung des BSG (zuletzt: v. 17.02.2016 - B 6 KA 6/15 R - SozR 4-2500 § 119 Nr. 2, juris Rn. 49) darf die **Ermächtigung eines Krankenhausarztes** in Fällen eines quantitativ oder qualitativ unzureichenden Leistungsangebots der niedergelassenen Vertragsärzte grundsätzlich nicht auf die **Überweisung durch Fachkollegen** beschränkt werden.

2. Hat tatsächlich (nur) ein niedergelassener Vertragsarzt (hier: FÄ für Rheumatologie) noch erhebliche Behandlungskapazitäten, gehen die Zulassungsgremien aber im Ergebnis von einem darüber hinausgehenden **Versorgungsbedarf** (hier im Bereich der **internistischen Rheumatologie**) sowohl in zahlenmäßiger als auch qualitativer Hinsicht (Schwere Fälle) aus, erscheint es im Rahmen einer Interessenabwägung unter Berücksichtigung des Vorranges der niedergelassenen Ärzte sachgerecht, die **Fallzahl der Ermächtigung zu begrenzen**, um zu verhindern, dass Versicherte unter Umgehung des niedergelassenen Arztes den ermächtigten Arzt direkt ansteuern.

Das **SG** versah die Anordnung der sofortigen Vollziehung durch den Ag. bis zu einer endgültigen Entscheidung im Eilverfahren mit der Auflage, dass der Beigel. zu 1) unter Hinzurechnung der von den weiteren ermächtigten Rheumatologen Dr. K. und Dr. S. abgerechneten Fälle nicht mehr als 600 Behandlungsfälle pro Quartal abrechnen darf. Reine Laborfälle zählen nicht mit, ebenso nicht Behandlungsfälle, in denen Patienten mit der Immunschwächekrankheit COVID behandelt worden sind.

b) Ermächtigung zur ambulanten Behandlung in stationärer Pflegeeinrichtung (§ 119b SGB V)

SG Nürnberg, Gerichtsbescheid v. 19.08.2016 - S 1 KA 11/15

RID 16-04-50

SGB V § 119b; Ärzte-ZV § 19a I; BMV-Ä § 17 Ia

Ein **Rechtsanspruch auf Ermächtigung** sechs Monate nach Antragstellung, der das Nichtzustandekommen eines Kooperationsvertrags voraussetzt, ist nur dann gegeben, wenn ein solcher Kooperationsvertrag nach § 119b I 1 SGB V überhaupt zustande kommen kann.

Kooperationsverträge nach § 119b I 1 SGB V müssen mit den gesetzlichen Bestimmungen des Vertragsarztrechts in Einklang stehen. Die von einer Pflegeeinrichtung (hier: für schwerste Schädelhirnverletzungen mit dem Schwerpunkt auf Wachkomapatienten, Beatmungspatienten und hoch infektiösen Patienten) geforderte **24-stündige ärztliche Präsenz** ist mit den vertragsärztlichen Pflichten eines Vertragsarztes nicht vereinbar. Für einen Vertragsarzt besteht Präsenzpflcht an seinem Vertragsarztsitz.

Ein Vertragsarzt, der sich in den vergangenen Jahren keiner Fortbildung im geriatrischen Bereich unterzogen hat, ist nicht **geriatrisch fortgebildet**.

Das **SG** wies die Klage ab.

c) Subsidiarität von Institutsermächtigungen gegenüber persönlichen Ermächtigungen

SG Düsseldorf, Urteil v. 28.09.2016 - S 2 KA 409/15

RID 16-04-51

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31; BMV-Ä § 5 I

Institutsermächtigungen sind nur **subsidiär** gegenüber vorrangig zu erteilenden **persönlichen Ermächtigungen** (st. Rspr., z.B. BSG, Urt. v. 11.12.2002 - B 6 KA 32/01 R - BSGE 90, 207 = SozR

3-1500 § 54 Nr. 47, Rn. 33 m.w.N.). Allein der - nicht näher konkretisierte - Hinweis des Berufungsausschusses, dass das Leistungsspektrum der **Pädiatrischen Institutsambulanz** im kinderärztlichen Bereich demjenigen eines Universitätsklinikums vergleichbar sei, reicht nicht aus, um die Subsidiarität zu überwinden. Denn auch für Hochschulkliniken gilt der Vorrang der persönlichen Ermächtigung von Ärzten gegenüber Institutsambulanzen (z.B. BSG, Urt. v. 01.07.1998 - B 6 KA 43/97 R - BSGE 82, 216 = SozR 3-5520 § 31 Nr. 9, Rn. 26).

Die Beigel. zu 7), Trägerin einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, beantragte die Ermächtigung der Pädiatrischen Institutsambulanz, um die bisher erteilten persönlichen Ermächtigungen für D N1 (Fachärztin für Urologie), PD N2 X (Facharzt für Neurochirurgie), S1 Q (Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie) sowie L1 S2-II (Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde) zu erweitern. Für den Fall der antragsgemäßen Erweiterung der Institutsermächtigung sowie der einzelnen Überweisungsbefugnisse würden die Ärzte auf ihre persönlichen Ermächtigungen verzichten. Der Zulassungsausschuss entsprach dem Antrag. Der Bekl. wies den Widerspruch der kl. KV zurück. Das *SG* verurteilte den Bekl., über den Widerspruch der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes erneut zu entscheiden.

3. Zulassungsentziehung: Keine Aussetzung/Verwertung von Honorarberichtigungsbescheiden

SG Marburg, Urteil v. 07.09.2016 - S 12 KA 179/16

RID 16-04-52

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95 VI

Leitsatz: 1. Weder die Zulassungsgremien noch die Gerichte sind verpflichtet, ein **Zulassungsentziehungsverfahren** wegen anhaltender staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen oder eines gerichtlichen Strafverfahrens **auszusetzen** (vgl. bereits SG Marburg, Beschl. v. 04.04.2016 - S 12 KA 827/15 - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris).

2. Die Zulassungsgremien und Gerichte können sich bei einer Zulassungsentziehung wegen **gröblicher Pflichtverletzung** auf bestandskräftige und nicht bestandskräftige **Honorarberichtigungsbescheide** berufen, ohne in eine detaillierte Prüfung einzutreten, jedenfalls dann, wenn es an der Offensichtlichkeit einer Rechtswidrigkeit der Bescheide oder an einem substantiierten Vorbringen des Vertragsarztes fehlt.

3. Eine Zulassungsentziehung aufgrund fehlerhafter Abrechnung in mehreren Quartalen mit einem Schaden in Höhe von wenigstens über 180.000 € ist **nicht unverhältnismäßig**.

Die Beteiligten streiten um eine Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung wegen gröblicher Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten, insb. wegen verschiedener Honorarberichtigungen, u.a. aufgrund zeitbezogener Plausibilitätsprüfungen der Quartale II/08 bis III/13. Das *SG* wies die Klage ab.

4. Keine Anstellung eines Arztes mit voller vertragsärztlicher Zulassung

SG Düsseldorf, Beschluss v. 28.09.2016 - S 2 KA 1445/16 ER

RID 16-04-53

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95; Ärzte-ZV § 20 I 1; SGG § 86b II

SGB V und Ärzte-ZV gehen davon aus, dass einem Arzt **insgesamt (nur) ein Vertragsarztsitz und (nur) ein voller Versorgungsauftrag** zugeordnet ist (BSG, Urt. v. 23.03.2016 - B 6 KA 7/15 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 16, Rn. 17). Neben einer vollen Zulassung ist deshalb kein Raum für eine weitere Zulassung (BSG, Urt. v. 16.12.2015 - B 6 KA 5/15 R - juris Rn. 36; v. 11.05.2011 - B 6 KA 2/10 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 25, Rn. 23). Einer „Doppelzulassung“ mit mehr als einem Versorgungsauftrag (Anrechnungsfaktor 1,0) stehen insofern außer der bereits umfassenden Inpflichtnahme durch einen vollen Versorgungsauftrag insb. Gesichtspunkte der Bedarfsplanung und der vertragsärztlichen Honorarverteilung entgegen (BSG, Urt. v. 03.12.2010 - B 6 KA 39/10 R - BSGE 110, 34 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 11, Rn. 4).

Dies gilt in gleicher Weise für die **Anstellung eines Arztes**, der bereits als zugelassener Vertragsarzt einen **vollen Versorgungsauftrag (Anrechnungsfaktor 1,0)** ausfüllt. Mit der Genehmigung der Besetzung eines Angestelltensitzes durch einen bereits mit vollem Versorgungsauftrag zugelassenen Vertragsarzt würde zugleich eine Rechtsposition begründet, die rechtlich nicht vorgesehen ist. Denn § 95 IXb SGB V sieht ohne Ausnahmemöglichkeit vor, dass im Falle der vom anstellenden Arzt beantragten Umwandlung einer genehmigten Anstellung in eine Zulassung und bei Nichtbeantragung

einer Nachbesetzung der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung wird. Die in diesem Fall entstehende Option auf den Erhalt einer rechtlich nicht vorgesehenen „Doppelzulassung“ schließt die Genehmigungsfähigkeit der Anstellung eines mit vollem Versorgungsauftrag zugelassenen Vertragsarztes bei einem anderen Vertragsarzt aus (SG Düsseldorf, Beschl. v. 20.10.2015 - S 33 KA 299/15 ER -).

Ein **Anordnungsgrund** besteht dann nicht, wenn behauptete „schwere und nicht anders abwendbare Nachteile“ erst als Folge von eigenverantwortlichen Dispositionen der betroffenen Ärzte eintreten, die der Auffassung sind, ihre Beurteilung der Anspruchs- und Rechtslage werde sich trotz entgegenstehender gesetzlicher und vertraglicher Regelungen im Ergebnis durchsetzen (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 05.12.2012 - L 11 KA 121/12 B ER - RID 13-01-44 m.w.N.).

Die Ast., ein MVZ, beantragte erfolglos die Genehmigung zur Anstellung des Facharztes für Allgemeinmedizin W N mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 13 Stunden (Anrechnungsfaktor 0,5). Dieser Arzt ist seit dem 01.01.1999 mit vollem Versorgungsauftrag (Anrechnungsfaktor 1,0) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft. Das SG wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück.

5. Beteiligtenfähigkeit allein der Trägergesellschaft eines MVZ

LSG Bayern, Urteil v. 27.07.2016 - L 12 KA 162/15

RID 16-04-54

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95; SGB X § 12 II

Leitsatz: 1. Zugelassene **medizinische Versorgungszentren** (§ 95 Abs. 1 SGB V) sind weder juristische Personen noch nichtrechtsfähige Personenvereinigungen. Sie sind **nicht beteiligtenfähig** nach § 10 SGB X bzw. nach § 70 SGG (Fortführung von LSG Bayern, Urt. v. 21.10.2015 - L 12 KA 65/15 - RID 16-01-57; ebenso BSG, Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 28/15 R - SozR 4 <vorgesehen>).

2. Beteiligtenfähig ist nur die in einer gesellschaftsrechtlich zulässigen Rechtsform auftretende **Trägergesellschaft**.

SG Nürnberg, Gerichtsbb. v. 09.09.2015 - S 1 KA 12/15 u.a. - wies die Klage ab, das LSG die Berufungen der Kl. zurück.

VI. Gesamtvergütung/GBA

Nach BSG, Urt. v. 28.09.2016 - **B 6 KA 25/15 R** - fällt das **Arzneimittel Otovowen** unter den **Verordnungsausschluss** in Nr 38 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie. Der Ausschluss ist sowohl nach der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung des § 92 I SGB V als auch nach der durch das AMNOG neu formulierten, ab dem 01.01.2012 geltenden Fassung rechtmäßig. Auch soweit der GBA nunmehr die **Unzweckmäßigkeit eines Arzneimittels nachzuweisen** hat, kann dies nur anhand der verfügbaren Studien und Publikationen erfolgen. Insofern ist auf die **Maßstäbe der evidenzbasierten Medizin** abzustellen. Der beklagte GBA ist unter Auswertung der verfügbaren Materialien fehlerfrei zu der Einschätzung gelangt, dass der Einsatz von Otovowen als Otologikum unzweckmäßig ist. Der Wortlaut der Regelung sowie systematische Gesichtspunkte schließen es aus, unter „Otologika“ nur Arzneimittel zu verstehen, die lokal appliziert werden. Der Senat hat schließlich auch keine Bedenken, dass der Beschluss des GBA ordnungsgemäß zustande gekommen und begründet worden ist. Nach BSG, Urt. v. 15.06.2016 - **B 6 KA 22/15 R** - müssen **Verträge zur integrierten Versorgung** eine sektorenübergreifende oder interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung vorsehen, die deutlich über die Regelversorgung hinausgeht. Eine Zustimmung zum Beitritt eines Dritten ist nicht notwendig. Eine Krankenkasse kann sich nicht darauf berufen, sie habe die gesamten einbehaltenen Mittel für andere IV-Verträge verwendet, die sie ursprünglich mit einer niedrigeren Quote angegeben habe. Die vierjährige **Verjährungsfrist** beginnt entsprechend § 140d I 8 SGB V a.F. nach drei Jahren bzw. nicht vor dem 31.03.2009 als Termin für die Fälligkeit der Rückzahlung solcher Beträge, die nicht für IV-Verträge verwendet worden sind. Nach BSG, Urt. v. 15.06.2016 - **B 6 KA 27/15 R** - SozR 4-2500 § 75 Nr. 17 ist der Fremdkassenzahlungsausgleich entsprechend der dazu von der KBV erlassenen FKZ-RL nicht auf der Grundlage der vollen Preise der Euro-Gebührenordnung, sondern auf der Basis quotierter Preise zu berechnen, wenn die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgerechneten Leistungen (eigene und fremde KVen) den vereinbarten Behandlungsbedarf übersteigen. Nach BSG, Urt. v. 23.03.2016 - **B 6 KA 14/15 R** - berechtigt § 17 I 5 EKV-Z nicht zum endgültigen, sondern **nur vorläufigen Einbehalt** geltend gemachter Forderungen bei Versäumung der dort genannten **Fristen für eine sachlich-rechnerische Berichtigung auf Antrag einer Krankenkasse**. Nach BSG, Urt. v. 23.03.2016 - **B 6 KA 8/15 R** - erfassen die bundesmantelvertraglich vereinbarten **Bagatellgrenzen** nur den Ersatz eines „sonstigen Schadens“, **nicht** aber **sachlich-rechnerische Richtigstellungen** vertragsärztlicher Abrechnungen i.S.d. § 106a SGB V, zu denen die unzulässige **Mehrfachabrechnung** von Leistungen zweifelsfrei gehört, aber auch Fälle der **Angabe eines falschen Kostenträgers**, weil der Gesetzgeber diese Fallgruppe eines „sonstigen Schadens“ in § 106a III SGB V den sachlich-rechnerischen Richtigstellungen i.S.d. § 106a SGB V zugeordnet hat. Eine Berichtigung der Partner der Bundesmantelverträge, einzelne Regelungsgegenstände des § 106a III SGB V den Regeln über den Ausgleich „sonstiger Schäden“ zuzuweisen, besteht nicht.

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

a) Ausschluss der Wirkstoffkombination Dipyridamol und Acetylsalicylsäure (Aggrenox)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 28.06.2016 - L 7 KA 16/14 KL

RID 16-04-55

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 12, 92, 94; GG Art. 25

Leitsatz: 1. Der **Gemeinsame Bundesausschuss (GBA)** hat einen verfassungsrechtlich begründeten Auftrag zur **Normkonkretisierung**.

2. Voraussetzung für die Beurteilung der (Un-)Zweckmäßigkeit eines Arzneimittels ist stets eine **vergleichende Nutzenbewertung**.

3. Ein Arzneimittel ist **unzweckmäßig** i.S.v. § 92 Abs. 1 Satz 1 Teilsatz 4, Abs. 2 Satz 12 SGB V, wenn die mit ihm verglichenen Arzneimittel oder Behandlungsalternativen einen therapierelevant höheren Nutzen haben.

4. Die für das Aufgabenprogramm des GBA zentralen Bewertungsgrößen „Zweckmäßigkeit“, (medizinischer) „Nutzen“ und „Wirtschaftlichkeit“ stehen gesetzessystematisch innerhalb des SGB V in einem Regelungskontext, der sich grundlegend von der **Zielsetzung des Arzneimittelgesetzes** und den Aufgaben der darin vorgesehenen Zulassungsbehörden unterscheidet.

5. Der arzneimittel- und krankensicherungsrechtliche Begriff der **Wirksamkeit** ist nicht identisch mit dem Nutzenbegriff des SGB V.

6. Auch in Anbetracht des Widerspruchsverbots nach § 92 Abs. 1 Satz 12 SGB V sind dem GBA **Therapievergleiche** erlaubt, die entweder auf andere Endpunkte - insbesondere die in § 35b Abs. 1 Satz 4 SGB V genannten patientenrelevanten Endpunkte - oder andere Dosierungen als die Zulassungsbehörde abstellen oder die medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungsalternativen gegenüberstellen.

7. § 92 Abs. 1 Satz 12 SGB V ordnet eine **Feststellungswirkung** an. Feststellungen im Sinne dieser Vorschrift können nur im Zulassungsbescheid oder - wenn dieser dem GBA nicht zugänglich gemacht wird - der Fachinformation nach § 11a AMG enthalten sein. Sie müssen hinreichend bestimmt sein.

8. Der vom GBA vorgenommene **Ausschluss der Wirkstoffkombination Dipyridamol und Acetylsalicylsäure** aus dem Leistungskatalog der GKV ist rechtmäßig.

Die kl. pharmazeutische Unternehmerin wendet sich gegen einen vom bekl. GBA beschlossenen Verordnungsausschluss des Wirkstoffs Dipyridamol in Kombination mit dem Wirkstoff Acetylsalicylsäure (ASS). Das **LSG** wies die Klage ab.

b) Ausschluss des Medizinprodukts Laxatan M

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 28.06.2016 - L 7 KA 100/13 KL

RID 16-04-56

Revision anhängig: B 6 KA 34/16 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 31 I 2, 34 VI, 92 I 2 Nr. 6; SGB X §§ 39 II, 44 ff.

Leitsatz: 1. Bei der Frage, ob **arzneimittelähnliche Medizinprodukte** ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung der GKV einbezogen werden, ist keine stoffbezogene, sondern eine **präparatebezogene Prüfung** vorzunehmen.

2. Der **Gemeinsame Bundesausschuss** darf arzneimittelähnliche Medizinprodukte **nicht rückwirkend** aus der Arzneimittel-Richtlinie streichen.

Das **LSG** hob den angefochtenen Bescheid auf, soweit der Bekl. die Streichung von Laxatan M aus Anlage V der AM-RL mit Wirkung für die Vergangenheit verfügt hat, und wies im Übrigen die Klage ab.

2. Kassenärztliche Vereinigungen

a) Keine Nachteile durch Auszählung der Stimmen zur Wahl der Vertreterversammlung der Berliner KV

SG Berlin, Beschluss v. 22.09.2016 - S 79 KA 1074/16 ER

RID 16-04-57

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB IV § 57 V; SGG §§ 86b II, 131 IV

Die für den 26.-28.09.2016 geplante Auszählung der Stimmen zur **Wahl der Vertreterversammlung der Berliner KV** kann durchgeführt werden.

Das verfassungsrechtliche **Gebot effektiven Rechtsschutzes** ermöglicht einstweilige Anordnungen nur dann, wenn die Inanspruchnahme nachträglichen Rechtsschutzes mit **unzumutbaren Nachteilen** verbunden wäre. Nachteile der Ast. sind nicht ersichtlich, wenn sie die Auszählung abwarten. Die Ordnungsgemäßheit der Wahl kann anschließend immer noch in einem speziellen Wahlanfechtungsverfahren geltend gemacht werden.

Das SG wies die Anträge mehrerer Wahlberechtigter auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes zurück.

b) Wirksamkeit eines ungültigen Verzichts als KV-Vertreter durch Bestätigung (KV Berlin)

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 10.05.2016 - L 7 KA 44/15 B ER

RID 16-04-58

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 80 I

Bestimmt eine **Wahlordnung zur Vertreterversammlung (VV)**, dass bei Ungültigkeit einzelner Bestimmungen der Wahlordnung oder bei Regelungslücken das BWahlG und die Bundeswahlordnung in der jeweils gültigen Fassung entsprechende Anwendung finden, dann ist für die Feststellung der Wirksamkeit eines Mandatsverzichts das **BWahlG** maßgeblich. Der Rückgriff auf andere Vorschriften und allgemeine Grundsätze des Wahlrechts ist damit ausgeschlossen.

Ein nur schriftlich erklärter **Verzicht** ist nach § 46 III BWahlG **nicht wirksam**. **Bestätigt** der Vorsitzende der VV den Verzicht (§ 47 I 1 Nr. 4 BWahlG analog), dann scheidet das Mitglied der VV dennoch mit der Entscheidung aus der VV aus. Unanfechtbarkeit der Entscheidung tritt innerhalb von zwei Wochen ein (§ 47 III 3 BWahlG).

Mit an den Vorsitzenden der Vertreterversammlung (VV) (Ag.) der KV gerichtetem Schreiben v. 16.02.2012 erklärte der Ast., dass er wegen skandalöser Vorgänge in der Ag., zu denen der Vorsitzende beigetragen habe, von seinem Amt als Vertreter in der VV zurücktrete. Die Ag. bestätigte den Erhalt des Faxes mit Schreiben v. 17.02.2012 und bat um eine Bestätigung, damit die Wirksamkeit der Rücktrittserklärung zweifelsfrei festgestellt werden könne. Dieses Schreiben ließ der Ast. unbeantwortet. Für den Ast. rückte Frau A H in die VV nach; sie erklärte die Annahme des Mandats unter dem 05.03.2012. Mit Schreiben v. 18.03.2015 wandte sich der Ast. an die (jetzige) Vorsitzende der Ag. und teilte ihr mit, dass er der Auffassung sei, dass seine Rücktrittserklärung wegen signifikanter Formfehler ungültig sei. Er sei deshalb weiter Mitglied der Ag. **SG Berlin**, Beschl. v. 21.07.2015 - S 22 KA 2404/15 ER - wies den Antrag im vorläufigen Rechtsschutzverfahren auf Feststellung, dass der Ast. weiter Mitglied der Ag. sei, ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

VII. Sonstiges/EHV KV Hessen/Streitwert

1. Keine allgemeine Auskunftspflicht einer K(Z)V

LSG Hessen, Urteil v. 28.09.2016 - L 4 KA 22/13

RID 16-04-59

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 77/16 B

SGG § 54 V; SGB V §§ 77 III, 95 III

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach ein Vertrags(zahn)arzt, der keine ihn selbst unmittelbar betreffenden Auskünfte begehrt, sondern **allgemein Auskünfte**, sich nicht auf seinen **Auskunftsanspruch** gegenüber der K(Z)V berufen kann, ist nicht zu beanstanden, ebs. die Auffassung, eine Behörde ist nicht verpflichtet, wiederholt gestellte Auskunftsanträge erneut zu beantworten.

SG Marburg, Gerichtsbb. v. 28.03.2013 - S 12 KA 141/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. EHV: Fehlendes Rechtsschutzbedürfnis bei Bestandskraft der quartalsbezogenen EHV-Bescheide

LSG Hessen, Urteil v. 28.09.2016 - L 4 KA 70/13

RID 16-04-60

Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen (GEHV)

Werden **EHV-Bescheide bestandskräftig**, weil kein Widerspruch erhoben wird, dann fehlt es für eine Klage gegen den Bescheid, mit dem die Teilnahme an der EHV und der **Anspruchssatz** festgestellt werden, an einem **Rechtsschutzbedürfnis**, da eine Erhöhung des Anspruchssatzes keine Auswirkungen auf die Höhe des EHV-Honorars für den abgeschlossenen Zeitraum haben kann.

Der Kl. begehrte die Anrechnung seiner nach Vollendung des 65. Lebensjahres absolvierten Zeiten vertragsärztlicher Tätigkeit auf seine EHV-Bezüge für den Zeitraum 01.06.2010 bis 30.06.2012. Er beantragte mit Datum vom 21.04.2010 die Teilnahme an der EHV. Die Bekl. beschied ihn mit Bescheid vom 23.01.2012, wogegen er erfolglos Widerspruch einlegte. Im Zeitraum November 2010 bis April 2013 ergingen die quartalsbezogenen EHV-Bescheide. *SG Marburg*, Urt. v. 23.10.2013 - S 12 KA 226/12 - RID 13-04-46 verurteilte zur Neubescheidung, das *LSG* wies auf Berufung der Bekl. die Klage ab.

3. Auffangstreitwert für Erteilung einer Zweigpraxisgenehmigung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 13.09.2016 - L 11 KA 78/15

RID 16-04-61

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
GKG § 52 I; Ärzte-ZV § 24 III

Der **Auffangstreitwert** in auf **Erteilung einer Zweigpraxisgenehmigung** geführten Rechtsstreiten ist in der Regel **angemessen zu erhöhen**, weil eine Zweigpraxis vornehmlich nicht überwiegend aus altruistischen Gründen, sondern zwecks Gewinnerzielung betrieben werden soll (u.a. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.12.2009 - L 11 B 7/09 KA - RID 10-02-79 m.w.N.). Ist eine solche Gewinnerzielungsabsicht dem Vorbringen der Kl. nicht zu entnehmen, so ist der Auffangstreitwert von 5.000 € heranzuziehen.

Der **Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit** hat lediglich informativen Charakter. Der Katalog ist ohnehin unvollständig und damit wenig brauchbar, wenn lediglich punktuelle Entscheidungen zu einzelnen Komplexen aufgegriffen werden (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 15.11.2006 - L 10 B 34/06 KA - RID 08-01-117). Hieraus folgt, dass der Streitwert von vornherein nicht mit einem schlichten Hinweis auf im Katalog gelistete tabellarische Werte festgesetzt werden kann.

Auch soweit in der sozialgerichtlichen **Rechtsprechung** ein **Streitwert von 15.000 €** angenommen wird, überzeugt dies nicht. Denn die Begründung hierfür beschränkt sich auf einen schlichten Hinweis darauf, der Spruchkörper folge den Empfehlungen des Streitwertkatalogs (so LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 23.09.2009 - L 5 KA 2245/08 - RID 09-04-18; LSG Hessen, Beschl. v. 19.12.2008 - L 4 KA 106/08 ER - RID 09-02-30; *SG Marburg*, Beschl. v. 09.04.2008 - S 12 KA 93/08 ER - RID 08-02-54).

Das *LSG* setzte den Streitwert auf 5.000 € fest.

VIII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Honorarverteilung

a) RLV: Abstufung bei Fallzahlen von 50 % über dem Durchschnitt

BSG, Beschluss v. 28.09.2016 - B 6 KA 28/16 B

RID 16-04-62

BeckRS 2016, 73870

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Schleswig-Holstein*, Urt. v. 20.10.2015 - L 4 KA 35/13 - wird zurückgewiesen.

Bereits in BSG, Urt. v. 17.07.2013 - B 6 KA 44/12 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 2, Rn. 15 u. 46 hat der Senat die Regelung unter Teil F Nr. 3.2.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in

der Sitzung am 27./28.8.2008 einschl. der Regelung zur **Abstaffelung des Fallwertes bei Überschreitung der fachgruppendurchschnittlichen Fallzahl um mehr als 50%** im Einzelnen dargestellt und ausgeführt, dass diese Regelungen nicht zu beanstanden waren.

In der Senatsrspr. ist geklärt, dass § 87b II 1 SGB V nicht nur Fälle einer negativ zu bewertenden „übermäßigen Ausdehnung“, sondern alle Konstellationen erfasst, in denen - unabhängig von einem Werturteil - honorarbegrenzende Maßnahmen erforderlich werden (BSG SozR 4-2500 § 87 Nr. 29 Rn. 34 m.w.N.). Von den ebf. der Mengensteuerung dienenden Individualbudgets unterscheiden sich die RLV gerade dadurch, dass es sich um arztgruppenbezogene Grenzwerte handelt, die im Grundsatz nicht auf das Abrechnungsverhalten der Arztpraxis in vorangegangenen Abrechnungszeiträumen Bezug nehmen (vgl. BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 68; BSGE 106, 56 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 54). Das gilt jedenfalls für die Fallpunktzahlen. Bezogen auf die Behandlungsfallzahlen hat der Senat zwar eine Anknüpfung an die individuellen Werte der Arztpraxis aus vorangegangenen Zeiträumen grundsätzlich gebilligt (vgl. BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 68 Rn. 19; BSGE 106, 56 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 54 Rn. 15; BSG SozR 4-2500 § 87b Nr. 2 Rn. 14); für eine Einschränkung des Gestaltungsspielraums des (Erweiterten) Bewertungsausschusses als Normgeber dahin, dass dieser verpflichtet wäre, bei der Bildung der RLV **die Fallzahlen vorangegangener Abrechnungszeiträume** der einzelnen Arztpraxis in voller Höhe zugrunde zu legen, gibt es aber jedenfalls keine Grundlage. Es kann daher keinem Zweifel unterliegen, dass die von 2009 bis 2011 geltenden gesetzlichen Regelungen zur Bildung von RLV einer Begrenzung nicht entgegenstehen, die bei Arztpraxen mit Fallzahlen eingreift, die den Durchschnitt der Arztgruppe um mehr als 50% überschreiten.

Parallelverfahren:

| | |
|--|---------------------|
| BSG, Beschluss v. 28.09.2016 - B 6 KA 34/16 B BeckRS 2016, 73877 | RID 16-04-63 |
| BSG, Beschluss v. 28.09.2016 - B 6 KA 33/16 B BeckRS 2016, 73876 | RID 16-04-64 |
| BSG, Beschluss v. 28.09.2016 - B 6 KA 32/16 B BeckRS 2016, 73875 | RID 16-04-65 |
| BSG, Beschluss v. 28.09.2016 - B 6 KA 31/16 B BeckRS 2016, 73874 | RID 16-04-66 |
| BSG, Beschluss v. 28.09.2016 - B 6 KA 30/16 B BeckRS 2016, 73873 | RID 16-04-67 |
| BSG, Beschluss v. 28.09.2016 - B 6 KA 29/16 B BeckRS 2016, 73872 | RID 16-04-68 |

b) Psychotherapeutische Leistungen eines fachärztlichen Internisten im Regelleistungsvolumen

| | |
|--|---------------------|
| BSG, Beschluss v. 04.05.2016 - B 6 KA 83/15 B BeckRS 2016, 70175 | RID 16-04-69 |
|--|---------------------|

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Schleswig-Holstein*, Urt. v. 20.10.2015 - L 4 KA 49/13 - wird zurückgewiesen.

Für eine Einschränkung dahin, dass **nur fachgruppentypische Leistungen innerhalb des RLV** zu vergüten sind, gibt es keine gesetzliche Grundlage. Vielmehr ist das RLV nach § 87b II 2 SGB V a.F. die von einem Arzt oder einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die (im Grundsatz) mit den Preisen nach der Euro-Gebührenordnung vergütet werden.

Für die durch **Fachärzte für Innere Medizin** erbrachten **psychotherapeutischen Leistungen** sehen die vom Bewertungsausschuss getroffenen Regelungen eine Vergütung außerhalb der RLV nicht vor. Soweit der Kläger eine **Ungleichbehandlung** gegenüber Kinderärzten und gegenüber hausärztlich tätigen Internisten mit der Begründung beanstandet, dass diesen im Gegensatz zu ihm **Fallwertzuschläge** für die Erbringung **psychosomatischer Leistungen** zugestanden würden, folgt ein gewichtiger Unterschied zwischen beiden Arztgruppen bereits aus dem Umstand, dass der der Bildung der RLV zugrundeliegende Fallwerte der Kinderärzte mit 33,39 € und der Hausärzte mit 37,57 € im Quartal I/09 deutlich niedriger war, als der des Kl. (45,33 €).

c) Keine grundsätzliche Bedeutung nach Rechtsänderung (RLV Neurochirurgen u. Chirurgen, I-IV/09)

BSG, Beschluss v. 03.08.2016 - B 6 KA 12/16 B

RID 16-04-70

Verfassungsbeschwerde anhängig

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hessen*, Urt. v. 27.01.2016 - L 4 KA 68/13 - RID 16-02-3 wird zurückgewiesen.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber nicht nur die Verpflichtung des Bewertungsausschusses zur Regelung bundeseinheitlicher Vorgaben für die Bildung von RLV (§ 87b IV 1 SGB V), sondern darüber hinausgehend die Vorgabe, dass arzt- und praxisbezogene RLV zu bilden sind (§ 87b II SGB V a.F.), gestrichen. Vor diesem Hintergrund geht der Senat davon aus, dass der Frage, ob für jedes in der Weiterbildungsordnung genannte Gebiet eine eigene Arztgruppe zu bilden ist und ob eine Zusammenfassung von Chirurgen und Neurochirurgen bei der Bildung des RLV gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verstößt, **keine grundsätzliche Bedeutung zukommt**. Der Senat kann keine Anhaltspunkte dafür erkennen, dass die vom Kl. aufgeworfenen Fragen zur Rechtmäßigkeit der genannten Regelung zur Bildung der Arztgruppen aus den Beschlüssen des Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 aus anderen Gründen fortwirkende allgemeine Bedeutung haben, und der Senat geht auch nicht davon aus, dass noch eine erhebliche Zahl von Fällen zu entscheiden ist, in denen es auf die Auslegung gerade dieser Regelung ankommt.

d) Fortführung der Individualbudgetierung im Quartal IV/04 (KV Hamburg)

BSG, Urteil v. 17.02.2016 - B 6 KA 34/15 R

RID 16-04-71

SozR 4-2500 § 85 Nr. 86

Leitsatz: Eine Änderung von Honorarverteilungsregelungen zum **Quartal III/2004** durfte nicht weiter vom gesetzlich grundsätzlich vorgesehenen **System der Regelleistungsvolumina** wegführen.

2. Notdienst

a) Befreiung vom Notdienst: MKG-Chirurg

BSG, Urteil v. 23.03.2016 - B 6 KA 7/15 R

RID 16-04-72

SozR 4

Leitsatz: Auch ein **belegärztlich tätiger Mund-, Kiefer- und Gesichts-Chirurg** darf unter Berücksichtigung seines einheitlichen Versorgungsauftrags zum vertragsärztlichen **Notdienst** herangezogen werden.

b) Kein Anspruch auf Einteilung zum Notdienst bei Sitz außerhalb des Notfalldienstbezirks

BSG, Beschluss v. 04.05.2016 - B 6 KA 74/15 B

RID 16-04-73

juris = BeckRS 2016, 71043

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 22.07.2015 - L 11 KA 7/14 - RID 16-01-33 wird zurückgewiesen.

Es liegt auf der Hand, dass bei der **Aufstellung der Dienstpläne** nur diejenigen Ärzte berücksichtigt werden dürfen, die zur Teilnahme am Notfalldienst im konkreten Notfalldienstbezirk verpflichtet sind. Dies sind diejenigen Ärzte, deren **Praxis in dem „Notfalldienstbezirk“ liegt**. Diese Belegenheit muss - im Grundsatz - sowohl zum Zeitpunkt der Einteilung zum Notfalldienst als auch zum Zeitpunkt der Ableistung des Dienstes gegeben sein. Es können zudem nur solche Vertragsärzte bei der Einteilung Berücksichtigung finden, die zur Ableistung des Notfalldienstes in der Lage sind. Da dieser grundsätzlich von der Praxis aus wahrzunehmen ist, setzt dies regelmäßig schon rein tatsächlich voraus, dass diese zum Zeitpunkt der Ableistung des Notfalldienstes (noch) im Notfalldienstbezirk belegen ist.

Es sind alle zum Zeitpunkt der Planaufstellung bekannten **Änderungen**, die zu dem zukünftigen Zeitpunkt - dem Planungszeitraum - eingetreten sein werden oder deren Eintritt zumindest als

wahrscheinlich in Betracht kommt, zu berücksichtigen. Dies gilt auch für noch nicht beschiedene **Verlegungsanträge**. Solange dies noch in der Schwebe ist, besteht jedenfalls keine Verpflichtung, den Arzt bei der Einteilung zum Notfalldienst (noch) im bisherigen oder (schon) im neuen Notfalldienstbezirk zu berücksichtigen. Etwas anderes mag bei rechtsmissbräuchlicher Stellung von Verlegungsanträgen gelten, die allein dem Zweck dienen, eine Einteilung zum Notfalldienst zu unterlaufen.

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

BSG, Beschluss v. 28.09.2016 - B 6 KA 14/16 B

RID 16-04-74

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 25.11.2015 - L 12 KA 120/14 - RID 16-02-29 wird zurückgewiesen.

Jeder einzelne Vertragsarzt ist verpflichtet, alle erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um das in die **Richtigkeit seiner Abrechnung** gesetzte Vertrauen zu rechtfertigen. Für die korrekte Abrechnung seiner Leistungen ist der **Vertragsarzt selbst verantwortlich** (BSG, Beschl. v. 11.12.2013 - B 6 KA 36/13 B - juris Rn. 6). Es entlastet den Vertragsarzt nicht von seiner Verantwortung, wenn und soweit er sich bei der Abrechnung personeller und/oder technischer Hilfe bedient (BSG, aaO.). In welcher Form er sich personeller Hilfe bedient, welcher Personen er sich hierzu bedient oder in welchem Umfang dies der Fall ist, spielt in Bezug auf die ihm obliegenden Pflichten keine Rolle.

Die grundsätzliche Verantwortlichkeit des einzelnen Arztes für die Richtigkeit seiner Abrechnungen entfällt auch nicht dadurch, dass die Partner einer BAG die Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen **auf eines ihrer Mitglieder übertragen** haben. Übertragen diese die ihnen grundsätzlich persönlich obliegende Aufgabe der Leistungsabrechnung auf einen der BAG-Partner, haben sie durch geeignete (Überprüfungs-)Maßnahmen sicherzustellen, dass sie ihrer Verantwortung weiterhin gerecht werden.

Es liegt auf der Hand, dass sich die Intensität vertragsärztlicher Pflichten nicht danach richtet, in welchem Verhältnis die Partner einer BAG zueinander stehen. Ein möglicherweise bestehendes **besonderes Vertrauensverhältnis** - sei es aufgrund einer Lebensgemeinschaft oder sonstiger freundschaftlicher oder verwandtschaftlicher Beziehungen - entbindet Praxispartner nicht davon, das Handeln ihrer Kollegen sowohl in Bezug auf medizinische Aspekte als auch auf Abrechnungsgesichtspunkte erforderlichenfalls mit der gleichen Professionalität zu hinterfragen, zu der sie auch gegenüber anderen Praxispartnern verpflichtet sind.

4. Sachlich-rechnerische Berichtigung

a) Samstagssprechstunde auch für Psychologische Psychotherapeuten

BSG, Urteil v. 17.02.2016 - B 6 KA 47/14 R

RID 16-04-75

SozR-2500 § 87 Nr. 32

Leitsatz: Es verstößt gegen den Gleichheitsgrundsatz, dass **Psychologische Psychotherapeuten** von der Abrechnung der Gebührenordnungsposition für die Abhaltung einer **Samstagssprechstunde** ausgeschlossen sind.

b) Versandkostenpauschale nach Nr. 40100 EBM in überörtlicher BAG

BSG, Urteil v. 16.12.2015 - B 6 KA 26/15 R

RID 16-04-76

SozR 4-5531 Nr 40100 Nr. 2

Leitsatz: 1. Der Ausschluss der Abrechnung von **Versandkosten** innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft gilt auch für **überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften**.

2. Der Ausschluss der Abrechnung von Versandkosten in Fällen, in denen Leistungen sowohl des **Allgemein- als auch des Speziallabors** erbracht wurden, ist rechtmäßig.

c) Überweisung von Laborleistungen an Klinik-MVZ durch Hochschulambulanz

BSG, Beschluss v. 15.06.2016 - B 6 KA 4/16 B

RID 16-04-77

BeckRS 2016, 70964

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Sachsen*, Urt. v. 02.09.2015 - L 8 KA 16/14 ZVW - RID 16-02-24 wird zurückgewiesen.

Der Senat hat in BSG, Urt. v. 02.04.2014 - B 6 KA 20/13 R - SozR 4-2500 § 117 Nr. 6 im Einzelnen dargelegt, dass ein **Vergütungsanspruch des MVZ** jedenfalls in der vorliegenden Fallkonstellation (**MVZ als 100%ige Tochter des Universitätsklinikums**) voraussetzt, dass die **Überweisung rechtmäßig** war. Daran fehlt es, wenn das Recht des Universitätsklinikums zur Überweisung von Laborleistungen an die Kl. durch den Hochschulambulanzvertrag oder aufgrund des Inhalts der Ermächtigung der Hochschulambulanz ausgeschlossen wird. Ferner hat der Senat klargestellt, dass ein Vergütungsanspruch der Kl. ausgeschlossen ist, wenn die Erbringung der überwiesenen Laborleistungen bereits Bestandteil der Pauschale ist, die die Hochschulambulanz für den Behandlungsfall abrechnet. Daraus folgt, dass einem Vergütungsanspruch die bloße Bewertung der Überweisung als **missbräuchlich** nicht entgegengehalten werden kann. Die Bekl. räumt in der Begründung der Nichtzulassungsbeschwerde ausdrücklich ein, dass „gesetzliche Regelungen, welche die missbräuchliche Auslagerung der Leistungserbringung zur Umgehung der Abgeltungswirkung der Pauschalvergütung mit der Folge des Verlustes des Vergütungsanspruchs beim Leistungserbringer sanktionieren“, nicht bestünden.

5. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

a) Verpflichtung zur Gebrauchsfertigmachen eines Arzneimittels (Monoklonale Antikörper in Kochsalzlösung)

BSG, Urteil v. 17.02.2016 - B 6 KA 3/15 R

RID 16-04-78

SozR 4-2500 § 106 Nr. 54 = A&R 2016, 171

Leitsatz: Das **übliche Gebrauchsfertigmachen eines Arzneimittels** zur unmittelbaren Anwendung am Patienten ist grundsätzlich **Bestandteil der ärztlichen Behandlung**.

b) Sonstiger Schaden: Arzneimittelverordnung und stationäre Krankenhausbehandlung

BSG, Beschluss v. 28.09.2016 - B 6 KA 27/16 B

RID 16-04-79

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 03.03.2016 - L 5 KA 41/14 RID 16-02-33 - wird zurückgewiesen.

Es besteht **keine generelle Verpflichtung** der Vertragsärzte, sich vor Ausstellung einer **Arzneimittelverordnung** zu vergewissern, dass der Versicherte, für den die Verordnung ausgestellt wird, sich zu diesem Zeitpunkt nicht in einer **stationären Krankenhausbehandlung** befindet. Eine Rechtsgrundlage hierfür ist nicht erkennbar. Das für die Feststellung eines „sonstigen Schadens“ erforderliche schuldhaftes Handeln (vgl. BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 31. Rn. 34-35) könnte Vertragsärzten jedoch nur dann vorgehalten werden, wenn sie einer sie betreffenden Verpflichtung zuwider gehandelt hätten. Dies schließt es zwar nicht aus, dass Vertragsärzte **im Einzelfall** gehalten sein können, vor Ausstellung einer Verordnung abzuklären, ob dem ein stationärer Krankenhausaufenthalt des Patienten entgegensteht. Dies gilt allerdings nur, sofern konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass dies der Fall sein könnte. Sucht der Patient die Arztpraxis persönlich auf, kann der Vertragsarzt schon nach der Lebenswirklichkeit regelmäßig davon ausgehen, dass der Patient nicht zeitgleich stationär aufgenommen wurde. Bei einem lediglich **telefonischen Kontakt** gilt dies zwar nicht ohne weiteres. Auch wenn ein Patient lediglich telefonisch um Ausstellung eines Folge-Rezepts für eine Dauermedikation bittet, bedarf es dennoch des Hinzutretens weiterer Gesichtspunkte - etwa eine vom Patienten gegenüber dem Arzt geäußerte Absicht, sich stationär behandeln lassen zu wollen -, um eine Nachforschungspflicht des Vertragsarztes zu begründen.

6. Zulassungsrecht

a) BVerfG: Zulassungsentziehung MVZ/Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht am Praxissitz

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 26.09.2016 - 1 BvR 1326/15

RID 16-04-80

juris

BSG, Urt. v. 13.05.2015 - **B 6 KA 25/14 R** - BSGE 119, 79 = SozR 4-5520 § 19 Nr. 3, RID 16-01-87 u.a. verletzen die Bf. in ihrem Grundrecht aus Art. 12 I i.V.m. Art. 19 III GG, soweit sie eine Beendigung der Zulassung der Bf. nach § 19 III Ärzte-ZV feststellen. Die Entscheidungen werden in diesem Umfang, das BSG-Urt. auch hinsichtlich des Kostenausspruchs, aufgehoben und die Sache zur erneuten Entscheidung an das BSG zurückverwiesen (zur Entscheidung über die Kosten). Im Übrigen wird die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen.

§ 19 III Ärzte-ZV verstößt gegen Art. 12 I GG und ist **nichtig**, weil er nicht von der Ermächtigungsgrundlage des § 98 I SGB V gedeckt ist. § 98 I SGB V stellt allerdings eine den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügende Ermächtigungsgrundlage dar. Die in § 19 III Ärzte-ZV getroffene Regelung hält sich aber nicht im Rahmen der parlamentarischen Ermächtigung. Die Norm regelt nicht nur „das Nähere“ über die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, sondern fügt vielmehr dem Katalog aus den Gesetzenormen einen **weiteren Beendigungstatbestand** hinzu.

Soweit sich die Bf. gegen die **Entziehung der Zulassung** nach § 95 VI 1 SGB V wendet, ist die Verfassungsbeschwerde indessen nicht zur Entscheidung anzunehmen. Der Entzug der Zulassung verstößt im vorliegenden Fall auch nicht gegen den Grundsatz der **Verhältnismäßigkeit**. Es dient der Sicherung des gewichtigen Gemeinwohlbelangs der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung, ausschließlich geeignete Ärzte zur vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen (BVerfG 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 22.12.2008 - 1 BvR 3457/08 - juris Rn. 4). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass das BSG in seiner Entscheidung maßgeblich auf die Bereitschaft der Bf. zur Einhaltung der vertragsärztlichen Vorschriften und zur Kooperation mit den vertragsärztlichen Institutionen abgestellt hat. Die auf Grundlage der Feststellungen verbleibenden **Zweifel** an der Eignung der Bf. zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gehen zu ihren Lasten.

Soweit das BSG seine **frühere Rspr. zum sog. Wohlverhalten aufgegeben** hat und nunmehr auf die Beantragung einer neuen Zulassung verweist, begegnet dies - vor allen Dingen im Hinblick auf die bestehenden Möglichkeiten, weiterhin ärztlich tätig zu sein - keinen grundlegenden verfassungsrechtlichen Bedenken. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass Art. 12 I GG keine Bestandsgarantie für einen einmal gewählten Arbeitsplatz beinhaltet (vgl. BVerfGE 85, 360 <373>; 92, 140 <150>).

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 22.06.2015 - 1 BvR 1326/15 - RID 15-03-81 setzte die Vollziehung von **BSG**, Urt. v. 13.05.2015 - B 6 KA 25/14 R - bis zur Entscheidung über die Verfassungsbeschwerde vorläufig aus.

b) Zulassungsverzicht: Bindung an die Fiktion der Abgabe einer Willenserklärung nach § 894 ZPO

BSG, Beschluss v. 03.08.2016 - B 6 KA 9/16 B

RID 16-04-81

BeckRS 2016, 72362

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Mecklenburg-Vorpommern**, Urt. v. 15.12.2015 - L 1 KA 5/14 - wird zurückgewiesen.

Statt des Zwangs i.S. des § 888 ZPO sieht § 894 ZPO bei Urteilen auf Abgabe einer Willenserklärung eine wesentlich einfachere und effektivere Form der Vollstreckung vor, indem die **Erklärung als abgegeben gilt**, sobald das Urteil Rechtskraft erlangt hat. Die Bindungswirkung von Entscheidungen der Zivilgerichte wird nicht durch den im Zivilprozess geltenden Beibringungsgrundsatz in Frage gestellt. Soweit es - wie hier - auf die Frage ankommt, ob der **Verzicht auf die Zulassung** erklärt wurde, hat das für das Verwaltungsverfahren geltende Amtsermittlungsprinzip nach § 20 SGB X allein für die Frage Bedeutung, ob eine solche Erklärung tatsächlich abgegeben wurde oder - wenn der Kläger zu deren Abgabe verurteilt worden ist - ob die Voraussetzungen des § 894 ZPO gegeben sind. Dazu haben die Zulassungsgremien jedoch nicht die materielle Richtigkeit rechtskräftiger Entscheidungen der Zivilgerichte zu prüfen. Zu prüfen haben die Zulassungsgremien allein, ob

tatsächlich ein rechtskräftiges Urteil i.S. des § 894 ZPO vorliegt, das nach § 894 ZPO die dort geregelte Wirkung auslöst.

Parallelverfahren:

BSG, Beschluss v. 03.08.2016 - B 6 KA 10/16 B

RID 16-04-82

BeckRS 2016, 72360

c) Ermächtigung: Sozialpädiatrisches Zentrum/Überweiserkreis

BSG, Urteil v. 17.02.2016 - B 6 KA 6/15 R

RID 16-04-83

BSGE = SozR 4-2500 § 119 Nr. 2

Leitsatz: 1. Die gesetzlichen Regelungen zur **Bedarfsabhängigkeit** der Ermächtigung Sozialpädiatrischer Zentren (SPZ) genügen noch den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die **Bestimmtheit**.

2. Die Ermächtigung eines SPZ darf auf **Überweisung** durch sozialpädiatrisch besonders qualifizierte Fachärzte beschränkt werden.

d) Fortführungsfähigkeit einer Praxis und Maßgeblicher Zeitpunkt/Antragsrücknahme

BSG, Urteil v. 23.03.2016 - B 6 KA 9/15 R

RID 16-04-84

BSGE = SozR 4-2500 § 103 Nr. 18 = GesR 2016, 628

Leitsatz: Hat ein Vertragsarzt den **Antrag auf Ausschreibung seines Sitzes zurückgenommen**, ist ein **erneuter Antrag** nur beachtlich, wenn der Arzt ein berechtigtes Interesse für die Rücknahme und die erneute Antragstellung darlegen kann.

7. Fremdkassenzahlungsausgleich

BSG, Urteil v. 15.06.2016 - B 6 KA 27/15 R

RID 16-04-85

BSGE = SozR 4-2500 § 75 Nr. 17 = NZS 2016, 794

Leitsatz: 1. Kassenärztliche Vereinigungen können die Rechtswidrigkeit der „Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens (**Fremdkassenzahlungsausgleich**) mit den Kassenärztlichen Vereinigungen“ im Wege einer unmittelbar gegen die Norm gerichteten Feststellungsklage geltend machen.

2. Die **Begrenzung der Gesamtvergütung** auf den **vereinbarten Behandlungsbedarf** ist auch bei der Berechnung des Fremdkassenzahlungsausgleichs zu berücksichtigen.

8. Verfahrensrecht

a) Sorgfaltspflichten zur Fristwahrung/Unterschriften in Urteil nach Rechtsmittelbelehrung

BSG, Beschluss v. 03.08.2016 - B 6 KA 5/16 B

RID 16-04-86

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt.. v. 08.07.2015 - L 3 KA 55/14 - wird zurückgewiesen.

In besonderen Situationen bestehen **erhöhte Sorgfaltspflichten** eines Rechtsanwalts in Bezug auf die **Fristwahrung**. Wenn sich ein Rechtsanwalt aus einer Bürogemeinschaft löst, jedoch für eine Übergangszeit deren Infrastruktur weiterhin in Anspruch nimmt, begründen die besonderen Umstände erhöhte Sorgfaltspflichten des Rechtsanwalts. Dass ein Umzug der Kanzlei vorliegend allein den Rechtsanwalt, nicht aber die von ihm in Anspruch genommene Rechtsanwaltsfachangestellte betrifft, ändert daran nichts.

Es gehört zu den anwaltlichen Sorgfaltspflichten, das **Empfangsbekanntnis** über die Zustellung einer gerichtlichen Entscheidung erst dann zu **unterzeichnen**, wenn die Rechtsmittelfrist in den Handakten festgehalten und vermerkt ist, dass die Frist im Fristenkalender notiert ist.

Es ist höchstrichterlich geklärt, dass die Rechtsmittelbelehrung bei Urteilen und Beschlüssen Bestandteil der Entscheidung ist und sie deshalb mit ihr verbunden und durch die **Unterschrift**

gedeckt sein muss. Daraus lässt sich zweifelsfrei entnehmen, dass es nicht nur ausreichend, sondern sogar geboten ist, dass die erforderlichen Unterschriften erst im **Anschluss an die Rechtsmittelbelehrung** geleistet werden und dass damit sowohl die Urteilsgründe als auch die Rechtsmittelbelehrung durch die Unterschriften gedeckt sind. Die Annahme, dass ein Leerraum von ca. 26 cm zwischen Entscheidungsgründen und Rechtsmittelbelehrung die gebotene Verbindung zwischen beiden Teilen entfallen lasse, geht fehl.

b) Keine Wiedereinsetzung bei fehlender Fristenkontrolle nach Ablauf der Vorfrist

BSG, Beschluss v. 06.07.2016 - B 6 KA 46/16 B

RID 16-04-87

BeckRS 2016, 70741

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urteil v. 16.03.2016 - L 5 KA 3799/13 - RID 16-02-23 wird zurückgewiesen.

Eine **Wiedereinsetzung** kommt nicht in Betracht, wenn der Prozessbevollmächtigte die Vorlage der Akte nach **Ablauf der Vorfrist** nicht zum Anlass genommen hat, eine **Fristenkontrolle** durchzuführen (vgl. dazu BSG, Beschl. v. 10.03.2008 - B 1 KR 29/07 R - juris Rn. 3; BAG, Urt. v. 18.06.2015 - 8 AZR 556/14 - juris Rn. 13 m.w.N.). Wird dem Prozessbevollmächtigten die Sache zur Vorfrist einer beabsichtigten Rechtsmittelbegründung vorgelegt, hat er in eigener Verantwortung festzustellen, ob das Fristende richtig ermittelt und festgehalten wurde (vgl. z. B. BGH NJW 2008, 3439). Zwar muss die - anhand der Akte vorzunehmende - Prüfung nicht sofort erfolgen. Sie kann auch am nächsten Tag vorgenommen werden. Sie darf jedoch nicht zurückgestellt werden, bis der Anwalt die eigene Bearbeitung der Sache - ggf. am letzten Tag der Frist - vornimmt (BSG a.a.O.; BGH VersR 2002, 1391).

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

1. Überschreitung der Höchstgrenzen der Psychotherapie-Richtlinien

LSG Hessen, Urteil v. 07.07.2016 - L 8 KR 300/14

RID 16-04-88

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 27; PsychThRL

Bei den **Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie** hinsichtlich der **Behandlungshöchstdauer** handelt es sich lediglich um Soll-Vorgaben, innerhalb derer in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann. Mit der Formulierung des § 23b I Nr. 9, wonach die nachfolgenden Höchstgrenzen „grundsätzlich“ einzuhalten sind, bringt der Normgeber zum Ausdruck, dass Ausnahmen zulässig sind (LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 18.06.2010 - L 5 KR 95/10 B ER - RID 10-03-101, juris). Durch den GBA werden insoweit lediglich „typische Fallgruppen“ festgelegt mit der Folge, dass in atypischen Fällen hiervon abgewichen werden kann, sofern dies der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage entspricht.

SG Marburg, Gerichtsb. v. 11.08.2014 - S 6 KR 47/11 - RID 14-04-86 verurteilte die Bekl., die Kl. von den Kosten weiterer 88 bis zum 31.12.2013 durchgeführter Psychotherapiesitzungen freizustellen, und wies im Übrigen die Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

Bzgl. des nachfolgenden Bewilligungsabschnitts verurteilte *SG Marburg*, Gerichtsb. v. 11.03.2016 - S 14 KR 161/14 - und Ergänzungsgerichtsb. v. 06.04.2016 die Bekl., der Kl. weitere 300 Therapiestunden zu bewilligen, das *LSG* wies die Berufung der Bekl. im Parallelverfahren zurück. Beide Instanzen bejahten zudem die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion nach § 13 IIIa SGB V.

Parallelverfahren:

LSG Hessen, Urteil v. 07.07.2016 - L 8 KR 89/16

RID 16-04-89

2. Psychische Erkrankung mit Suizidgefahr als lebensbedrohliche Erkrankung

SG Wiesbaden, Urteil v. 30.07.2016 - S 2 KR 227/12

RID 16-04-90

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 27

Bei einer **dissoziativen Identitätsstörung** in der schwersten Form, die bei 75 % aller betroffenen Patienten mit **Selbstmordversuchen** einhergeht, handelt es sich um eine **lebensbedrohliche Erkrankung** bzw. eine wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung i.S.d. § 2 Ia SGB V.

Das SG verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für eine ambulante Psychotherapie bei Frau Dr. C. in der Zeit vom 23.01.2012 bis 15.06.2015 in Höhe von 3.996,52 € zu erstatten und ihr weitere 100 Stunden Psychotherapie zu gewähren und wies im Übrigen die Klage ab.

3. Leistungen in einem Sozialpädiatrischen Zentrum

SG Stralsund, Beschluss v. 15.09.2016 - S 3 KR 169/16 ER

RID 16-04-91

juris

SGB V §§ 43a, 119; SGB IX § 30; FrühV § 7

Leitsatz: 1. Ein Anspruch auf die Gewährung von **nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen** im Sinne des § 43a Abs. 2 SGB V bzw. von nichtärztlichen Leistungen der Frühförderung im Sinne des § 30 Abs. 2 SGB IX in einem gemäß § 119 SGB V zugelassenen Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) ist auf die Gewährung von **ambulanten Leistungen** beschränkt.

2. Ein Anspruch auf solche Leistungen setzt u.a. eine **abgeschlossene Diagnostik** sowie das Vorliegen eines **individuellen Förder- und Behandlungsplans** im Sinne von §§ 43a Abs. 1, 30 Abs. 1 SGB IX i.V.m. § 7 Frühförderungsverordnung (FrühV) und § 6 Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung in M-V voraus.

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

4. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Hyperthermie, Thymustherapie und Vitamin-C- bzw. Selen-Infusionen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.07.2016 - L 5 KR 4217/14

RID 16-04-92

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 73/16 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, 13 III

Leitsatz: Die (ambulante) Behandlung des **Adenokarzinoms** des ösophagogastralen Übergangs (AEG-Karzinom) durch (**Elektro-)Hyperthermie und Tymustherapie in Kombination mit (schulmedizinischer) Chemotherapie** ist vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen - auch unter Berücksichtigung der grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungskatalogs - nicht umfasst. Die Krankenkassen müssen ihren Mitgliedern die für die Beschaffung dieser Behandlung als privatärztliche Leistung entstehenden Kosten daher nicht erstatten.

SG Konstanz, Ur. v. 17.07.2014 - S 8 KR 3042/12 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

b) Prostatakrebsbehandlung durch irreversible Elektroporation

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.07.2016 - L 5 KR 442/16

RID 16-04-93

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, 13 III

Leitsatz: Die (ambulante) Behandlung des **Prostatakarzinoms** durch **irreversible Elektroporation** (IRE) ist vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen - auch unter Berücksichtigung der grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungskatalogs - nicht umfasst. Die Krankenkassen müssen ihren Mitgliedern die für die Beschaffung dieser Behandlung als privatärztliche Leistung entstehenden Kosten daher nicht erstatten.

SG Mannheim, Ur. v. 11.12.2015 - S 5 KR 889/15 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

c) Galileo-Training

SG Münster, Gerichtsbescheid v. 01.02.2016 - S 16 KR 656/14

RID 16-04-94

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 27 I 1

Das **Galileo-Training** ist eine nicht anerkannte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, auf die kein Anspruch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

Das *SG* wies die Klage ab.

d) Linsenimplantation/Teilhabe am Arbeitsleben

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 15.09.2016 - L 5 KR 155/15

RID 16-04-95

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 26, 27, 135 I; SGB IX § 33

Leitsatz: Ein Anspruch auf Erstattung der Kosten einer Operation, mit der eine **Linsenimplantation** durchgeführt wurde, kommt nicht unter dem Gesichtspunkt einer Leistung zur **Teilhabe am Arbeitsleben** in Betracht.

SG Koblenz, Ur. v. 02.06.2015 - S 13 KR 986/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Zahnärztliche Behandlung

a) Neue Behandlungsmethode: Unterkieferprotrusionsschiene

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 05.07.2016 - L 1 KR 420/14

RID 16-04-96

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 27 I 1, 33, 135 I

Leitsatz: Eine UKPS (Unterkieferprotrusionsschiene) zur Behandlung eines leichten obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms gehört gegenwärtig nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung.

SG Berlin, Ur. v. 30.09.2014 - S 122 KR 1319/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Unzulässigkeit eines Rückforderungsbescheids wegen Festzuschuss nach Behandlungsabbruch

SG Bremen, Urteil v. 13.06.2016 - S 7 KR 53/11

RID 16-04-97

juris
SGB V § 55; GG Art. 20 III; SGG § 54 V

Leitsatz: 1. Das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) enthält keine Rechtsvorschrift, aufgrund derer die bereits von der Krankenversicherung an einen Zahnarzt ausgezahlten **Festzuschüsse** gemäß § 55 SGB V nach einem Behandlungsabbruch durch den Versicherten von diesem **zurückzuzahlen** sind.

2. Ein dahingehender **Erstattungsbescheid** der Krankenkasse ist in Ermangelung einer Befugnis zum Erlass eines Verwaltungsaktes rechtswidrig und verstößt gegen den Vorbehalt des Gesetzes aus Art. 20 Abs. 3 GG.

3. Möglicherweise bestehende, auf die Heranziehung zivilrechtlicher Grundsätze gestützte **Erstattungsansprüche** sind von der Krankenkasse im Wege der **Leistungsklage** zu verfolgen.

Das *SG* hob den Rückforderungsbescheid über 2.082,48 € auf.

II. Stationäre Behandlung

1. Adipositaschirurgische Maßnahmen

a) Diätetische Therapie keine zwingende Voraussetzung bei Immobilität

SG für das Saarland, Urteil v. 03.06.2016 - S 23 KR 1172/14

RID 16-04-98

juris

SGB V §§ 11 I Nr. 4, 27 I 2 Nr. 5, 39, 108

Eine minimalinvasive **adipositaschirurgische Operation** setzt nicht voraus, dass eine **diätetische Therapie** angegangen wird, wenn diese für die Versicherte aufgrund ihrer Immobilität nicht möglich ist. In Zusammenschau der Fachliteratur gibt es keine verlässlichen Hinweise darauf, dass es nach bariatrischen Operationen zu einem vermehrten Verlust der Muskelmasse und somit einem Mobilitätsverlust kommt. Eher finden sich Hinweise, dass sich sowohl Muskelfunktion, als auch Mobilität verbessern.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. eine minimalinvasive adipositaschirurgische Operation mit notwendiger Nachsorgebehandlung zu gewähren.

b) Laparoskopische Magen-Bypass-Operation: Verzicht auf ein multimodales Therapiekonzept

SG Darmstadt, Urteil v. 29.06.2016 - S 10 KR 155/15

RID 16-04-99

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, 13 III, IIIa, 27 I, 39 I

Die Rechtsprechung, insb. des BSG (vgl. etwa BSG, Ur. v. 19.02.2003 - B 1 KR 2/02 R - juris; v. 06.10.1999 - B 1 KR 13/97 - BSGE 85, 56 = SozR 3-2500 § 28 Nr. 4), hat für eine **adipositaschirurgische Maßnahme** folgende Grundsätze entwickelt:

- Die **Adipositas** muss so gravierend sein, dass ihr Krankheitswerte zukommen, wovon bei einem BMI von mindestens 40 stets auszugehen ist. Dagegen kann dies bei einem BMI von 35 bis unter 40 nur dann angenommen werden, wenn bereits erhebliche Begleiterscheinungen vorliegen.
- Die **konservativen Behandlungsmaßnahmen** müssen erschöpft sein. Davon kann ausgegangen werden, wenn der Versicherte über einen längeren Zeitraum (sechs bis zwölf Monate) an einem ärztlich überwachten bzw. koordinierten multimodularen Therapiekonzept, welches u.a. Diätmaßnahmen, Ernährungsschulungen, Bewegungs- und Psychotherapie umfasst, erfolglos teilgenommen hat.
- Eine ausreichende Motivation des Versicherten, sein Gewicht zu reduzieren, muss gegeben sein.
- Das **Operationsrisiko** muss - angesichts weiterer im konkreten Fall gegebener Erkrankungen - **tolerabel** sein.
- Es darf keine manifeste **psychische Erkrankung** für die Entwicklung des Übergewichts ursächlich sein bzw. den Erfolg der Maßnahme gefährden.
- Es muss die Möglichkeit der lebenslangen medizinischen **Nachbetreuung** sichergestellt sein.

Hat die Versicherte noch nicht an einem über sechs bis zwölf Monate laufenden ärztlich geleiteten multimodalen Therapiekonzept - zumal erfolglos - teilgenommen, so kann hierauf ausnahmsweise verzichtet werden, wenn die Adipositas (hier; BMI von über 50 kg/m²) bereits seit Jahrzehnten besteht und die Versicherte in den letzten Jahren immer wieder auf Eigeninitiative hin vielfältige Bemühungen (Slim-Fast-Programm) unternommen hat, ihr Körpergewicht zu reduzieren.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kosten einer bariatrischen Operation in Form eines Magen-Bypasses als Sachleistung zu übernehmen.

2. Liposuktion keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 30.08.2016 - L 16/1 KR 303/15

RID 16-04-100

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I 1, 39 I, 135, 137c

Die **Liposuktion** gehört auch im Rahmen einer vollstationären Krankenhausbehandlung wegen eines Lipödems nicht zum Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung (a.A. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 22.03.2016 - L 4 KR 438/13 - RID 16-03-101). Es handelt sich derzeit bei allen Formen der Liposuktion weiterhin um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode. Auch im stationären Bereich gilt, dass die begehrte Behandlung den Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien der §§ 2 I, 12 I und 28 I SGB V entsprechen muss.

Die Ergänzung in der Formulierung des neuen § 137c III SGB V ist nicht im Sinne einer generellen Ausweitung auf innovative Behandlungsmethoden zu verstehen, die dann im stationären Rahmen erfolgen oder dorthin verlagert werden. Vielmehr ist der Abs. 3 eng auszulegen. Der Gesetzgeber hat bei der Neuregelung **die schwer und schwerst erkrankten Versicherten** in Blick genommen, deren Versorgung auch durch Methoden im Level unterhalb ausgewiesener Studien gestärkt, d.h. verbessert werden soll.

SG Hannover, Urt. v. 16.07.2015 - S 19 KR 650/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Liposuktion zur Behandlung eines Lipödems im Stadium II

SG Chemnitz, Urteil v. 04.02.2016 - S 10 KR 460/13

RID 16-04-101

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 27

Eine Versicherte hat einen Anspruch auf eine **Liposuktion** zur Behandlung eines Lipödems im Stadium II der Oberschenkel.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten für die Liposuktion zur Behandlung des Lipödems der Oberschenkel der Kl. zu übernehmen.

4. In Privatklinik vorgenommene Liposuktion bei Lipödem nicht erstattungsfähig

SG Stade, Urteil v. 08.08.2016 - S 29 KR 31/14

RID 16-04-102

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 39 I, 108

Eine in einer **Privatklinik** vorgenommene **Liposuktion** bei Lipödem ist nicht erstattungsfähig, denn die Krankenkassen dürfen gemäß § 108 SGB V Krankenhausbehandlungen nur in sog. zugelassenen Krankenhäusern erbringen. Ferner stehen **Lymphdrainagen** und eine **Kompressionstherapie vorrangig** zur Verfügung.

Das **SG** wies die Klage ab.

5. Implantation einer Knieentlastungsfeder durch Belegarzt

SG Stade, Beschluss v. 21.09.2016 - S 29 KR 18/16 ER

RID 16-04-103

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 II, 11 I, 12, 27, 70, 137c I 1; SGG § 86b II

Die **Implantation einer Knieentlastungsfeder** ist der Kategorie der **stationär** zu erbringenden Krankenhausleistungen zuzuordnen, auch wenn die Operationen durch **Belegärzte** durchgeführt werden. Bei der Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Leistungen kommt es nicht auf das Dienstverhältnis des Operateurs an, vielmehr auf die Umstände einer apparativen Mindestausstattung, eines zur Verfügung stehenden rufbereiten Arztes und einer begleitenden pflegerischen Versorgung. Die zur Anwendung kommenden Behandlungsmethoden sind als generell erlaubt anzusehen mit dem Vorbehalt eines Negativvotums des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Sowohl für Methoden, für die beim Gemeinsamen Bundesausschuss noch kein Antrag auf Verbot gestellt worden ist, als auch für Methoden, die gegenwärtig bewertet werden, deren Bewertung jedoch noch nicht abgeschlossen ist, gilt die ausdrückliche Neuregelung durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz v. 16.07.2015, wonach diese Methoden im Rahmen der **Krankenhausbehandlung - vorläufig - angewandt werden** können, sofern sie nur das „Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig sind“ (§ 137c III SGB V). Diese Voraussetzungen liegen für die Implantation einer Knieentlastungsfeder aufgrund der Erfahrungen seit 2008 vor.

Das **SG** hob den Bescheid der Ag. in der Gestalt des Widerspruchsbescheides bis zur rechtskräftigen Entscheidung über die in der Hauptsache am 08-08.2016 erhobene Klage auf und verpflichtete die Ag. bis zu dem genannten Zeitpunkt, auf den Antrag v. 18.01.2016 hin die Kosten für die Implantation einer Entlastungsfeder im linken Kniegelenk zu übernehmen. Dabei steht es der Ag. frei, den Anspruch - anstelle der beantragten Kostenübernahme für die Behandlung in der Praxis-Klinik W. - im Wege der Sachleistung in einem zugelassenen Krankenhaus oder im Wege der Kostenübernahme für die Behandlung in einer von ihr, der Ag., bestimmten Klinik zu erfüllen. Der weitergehende Antrag wird abgewiesen.

6. Stationäre Behandlung einer Syringomyelie im EU-Ausland

SG Trier, Urteil v. 26.11.2015 - S 1 KR 115/14

RID 16-04-104

juris

SGB V §§ 2 I 3, Ia, 13 V,

Leitsatz: 1. Zu den Voraussetzungen für eine **stationäre Behandlung** in einem Mitgliedsstaat der **Europäischen Union**.

2. Die Behandlung einer **Syringomyelie** mittels der Durchtrennung des „Filum Terminale“ entspricht nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse.

Das **SG** wies die Klage auf Erstattung der Kosten für die Behandlung im Institut C. in Barcelona in Höhe von 15.772 € ab.

III. Kostenerstattung

Nach BSG, Urt. v. 08.03.2016 - **B I KR 25/15 R** - SozR 4-2500 § 13 Nr. 33 hat ein Versicherter kraft **Genehmigungsfiktion** Anspruch auf Erstattung der Kosten für von ihm selbst beschaffte 24 Sitzungen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, wenn sein Antrag auf die Sachleistung eine Leistung betrifft, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt und die er aufgrund der Einschätzung seiner Therapeutin für erforderlich halten durfte. Da die Krankenkasse über den Antrag **nicht binnen drei Wochen entschied**, ohne hierfür Gründe mitzuteilen, galt die Leistung als genehmigt. Sie war auch noch im Zeitpunkt der Beschaffung erforderlich. Denn der Kl. beachtete Art und Umfang der fingierten Genehmigung. Sie hatte sich bei der Beschaffung nicht erledigt, wie es etwa bei ärztlicher Feststellung der Gesundung möglich gewesen wäre. Die Beklagten nahmen die Genehmigung nicht zurück, was beim Fehlen von Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion denkbar wäre, indem sie den Antrag verspätet ablehnte. Nach BSG, Urt. v. 08.03.2016 - **B I KR 35/15 R** - SozR 4-2500 § 27 Nr. 28 hat eine Versicherte keinen Anspruch auf eine **Operation zur Brustvergrößerung** beidseits, wenn die Operation nicht dem Ausgleich fehlender Stillfähigkeit als Funktionsdefizit der fehlenden Brustanlage dient, sondern lediglich dazu, das Erscheinungsbild zu ändern. Anspruch besteht hierauf nur bei Entstellung, an der die Klägerin nicht leidet. Ihr Fall ist mit einer Brustrekonstruktion nach Brustentfernung wegen Krebs nicht vergleichbar.

1. Genehmigungsfiktion

a) Keine Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen der begehrten Leistung (Liposuktion)

SG Speyer, Urteil v. 14.07.2016 - S 13 KR 245/15

RID 16-04-105

juris

SGB V § 13 IIIa

Die Prüfung der **Anspruchsvoraussetzungen** der begehrten Leistung im Einzelfall ist keine tatbestandliche Voraussetzung des § 13 IIIa 6 SGB V.

Zur Fristverlängerung hat eine **Mitteilung der Krankenkasse** zu ergehen, dass sie aus einem hinreichenden Grund nicht innerhalb der Fünf-Wochen-Frist über den Antrag entscheiden kann. Es

muss auf die laufende Frist Bezug genommen werden. Aus der Genehmigungsfiktion folgt ein **Naturalleistungsanspruch**.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer zweischrittigen stationären Liposuktion der Beine als Sachleistung zu versorgen.

b) Keine Prüfung der Erforderlichkeit der Leistung (Magenbypass)

SG Berlin, Urteil v. 14.04.2016 - S 72 KR 70/16

RID 16-04-106

juris
SGB V § 13 IIIa

Voraussetzung für den Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 IIIa SGB V ist nicht eine Prüfung der **Erforderlichkeit der Leistung** (vgl. LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 20.01.2016 - L 5 KR 238/15 B ER - RID 16-01-121, juris Rn. 24 ff.).

Das *SG* stellte fest, dass der Antrag der Kl. auf Gewährung von Krankenhausbehandlung zur Durchführung einer bariatrischen Operation (Magenbypass) als genehmigt gilt.

c) Naturalleistungsanspruch/Subjektive Erforderlichkeit der Leistung bei ärztl. Empfehlung (Liposuktion)

SG Mainz, Urteil v. 25.07.2016 - S 12 KR 28/16

RID 16-04-107

juris
SGB V § 13 IIIa

Nach dem klaren Wortlaut von § 13 IIIa 6 SGB V ist Rechtsfolge die Genehmigung der beantragten Leistung. Weitere Voraussetzungen, insb. ob die begehrte Leistung medizinisch zwingend notwendig oder wirtschaftlich sinnvoll ist, enthält die Norm nicht (vgl. zutreffend: SG Koblenz, Ur. v. 23.03.2015 - S 13 KR 977/14 - RID 15-03-95, juris Rn. 25). Erfasst ist auch der **Naturalleistungsanspruch**; die Fiktion führt nicht lediglich zu einem Kostenerstattungsanspruch (BSG, Ur. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33). Hohe Anforderungen an die durch das BSG geforderte „**subjektive Erforderlichkeit**“ der Leistungen dürfen nicht gestellt werden. Von dieser subjektiven Erforderlichkeit kann grundsätzlich dann ausgegangen werden, wenn der Versicherte seinen Anspruch gestützt auf eine ärztliche Verordnung oder ein ärztliches Gutachten geltend macht. Hiervon mögen dann Ausnahmen gelten, wenn es sich auch dem medizinischen Laien aufdrängt, dass eine Zuständigkeit der Kasse trotz Verordnung nicht gegeben sein kann.

Das *SG* stellte fest, dass der Antrag der Kl. auf Gewährung einer dreizeitigen Liposuktionsbehandlung als Sachleistung als genehmigt gilt.

d) Mündliche Leistungsablehnung unerheblich/Sachleistungsanspruch (operative Hautstraffung)

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 21.09.2016 - L 5 KR 1510/15

RID 16-04-108

juris
SGB V § 13 IIIa

Eine **operative Hautstraffung** liegt nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Eine **mündliche Leistungsablehnung** ist für die Einhaltung der Fristen nach § 13 IIIa SGB V unerheblich.

Die Genehmigungsfiktion umfasst auch einen **Sachleistungsanspruch**.

SG Heilbronn, Ur. v. 10.04.2015 - S 11 KR 2425/14 - RID 15-02-117 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. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

e) Anspruch auf Sachleistung (Abdominalplastik, Oberarmstraffung und Mammareduktionplastik)

SG Münster, Urteil v. 18.04.2016 - S 9 KR 518/14

RID 16-04-109

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

Die Leistungen der **Abdominalplastik, Oberarmstraffung und Mammareduktionplastik** mit Straffung sind grundsätzlich innerhalb des Leistungskatalogs der GKV denkbar.

Die fiktive Genehmigungswirkung des § 13 IIIa SGB V erfasst auch den **Sachleistungsanspruch** und nicht nur Kostenerstattungsansprüche.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kl. mit den beantragten Leistungen der Abdominalplastik, Oberarmstraffung und Mamareduktionplastik mit Straffung zu versorgen.

f) Keine Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsüberprüfung/Sachleistungsanspruch (Magenbypassoperation)

SG Berlin, Urteil v. 27.09.2016 - S 208 KR 4018/15

RID 16-04-110

juris
SGB V § 13 IIIa

Die **Frist** nach § 13 IIIa SGB V verlängerte sich nicht allein durch die Anforderung der Unterlagen.

Die Genehmigungsfiktion erfasst nicht lediglich Leistungen, die dem **Qualitätsgebot** (§ 2 I 3 SGB V) und dem **Wirtschaftlichkeitsgebot** (§ 12 I SGB V) entsprechen. Die Genehmigungsfiktion begründet zugunsten des Leistungsberechtigten einen **Naturalleistungsanspruch**.

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

g) Einwendungsausschluss/Sachleistungsanspruch (Magenverkleinerungs-Operation)

SG München, Gerichtsbescheid v. 28.07.2016 - S 44 KR 491/16

RID 16-04-111

juris
SGB V § 13 IIIa

Durch die Fiktion der Genehmigung ist die Leistungsberechtigung wirksam verfügt und die Krankenkasse mit allen **Einwendungen** betreffend die medizinische Notwendigkeit der beantragten Behandlung ausgeschlossen. Die Genehmigungsfiktion gilt auch für den Fall eines geltend gemachten **Sachleistungsanspruchs**.

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

h) Naturalleistungsanspruch/Telefonische Mitteilung (Schlauchmagen-Operation)

SG München, Urteil v. 03.08.2016 - S 17 KR 836/14

RID 16-04-112

juris
SGB V § 13 IIIa

Der **Naturalleistungsanspruch** kraft Genehmigungsfiktion ermöglicht auch mittellosen Versicherten, die nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, ihren Anspruch zu realisieren.

Eine **telefonische Mitteilung** reicht nicht, nach dem eindeutigen Wortlaut des § 13 IIIa 5 SGB V muss die Mitteilung schriftlich erfolgen und die Gründe für die Verzögerung der Entscheidung enthalten.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kl. aufgrund der gem. § 13 IIIa 6 SGB V eingetretenen Genehmigungsfiktion mit der beantragten Schlauchmagen-Operation als Sachleistung zu versorgen.

i) Genehmigungsfiktion umfasst auch Sachleistungsanspruch (Bariatrische Operation)

SG Augsburg, Urteil v. 27.09.2016 - S 6 KR 148/16

RID 16-04-113

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

Die **Genehmigungsfiktion** des § 13 IIIa 6 SGB V begründet auch einen Anspruch auf Erhalt einer **Sachleistung**.

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

j) Sachleistungsanspruch (Bariatrische Operation)

SG Würzburg, Urteil v. 18.07.2016 - S 11 KR 36/16

RID 16-04-114

juris
SGB V § 13 IIIa

Die Genehmigungsfiktion nach § 13 IIIa 6 SGB V umfasst auch einen **Sachleistungsanspruch**.

Das **SG** verurteilte die Bekl., den Kl. im Wege der Sachleistung mit einer bariatrischen Operation (Magenbypass) zu versorgen.

k) Leistungskatalog der GKV: Postbariatrische Wiederherstellungsoperationen

SG München, Urteil v. 18.03.2016 - S 28 KR 766/15

RID 16-04-115

juris
SGB V § 13 IIIa

Postbariatrische Wiederherstellungsoperationen liegen nicht offensichtlich außerhalb des **Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung**, wenn die Krankenkasse den MDK beauftragt, die Voraussetzungen einer Kostenübernahme zu überprüfen. Im Übrigen ist ein **Krankheitswert** i.S.d. § 27 I SGB V anzunehmen, wenn der Versicherte in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder er an einer Abweichung vom Regelfall leidet, die entstellend wirkt (vgl. BSG, Urt. v. 28.02.2008 - B 1 KR 19/07 R - BSGE 100, 119 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 14, Rn. 11 m.w.N.).

Das **SG** stellte fest, dass der Antrag der Kl. auf Gewährung von fünf postbariatrischen Wiederherstellungsoperationen (Oberschenkelstraffung beidseitig, Gesäßstraffung, Abdominoplastik mit Nabelneuformung und Straffung des Mons Pubis, Mammareduktionsplastik beidseitig, Oberarmstraffung beidseitig inkl. Achselstraffung) als Sachleistung gem. § 13 IIIa 6 SGB V als genehmigt gilt.

l) Postbariatrische Wiederherstellungs-Operationen/Naturalleistungsanspruch

SG München, Urteil v. 01.09.2016 - S 3 KR 590/14

RID 16-04-116

juris
SGB V § 13 IIIa

Postbariatrische Wiederherstellungs-Operationen, um das Auftreten rezidivierender Hauterkrankungen zu vermeiden, liegen nicht außerhalb der Leistungspflicht der Krankenkassen.

Die **Genehmigungsfiktion** begründet einen **Naturalleistungsanspruch**, dem der im Anschluss hieran geregelte, den Eintritt der Genehmigungsfiktion voraussetzende naturalleistungsersetzende Kostenerstattungsanspruch entspricht (BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33). Eine Beschränkung auf einen bloßen Kostenerstattungsanspruch ist dem Gesetz nicht zu entnehmen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten in Höhe von 4.767,14 € für die selbst beschaffte Bodylift-Operation zu erstatten und die Straffungsoperationen an Oberarmen, Oberschenkeln und Brust als Sachleistung zu gewähren.

m) Sachleistungsanspruch (Mammaaugmentationsplastik)

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 16.03.2016 - S 17 KR 1709/15

RID 16-04-117

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

§ 13 IIIa SGB V ist nicht lediglich auf einen Kostenerstattungsanspruch beschränkt.
Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. eine Mammaaugmentationsplastik zu gewähren.

n) Sachleistungsanspruch/Keine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit (stationäre Liposuktion)

SG Duisburg, Urteil v. 23.09.2016 - S 39 KR 409/14

RID 16-04-118

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 5 KR 776/16 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 IIIa

§ 13 IIIa SGB V gewährt einen Anspruch auf **Sachleistung**. Eine Prüfung der medizinischen **Notwendigkeit** einer Leistung ist keine Voraussetzung eines Anspruchs.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. die beantragte stationäre Liposuktion als Sachleistung zu gewähren.

o) Kein über den ursprünglichen Sachleistungsanspruch hinausgehender Anspruch (Liposuktion)

SG Dortmund, Urteil v. 23.05.2016 - S 40 KR 672/15

RID 16-04-119

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2, 12, 13 IIIa, 39 I 2, 135 I, 137c I 1, III

Leitsatz: 1. Im Rahmen der **stationären Krankenhausbehandlung** können auch **Methoden** zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, die noch nicht vom GBA bewertet wurden, soweit sie das Potenzial für eine erforderliche Behandlungsalternative bieten. Der klar zu Tage tretende gesetzgeberische Wille kann nicht unter Berufung auf das Wirtschaftlichkeitsgebot negiert werden (entgegen BSG vom 17.11.2015 - B 1 KR 15/15 R - SozR 4-2500 § 137 Nr. 6).

2. § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V begründet - entgegen der Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33) - keinen über den **ursprünglichen Sachleistungsanspruch** hinausgehenden Kostenerstattungsanspruch. Das BSG berücksichtigt nur unzureichend den Wortlaut von § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V, die systematische Stellung der Regelung, den gesetzgeberischen Willen und die sonst auftretenden Wertungswidersprüche.

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch auf Kostenerstattung für eine Liposuktion der Beine und Arme in Höhe von 13.087,21 €. Das *SG* wies die Klage ab.

p) Kein Sachleistungsanspruch (Bariatrische Operation)

LSG Bayern, Urteil v. 07.09.2016 - L 20 KR 597/15

RID 16-04-120

Revision anhängig: B 1 KR 26/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2, 12, 13 III, IIIa, 32 Ia

Leitsatz: 1. § 13 Abs. 3 Satz 7 SGB V sieht einen Kostenerstattungsanspruch vor, der die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V voraussetzt.

2. Die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V begründet keinen Sachleistungsanspruch.

SG Nürnberg, Urt. v. 05.11.2015 - S 7 KR 420/15 - RID 16-01-119 verurteilte die Bekl., der Kl. eine bariatrische Operation als Sachleistung zu gewähren, das *LSG* wies die Klage ab.

q) Liposuktion keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 13.09.2016 - L 4 KR 320/16

RID 16-04-121

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 84/16 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Leitsatz: Die **Genehmigungsfiktion** nach § 13 Abs. 3a SGB V greift nur ein, wenn sich der Antrag des Versicherten auf Leistungen bezieht, die grundsätzlich zum **Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung** gehören, von den Krankenkassen also allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen sind. Dies ist bei ambulanten und stationären **Liposuktionen** nicht der Fall.

SG Karlsruhe, Urt. v. 08.12.2015 - S 3 KR 1251/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

r) Fortgeltung der fingierten Genehmigung nach Ablehnung der Leistung (Bariatrische Op)

SG Duisburg, Urteil v. 31.08.2016 - S 9 KR 8/15

RID 16-04-122

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Die **fingierte Genehmigung** nach § 13 IIIa SGB V gilt auch dann noch, wenn vor Selbstbeschaffung der Leistung die **ablehnende Entscheidung** der Krankenkasse zugeht. Die Ablehnung der Leistung regelt weder ausdrücklich noch sinngemäß, weder förmlich noch inhaltlich eine Rücknahme oder den Widerruf der fingierten Genehmigung gem. der §§ 45, 47 SGB X. Auch eine entsprechende **Umdeutung** der Ablehnungsentscheidung in einen Rücknahmeverwaltungsakt kommt nicht in Betracht, jedenfalls wenn von Seiten der Krankenkasse keine Vertrauensschutz- und Ermessensprüfung durchgeführt wird.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. 7.673,12 € für die in der Zeit vom 18.02.2015 bis 28.04.2015 erfolgte stationäre Behandlung (bariatrische Operation) zu erstatten.

s) Kein weitergehender Anspruch auch bei nicht fristgerechter Entscheidung (Bauchdeckenplastik)

SG Dortmund, Urteil v. 08.06.2016 - S 40 KR 1454/14

RID 16-04-123

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 IIIa, 27 I 1 Nr. 5, 39 I 2

Leitsatz: Die **Genehmigungsfiktion** des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V begründet - entgegen der Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33.) - keinen über den **ursprünglichen Sachleistungsanspruch** hinausgehenden Anspruch. Die vom BSG vorgenommene Auslegung fügt sich weder in den Kontext der Regelung, insbesondere im Verhältnis zu S. 7 und S. 9, ein, noch finden sich dafür hinreichende Anhaltspunkte in der Gesetzesbegründung oder dem Sinn und Zweck der Vorschrift. Sie führt darüber hinaus zu Ungleichbehandlungen, ohne dass sich der Entscheidung des BSG dafür irgendeine Rechtfertigung entnehmen ließe.

Die Beteiligten streiten noch über die Notwendigkeit einer Bauchdeckenplastik. Das *SG* wies die Klage ab.

t) Fristbeginn auch bei unvollständigem Antrag (zirkuläre Dermofettresektion)

SG Köln, Urteil v. 28.06.2016 - S 34 KR 515/15

RID 16-04-124

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Für die **Berechnung der Fristen** nach § 13 IIIa SGB V kommt es auf den Antragseingang und nicht auf den Eingang der letzten, nach Ansicht der Krankenkasse noch fehlenden Antragsunterlage (vollständiger Antrag) an.

§ 13 IIIa 5 SGB V fordert eine rechtzeitige **schriftliche Mitteilung** an die Versicherten, dass die Frist nach § 13 IIIa 1 oder 4 SGB V nicht eingehalten werden kann sowie die Darlegung der Gründe für die Verzögerung. Der Normzweck besteht darin, den Versicherten Klarheit darüber zu verschaffen, ob die

Entscheidung fristgerecht erfolgt oder eine Selbstbeschaffung zulässig sein wird (SG Gießen, Urt. v. 26.06.2015 - S 7 KR 429/14 - RID 15-03-98 m.w.N.).

§ 13 IIIa SGB V beschränkt den Anspruch weder auf eine **Kostenerstattung** noch auf lediglich „erforderliche“ Leistungen.

Das SG verurteilte die Bekl. wird, der Kl. stationäre Behandlung in Gestalt zirkulärer Dermofettresektion (modifiziertes Bodylift nach Lockwood) mit T-Schnitt, Oberschenkelrekonstruktion beidseits, Brust- und lateraler Thoraxstraffung beidseits und Oberarmrekonstruktion beidseits als Sachleistung zu gewähren.

u) Anspruch auf Kostenerstattung nur im Umfang der fingierten Genehmigung (Liposuktion)

SG Altenburg, Urteil v. 29.04.2016 - S 13 KR 1644/15

RID 16-04-125

juris
SGB V § 13 IIIa

Eine **fingierte Genehmigung** bleibt wirksam, solange und soweit sie nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt ist (vgl. § 39 II SGB X sowie BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33 = NZS 2016, 464 = KrV 2016, 104, juris Rn. 31).

Ein **Anspruch auf Kostenerstattung** besteht nur im Umfang der fingierten Genehmigung.

Das SG verurteilte die Bekl., der Kl. von den für die Liposuktionsoperationen entstandenen Kosten insgesamt 16.904,36 € zu erstatten, und wies im Übrigen die Klage ab.

v) Keine Prüfung der Erforderlichkeit/Keine Aufhebung nach § 45 SGB X (Schlauchmagen-Op)

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 21.07.2016 - S 11 KR 505/15

RID 16-04-126

juris
SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45

Die **Erforderlichkeit der Leistung** ist im Rahmen des § 13 IIIa SGB V nicht zu prüfen.

Liegen die Voraussetzungen nach § 13 IIIa SGB V vor, ist der fiktiv genehmigte Verwaltungsakt rechtmäßig und kann nicht nach § 45 SGB X **aufgehoben** werden.

Das SG verurteilte die Bekl., der Kl. die beantragte Schlauchmagen-Operation als Sachleistung zu gewähren.

w) Rücknahmebescheid nach Eintritt der Genehmigungsfiktion (Mammareduktion, Liposuktion)

SG München, Urteil v. 16.06.2016 - S 7 KR 409/15

RID 16-04-127

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45

Ein **Rücknahmebescheid nach Eintritt der Genehmigungsfiktion** ersetzt nicht den mit der Klage auch angefochtenen Ablehnungsbescheid, sondern hebt die Genehmigungsfiktion mit Wirkung für die Zukunft auf, so dass eine unmittelbare Anwendung von § 96 I SGG nicht in Betracht kommt. Nach dem Sinn und Zweck des § 96 I SGG muss jedoch der Rücknahmebescheid in entsprechender Anwendung in das Klageverfahren einbezogen werden.

Als ein fingierter Verwaltungsakt ist die Genehmigungsfiktion grundsätzlich auch der Aufhebung, etwa durch eine **Rücknahme nach § 45 SGB X** zugänglich, damit unbillige Ergebnisse damit wieder beseitigt werden können (vgl. LSG Saarland, Urt. v. 17.06.2015 - L 2 KR 180/14- RID 15-04-92; LSG Bayern, Urt. v. 23.02.2016 - L 5 KR 351/14 - RID 16-03-108).

Die **Rechtmäßigkeit der Genehmigungsfiktion** ist nach der Erfüllung der Voraussetzungen des § 13 IIIa SGB V zu beurteilen, „nicht nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs“ (vgl. BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33, Rn. 32). Der Verwaltungsakt ist nicht rechtswidrig, wenn die Voraussetzungen für den Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 IIIa SGB V erfüllt sind. Stellt man bei der Prüfung der Rechtmäßigkeit der fingierten Genehmigung auf den **Inhalt des geltend**

gemachten Naturalleistungsanspruchs ab, ist nach Auffassung des Gerichts eine Aufhebung nach § 45 I, II SGBX ebenfalls nicht rechtmäßig, muss wegen der in § 13 IIIa 6 SGB V angeordneten Genehmigungsfiktion auch eines Naturalleistungsanspruchs bei Erfüllung der dort genannten Voraussetzungen die **Vertrauensschutzabwägung** im Rahmen des § 45 II 1 SGB X zugunsten des Versicherten ausfallen.

Das *SG* verurteilte die Bek., der Kl. die mit Schreiben vom 05.11.2014 beantragte Mammareduktionsplastik und Liposuktionsbehandlung als Sachleistung zu gewähren.

2. Keine Kostenerstattung nach § 13 II SGB V bei Behandlung durch nicht zugelassenen Arzt

LSG Hamburg, Urteil v. 30.06.2016 - L 1 KR 90/14

RID 16-04-128

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 II

Gemäß § 13 II SGB dürfen **Nichtvertragsbehandler** nur nach vorheriger Genehmigung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Durch eine langjährige Genehmigungspraxis wird kein Vertrauenstatbestand geschaffen.

SG Hamburg, Urt. v. 16.05.2014 - S 33 KR 269/09 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 30.10.2015 - B 1 KR 78/15 B - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

IV. Arzneimittel

Nach BSG, Urt. v. 15.12.2015 - **B I KR 30/15 R** - SozR 4-2500 § 34 Nr. 18 - besteht kein Anspruch auf Versorgung mit dem nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel Iscador M zur **adjuvanten Krebstherapie**. Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wie das Mistelpräparat Iscador M sind von der Arzneimittelversorgung nach dem SGB V grundsätzlich ausgeschlossen. Der GBA hat Mistelpräparate ausschließlich beschränkt auf den Einsatz in der palliativen Therapie in die Liste der verordnungsfähigen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel aufgenommen. Die Anwendungsbeschränkung „in der palliativen Therapie“ gilt auch für **Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen**. Der GBA verfügt über eine hinreichende demokratische Legitimation, durch Richtlinien festzulegen, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können.

1. Off-Label-Use

a) Cimzia® bei Morbus Crohn

SG Hamburg, Gerichtsbescheid v. 13.07.2015 - S 8 KR 1055/14

RID 16-04-129

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 13 III, 27 I, 31

Ohne einen **Behandlungsversuch** mit einer **Standard-Therapiemöglichkeit** ist eine Verwendung eines Arzneimittels im Off-Label-Use nicht zulässig.

Für einen Off-Label-Use von **Cimzia® bei Morbus Crohn** liegen **keine Forschungsergebnisse** vor, die erwarten lassen, dass das Arzneimittel zugelassen werden kann. Dies kann nur angenommen werden, wenn die Ergebnisse einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III (gegenüber Standard oder Placebo) veröffentlicht sind und eine klinisch relevante Wirksamkeit respektive einen klinisch relevanten Nutzen bei vertretbaren Risiken belegen.

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Atypische Neuroleptika: Individueller Behandlungsansatz maßgeblich

SG Hamburg, Urteil v. 03.07.2015 - S 33 KR 55/10

RID 16-04-130

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 13 III, 27 I Nr. 3, 31

Die Verhaltensauffälligkeiten in Form **autoaggressiven Verhaltens** können so schwerwiegend sein, dass es zu lebensbedrohlichen Zuständen kommen kann, auch wenn nicht von einer voraussichtlich tödlich verlaufenden Erkrankung auszugehen ist.

Die Behandlung organisch katatoner Erregungszustände und schweren Verhaltensauffälligkeiten erfolgt im Rahmen von geistiger Retardierung (Minderbegabung) in der Regel im Rahmen eines sog.

Off-Label-Use mit Neuroleptika, wobei **atypische Neuroleptika** aufgrund des geringeren Nebenwirkungsprofils der Vorzug zu geben ist.

Soweit zugelassene Medikamente nicht zur Verfügung stehen, jedoch günstigere Medikamente, die im Rahmen eines Off-Label-Use ordnungsfähig sind, ist nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot der **preiswerteren Variante** der Vorzug zu geben. Voraussetzung ist jedoch, dass der Behandlungserfolg gleichermaßen gesichert ist. Trotz struktureller Ähnlichkeiten in der pharmakologischen Wirkung bestehen **Unterschiede** zwischen den einzelnen atypischen Neuroleptika (hier: Risperidon und Invega).

Im Rahmen der Beurteilung der Wirksamkeit anderer, ebf. nicht zugelassener Medikamente kommt im Rahmen eines Off-Label-Use dem **individuelle Behandlungsansatz** maßgebliche Bedeutung zu. Ein Versicherter kann nicht aus **Kostenersparnisgründen** darauf verwiesen werden, ein kostengünstigeres, ebf. nicht zugelassenes Medikament, auszuprobieren, wenn hiermit in der Vergangenheit kein Behandlungserfolg erzielt werden konnte.

Das **SG** verurteilte die Beklagte, an den Kl. 11.447,67 € zu zahlen und den Kl. zukünftig auf ärztliche Verordnung mit dem Medikament Invega zu versorgen bzw. die Kosten zu übernehmen.

2. Versorgung mit Medizinal-Cannabisblüten

a) Cannabisblüten kein Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.07.2016 - L 11 KR 465/16 B ER

RID 16-04-131

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 31

Es besteht ein Naturalleistungsanspruch auf Versorgung mit **Medizinal-Cannabisblüten** auch dann nicht, wenn eine **Erlaubnis** nach § 3 II BtMG vorliegt, weil dieses Mittel nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 01.06.2016 - S 8 KR 339/16 ER - verpflichtete die Ag., den Ast. für die Zeit ab 01.07.2016 bis zum Ende des Hauptsacheverfahrens, zunächst längstens bis zum 30.06.2017, im Rahmen der Erlaubnis des BfArM vom 24.04.2014, mit ärztlich verordneten Medizinal-Cannabisblüten zu versorgen. Das **LSG** lehnte auf die Beschwerde der Ag. den Antrag ab.

b) Keine Versorgung bei Verbot der Arzneimittelabgabe (Cannabisblüten)

LSG Thüringen, Beschluss v. 25.08.2016 - L 1 KR 340/16 B ER

RID 16-04-132

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 31, 135 I; SGG § 86b II

Versicherte haben gegen ihre gesetzliche Krankenkasse keinen Anspruch auf Versorgung mit **Arzneimitteln**, deren **Abgabe verboten** ist. Bei Rezepturarmitteln, zu denen **Medizinal-Cannabisblüten** gehören, ist über die Zulässigkeit der Abgabe hinaus nach § 135 I 1 SGB V eine entsprechende **Therapieempfehlung** des Gemeinsamen Bundesausschusses erforderlich (BSG, Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 30/06 R - SGB 2007, 287 = USK 2007, juris Rn. 12), an der es bislang aber fehlt. Bei der Behandlung chronischer Schmerzen liegt weder ein Seltenheitsfall vor, noch ist aus verfassungsrechtlichen Gründen (vgl. dazu BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5, jetzt § 2 Ia SGB V) eine erweiternde Auslegung des Leistungskatalogs der Krankenkassen geboten, da **Schmerzzustände** für sich genommen weder lebensbedrohend sind noch einer solchen Erkrankung wertungsmäßig gleichstehen (BSG, Urt. v. 27.03.2007, aaO., Rn. 13-19).

Auch die nach § 13 IIIa 6 SGB V zu gewährenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen den allgemeinen Regeln des SGB V genügen, wonach die Krankenkassen nur wirtschaftliche Leistungen erbringen, soweit sie notwendig und erforderlich sind (§§ 2, 12 SGB V). Es besteht kein Anspruch auf solche Leistungen, die dem Grunde nach **nicht in den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören** (BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33, juris Rn 25).

SG Frankfurt (Oder), Beschl. v. 07.06.2016 - S 27 KR 94/16 ER - lehnte den Antrag ab, die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, dem Ast. ab dem 14.04.2016 vorläufig bis zu einer Entscheidung

in der Hauptsache Medizinal-Cannabisblüten (4-Wochenbedarf von 90 g) entsprechend der ärztlichen Dosierungsanweisung als Sachleistung durch die Apotheke R zu bewilligen. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

V. Hilfsmittel

Nach BSG, Urt. v. 23.06.2016 - **B 3 KR 21/15 R** - besteht bei **funktioneller Einäugigkeit** kein Anspruch auf Versorgung des noch sehfähigen Auges mit **Kontaktlinsen** gegenüber der Krankenkasse, wenn die noch vorhandene Sehfähigkeit nicht soweit eingeschränkt ist, dass nach § 33 II 2 SGB V Anspruch auf Versorgung mit einer Sehhilfe besteht. Die Regelung des § 33 II SGB V mit ihrer (statischen) Verweisung auf das **Regelwerk der WHO** ist trotz der dazu in der wissenschaftlichen Literatur vorgebrachten Bedenken noch verfassungskonform. Der Gesetzgeber wird sich aber damit auseinandersetzen haben, dass sich das Regelwerk der WHO im Jahr 2010 geändert hat, und prüfen müssen, ob das Konzept, das allein auf den Schweregrad der Sehbehinderung abstellt und nicht (auch) auf die mit einer Sehhilfe erreichbare Verbesserung des Sehvermögens, soweit dieses so weit eingeschränkt ist, dass die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ohne Sehhilfe nicht möglich ist, noch dem heutigen Verständnis eines unmittelbaren Behinderungsausgleichs entspricht. Dabei sollte der Gesetzgeber auch die grundsicherungsrechtlichen Vorschriften in den Blick nehmen und klären, ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen etwa bei Personen, die von allen Zuzahlungen nach § 62 SGB V befreit sind, die Krankenkassen sich an der Versorgung mit Sehhilfen zumindest zu beteiligen haben.

1. Exoskelett zum unmittelbaren Behinderungsausgleich

SG Speyer, Urteil v. 20.05.2016 - S 19 KR 350/15

RID 16-04-133

juris

SGB V § 33; SGB IX §§ 26 II Nr. 6, 31 I Nr. 3

Leitsatz: 1. Das Hilfsmittel **Exoskelett** dient vorliegend der Wiederherstellung der **Gehfähigkeit** und damit dem unmittelbaren Behinderungsausgleich. Ein unmittelbarer Funktionsausgleich liegt vor, wenn das Hilfsmittel die ausgefallene oder beeinträchtigte Körperfunktion ausgleicht, indem es die Ausübung der Körperfunktion selbst ermöglicht, ersetzt oder zumindest erleichtert (vgl. BSG, Urteil vom 17.12.2009 - B 3 KR 20/08 R - BSGE 105, 170 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 2, Rn. 15).

2. Die Versorgung mit einem fortschrittlichen, technisch weiterentwickelten Hilfsmittel kann nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der **bisher erreichte Versorgungsstandard** sei ausreichend, solange ein Ausgleich der Behinderung nicht vollständig im Sinne des Gleichziehens mit einem nicht behinderten Menschen erreicht ist (vgl. BSG, Urteil vom 06.06.2002 - B 3 KR 68/01 R - SozR 3-2500 § 33 Nr. 44; BSG, Urteil vom 25.06.2009 - B 3 KR 10/08 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 23; BSG, Urteil vom 17.12.2009 - B 3 KR 20/08 R - BSGE 105, 170 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 2).

3. Der Leistungsanspruch hinsichtlich eines fortschrittlicheren Hilfsmittels wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass ein vollständiges **Gleichziehen mit einem gesunden Versicherten** auch damit nicht erreicht werden kann.

4. Ein Gleichziehen mit Nichtbehinderten ist nur das **Ziel** des anzustrebenden, möglichst vollständigen funktionellen Ausgleichs, nicht aber die Voraussetzung für die Versorgung.

2. Fremdkraftbetriebener Beintrainer: Vorhaltung in Einrichtung für behinderte Menschen

SG Augsburg, Urteil v. 27.01.2015 - S 6 KR 177/14

RID 16-04-134

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 5 KR 121/15 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Eine **vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen** i.S.d. § 43a SGB XI, dessen Wohnangebot sich auch auf Menschen, die auf eine besonders intensive Zuwendung und Hilfe angewiesen sind, richtet, ist zur Vorhaltung des **fremdkraftbetriebenen Beintrainers** verpflichtet, weshalb kein Anspruch auf Versorgung gegenüber der Krankenkasse besteht.

Das **SG** wies die Klage ab.

3. Transportabler Sauerstoff-Konzentrator (EverGo)

SG Stade, Gerichtsbescheid v. 18.07.2016 - S 29 KR 99/15

RID 16-04-135

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33

Eine Ausstattung mit einem ganztägig bzw. mehrtägig **transportablen Sauerstoff-Konzentrator (EverGo)** bei **vorhandener Versorgung mit dem Flüssigsauerstoffsystem „Liberator“** überschreitet das Maß der sicherzustellenden Ausstattung mit Hilfsmitteln. Die Zielrichtung des Sauerstoff-Konzentrators EverGo statt des Liberators liegt weniger in der Verbesserung der Atemfunktion als in der - zweifelsohne nur mittelbar bewirkten - **Erweiterung der Mobilität**. Auf der Grundlage eines (nur) mittelbaren Behinderungsausgleichs ist eine Zuordnung zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens zu verneinen. Die Mobilität über ein **Kontingent von sechs Stunden pro Tag** hinaus, also jenseits des mit dem Liberator schon sichergestellten Kontingents, ist als Fall für eine aus privaten Mitteln zu tragende Erweiterung der Mobilitätsbedürfnisse oder aber - hier nicht näher zu prüfen - als denkbaren Fall einer beruflichen oder sonstigen sozialen Rehabilitation anzusehen.

Das *SG* wies die Klage ab.

4. Hörgeräteversorgung: Bedeutung des Freiburger Sprachtests

SG Hamburg, Urteil v. 17.05.2016 - S 8 KR 1568/15

RID 16-04-136

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I

Die Versorgung mit einem eigenanteilsfreien Gerät reicht nicht schon deshalb aus, weil mit einigen dieser Geräte wie mit dem ausgewählten Gerät **90 % Hörverständnis im Freiburger Sprachtest** ohne Störschall erreicht wird. Der Kammer ist aus anderen Verfahren bekannt, dass der Freiburger Sprachtest nur zu einer ersten Orientierung dient. Er ist von den Bedingungen her dem Alltag so fern, dass anhand dieses Testes nur Geräte ausgesucht werden können, die überhaupt für eine weitergehende Testung in Betracht kommen. Das Gleiche gilt für den **Freiburger Sprachtest mit Störschall**. Zeigen sich im Rahmen des zweiten Anpassungsvorganges bei den unterschiedlichen Geräten auch schon Abweichungen von bis zu 10 %, so ist dieser Unterschied beachtenswert.

Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kl. beidseitig mit dem Hörgerät S. zu versorgen.

5. Mehrkosten durch die Entsorgung von Inkontinenzmaterialien

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 19.10.2016 - L 5 KR 71/16

RID 16-04-137

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33

Auf die Erstattung von **Mehrkosten**, die durch die **Entsorgung von Inkontinenzmaterialien** entstehen, besteht kein Anspruch. Ein Anspruch ist weder im Katalog des § 27 SGB V noch in den nachfolgenden Vorschriften enthalten. Allein das Bestehen eines Zusammenhangs mit einer Krankheit oder einer von der Krankenkasse zu übernehmenden Gesundheitsmaßnahme begründet keinen Anspruch auf Kostenübernahme.

SG Schleswig, Urt. v. 12.05.2016 - S 26 KR 10/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe/Fahrkosten

Nach BSG, Urt. v. 08.03.2016 - *B I KR 19/15 R* - SozR 4-3250 § 17 Nr. 4 sind **Erben einer Versicherten** nicht **klagebefugt** für die Klage, ihnen das **Persönliche Budget** der Versicherten für einen zurückliegenden Zeitraum zu gewähren und hilfsweise hierüber erneut zu entscheiden, weil die Klage auf einen nicht vererbaren Anspruch gerichtet ist, nämlich auf eine Geldleistung, die nicht fällig ist. Für die hilfsweise erhobenen Fortsetzungsfeststellungsklagen fehlt ein berechtigtes Feststellungsinteresse.

1. Rehabilitationsleistungen: Stufensystem

LSG Thüringen, Urteil v. 24.05.2016 - L 6 KR 197/14

RID 16-04-138

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 40 II

Das Gesetz gibt für die Gewährung von **Rehabilitationsleistungen** ein **Stufensystem** vor und schafft in § 40 SGB V im Zusammenhang mit dem Begriff der **Erforderlichkeit** einen **Vor- bzw. Nachrang** der einzelnen Leistungen. Dazu gehört die ambulante Krankenbehandlung, die vorrangig gegenüber einer ambulanten einschließlich teilstationären Rehabilitationsleistung nach § 40 I SGB V und damit auch der dieser wiederum nachrangigen vollstationären Rehabilitationsbehandlung nach § 40 II SGB V ist. Letzteres orientiert sich an dem im Gesetz zum Ausdruck kommenden Prinzip „ambulante vor stationär“. Dabei bedingt die Konzeption eines abgestuften Leistungsangebots keine starre oder gar routinemäßige Ausschöpfung des gesetzlichen Leistungsspektrums der jeweils vorrangigen Stufe. Die Erforderlichkeit einer konkreten Rehabilitationsleistung, insb. auch ihr Vorzug gegenüber einer der Art nach vor- oder nachrangigen, ergibt sich aus dem individuellen Rehabilitationsbedarf und dem spezifischen Leistungsangebot und -zweck unter Berücksichtigung angemessener Wünsche des Versicherten.

SG Nordhausen, Urt. v. 20.11.2013 - S 19 KR 1720/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Häusliche Krankenpflege

a) Abgrenzung Grundpflege: Gilchristverband/Blasenstimulation unter Einsatz eines Brindley-Stimulators

SG Halle, Beschluss v. 15.09.2016 - S 35 KR 441/15 ER

RID 16-04-139

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 37, 92; SGG § 86b II

Der Gesetzgeber hat für alle verrichtungsbezogenen Maßnahmen der Behandlungssicherungspflege eine **Doppelzuständigkeit von Krankenkassen und Pflegekassen** geschaffen.

Das **An- und Ablegen des Gilchristverbandes** ist eine krankheitsspezifische verrichtungsbezogene Pflegemaßnahme, die im Rahmen der Behandlungssicherungspflege von den Krankenkassen zu leisten ist.

Die Durchführung der **Blasenstimulation unter Einsatz des Brindley-Stimulators** ist eine krankheitsspezifische verrichtungsbezogene Pflegemaßnahme, die im Rahmen der Behandlungssicherungspflege von der Krankenkasse zu leisten ist. Das Erfordernis dieses medizinischen Sachverständigen dürfte das maßgebliche Abgrenzungskriterium sein, das die Grundpflege von der Behandlungssicherungspflege unterscheidet.

Das *SG* verpflichtete die Ag., der Ast. mit Wirkung vom 14.09.2016 an für einen Zeitraum von einem Jahr vorläufig Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form von Blasenstimulationen von derzeit 5 mal täglich zu gewähren.

b) Allgemeine Krankenbeobachtung während des Schulbesuchs bei Gefahr eines Erstickungstodes

SG Chemnitz, Beschluss v. 31.08.2016 - S 10 KR 237/16 ER

RID 16-04-140

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 37 II 1; SGG § 86b II

Leidet eine Versicherte unter epileptischen Anfällen, die mit der **Gefahr eines Erstickungstodes** verbunden sind, und sind in der Vergangenheit Atemnotstände eingetreten, dann ist während des **Schulbesuchs** eine ständige allgemeine **Krankenbeobachtung** erforderlich, verbunden mit der Durchführung der nach Lage der Dinge jeweils gebotenen konkreten Maßnahmen.

Das *SG* verpflichtete die Ag., der Ast. vom 01.09.2016 bis 31.10.2016 vorläufig häusliche Krankenpflege als Behandlungspflege in Form der Krankenbeobachtung und Durchführung der nach Lage der Dinge jeweils gebotenen konkreten Maßnahmen zu gewähren, und zwar für die Tage von Montag bis Donnerstag im Zeitraum von 7.30 Uhr bis 18.00 Uhr, am Freitag im Zeitraum von 7.30 Uhr bis 14.00 Uhr.

c) Vorläufiger Rechtsschutz: Behandlungssicherungspflege für tägliche Sitzwache

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 08.06.2015 - L 11 KR 202/15 B ER

RID 16-04-141

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 37 II, 92; SGG § 86b II

Eine vorläufige Regelung kann sich allenfalls auf die **Dauer des Hauptsacheverfahrens** richten.

Eine **Kostenübernahme für die Vergangenheit** ist dem einstweiligen Rechtsschutzverfahren fremd. Stattgebende Entscheidungen im vorläufigen Verfahren sind grundsätzlich erst vom Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung an möglich, weil nur solche Gefahren für Rechte und Ansprüche des Betroffenen noch gegenwärtig und damit durch den gerichtlichen Eilrechtsschutz abwendbar sind, die zu diesem und nach diesem Zeitpunkt noch bestehen. Für den Sachleistungsanspruch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich dies auch daraus, dass der Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung die materiell-rechtliche Grenze zwischen Sachleistungsanspruch (nur für Zeiträume ab der gerichtlichen Entscheidung möglich) und Kostenerstattungsanspruch (vergangene Zeiträume) bildet (z.B. LSG Sachsen, Beschl. v. 13.11.2014 - L 1 KR 260/14 B ER - RID 15-01-114; LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 19.01.2011 - L 9 KR 283/10 B ER - RID 11-02-174).

Die **HKP-Richtlinie** stellt **keinen abschließenden Leistungskatalog** über die zu erbringenden Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege dar (hierzu auch BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 35/04 R - BSGE 94, 205 = SozR 4-2500 § 37 Nr. 4; LSG Sachsen, Beschl. v. 13.11.2014 - L 1 KR 260/14 B ER - RID 15-01-114).

SG Dortmund, Beschl. v. 10.03.2015 - S 49 KN 81/15 KR ER - lehnte den Antrag ab, das *LSG* verpflichtete die Ag., eine Sitzwache jeweils von 22.00 Uhr bis 08.00 Uhr zur Überwachung der Maskenbeatmung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens, längstens bis zum 31.12.2015, zur Verfügung zu stellen, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

3. Haushaltshilfe

a) Vorläufige Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 11.10.2016 - L 11 KR 259/16 B ER

RID 16-04-142

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 24h, 38

Ist eine Versicherte körperlich nicht im Stande, den Haushalt für sich und ihre fünf Kinder zu führen, so würde die **Ablehnung des Eilantrags** die Hauptsache zu ihren Lasten zumindest für den überwiegenden Zeitraum vorwegnehmen. Demgegenüber besteht das **Interesse der Krankenkasse** an der Nichtleistung der strittigen Haushaltshilfeleistungen im Rahmen des vorliegenden Eilverfahrens hauptsächlich darin, im Falle des Obsiegens im Hauptsacheverfahren zu Unrecht erbrachte Leistungen erstattet zu erhalten.

Unter Abänderung von *SG Aachen*, Beschl. v. 14.03.2016 - S 15 KR 9/16 ER - verpflichtete das *LSG* die Ag., die Kosten für eine Haushaltshilfe im Umfang von fünf Stunden täglich mit Ausnahme der Wochenenden und gesetzlichen Feiertage in der Zeit vom 11.10.2016 bis zum 31.01.2017, längstens jedoch bis zur Entscheidung in der Hauptsache (*SG Aachen* - S 15 KR 361/15 -) bis zu einem Stundensatz von 15 € zu übernehmen. Im Übrigen lehnte es den Antrag auf Erlass einer Regelungsanordnung ab.

b) Keine Unmöglichkeit der Weiterführung des Haushalts

LSG Bayern, Beschluss v. 26.09.2016 - L 5 KR 466/16 B ER

RID 16-04-143

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 12, 38; SGG § 86b II

Ein **Rechtshänder**, der eine Verletzung der linken Hand erlitten hat und in der Vergangenheit krankheitsbedingt keiner Haushaltshilfe bedurfte, hat keinen Anspruch auf eine Haushaltshilfe. § 38 SGB V sieht **Haushaltshilfe** nur im Falle der **Unmöglichkeit der Weiterführung des Haushalts** vor.

Der Ast. begehrt im einstweiligen Rechtsschutz die Versorgung mit Haushaltshilfe. *SG Würzburg*, Beschl. v. 02.09.2016 - S 17 KR 440/16 ER - wies den Antrag ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 25.10.2016 - B 1 KR 2216 R, B 1 KR 16/16 R, B 1 KR 18/16 R u. B 1 KR 19/16 R - ist der Anwendungsbereich des § 275 I c 3 SGB V eng auszulegen. Diese gegen missbräuchliche Prüfbehörden gerichtete Norm erfasst nach allen Auslegungsmethoden nur **Prüfbehörden**, die mit Hilfe des MDK die **Wirtschaftlichkeit der Behandlung** kontrollieren sollen. Die **Gesetzesänderung** zum 01.01.2016 hat keine Rückwirkung. Vorliegend betroffen ist die eigenständige Prüfung der **sachlich-rechnerischen Richtigkeit**. Sie kontrolliert, dass das Krankenhaus seine Informations- und Abrechnungspflichten durch zutreffende tatsächliche Angaben und rechtmäßige Abrechnung erfüllt. Das Prüfungsrecht entspricht seit jeher den allgemeinen Grundsätzen der Rechnungsprüfung des Bürgerlichen Rechts. Diese gelten entsprechend für Abrechnungen der Krankenhäuser. Ihnen kommt seit Einführung der zwingenden Abrechnung von Fallpauschalen besondere Bedeutung zu. Die hierauf abgestimmte Pflicht der Krankenhäuser, die Krankenkassen über die Abrechnungsgrundlagen zu informieren, zielt gerade auf das **eigenständige Prüfregime der sachlich-rechnerischen Richtigkeit**. Das Gesetz begünstigt jedenfalls bis zum Ablauf des 31.12.2015 keine in tatsächlicher Hinsicht möglicherweise unzutreffenden, irreführenden, vermögensschädigenden oder gar strafrechtlich relevanten Abrechnungen, indem es hierbei unzutreffende Angaben durch ein zeitliches Prüfenster von sechs Wochen und anschließende Verwertungsverbote vor Entdeckung schützt. Nach BSG, Urt. v. 25.10.2016 - **B 1 KR 7/16 R** - ist eine im Zusammenhang mit der Sammelüberweisung erklärte **Aufrechnung** hinreichend **bestimmt**. Wird bei einer Mehrheit von Forderungen die Aufrechnung ohne eine Bestimmung erklärt, welche Forderungen gegeneinander aufgerechnet werden sollen, ist die nach § 366 II BGB vorgesehene **Tilgungsreihenfolge** maßgebend. Dies gilt auch dann, wenn sowohl der Gläubiger als auch der Schuldner mehrere Forderungen geltend machen. Nach BSG, Urt. v. 25.10.2016 - **B 1 KR 9/16 R** - ist eine **Aufrechnung** gesetzlich **nicht ausgeschlossen**. Eine Pflegesatzvereinbarung kann mangels Ermächtigungsgrundlage eine solche Regelung nicht wirksam treffen. Die Aufrechnung scheidet auch nicht an der **Fälligkeit** des Erstattungsanspruchs, wie das LSG meint. Dessen Auslegung erfolgt ohne erkennbaren Anknüpfungspunkt objektiv willkürlich und widerspricht dem gesetzlichen Regelungsgehalt der Fälligkeit (§ 271 BGB). Zudem fehlt es an einer Ermächtigungsgrundlage, Fälligkeitsregelungen für Erstattungsforderungen in einer Pflegesatzvereinbarung zu vereinbaren. Im Übrigen war die Aufrechnungserklärung hinreichend bestimmt. Nach BSG, Urt. v. 25.10.2016 - **B 1 KR 6/16 R** - verletzt die Ableitung eines unbedingten, fälligen Zahlungsanspruchs eigener Art aus der Pflegesatzvereinbarung Bundesrecht. Weder kann eine **Pflegesatzvereinbarung** wirksam eine **Anspruchsgrundlage** für die Vergütung nicht erforderlicher Krankenhausbehandlung GKV-Versicherter begründen noch formulierte § 15 PSV eine solche. Die entgegenstehende Auslegung des LSG ist objektiv willkürlich und erklärt sich mit der Absicht, bundesrechtliche Vorgaben nach der ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung auszuhebeln. Danach bestimmt sich die **Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung** allein nach objektiven medizinischen Erfordernissen. Sie unterliegt keinem Einschätzungsvorrang des verantwortlichen Krankenhausarztes. Nach BSG, Urt. v. 05.07.2016 - **B 1 KR 40/15 R** - haben Krankenhäuser schon nach der bisherigen Senatsrspr. grundsätzlich nach Erteilung einer Schlussrechnung ohne rechtsbedeutsamen Vorbehalt bis zum Ablauf des ganzen nachfolgenden Haushalts- und damit Kalenderjahres Zeit für Korrekturen. Nach BSG, Urt. v. 31.05.2016 - **B 1 KR 39/15 R** - SozR 4-2500 § 115b Nr. 7 hat ein Krankenhaus keinen Anspruch auf Vergütung präoperativer Laborleistungen (Nr. 32083, 32541, 32545 und 32560 EBM) und der gynäkologischen Grundpauschale (Nr. 08211 EBM). Die Kl. bezog die präoperativen Laborleistungen nicht in die Zulassungsmittelteilung über die von ihr durchzuführenden ambulanten Operationen und stationärsertsenden Eingriffe ein. Sie waren auch nicht als fachgebietsangehöriger Annex einbezogen. Die **im AOP-Vertrag geforderte Angehörigkeit zum Fachgebiet bestimmt sich dynamisch nach der zur Zeit der Leistungserbringung aktuell geltenden Weiterbildungsordnung**. Danach waren die **Laborleistungen 2009 fachgebietsfremd**. Entsprechend den bindenden Vorgaben des Senats setzt der Anspruch auf Vergütung der Grundpauschale voraus, dass neben den von der Konsultationspauschale (Nr. 01436 EBM) erfassten Kontakten mindestens ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt erfolgte, an dem es hier fehlte. Nach BSG, Urt. v. 19.04.2016 - **B 1 KR 33/15 R** - SozR 4-2500 § 109 Nr. 57 kann eine Krankenkasse dem Krankenhaus nicht eine mit dem überpositiven Rechtsgedanken der „Waffengleichheit“ vermeintlich spiegelbildlich zu § 275 I c SGB V entwickelte Eingrenzung von Nachforderungen für Krankenhausvergütung entgegenhalten. Der Senat hält an den hierzu früher vom 3. Senat des BSG aufgestellten Voraussetzungen nicht fest. Eine zulässige Nachforderung muss nicht etwa mehr als 5 v.H. der Rechnungssumme betragen. Nach BSG, Urt. v. 19.04.2016 - **B 1 KR 21/15 R** - SozR 4-2500 § 109 Nr. 54 ist ein **teilstationärer Behandlungstag** nicht zu vergüten, wenn eine geplante Chemotherapie mit MRT-Kontrolle wegen Durchfall und Hand-Fuß-Syndrom **unterbleibt**. Nach BSG, Urt. v. 19.04.2016 - **B 1 KR 28/15 R** - SozR 4-2500 § 137 Nr. 7 ist die Leistung nur nach Maßgabe der in der **Qualitätssicherungs-Richtlinie** zum Bauchaortenaneurysma wirksam festgelegten Qualitätssicherungsanforderungen zu erbringen. Hierzu gehört, dass die Stationsleitung der Intensivstation den erforderlichen **Leitungslehrgang** absolviert hat. Die an den Leitungslehrgang zu stellenden Anforderungen sind an den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Weiterbildung von Krankenpflegepersonen für die pflegerische Leitung eines Bereiches im Krankenhaus und anderen pflegerischen Versorgungsbereichen zu messen. Der vom Stationsleiter absolvierte „modulare Führungskurs“ genügt diesen Anforderungen nicht. Nach BSG, Urt. v. 19.04.2016 - **B 1 KR 34/15 R** - SozR 4-5562 § 2 Nr. 1 dürfen Krankenhäuser nur Leistungen kodieren, die sie auch nach höherrangigem Gesetzesrecht abrechnen dürfen; eine **Dialyse**, die das Krankenhaus **ohne eigene Dialyseeinrichtung** während der stationären Behandlung durchführt, ist nur dann als allgemeine Krankenhausleistung abrechnungsfähig, wenn ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung besteht (§ 2 II 3 KHEntgG). Dies setzt voraus, dass die Dialysebehandlung selbst aus allein medizinischen Gründen der besonderen Mittel des Krankenhauses bedarf. Es genügt nicht, dass der Patient sich aus anderen medizinischen Gründen stationär im Krankenhaus befindet. Nach BSG, Urt. v. 19.04.2016 - **B 1 KR 23/15 R** - SozR 4-2500 § 115b Nr. 6 kann ein Krankenhaus eine **Portimplantation** wirtschaftlicher als nachstationäre Behandlung erbringen. Eine gesonderte Vergütung einer solchen nachstationären Behandlung wäre nicht zulässig gewesen, da sie schon durch die Fallpauschale für die vorangegangene stationäre Behandlung bezahlt war. Die Portimplantation diene zur folgenden **Chemotherapie** der Sicherung des Behandlungserfolgs der operativen Entfernung des Zökumkarzinoms.

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Stationäre psychiatrische Behandlung trotz täglicher Tagesbeurlaubungen

SG Hamburg, Urteil v. 04.07.2016 - S 2 KR 59/13

RID 16-04-144

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 39 I

Entscheidend für die Dauer einer **stationären Behandlung einer psychischen Erkrankung** ist, ab wann konkret erkennbar ist, dass eine entsprechende **Stabilisierung** eintreten wird. Eine Versicherte muss auf die **bevorstehende Entlassung** nach monatelanger stationärer Behandlung vorbereitet werden und diese Phase kann nicht kurzfristig durchgeführt werden.

Nahezu tägliche **Tagesbeurlaubungen** ab 8.00 Uhr, 10.00 Uhr, 12.00 oder 15.00 Uhr bis 20.30 bzw. 23.00 Uhr bedeuten nicht zwingend, dass von keiner **stationären Behandlung** mehr ausgegangen werden kann, wenn die Versicherte grundsätzlich werktags im Tagesverlauf eine therapeutische Behandlung erhält und zusätzlich in der Klinik übernachtet und auch in den Morgenstunden bis zum Beginn der Therapien bzw. bis zur Gewährung von therapeutischen Expositionen in das soziale Außenfeld samstags, sonn- und feiertags in der Klinik ärztlich/pflegerisch betreut wird.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.757,74 € nebst Zinsen zu bezahlen, und wies die Widerklage ab.

b) Herzchirurgischer Versorgungsauftrag für Mitra-Clip-Implantation nicht erforderlich

SG Detmold, Urteil v. 09.09.2016 - S 24 KR 245/14

RID 16-04-145

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 3, 27, 39 I, 108, 109

Die **Mitra-Clip-Implantation** entspricht dem **Qualitätsgebot** des § 2 I 3 SGB V. Der GBA geht in den tragenden Gründen zu seinem Beschluss vom 22.01.2015 zur minimal-invasiven Herzklappenintervention selbst davon aus, dass minimalinvasive, Katheter-gestützte Verfahren bei bestimmten Patientengruppen Alternativen zu einer rein medikamentösen Behandlung oder zu einer konventionellen offenen Herzoperation darstellen.

Ein **herzchirurgischer Versorgungsauftrag** ist für die Mitra-Clip-Implantation nicht erforderlich. Denn der Eingriff wird von Kardiologen durchgeführt, nicht von Herzchirurgen. Die Indikation soll zwar in einem „Herz“-Team, bestehend aus Kardiologen und Herzchirurgen, erfolgen. Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass ein herzchirurgischer Versorgungsauftrag vorliegen muss.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 33.184,46 € zu zahlen.

c) Eindeutigkeit der Aufrechnungserklärung

SG Landshut, Urteil v. 26.11.2015 - S 1 KR 140/14

RID 16-04-146

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 109 IV 3; KHEntgG §§ 7 S. 1, 9 I 1 Nr. 1; BGB §§ 387, 388

Da die beiderseitigen Forderungen nur insoweit erlöschen, als sie sich decken, müssen Art und Umfang der **Aufrechnungserklärung** eindeutig bezeichnet sein. Dazu gehören insbesondere Angaben über die Höhe, den Rechtsgrund, Bezugszeiten, Fälligkeit der Forderung sowie die Darlegung, ob die Forderung bestands- bzw. rechtskräftig festgestellt ist (BSG, Urt. v. 24.07.2003 - B 4 RA 60/02 R - SozR 4-1200 § 52 Nr. 1). Diesen Anforderungen genügt ein Schreiben nicht, in dem lediglich eine Summe mitgeteilt wird, die die vermeintlichen Ansprüche der Krankenkasse aus angeblich unrechtmäßig verordneten Hilfsmitteln im Jahr 2009 beziffert. Eine nach Ablauf der Verjährungsfrist nachgereichte Begründung vermag die ursprünglichen Mängel der Aufrechnungserklärung nicht mehr zu heilen.

Voraussetzung des einseitigen Gestaltungsrechts der **Aufrechnung**, mit dem die wechselseitige Tilgung zweier Forderungen bewirkt wird, ist gem. § 387 BGB, dass sich zum Zeitpunkt der wirksamen Aufrechnungserklärung gegenseitige, gleichartige und fällige bzw. erfüllbare Forderungen gegenüberstehen. Die zur Aufrechnung gestellte Gegenforderung muss dabei uneingeschränkt wirksam und fällig sein, die Hauptforderung muss jedoch lediglich erfüllbar sein (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 14.07.2012 - L 5 KR 461/13 - RID 15-03-138 m.w.N.).

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.987,29 € nebst Zinsen zu bezahlen.

d) Nachträgliche beidseitige Änderung der Tilgungsbestimmung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 08.07.2016 - L 4 KR 4669/15

RID 16-04-147

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 109 IV 3; KHEntgG §§ 7 S. 1 Nr. 1

Leitsatz: Begleitet eine **Krankenkasse** zunächst eine Rechnung über eine stationäre Behandlung A, beanstandet später diese Rechnung und erklärt die „**Verrechnung**“ mit Ansprüchen des Krankenhauses aufgrund anderer Behandlungsfälle, und macht das Krankenhaus dann gerichtlich den Vergütungsanspruch wegen der stationären Behandlung A geltend, liegt **keine Aufrechnung** der Krankenkasse, sondern eine **nachträgliche beidseitige Änderung der Tilgungsbestimmung** der ursprünglichen Zahlung vor.

SG Ulm, Gerichtsbb. v. 28.09.2015 -S 10 KR 1521/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

e) Zahlung der Vergütung durch eine unzuständige Krankenkasse: Erfüllungsfiktion (§ 107 SGB X)

LSG Hamburg, Urteil v. 31.03.2016 - L 1 KR 18/14

RID 16-04-148

Revision anhängig: B 1 KR 15/16 R

juris

SGB V §§ 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1; SGB X §§ 102, 105, 107, 111

Die **Erfüllungsfiktion** des § 107 SGB X gilt auch in Krankenhausbehandlungsfällen für das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse nach **Zahlung der Vergütung durch eine unzuständige Krankenkasse**.

SG Hamburg, Urte. v. 29.11.2013 - S 33 KR 1504/08 - verurteilte die beigel. Krankenkasse zur Zahlung von 6.804,17 € nebst Prozesszinsen und wies die Klage des Krankenhausträgers im Übrigen ab. Das *LSG* wies die Berufung der Beigel. zurück.

f) Vergütungsanspruch setzt Versicherung bei Krankenkasse voraus

SG Aachen, Urteil v. 30.08.2016 - S 13 KR 393/15

RID 16-04-149

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 5, 39 I, 109 IV, 112 II Nr. 1 u. 2

Ein **Vergütungsanspruch** gegen eine Krankenkasse kann nur insoweit bestehen, als die Patientin im Behandlungszeitraum bei der **Krankenkasse** auch tatsächlich **versichert** war.

Das *SG* verurteilt die beigel. Krankenkasse, der kl. Krankenhausträgerin 9.009,99 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen - soweit sie sich gegen die bekl. Krankenkasse richtet - die Klage ab.

g) Rechtzeitige Übermittlung von Unterlagen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit

SG Köln, Urteil v. 04.05.2016 - S 23 KN 108/15 KR

RID 16-04-150

juris

SGB V §§ 39, 109 IV, 275 Ic; KHG § 17c

Für eine rechtzeitige **Übermittlung von Unterlagen** zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistung kommt es auf den **Zugang** bei dem MDK an. Nach Ablauf der Frist in der Prüfvereinbarung hat das Krankenhaus nach der hier maßgeblichen Prüfvereinbarung nur noch einen Anspruch auf den **unstrittigen Rechnungsbetrag**. Eine solche Regelung ist von der Ermächtigungsgrundlage nach § 17c II KHG umfasst.

Streitig ist die Zahlung von Behandlungskosten in Höhe von 403.590,33 €. Das *SG* wies die Klage ab.

2. Fallpauschalen

a) Maskenbeatmung: Zeiten zwischen den Beatmungen sind hinzuzurechnen

SG Potsdam, Urteil v. 06.07.2016 - S 35 KR 338/14

RID 16-04-151

juris

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

Bei einer **Maskenbeatmung** handelt es sich um eine Beatmung im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien. Um welche spezielle Form der Maskenbeatmung es sich hierbei handeln muss, ist in den Kodierrichtlinien 2010 nicht geregelt. Für die Anwendung der DRG-Fallpauschale (hier: DRG A13F <Beatmung >95 und < 250 Stunden ohne Komplex oder bestimmte UR-Prozedur>) erforderliche Stundenzahl sind gemäß der Kodierrichtlinien die **Zeiten zwischen den Beatmungen** hinzuzurechnen. Denn die Stunden zwischen den Zeiten der Beatmung mittels Maske sind als **Entwöhnung** im Sinne der Kodierrichtlinien 2010 zu bewerten (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 05.12.2013 - L 1 KR 300/11 - RID 14-01-126). Die Annahme einer Gewöhnung erst ab 24 Stunden Beatmung ist keine Voraussetzung für die Entwöhnung.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.795,62 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Krankheitsverlauf für Erforderlichkeit unerheblich (Blutstammzelltransplantation/DRG A04C)

SG Duisburg, Urteil v. 10.06.2016 - S 9 KR 789/11

RID 16-04-152

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Für die **Erforderlichkeit** einer stationären Krankenhausbehandlung ist nicht auf die nachträgliche Bewertung des Krankheitsverlaufs abzustellen, sondern auf den Krankheitszustand, wie er sich („ex ante“) bei Erstanamnese im Krankenhaus ergibt. Eine Behandlung muss fortgesetzt werden, wenn einmal mit der Vorbehandlung zur Transplantation - der sog. Konditionierung - begonnen wurde.

Bei einer **Erfolgswahrscheinlichkeit eines kurativen Ansatzes** von 10-15 % bei einer lebensbedrohlichen und regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung besteht ein Anspruch des Versicherten auf entsprechende Behandlung und folgerichtig, da der Vergütungsanspruch dem Sachleistungsanspruch folgt, ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses. Der Versicherte muss sich nicht auf eine rein palliativ-medizinische Behandlung verweisen lassen.

Mit der **allogenen Blutstammzelltransplantation** bestand hier eine „auf Indizien gestützte“, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine „spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf“.

Das SG wies die Klage der Krankenkasse ab.

c) Risikoverteilung bei Wiederaufnahme wegen Komplikationen

LSG Hamburg, Urteil v. 26.06.2016 - L 1 KR 116/13

RID 16-04-153

Revision anhängig: B 1 KR 17/16 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b I 3; KHEntgG §§ 7 S. 1 Nr. 1, 8 V 2, 9 I 1 Nr. 1

Das **Krankenhaus** trägt das **Risiko** von innerhalb der oberen Grenzverweildauer auftretenden Komplikationen, soweit diese nicht auf das Verhalten des Versicherten oder Dritter zurückzuführen sind (BSG, Urt. v. 01.07.2014 - B 1 KR 29/13 R - BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 § 301 Nr. 4).

Kann die Ursache der zur **Wiederaufnahme** führenden Wunddehiszenz nicht mit hinreichender Sicherheit festgestellt werden, so steht nicht fest, dass die frühzeitige Entlassung des Versicherten gegen ärztlichen Rat **ursächlich** für die Entstehung der Komplikation ist. Das Risiko der Nichterweislichkeit der Ursache für die zur Wiederaufnahme führende Wundheilungsstörung trägt das Krankenhaus (vgl. BSG, a.a.O.). Eine **Umkehr der Beweislast** kommt nicht in Betracht.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 05.07.2013 - S 6 KR 149/12 - verurteilte die Bekl. gem. ihrem Teilanerkenntnis, an den Kläger 692,59 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies die Klage im Übrigen ab. Das **LSG** wies die Berufung d. Kl. zurück.

d) Adhäsioolyse des Darms (1102a DKR 2012)

SG Hamburg, Urteil v. 15.07.2016 - S 33 KR 1007/13

RID 16-04-154

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

1102a DKR 2012 erfasst eindeutig eine **Begleitprozedur** und knüpft hieran die zusätzliche Voraussetzung eines relevanten Aufwands, indem der Tatbestand, dass Adhäsionen im Verlauf einer anderen Bauchoperation gelöst werden mit einem „im Einzelfall relevanten Aufwand“, in Zusammenhang gebracht wird. Damit wird die grundsätzlich gebotene monokausale Kodierung insoweit modifiziert, als lediglich ein Mehraufwand zur Kodierung einer Begleitprozedur erforderlich ist.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 992,33 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Erforderlichkeit nachstationärer Versorgung und Möglichkeit ambulanter Strahlentherapie

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 13.09.2016 - L 4 KR 2220/15

RID 16-04-155

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: Zur fehlenden **Erforderlichkeit nachstationärer Leistungen**, wenn die selben Leistungen (hier strahlentherapeutische Leistungen) durch ein von dem Träger des Krankenhauses getragenes medizinisches Versorgungszentrum, in dem Ärzte des Krankenhauses angestellt sind, ausgeführt werden können.

SG Karlsruhe, Urt. v. 20.04.2015 - S 5 KR 4301/14 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 19.227,88 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Klage ab.

f) Hämatom: Symptom einer Einblutung bei Einnahme eines Gerinnungshemmers (Clexane)

SG Mainz, Urteil v. 01.03.2016 - S 14 KR 536/12

RID 16-04-156

juris

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

Leitsatz: Abgrenzung zwischen den ICD-10-GM Codes D68.3 und R58 bei einem Hämatom, das Symptom einer Einblutung bei Einnahme eines Gerinnungshemmers (Clexane) ist, Abgrenzung zwischen den OPS 5-850.08 und 5-892.1e bei Ausräumen des Hämatoms.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.282,86 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

g) Behandlung eines Schlaganfallpatienten in einer Stroke Unit auf internistischer Abteilung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 23.02.2016 - L 4 KR 183/13

RID 16-04-157

juris

KHEntgG § 2 II, 8 I 3; SGB V §§ 39 I, 69 S. 4, 76 I 2, 109, 112, 275 Ic

Die Zulassung mit einer **internistischen Abteilung** reicht zur Behandlung von Schlaganfallpatienten und zur Erbringung und Abrechnung der Leistungen nach dem OPS-Code 8.98b.0 aus.

§ 275 Ic 2 SGB V setzt die Einhaltung der Sechs-Wochen-Frist voraus. Für die Annahme einer vom 1. Senat des BSG jüngst in den Vordergrund gerückten sog. **sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung** bleibt daher kein Raum, erst recht nicht zum vorl. maßgeblichen Abrechnungszeitraum im Jahre 2010.

SG Osnabrück, Urt. v. 04.04.2013 - S 13 KR 464/12 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. für die stationäre Behandlung des Versicherten J. 4.203,51 € nebst Zinsen zu zahlen.

3. Vorstationäre Krankenhausbehandlung und „Erstuntersuchung“

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 31.08.2016 - L 5 KR 2479/15

RID 16-04-158

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 109 IV 2 u. 3, 112 II 1 Nr. 1, 115a; KHG § 17b; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1

Leitsatz: Zur Auslegung des landesvertraglichen Begriffs der „Erstuntersuchung“ (im Krankenhaus); hier: § 5 Landesvertrag Baden-Württemberg.

Die landesvertraglich (§ 112 SGB V) bei Ab- oder Weiterverweisung des Patienten wie eine **vorstationäre Krankenhausbehandlung** (§ 115a SGB V) zu **vergütende „Erstuntersuchung“** des Patienten im ab- oder weiterverweisenden Krankenhaus umfasst auch Maßnahmen der **Großgerätediagnostik** und die Patientenbeobachtung bzw. Patientenüberwachung während der Untersuchung (**Untersuchungsbeobachtung**). Die Untersuchungsbeobachtung als Teil der (Erst-)Untersuchung kann im Einzelfall auch auf der Intensivstation des Krankenhauses stattfinden, darf aber nur Beobachtungs- bzw. Überwachungsmaßnahmen der Intensivmedizin (einschließlich zu- und untergeordneter Begleitmaßnahmen), jedoch keine intensivmedizinischen Behandlungsmaßnahmen umfassen; andernfalls liegt keine (Erst-)Untersuchung (im Krankenhaus), sondern eine nach Fallpauschalen zu vergütende Behandlung (im Krankenhaus) vor.

SG Heilbronn, Gerichtsb. v. 11.05.2015 - S 15 KR 1719/13 - wies die Klage der Krankenhausträgerin ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Vergütung von Sachkosten bei ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.06.2016 - L 1 KR 141/14 ZVW

RID 16-04-159

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 89 IV, 115b

In Bezug auf die Festsetzung der Höhe der Vergütung für die bei ambulanten Operationen bzw. stationersetzenden Eingriffen einzusetzenden **Sachmittel** geht der Schiedsspruch von der Annahme aus, dass den Krankenhäusern für die Beschaffung dieser Sachmittel regelmäßig **geringere Kosten als den Vertragsärzten** entstehen. Dies ist nicht zu beanstanden.

Eine umfassende **Sachaufklärung** ist praktisch unmöglich, weil es keinen einheitlichen Preis für alle Krankenhäuser gibt, die durch den AOP-Vertrag zur Vornahme von ambulanten Operationen oder stationersetzenden Eingriffen berechtigt sind. Der Preis des eingesetzten Sach- oder Arzneimittels wird nämlich durch die individuelle Vereinbarung zwischen Krankenhaus und Sachmittellieferant bestimmt.

Die vom Beklagten auf der Grundlage unterschiedlicher Preise für Sach- und Arzneimittel für Krankenhäuser und Vertragsärzte gefundene Regelung der Vergütung verstößt nicht gegen zwingende gesetzliche Vorgaben. Das Vorliegen von **sachlich erheblichen Unterschieden** vermag eine unterschiedliche Ausgestaltung der Vergütung auch dann zu rechtfertigen, wenn grundsätzlich das Gebot gilt, die Vergütung für eine Leistung, die von unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht wird, einheitlich auszugestalten (BSG, Ur. v. 12.12.2012 - B 6 KA 3/12 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 13, juris Rn. 27/28).

Eine **pauschalierende Regelung** zur Kostenerstattung ist auf der Grundlage des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V zulässig.

Die kl. Deutsche Krankenhausgesellschaft focht die vom bekl. erweiterten Bundesschiedsamt im Wege eines Schiedsspruchs festgesetzte Vergütung von Sachkosten bei ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen im Krankenhaus an. *SG Berlin*, Ur. v. 01.09.2010 - S 79 KA 167/05 - wies die Klage ab, *LSG Berlin-Brandenburg*, Ur. v. 27.03.2013 - L 7 KA 87/10 - RID 13-03-72 die Berufung zurück, *BSG*, Ur. v. 04.03.2014 - B 1 KR 16/13 R - BSGE 115, 165 = SozR 4-2500 § 115b Nr. 4 verwies den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurück. Das *LSG* wies die Berufung erneut zurück.

5. Aufwandspauschale

a) Keine Aufwandspauschale bei Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 06.09.2016 - L 1 KR 187/16

RID 16-04-160

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 275 Ic

§ 275 Ic 3 SGB V knüpft an § 275 Ic 1 SGB V an und setzt deshalb voraus, dass eine Prüfung nach § 275 I Nr. 1 SGB V stattgefunden hat. Dies ist nicht der Fall, wenn lediglich die **sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung** überprüft wird. Der Senat folgt für das bis zum 31.12.2015 geltende Recht anders als das SG der Mitte 2014 begründeten und seitdem gefestigten und ständigen Rspr. des für das Krankenhausrecht allein zuständigen 1. Senats des BSG.

SG Detmold, Urte. v. 04.02.2016 - S 24 KR 445/15 - gab der Klage statt und verurteilte zur Zahlung der Aufwandspauschale über 300 €, das LSG wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 06.09.2016 - L 1 KR 459/16

RID 16-04-161

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

b) Keine Rückforderung der Aufwandspauschalen aufgrund BSG-Rspr.

SG Aachen, Urteil v. 13.09.2016 - S 13 KR 418/15

RID 16-04-162

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 275 Ic 3

Die vom 1. Senat des BSG vorgenommene Unterscheidung einer „**Auffälligkeitsprüfung**“ und einer **Prüfung der „sachlich-rechnerischen Richtigkeit“** von Krankenhausabrechnungen findet **im Gesetz keine Stütze**. Für die Prüfung von Krankenhausabrechnungen unter Beteiligung des MDK gelten allein die §§ 275 bis 277 SGB V.

Das SG wies die Klage der kl. Krankenkasse gegen den bekl. Krankenhausträger auf Erstattung von in 23 Krankhausbehandlungsfällen gemäß § 275 Ic 3 SGB V gezahlten Aufwandspauschalen á 300 €, insgesamt 6.900 € ab.

Parallelverfahren:

SG Aachen, Urteil v. 13.09.2016 - S 13 KR 413/15

RID 16-04-163

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SG Aachen, Urteil v. 13.09.2016 - S 13 KR 410/15

RID 16-04-164

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

c) Aufwandspauschale auch für sachlich-rechnerische Überprüfung

SG Marburg, Urteil v. 08.08.2016 - S 6 KR 93/16

RID 16-04-165

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 24/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 275 Ic

Auch eine **sachlich-rechnerische** Überprüfung der Abrechnung unterfällt den Vorgaben des § 275 Ic SGB V.

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

d) Fehlen einer gesetzlichen Grundlage für sachlich-rechnerische Prüfung

SG München, Urteil v. 30.06.2016 - S 15 KR 1363/15

RID 16-04-166

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 5 KR 441/16 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 275 Ic

Für eine **sachlich-rechnerische Prüfung** der Krankenkassen außerhalb des Prüfregimes von § 275 I SGB V fehlt es an einer **gesetzlichen Grundlage**

Das SG verurteilte die Bekl. wird, an die Kl. einen Betrag in Höhe von 300 € nebst Zinsen zu bezahlen.

e) Nachträgliche Verrechnung einer Aufwandspauschale (Nichtzulassungsbeschwerde)

LSG Hessen, Beschluss v. 25.07.2016 - L 8 KR 235/16 NZB

RID 16-04-167

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 275 I c; SGG § 144 II

Der Hinweis auf eine **Vielzahl von Verfahren** mit gleichem oder ähnlichem Streitgegenstand begründet jedoch allein keine grundsätzliche Bedeutung der Rechtsfrage, sondern darüber hinaus ist aufzuzeigen, dass in dem einzelnen Verfahren eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung zu beantworten ist, mag diese Rechtsfrage sich auch in weiteren – parallel oder ähnlich gelagerten Fällen – in gleicher Weise stellen.

Eine klärungsbedürftige Rechtsfrage i.S.v. § 144 II Nr. 1 SGG liegt allenfalls insoweit zugrunde, als das SG die **nachträgliche Verrechnung einer bereits vorbehaltlos gezahlten Aufwandspauschale** aus Rechtsgründen stets für unzulässig hält. Daneben stellt das SG seine Entscheidung aber auf eine weitere – von der Annahme der grundsätzlichen Unzulässigkeit der nachträglichen Verrechnung unabhängige – Erwägung: Das Sozialgericht hält es nicht für erwiesen, dass die Beklagte hier tatsächlich keine Auffälligkeitsprüfung, sondern eine sachlich-rechnerische Prüfung veranlasst hat. Diese die Entscheidung des SG selbständig tragende Begründung wird seitens der Bekl. im Rahmen der Nichtzulassungsbeschwerde nicht angegriffen.

SG Kassel, Urt. v. 18.05.2016 - S 12 KR 136/16 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Beschwerde der Bekl. gegen die Nichtzulassung der Berufung zurück.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 23.06.2016 - **B 3 KR 20/15 R** - geht § 139 VI SGB V als Spezialregelung den allgemeinen Bestimmungen der §§ 45, 48 SGB X vor. Danach sind Eintragungen im **Hilfsmittelverzeichnis** (HMV) grundsätzlich auch nach einer Fortschreibung des HMV ungeachtet der ursprünglichen Verhältnisse mit der aktuellen objektiven Rechtslage in Einklang zu bringen, ohne dass sich der Hersteller bei einer danach erforderlichen **Streichung** seiner Produkte auf Vertrauensschutz berufen könnte. Alle produktbezogenen Unterlagen sind auch im gerichtlichen Verfahren allein vom Hersteller beizubringen. Wird das HMV auf der Basis neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse rechtmäßig fortgeschrieben, hat der Hersteller die Erfüllung der Qualitätsanforderungen und ggf. den medizinischen Nutzen seiner Produkte im Hinblick auf diese Erkenntnisse auch dann zu belegen, wenn seine Produkte bis dahin im HMV aufgeführt waren. Nach BSG, Urt. v. 23.06.2016 - **B 3 KR 26/15 R** - ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 I SGB V bei den **Vergütungsvereinbarungen nach § 132a II SGB V** zu beachten. Eine die Grundlohnsummensteigerung nach § 71 III SGB V überschreitende Vergütungserhöhung kann nur dann vereinbart werden, wenn andernfalls die notwendige Versorgung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht gesichert ist (§ 71 I Halbs. 2 SGB V). Auch bei kollektiv verhandelten Vergütungsvereinbarungen reicht es nicht, nur allgemein auf Tariflohn- oder andere Kostensteigerungen hinzuweisen. Vielmehr muss eine Betriebs- und Kostenstruktur einer repräsentativen Anzahl von Einrichtungen dargelegt und vorhanden sein, die eine solche Erhöhung rechtfertigt. Die Vertragspartner haben der Schiedsperson entsprechende Informationen zur Verfügung zu stellen. Sofern Angaben oder Unterlagen fehlen, die wesentliche Grundlage des Schiedsspruchs sind, muss die Schiedsperson die Beteiligten darauf hinweisen. Nach BSG, Urt. v. 23.06.2016 - **B 3 KR 25/15 R** - muss, da eine **Erhöhung der Vergütung der häuslichen Krankenpflege** grundsätzlich nur im Rahmen der Erhöhung der Grundlohnsumme berücksichtigt werden darf, eine Betriebs- und Kostenstruktur vorhanden sein, die eine Erhöhung der Vergütungen weit über die Grundlohnsummensteigerung hinaus erforderlich macht. Nach BSG, Urt. v. 20.04.2016 - **B 3 KR 23/15 R** - SozR 4-2500 § 124 Nr. 4 bedarf es, wenn der nach § 125 I SGB V anerkannte Verbandsvertrag die Durchführung von Behandlungen nur in zugelassenen Praxen eines **Physiotherapeuten** erlaubt, für **jede Betriebsstätte einer Genehmigung**. Dies ist eine zulässige Berufsausübungsregelung (Art. 12 I 2 GG), die aus Gründen der Qualitätssicherung und einer wirtschaftlichen Leistungserbringung gerechtfertigt und nicht unverhältnismäßig ist. Nach BSG, Urt. v. 20.04.2016 - **B 3 KR 17/15 R** - SozR 4-2500 § 37 Nr. 14 ist die in einer Entfernung von 20 km von der Wohnung der Familie der Versicherten **angemietete Wohnung** in dem Haus, in dem die Teamleiterin der Kl. ihre Wohnung hatte, weder Teil des Haushaltes noch Teil der Familienwohnung der Versicherten geworden. Für die Zeit bis zu ihrer Entscheidung über den Umfang des HKP-Anspruchs kann sich die Krankenkasse jedoch nicht darauf berufen, § 37 SGB V sei nicht erfüllt gewesen, wenn es bei bekannten Verhältnissen an einer **unverzüglichen Entscheidung** fehlt. Der Sinn der **Vertrauensschutzregelung** der HKP-RL besteht darin, dass der Pflegedienst bis zur Entscheidung der Krankenkasse bei Vorliegen einer korrekten vertragsärztlichen Verordnung dagegen geschützt ist, dass die Krankenkasse nachträglich den Leistungsanspruch verneint und damit dem Vergütungsanspruch die Grundlage entzieht. **Die Frist von drei Tagen** i.S. der Nr. 24 HKP-RL (jetzt: § 6 Abs 6 HKP-RL) gilt nur für die erste, den Vergütungsanspruch des Pflegedienstes auslösende vertragsärztliche Verordnung. Bis zu dem Tag, an dem die Krankenkasse entscheidet, reicht es aus, wenn eine lückenlose Verordnungskette vorliegt, die den gesamten Zeitraum abdeckt. Auch rückwirkende vertragsärztliche Verordnungen sind nicht vollständig wirkungslos. Nach BSG, Urt. v. 20.04.2016 - **B 3 KR 18/15 R** - SozR 4-2500 § 132a Nr. 9 setzt der **Vergütungsanspruch eines Pflegeunternehmens** zwingend einen **Vertrag** zwischen diesem und der beklagten Krankenkasse nach § 132a II SGB V voraus; dies gilt auch für die 24-Stunden-Pflege. Liegt eine **ärztliche Verordnung** nicht vor, spricht dies dagegen, dass hier eine keinen Aufschub duldende Notfallversorgung erforderlich war. Schließlich

musste der Kl. klar sein, dass die Krankenkasse auch zu prüfen hatte, inwieweit die Unterstützung der Mutter bei der Versorgung des Kindes aus Gründen geboten war, die nichts mit der gesundheitlichen Situation des Kindes selbst zu tun hatten, und für deren Ausgleich die Krankenkasse nicht einzustehen hat. In dieser Situation war es Sache der K., zeitnah eine Einzelabsprache zu erwirken; sie durfte ihre Leistungen der Krankenkasse nicht aufdrängen und auf eine Vergütung vertrauen. Nach BSG, Urt. v. 08.03.2016 - **B 1 KR 26/15 R** - SozR 4-2500 § 264 Nr. 7 hat ein nicht versicherter **Sozialhilfeempfänger keinen Anspruch darauf, eine neue Krankenkasse zu wählen**, damit sie seine Krankenbehandlung übernimmt. Das Gesetz sieht für nicht versicherte Sozialhilfeempfänger kein Recht vor, die einmal gewählte funktionsfähige Krankenkasse zu wechseln, solange diese weder geschlossen noch von einem Insolvenzeröffnungsantrag betroffen ist. Der Gesetzgeber hat das Recht der Sozialhilfeempfänger, einmal eine Krankenkasse zur Übernahme der Krankenbehandlung zu wählen, planvoll abschließend geregelt, ohne gegen den allgemeinen Gleichheitssatz zu verstoßen. Eine analoge Anwendung der Regelungen über Wechselrechte für Versicherte ist mangels Regelungslücke ausgeschlossen. Nach BSG, Urt. v. 25.11.2015 - **B 3 KR 16/15 R** - BSGE 120, 122 = SozR 4-2500 § 129 Nr. 11 - zielt die in § 129 V 3 SGB V normierte **Berechtigung der Krankenkassen, die Versorgung mit in Apotheken hergestellten parenteralen Zubereitungen** aus Fertigarzneimitteln in der **Onkologie** zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten durch **Verträge mit Apotheken** sicherzustellen, einschließlich der hierzu ausdrücklich eingeräumten Möglichkeit, Abschläge auf die ansonsten geltenden Preise zu vereinbaren, auf die Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven und erlaubt den Krankenkassen, die Abnahme einer bestimmten Menge verlässlich zuzusagen. Deshalb gehört eine zumindest prinzipielle Exklusivität der Lieferbeziehungen zu den Essentialia eines entsprechenden Vertrages, und im Umfang eines solchen Exklusivliefervertrages werden **alle anderen Apotheken von der Versorgungsberechtigung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen**. Werden die Zytostatikazubereitungen - wie gesetzlich vorgeschrieben - direkt von der Apotheke an die ärztliche Praxis geliefert, haben die Patienten kein rechtlich geschütztes Interesse an der Wahl einer bestimmten Apotheke und sind - wie die behandelnden Ärzte auch - auf den wirtschaftlichsten Versorgungsweg beschränkt.

1. Apotheken

a) Verhängung einer Vertragsstrafe nur mittels Verwaltungsakt

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.09.2016 - L 11 KR 674/15

RID 16-04-168

Revision anhängig: B 3 KR 16/16 R

juris

SGB X § 31 I; SGB § 129

Eine Krankenkasse kann bei fehlerhafter Abrechnung im Rahmen der Arzneimittelversorgung eine **Vertragsstrafe** bzw. die sonst in einem Rahmenvertrag vorgesehenen Maßnahmen nur mittels eines **Verwaltungsakts** gegenüber einem Apotheker geltend machen. Bei dieser Entscheidung mittels Verwaltungsakts bedarf es auch der Ausübung von Ermessen, insb. um eine verhältnismäßige Verfügung zu treffen. Die Erhebung einer echten Leistungsklage ist deshalb mangels Rechtsschutzbedürfnis ausgeschlossen.

Die **Verwaltungsaktbefugnis** ergibt sich aus § 129 IV SGB V i.V.m. dem Rahmenvertrag trotz eines Gleichordnungsverhältnisses.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer Vertragsstrafe i.H.v. 6.560 € **SG Mannheim**, Urt. v. 20.01.2015 wies die Klage der Krankenkasse gegen einen Apotheker als unzulässig ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Krankenhausapotheke: Keine Kürzung des Apothekenabgabepreises bei Zytostatika

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.07.2016 - L 11 KR 3861/14

RID 16-04-169

Nichtzulassungsbeschwerde B 1 KR 71/16 B zurückgenommen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 129a

Leitsatz: Der auf der Grundlage von § 129a SGB V geschlossene **Arzneimittel-Liefervertrag** ist ein öffentlich-rechtlicher Vertrag i.S.d. § 53 Abs. 1 SGB X. Für die **Auslegung** einzelner Vertragsbestimmungen sind die §§ 133, 157 BGB maßgebend.

Ergeben Wortlaut und Systematik des Vertrages, dass die Vertragsparteien bewusst zwischen verschiedenen Arten von Apothekenleistungen (Zubereitungen, Arzneimittel mit und ohne offiziellen Lauer-Einkaufspreis sowie Applikationshilfen) unterschieden haben, können **Höchstpreisregelungen**, die nur bei einer Leistungsart (hier: Fertigarzneimittel) aufgeführt werden, nicht im Wege der Auslegung auf andere Leistungsarten (z.B. Zubereitungen) übertragen werden.

SG Freiburg, Urt. v. 22.07.2014 - S 5 KR 5676/11 - verurteilte die Bekl., an den Kl. 792,75 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

2. Arzneimittelhersteller

a) Überzahlung eines Rabattvertrags aufgrund eines Berechnungsfehlers

SG Stade, Urteil v. 11.07.2016 - S 29 KR 38/15

RID 16-04-170

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 130a VIII

Eine Krankenkasse kann aufgrund eines Berechnungsfehlers eingetretene **Überzahlung eines Rabattvertrags** vom Arzneimittelhersteller **zurückverlangen**. Der Abschluss der Rabattverträge kann für sich kein besonderes Vertrauen darauf begründen, im Zusammenhang mit den Jahresendabrechnungen keiner Nachforderung ausgesetzt zu werden.

Das **SG** verurteilte den bekl. pharmazeutischen Unternehmer, an die kl. Krankenkassen 245.361,33 € zu zahlen nebst Zinsen.

b) Auskunftsanspruch der Krankenkassen wegen parenteraler Zubereitungen

LSG Bayern, Urteil v. 24.05.2016 - L 5 KR 442/13

RID 16-04-171

Revision anhängig: B 3 KR 13/16 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de= juris

SGB V § 129 Vc

Der **Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen** kann seinen **Auskunftsanspruch** nach § 129 Vc 4 SGB V gegenüber dem Arzneimittelhersteller durch **Verwaltungsakt** geltend machen (die VA-Befugnis in der vorliegenden Konstellation ebf. bejahend SG Reutlingen, Urte. v. 20.01.2016 - S 1 KR 2979/12 - RID 16-01-179 und SG Leipzig, Urte. v. 26.01.2016 - S 8 KR 174/13 -). Die Leiterin der Abteilung Arznei- und Heilmittel beim Spitzenverband war zum Erlass des Widerspruchsbescheides befugt.

§ 129 Vc 4 SGB V ermächtigt zu **Grundrechtseingriffen** (Art. 12 I u. II GG) bei den pharmazeutischen Unternehmern, wobei der Gesetzgeber selbst die geschützten Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse (z.B. Preiskalkulationen) bezeichnet. Der Eingriff darf nur so groß sein, wie dies zur Erreichung des Ziels erforderlich ist. Diesen Anforderungen genügt die Ermächtigungsnorm des § 129 Vc 4 SGB V nicht. Die in jedem konkreten Einzelfall vereinbarten Preise sind daher auch unter Berücksichtigung des Schutzes von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen nicht vom Auskunftsanspruch gedeckt. Die Vorschrift ist **grundgesetzkonform** dahingehend **auszulegen**, dass alleine **Auskünfte zu Durchschnittspreisen** de lege lata verlangt werden können. § 129 Vc 4 SGB V betrifft nicht **Lohnhersteller** oder **Pharma-Großhändler**. Der Auskunftsanspruch umfasst nicht alle Fertigarzneimittel, die in parenteralen Zubereitungen verwendet werden können, sondern nur solche, die auch tatsächlich in parenteralen Zubereitungen **verwendet** werden.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Kl., eine in der Rechtsform der GmbH & Co. KG tätige Arzneimittelherstellerin, zur Auskunft über vereinbarte Preise für Fertigarzneimittel in parenteraler Zubereitung nach § 129 Vc 4 SGB V gegenüber dem bekl. Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen verpflichtet ist. **SG München**, Urte. v. 26.09.2013 - S 2 KR 904/13 - hob die angefochtenen Bescheide, mit dem der Bekl. die Kl. zur Auskunft verpflichtete, auf und wies die Widerklage ab. Das **LSG** hob auf die Berufung der Bekl. das Urteil in Ziffer II auf und wies im Übrigen die Berufung zurück.

c) Keine Befugnis einer Krankenkasse zur Kürzung der Lieferungen von SSB

SG Düsseldorf, Beschluss v. 07.10.2016 - S 27 KR 920/16 ER

RID 16-04-172

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 86b II; UWG §§ 3, 8; SGB V § 69

Gilt für die **Prüfung der Wirtschaftlichkeit** und Verordnungsfähigkeit von **Sprechstundenbedarf (SSB)** die Prüfvereinbarung, dann obliegt die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnung und des Bezuges von SSB zunächst allein der **gemeinsamen Prüfstelle** und nicht der **Krankenkasse**. Die Krankenkasse ist als Abrechnungsstelle nicht befugt, bei der Abrechnung von verordnetem SSB eine Rechnungskürzung mit der Begründung fehlender Wirtschaftlichkeit vorzunehmen.

Zwischen den Beteiligten sind im einstweiligen Rechtsschutz die Kürzung von vertragsärztlichem SSB sowie das Recht zu Äußerungen der Ag. im Zusammenhang mit der Abrechnung von SSB umstritten. Die Ast.

ist ein Großhändler von Medizinprodukten und vom Apothekenzwang befreiter Arzneimittel. Sie beliefert Vertragsärzte, Gemeinschaftspraxen und MVZ mit SSB. SSB wird zu Lasten der Ag., einer gesetzlichen Krankenkasse, verordnet. Seit kurzem begleicht die Ag. die Rechnungspositionen mit nach ihrer Auffassung marktüblichen Preisen gar nicht mehr, was sie wiederum dem Abrechnungsdienstleister, mit dem die Ast. zusammen arbeitet, entsprechend mitteilte. Das erfolgte z.B. hinsichtlich der vom Abrechnungsdienstleister unter dem 27.05.2016 über insgesamt 12.343,44 € eingereichten Rechnung; diese kürzte die Antragsgegnerin auf 9.304,02 € und teilte dem Abrechnungsdienstleister unter dem 15.06.2016 als Begründung mit, die Rezepte seien nicht zu marktüblichen Preisen abgerechnet worden. Das **SG** gab der Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung unter Androhung eines für jeden Fall der Zuwiderhandlung festzusetzenden Ordnungsgeldes von bis zu 250.000 € und für den Fall, dass dieses nicht beigetrieben werden kann, von Ordnungshaft bis zu sechs Monaten, zu vollstrecken an einem Vorstandsmitglied der Ag., auf, es zu unterlassen, vertragsärztlich verordneten SSB der Ast. gegenüber mit dem Hinweis nicht oder nicht vollständig zu bezahlen, die verordneten Produkte seien nicht zu einem marktüblichen Preis geliefert worden. Im Übrigen lehnte es den Antrag ab.

3. Masseure und med. Bademeister: Keine Abrechnungsbefugnis für manuelle Therapie

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 08.07.2016 - L 1 KR 205/13 WA

RID 16-04-173

Revision anhängig: B 3 KR 14/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 124, 125

Fehlt eine **Ausbildung zur Physiotherapeutin**, dann kann eine **Abrechnungsbefugnis für Leistungen der manuellen Therapie** nicht erteilt werden. Der Ausschluss ist mit Art. 12 GG vereinbar. Es steht im Ermessen der Vertragsparteien, ob und unter welchen Voraussetzungen auch die Masseure und med. Bademeister zur Erbringung von Leistungen der manuellen Therapie berechtigt sein sollen. Die Leistungen der manuellen Therapie sind gemessen an dem Inhalt der Ausbildungsordnung für **Masseure und med. Bademeister** berufsfremd.

SG Berlin, Urt. v. 26.03.2010 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 08.07.2016 - L 1 KR 206/13 WA

RID 16-04-174

Revision anhängig: B 3 KR 15/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

4. Häusliche Krankenpflege: Fehlerhafte Bestellung einer Schiedsperson

SG Dresden, Urteil v. 09.09.2015 - S 25 KR 1163/13

RID 16-04-175

juris = Sozialrecht aktuell 2016, 144
SGB V §§ 71 I, 132a; SGB X §§ 24 I, 25 I

Die **Bestellung als Schiedsperson** in den Vergütungsverhandlungen zwischen Leistungserbringern im Bereich der häuslichen Krankenpflege und der Krankenkasse ist rechtswidrig, wenn die erforderliche **Anhörung** nicht ausreichend durchgeführt, das **Akteneinsichtsrecht** der Kl. verletzt und das **Auswahlermessen** nicht rechtsfehlerfrei ausgeübt wurde. Das Ermessen kann schon deswegen nicht richtig ausgeübt werden, wenn zuvor die Beteiligten nicht zu den entscheidungserheblichen Tatsachen angehört wurden. Da eine Schiedsperson gesucht wird, die im Idealfall für beide Beteiligten akzeptabel sein soll, müssen zuvor die Beteiligten Gelegenheit haben, zu den näher ins Auge gefassten Schiedspersonen Stellung zu nehmen.

Zweifel an der **Verfassungsmäßigkeit** der Anspruchsgrundlage des § 132a II 6 SGB V bestehen nicht.

Das *SG* verpflichtete die Bekl., über den Antrag der Kl. vom 10.06.2013 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

5. Hebammen

a) Vergütung: Abrechnung/Angabe der Zeit der Leistungserbringung

SG Würzburg, Urteil v. 31.05.2016 - S 6 KR 191/15

RID 16-04-176

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 24d, 134a, 301 I 1 Nr. 2, 301a I 1 Nr. 4

Leitsatz: 1. Grundvoraussetzung der **Fälligkeit** eines entstandenen Anspruchs auf Vergütung ist eine formal ordnungsgemäße **Abrechnung**.

2. Eine Abrechnung der aufsuchenden **Wochenbettbetreuung** erfordert zwingend die **Angabe der Zeit**.

3. Die Abrechnung von **Wegegeld** setzt zur Fälligkeit voraus, dass auch die **Zeit** der Leistungserbringung angegeben wird.

Das SG wies die Klage auf Zahlung einer weiteren Vergütung in Höhe von 295,36 € ab.

b) Verjährung des Vergütungsanspruchs

LSG Hamburg, Urteil v. 25.08.2016 - L 1 KR 48/15

RID 16-04-177

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 134a; SGB I § 45 I, III 1

Die **vierjährige Verjährungsfrist** nach § 45 I SGB I ist für Vergütungsforderungen der Leistungserbringer entsprechend anzuwenden (BSG, Urte. v. 21.04.2015 - B 1 KR 11/15 R - SozR 4-2500 § 69 Nr. 10 m.w.N.). Die Vergütungsansprüche einer Hebamme entstehen unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten, wodurch der Lauf der Verjährung in Gang gesetzt wird. Auf die **Fälligkeit** kommt es nicht an. Die Bestimmung über eine **Hemmung** nach § 45 III 1 SGB I ist nicht anwendbar.

Die Beteiligten streiten über eine Hebammenvergütung in Höhe von 7.012,98 €. **SG Hamburg**, Urte. v. 23.04.2015 - S 25 KR 919/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

Nach BSG, Urte. v. 25.10.2016 - **B 1 KR 11/16 R** - kann die kl. Krankenkasse nicht beanspruchen, für ihre **Auslandsversicherten** mehr **Zuweisungen** als zuerkannt zu erhalten. Die Bekl. begrenzte rechtmäßig bereits für den Jahresausgleich 2013 die Höhe dieser Zuweisungen auf die tatsächlichen Leistungsausgaben für diese Versichertengruppe. Die Bekl. durfte nach Wortlaut, Entstehungsgeschichte, Regelungssystem und Zweck der zum 01.08.2014 in Kraft getretenen verfassungskonformen Rechtsgrundlagen für Auslandsfälle so verfahren. Der jeweilige endgültige Jahresausgleich ist erst bis zum Ende des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres - hier also 2014 - durchzuführen. Die Rechtsänderungen bewirkten eine zulässige unechte Rückwirkung. Sie regeln lediglich Rechtsverhältnisse für Zeiträume nach ihrer Verkündung, die zuvor bloß durch vorläufige Zuweisungen geregelt waren. Das schutzwürdige Bestandsinteresse der Kl. überwiegt nicht gegenüber dem Interesse an einer zielgenaueren, gerechteren Eingrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte. Nach BSG, Urte. v. 31.05.2016 - **B 1 A 2/15 R** - SozR 4-2500 § 194 Nr. 1 können Krankenkassen keinen **Gruppenversicherungsvertrag mit einem privaten Krankenversicherer** abschließen, um ihren Mitgliedern und deren familienversicherten Angehörigen weltweit bei Auslandsreisen Krankenversicherungsschutz zu gewähren, weil es sich um nicht durch Gesetz zugelassene Leistungen handelt. Soweit das Gesetz zusätzliche Leistungen zulässt, müssen Krankenkassen, die sie gewähren wollen, diese formal in ihre Satzungen aufnehmen. Für Gruppenversicherungsverträge fehlt es an der hierfür gebotenen ausdrücklichen gesetzlichen Ermächtigung. Der Einsatz von Beitragsmitteln hierfür ist unzulässig. Nach BSG, Urte. v. 08.03.2016 - **B 1 KR 31/15 R** - SozR 4-2500 § 16 Nr. 2 steht der **Anordnung des Ruhens der Leistungsansprüche** und ihrer Fortdauer entgegen, dass **Hilfebedürftigkeit** des betroffenen Versicherten eintritt. Nach BSG, Urte. v. 08.03.2016 - **B 1 KR 27/15 R** - SozR 4-3250 § 14 Nr. 23 beschränkt sich der **Erstattungsanspruch** als gesetzeswidrig **drittangegangener Reha-Träger** auf den Anspruch als unzuständiger Träger. Dessen Umfang richtet sich nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften (§ 105 II SGB X). Die beklagten Krankenkasse war hiernach nicht verpflichtet, dem Versicherten während der Reha-Maßnahme Krankengeld zu zahlen und für ihn Sozialversicherungsbeiträge zu entrichten. Nach BSG, Urte. v. 15.12.2015 - **B 1 KR 14/15 R** - SozR 4-1300 § 111 Nr. 9 kann eine **BG Rückerstattung** der von ihr gezahlten Behandlungskosten gegen eine Krankenkasse verlangen, wenn sie den Betrag zahlte, als der Anspruch auf Erstattung bereits wegen Verfristung ausgeschlossen und damit erloschen war (§ 111 S. 1 SGB X), da die Krankenkasse den Anspruch nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages geltend gemacht hatte, für den die Leistungen erbracht wurden. Die Entscheidung der BG, die vom Versicherten erbrachten **Zuzahlungen** zu den stationären Behandlungen an diesen zu **erstatten**, ist nicht geeignet, den **Fristbeginn hinauszuschieben**, denn damit wird nicht über ihre Leistungspflicht entschieden (§ 111 S. 2 SGB X). Der Rückerstattungsanspruch unterliegt nicht der Ausschlussregelung des § 111 SGB X.

1. BVerfG: Elektronische Gesundheitskarte/Anforderung des Lichtbilds

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 17.10.2016 - 1 BvR 2183/16

RID 16-04-178

www.bundesverfassungsgericht.de
SGB V § 294a

Die Verfassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Beschl. v. 29.08.2016 - L 5 KR 2729/16 ER - wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Die Verfassungsbeschwerde ist unzulässig. Sie wird dem Grundsatz der materiellen Subsidiarität der Verfassungsbeschwerde (§ 90 II BVerfGG) nicht gerecht, weil sich der Bf. in der Sache nicht gegen die **Einführung der „elektronischen Gesundheitskarte“ mit Lichtbild**, sondern gegen die **Speicherung und weitere Verwendung des zu diesem Zwecke zu übersendenden Lichtbilds** durch seine Krankenkasse wendet. Hierbei handelt es sich jedoch um einen gesondert angreifbaren Vorgang, der mit der **Anforderung des Lichtbilds** zum Zweck der erstmaligen Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte nicht zwingend verbunden und gerechtfertigt ist (vgl. BSG, Urt. v. 18.11.2014 - B 1 KR 35/13 R - BSGE 117, 224 = SozR 4-2500 § 291a Nr. 1, juris Rn. 31). Es ist dem Beschwerdeführer daher zuzumuten, zunächst durch Übersendung eines Lichtbilds an der Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte mitzuwirken und gegebenenfalls nach deren Ausstellung Ansprüche auf Löschung beziehungsweise Sperrung des Lichtbilds vor den Fachgerichten geltend zu machen (§ 84 SGB X).

2. Enthebung vom Amt des Vorstands: Sitzungen des Verwaltungsrats öffentlich

LSG Hamburg, Beschluss v. 04.07.2013 - L 1 KR 39/13 B ER

RID 16-04-179

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV §§ 33 III 2, 63 II 1 SGG § 86b I 1 Nr. 2

Gemäß § 63 II 2 Halbs. 1 i.V.m. § 33 III 2 SGB IV sind die **Sitzungen des Verwaltungsrats** einer Krankenkasse **zwingend öffentlich**. Bei der **Enthebung vom Amt des Vorstands** handelt es sich nicht um eine „personelle Angelegenheit“. Vorwürfe, die bei der Beratung über eine „unehrenhafte“ Absetzung typischerweise im Raum stehen und erörtert werden, namentlich der Vorwurf der groben Amtspflichtverletzung, der Unfähigkeit zur ordnungsgemäßen Geschäftsführung und der Umstand des Vertrauensentzugs durch den Verwaltungsrat reichen nicht aus, um die **Öffentlichkeit auszuschließen**. Es müssten besondere Umstände hinzutreten, deren öffentliche Beratung das allgemeine Persönlichkeitsrecht selbst eingedenk der überragenden Bedeutung des Öffentlichkeitsgebots verletzen würde.

Der Ast. wendet sich im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes gegen seine Enthebung vom Amt des Vorstands der Ag. *SG Hamburg*, Beschl. v. 04.04.2013 - S 48 KR 1114/12 ER - wies den Antrag ab, das *LSG* ordnete die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen den Beschluss der Ag. an.

3. Telefonwerbung zum Zwecke der Mitgliederwerbung: Verstoß gegen Unterlassungsvereinbarung

SG Düsseldorf, Urteil v. 09.09.2016 - S 27 KR 629/16

RID 16-04-180

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
BGB §§ 307 I 2, 339; UWG § 7 II Nr. 2

Eine Registrierung bei einer Online-Gewinnspielseite stellt keine ausdrückliche **Einwilligung** in eine **Telefonwerbung zum Zwecke der Mitgliederwerbung** dar. Dies gilt auch dann, wenn im Rahmen des Gewinnspiels Fragen zur Krankenversicherung gestellt werden und die Option „hohe Bonuszahlungen – mehr Infos bitte“ wählbar ist.

Die kl. AOK schloss im Dezember 2014 mit der beklagte BKK einen Unterlassungsvergleich. Danach hat es die Bekl. unter Androhung einer Vertragsstrafe u.a. zu unterlassen, bei potentiellen Kunden ohne Einwilligung in die Telefonie für Werbezwecke anzurufen und mit Wechselprämien oder Geldbeträgen zu werben, ohne ausführlich über die jeweiligen Voraussetzungen der Satzung für den Erhalt dieser Geldbeträge aufzuklären. In der Folgezeit kontaktierte ein von der Bekl. beauftragtes Unternehmen mehrere Versicherte der Kl., um diese abzuwerben. Darin sah die Kl. einen Verstoß gegen die Unterlassungsvereinbarung und forderte in drei Fällen jeweils 15.000 € Vertragsstrafe. Es habe keine ausdrückliche Einwilligung in die Telefonwerbung vorgelegen und die Beklagte habe zudem unzureichend über die Voraussetzungen ihres Bonusprogramms

informiert. Das *SG* verurteilte die bekl. Betriebskrankenkasse wegen unzulässiger Mitgliederwerbung zur Zahlung einer Vertragsstrafe in Höhe von 45.000 € an die klagende AOK.

4. Kostenerstattung: In Werkstatt für behinderte Menschen verabreichte Insulininjektionen

LSG Sachsen, Urteil v. 26.08.2016 - L 1 KR 137/11

RID 16-04-181

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 43/16 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13, 37 II, IV; SGB I § 56; SchwbWV § 10

Leitsatz: 1. Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) haben **medizinisches Pflegepersonal** nur insoweit vorzuhalten, wie dies ihre Eingliederungsaufgabe erfordert. Einfachste medizinische Maßnahmen wie z.B. das Messen des Blutzuckergehalts gehören jedoch regelmäßig zum Aufgabenkreis der Einrichtung.

2. Über einfachste Behandlungspflegemaßnahmen hinausgehende **behandlungspflegerische Maßnahmen** wie z.B. die **Gabe von Insulininjektionen** fallen in der Regel dann nicht in den Verantwortungsbereich einer WfbM, wenn sie der Behandlung einer Erkrankung dienen, die nicht behinderungsspezifisch ist bzw. nicht im Zusammenhang mit der die Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verhindernden Art oder Schwere der Behinderung steht.

SG Chemnitz, Ur. v. 13.04.2011 - S 10 KR 257/09 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die bekl. Krankenkasse, der Kl. die Kosten für die der Versicherten in der Zeit vom 01.01.2009 bis 31.08.2010 verabreichen Insulininjektionen in Höhe von insgesamt 2.070,04 € zu erstatten.

5. Keine Beschränkungen des Zugangs zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung

LSG Bayern, Urteil v. 12.07.2016 - L 5 KR 330/13 KL

RID 16-04-182

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 73b, 195

Die **Satzungsänderung** einer Krankenkasse, wonach Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres nur am Vertrag zur **pädiatriezentrierten Versorgung** und ab Vollendung des 15. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres entweder am Vertrag zur pädiatriezentrierten Versorgung oder am Vertrag zur **hausärztlichen Versorgung** teilnehmen können, ist nicht mit höherrangigem Recht vereinbar. Gem. § 194 III 2 SGB V darf die Satzung nämlich nur Leistungen vorsehen oder vorgesehene Leistungen beschränken, soweit dies das SGB V zulässt, was in § 73b SGB V nicht der Fall ist.

Das *LSG* wies die Klage ab.

X. Bundessozialgericht (BSG)

1. Persönliches Budget

BSG, Urteil v. 08.03.2016 - B 1 KR 19/15 R

RID 16-04-183

BSGE (vorgesehen) = SozR 4-3250 § 17 Nr. 4 = NZS 2016, 580

Leitsatz: 1. Berechtigte können für selbst beschaffte Bedarfsdeckung in einem vollständig vor Bewilligung eines persönlichen Budgets in der Vergangenheit liegenden Zeitraum nur **Kostenfreistellung** und **Kostenerstattung**, nicht aber **rückwirkende Bewilligung eines persönlichen Budgets** beanspruchen.

2. Eine **Rechtsnachfolge** in den Anspruch des Berechtigten auf Bewilligung des persönlichen Budgets ist **ausgeschlossen**.

2. Kostenerstattung: Genehmigungsfiktion/Einhaltung der Fristen seitens der Krankenkasse

BSG, Urteil v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R

RID 16-04-184

BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33 = NZS 2016, 464 = KrV 2016, 104

Leitsatz: 1. Beantragt ein Versicherter, ihm eine bestimmte Kranken-, nicht Rehabilitationsbehandlung zu gewähren, die er für erforderlich halten darf, und entscheidet die **Krankenkasse** hierüber **nicht fristgerecht**, ohne ihm hinreichende Gründe hierfür mitzuteilen, **gilt** die **Leistung als genehmigt**, wenn sie nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt.

2. Will eine Krankenkasse den Eintritt der Genehmigungsfiktion eines Antrags auf Krankenbehandlung hinausschieben, muss sie den Antragsteller von einem hierfür hinreichenden Grund und einer **taggenau bestimmten Fristverlängerung** jeweils vor Fristablauf in Kenntnis setzen.

3. Der Versicherte kann die kraft Fiktion genehmigte Leistung, solange sich die Genehmigung nicht kraft Gesetzes oder auf andere Weise erledigt hat, von der Krankenkasse entweder als **Naturalleistung** oder bei Selbstbeschaffung in Form von **Kostenerstattung** verlangen.

4. Eine Krankenkasse kann eine fingierte Leistungsgenehmigung nur **zurücknehmen**, widerrufen oder aufheben, wenn die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion von Anfang an nicht vorlagen oder später entfallen sind.

3. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Fachgebietsgrenzen für ambulante Operationen nach Weiterbildungsordnung

BSG, Urteil v. 31.05.2016 - B 1 KR 39/15 R

RID 16-04-185

SozR 4-2500 § 115b Nr. 7 = ZMGR 2016, 249 = KHE 2016/27

Leitsatz: Die **Fachgebietsgrenzen für ambulante Operationen** eines Krankenhauses richten sich nach der zur Zeit der Leistungserbringung jeweils geltenden **Weiterbildungsordnung**.

b) QualitätssicherungsRL zum Bauchaortenaneurysma: Anforderungen an einen Leitungslehrgang

BSG, Urteil v. 19.04.2016 - B 1 KR 28/15 R

RID 16-04-186

SozR 4-2500 § 137 Nr. 7

Leitsatz: 1. Ein **Krankenhaus** hat keinen Anspruch auf Vergütung für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit offen chirurgisch oder **endovaskulär behandlungsbedürftigem Bauchaortenaneurysma**, wenn die **Leitung der Intensivstation** keinen Leitungslehrgang absolviert hat.

2. Der **Gemeinsame Bundesausschuss** ist demokratisch legitimiert, in Richtlinien qualitätssichernde **Mindestanforderungen** für die stationäre Versorgung bei der **Indikation Bauchaortenaneurysma** festzulegen.

c) Nachkorrektur einer Abrechnung innerhalb der Verjährungsfrist

BSG, Urteil v. 04.04.2016 - B 1 KR 33/15 R

RID 16-04-187

BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 109 Nr. 57 = KrV 2016, 147 = KH 2016, 804 = KRS 2016, 287 = NZS 2016, 696

Leitsatz: Ein **Krankenhaus** kann nach Rechnungstellung jede **Vergütung** für die Behandlung Versicherter bis zum Ablauf der vierjährigen sozialrechtlichen Verjährung **nachfordern**, solange sein Recht nicht verwirkt ist (Aufgabe von BSG vom 17.12.2009 - B 3 KR 12/08 R - BSGE 105, 150 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 20).

d) Fallpauschalen: Externe Hämodialysen nicht kodierbar

BSG, Urteil v. 19.04.2016 - B 1 KR 34/15 R

RID 16-04-188

SozR 4-5562 § 2 Nr. 1

Leitsatz: 1. **Krankenhäuser** dürfen normenvertraglich geregelte Leistungen nur insoweit abrechnen, als sie nach höherrangigem Recht generell **kodierfähig** sind.

2. Führt ein Krankenhaus, das über keine eigene Dialyseeinrichtung verfügt, eine **Dialysebehandlung** eines aus anderen Gründen stationär behandelten Versicherten fort, darf es diese nur berechnen, wenn die Dialyse medizinisch Krankenhausbehandlung erfordert.

4. Physiotherapeut: Betrieb einer Praxisnebenstelle und Zulassung

BSG, Urteil v. 20.04.2016 - B 3 KR 23/15 R

RID 16-04-189

SozR 4-2500 § 124 Nr. 4

Leitsatz: 1. Die **Zulassung** eines **Heilmittelerbringers** wird für eine bestimmte Betriebsstätte erteilt und setzt eine Praxisausstattung voraus, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet.

2. Leistungen, die **ohne Zulassung der Betriebsstätte** erbracht wurden, sind nicht zu vergüten.

5. Häusliche Krankenpflegeunternehmen

a) Vergütungsanspruch für häusliche Krankenpflege nur mit Vertrag

BSG, Urteil v. 20.04.2016 - B 3 KR 18/15 R

RID 16-04-190

SozR 4-2500 § 132a Nr. 9

Leitsatz: Von dem Grundsatz, dass ein **Vergütungsanspruch** für Leistungen der **häuslichen Krankenpflege** nur auf der Grundlage eines entsprechenden **Vertrags** zwischen dem Leistungserbringer und der Krankenkasse des Versicherten besteht, darf nur in besonderen Ausnahmefällen abgewichen werden.

b) Frist zur Vorlage der Verordnung/Angemietete Wohnung

BSG, Urteil v. 20.04.2016 - B 3 KR 17/15 R

RID 16-04-191

BSGE = SozR 4-2500 § 37 Nr. 14

Leitsatz: 1. Auch wenn die **Frist** von drei Arbeitstagen **zur Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung über häusliche Krankenpflege** überschritten worden ist, hat die Krankenkasse vor ihrer Entscheidung über die Genehmigung erbrachte Leistungen unabhängig von deren medizinischer Notwendigkeit zu **vergüten**, jedoch beschränkt auf die Zeit **ab Eingang der Verordnung**.

2. Liegen der Krankenkasse im Zeitpunkt der Entscheidung über die Genehmigung häuslicher Krankenpflege bereits mehrere vertragsärztliche Verordnungen vor, die den gesamten Zeitraum lückenlos abdecken, gilt die **Vorlagefrist** von drei Arbeitstagen **nur für die Erstverordnung**.

3. Ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, wenn ein **Kleinkind** getrennt von Eltern und Geschwistern in einer durch den Pflegedienst eigens **angemieteten Wohnung** rund um die Uhr betreut und gepflegt wird.

6. Krankenkassen: Keine Kooperation über Auslandskrankenversicherungsschutz

BSG, Urteil v. 31.05.2016 - B 1 A 2/15 R

RID 16-04-192

BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 194 Nr. 1 = VersR 2016, 1011

Leitsatz: 1. Aufsichtsbehörden haben für eine **Aufsichtsmaßnahme** das Verhalten der Krankenkassen zu qualifizieren und nach den jeweils speziell hierfür geltenden rechtlichen Vorgaben zu überprüfen.

2. Eine **Krankenkasse** darf weder ihre Mitglieder noch deren familienversicherte Angehörige weltweit bei **Auslandsreisen gegen Krankheitskosten privat versichern**.

7. Zahlungsanspruch gegen die Bundesrepublik wegen Fehlbuchungen: Verjährung

BSG, Urteil v. 31.05.2016 - B 1 AS 1/16 KL

RID 16-04-193

SozR 4-1200 § 45 Nr. 9 = NZS 2016, 711

Leitsatz: 1. Der Anspruch eines Bundeslandes auf **Bundesbeteiligung** an den Leistungen der Unterkunft und Heizung unterliegt der **vierjährigen sozialrechtlichen Verjährung**.

2. Der Bund und die Länder können sich grundsätzlich ohne Verstoß gegen die Pflicht zu bundesfreundlichem Verhalten **auf Verjährung berufen**.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Widerruf der Approbation

aa) Abrechnungsbetrug/Feststellungen im Strafbefehl

VG Regensburg, Urteil v. 12.07.2016 - RO 5 K 15.1168

RID 16-04-194

^{juris}
BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Es ist anerkannt, dass Behörden und auch die Verwaltungsgerichte tatsächliche und rechtliche Feststellungen in einem rechtskräftigen **Strafbefehl** der Beurteilung der Unwürdigkeit und Unzuverlässigkeit im berufsrechtlichen Sinn zugrunde legen können, ohne dass diese selbst auf ihre Richtigkeit überprüft werden müssen.

Der Einwand eines Arztes, gegenüber der Staatsanwaltschaft habe er **vorsätzliches Handeln** bzgl. einer Falschabrechnung nur deshalb eingeräumt, um **eine Hauptverhandlung zu vermeiden**, ist nicht geeignet, die Richtigkeit der Feststellungen im Strafbefehl in Frage zu stellen. Es handelt sich um eine **falltypische Einlassung**. Viele von einem Approbationswiderrief betroffene Ärzte führen im approbationsrechtlichen Verfahren an, sie hätten einen Strafbefehl nur deshalb akzeptiert, um eine öffentlichkeitswirksame Hauptverhandlung im Strafverfahren zu vermeiden. Insofern fällt auf, dass sich die betroffenen Ärzte im jeweiligen Verfahren stets so versuchen zu verhalten, wie es für sie im jeweiligen Verfahren am günstigsten ist.

Unterzeichnet der Arzt die **Erklärung zur Abrechnung**, in der er versicherte, dass er die abgerechneten Leistungen erbracht habe, und in der er bestätigte, dass die Abrechnungen sachlich richtig seien, ohne den Inhalt der Abrechnungen nicht – nicht einmal stichprobenartig – zu überprüfen, so nimmt der Arzt billigend in Kauf, dass fehlerhafte Abrechnungen erfolgen. Gerade dies kennzeichnet aber bedingten Vorsatz.

Ein **Abrechnungsbetrugs** kann für sich genommen genügen, eine **Unwürdigkeit** anzunehmen (hier: Der Kläger selbst hat gegenüber der Staatsanwaltschaft eingeräumt, in den Quartalen IV/07 bis IV/09 Überzahlungen in Höhe von 22.278,89 € erhalten zu haben).

Aus vergangenen Falschabrechnungen kann auf erhebliche Charaktermängel geschlossen werden, die eine **Unzuverlässigkeit** begründen.

bb) Vorsätzlich unerlaubtes Verschreiben von Betäubungsmitteln

VG München, Urteil v. 14.06.2016 - M 16 K 15.3275

RID 16-04-195

^{juris}
BÄO § 5 II 1

Nach einer Verurteilung wegen **vorsätzlich unerlaubten Verschreibens von Betäubungsmitteln** in 100 Fällen und wegen Betrugs in 2 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 1 Jahr und 10 Monaten kann die ärztliche Approbation wegen Unwürdigkeit widerrufen werden.

cc) Fehlende gesundheitliche Eignung eines Zahnarztes (Epilepsie)

VG Köln, Urteil v. 25.10.2016 - 7 K 3024/15

RID 16-04-196

juris

ZHG §§ 2 I 1 Nr. 3, 4 II Nr. 2

Ein Zahnarzt ist nicht mehr **gesundheitlich** zur **Ausübung des zahnärztlichen Berufs geeignet**, wenn er seit Jahren unter einer **Epilepsieerkrankung** leidet, die rezidivierend zerebrale Anfälle nach sich zieht mit - teilweise über mehrere Tage hinweg andauernden - Lähmungserscheinungen des rechten Arms, Störungen von Bewegungsabläufen, Bewusstseinsstörungen und Sprachstörungen, ggfs. auch Sehstörungen. Es liegt auf der Hand, dass während derartiger körperlicher und geistiger **Funktionseinschränkungen** eine zahnärztliche Behandlung nicht möglich ist. Die damit einhergehenden Einschränkungen der motorischen Kontrolle, Aufmerksamkeit und Sorgfalt, die für die zahnärztliche Behandlung unabdingbar sind, gefährden die körperliche Unversehrtheit und das Wohlergehen der betroffenen Patienten unmittelbar und schwerwiegend. Ein Arzt muss, um eine ordnungsgemäße und sachgerechte Behandlung seines Patienten zu gewährleisten, ständig im **Vollbesitz seiner geistigen und körperlichen Kräfte** und in jeder Hinsicht „präsent“ sein.

Zum einstweiligen Anordnungsverfahren s. VG Köln, Beschl. v. 14.07.2015 - 7 L 1343/15 - RID 15-04-169.

dd) Streitwertfestsetzung in Verfahren über den Widerruf einer Approbation

VGH Hessen, Beschluss v. 08.09.2016 - 7 E 1802/16

RID 16-04-197

juris

GKG § 52

Leitsatz: Für die **Streitwertfestsetzung** in einem arztrechtlichen Verfahren, das den **Widerruf einer Approbation** betrifft, darf ausschließlich auf einen **Verdienst** aus Tätigkeiten abgestellt werden, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der erteilten Approbation stehen.

b) Wiedererteilung der Approbation

aa) Maßgeblicher Zeitpunkt für den Beginn des Reifeprozesses

VG Schleswig-Holstein, Urteil v. 28.06.2016 - 7 A 287/14

RID 16-04-198

juris

BÄO § 3 I

Bei der gebotenen **Gesamtbetrachtung** ist einerseits zu Gunsten des Klägers zu berücksichtigen, dass er sich nach Aktenlage zwischen dem letzten ihm zur Last gelegten Vorfall und der Rechtskraft des Widerrufs der Approbation **über Jahre beanstandungsfrei verhalten** hat. Dabei ist von der Rechtskraft des berufsgerichtlichen Urteils und der verwaltungsgerichtlichen Entscheidung zum Widerruf der Approbation auszugehen. Das Verfahren zur Wiedererteilung der Approbation kann nicht dazu genutzt werden, sämtliche vorausgegangenen und abgeschlossenen Verfahren erneut zu betrachten und in eine Prüfung der damals zugrunde gelegten tatsächlichen Feststellungen einzutreten. Der **Übergriff auf eine Patientin** und die **Übergriffe auf Praktikantinnen bzw. Bewerberinnen** für Ausbildungsplätze wiegen so schwer, dass selbst ein größerer zeitlicher Abstand, wie hier, zu der letzten ihm vorgeworfenen Verfehlungen nicht ohne Weiteres zu einer Wiedererlangung der Würdigkeit für die Ausübung des Arztberufes führen kann.

Maßgeblich für den Beginn des Reifeprozesses ist der **Zeitpunkt**, in dem die zur Annahme der Berufsunwürdigkeit führenden gravierenden **Verfehlungen** durch den Betreffenden **eingestellt** worden sind, gleich ob dies auf einem freiwilligen Willensentschluss des Betreffenden oder auf einer Aufdeckung und Ahndung der Verfehlungen durch Dritte, insbesondere Strafverfolgungs- oder Approbationsbehörden beruht (so auch BGH, Beschl. v. 08.05.2013 - AnwZ (Brfg) 46/12 - juris Rn. 6; Beschl. v. 12.07.2010 - AnwZ (B) 116/09 - juris Rn. 9). Eine Anknüpfung allein an den **Zeitpunkt**, in dem das **Verwaltungsverfahren** über den Widerruf der ärztlichen Approbation **abgeschlossen** ist (vgl. BVerfG, Beschl. v. 22.12.2008 - 1 BvR 3457/08 - juris Rn. 3; BVerfG, Beschl. v. 15.11.2012 - 3 B 36/12 - juris mit zahlreichen w. N.), an den Zeitpunkt, in dem der Widerruf der ärztlichen Approbation **bestandskräftig** geworden oder in dem die Ausübung der ärztlichen **Tätigkeit tatsächlich eingestellt** worden ist (vgl. VGH Bayern, Urt. v. 15.02.2000 - 21 B 96.1637 - juris Rn. 59; VG Regensburg, Urt. v. 29.7.2010 - RO 5 K 09.2408 - juris Rn.65; VG Würzburg, Urt. v. 26.10.2009 - W 7 K 09.90 - juris Rn. 17 und 19; VG Freiburg, Beschl. v. 22.5.2007 - 1 K 1634/06 - juris Rn. 22), ist

nicht sachgerecht. Es verbietet sich eine schematische Betrachtungsweise und ist der Einzelfall in den Blick zu nehmen. Der Zeitraum der Beurteilung der Wiedererlangung der Würdigkeit beginnt grundsätzlich mit der **letzten Behördenentscheidung** über den Widerruf der Approbation. Daher ist durchaus der Zeitraum seit dem 09.11.2010 in die Gesamtbetrachtung mit einzubeziehen, auch wenn in Rechnung zu stellen ist, dass der Kläger bis zur Rechtskraft der Widerrufsentscheidung sein Verhalten allein auf Grund des schwebenden Verfahrens geändert haben könnte.

bb) Keine Wiedererteilung der Approbation nach erneuter Straffälligkeit

VG München, Urteil v. 14.06.2016 - M 16 K 15.4215

RID 16-04-199

juris
BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1, 8

Wird derjenige, dem die Approbation entzogen wurde, nach dem bestandskräftigen Abschluss des Widerrufsverfahrens **erneut straffällig**, indem er weiterhin die Bezeichnungen „Arzt“, „Facharzt für Innere Medizin“ sowie „Facharzt für Arbeitsmedizin“ führt, obwohl er weiß, dass er hierzu nicht befugt ist, und erstattet er zudem weiterhin zahlreiche Gerichtsgutachten und gibt bei einer Anhörung als Sachverständiger vor Gericht zu Protokoll, dass er Arzt und Sachverständiger sei, führt er darüber hinaus weiterhin auch Untersuchungen von Patienten durch und wird gegen ihn wegen dieser Straftaten mit rechtskräftigem Strafbefehl des Amtsgerichts eine Gesamtgeldstrafe in Höhe von 200 Tagessätzen verhängt, dann kann die **Approbation nicht wiedererteilt** werden. Wegen der erneuten Straffälligkeit kann eine berufliche Bewährungszeit nicht anerkannt werden.

Vorausgehend zum Widerruf der Approbation s. VGH Bayern, Beschl. v. 10.05.2012 - 21 ZB 11.1883 - RID 12-03-203.

c) Vorläufige Berufserlaubnis nach § 10b BÄO: Ausreichende deutsche Sprachkenntnisse

VGH Hessen, Urteil v. 29.08.2016 - 7 A 1307/15.Z

RID 16-04-200

juris
BÄO § 10b

Leitsatz: Die Vorschrift des § 10b Abs. 2 Satz 5 BÄO, wonach bei einer vorübergehenden und gelegentlichen Ausübung des ärztlichen Berufs auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland die für die Ausübung der Dienstleistung erforderlichen **Kenntnisse der deutschen Sprache** vorliegen müssen, verstößt **nicht gegen europarechtliche Vorgaben**.

VG Frankfurt a. M., Urt. v. 18.06.2015 - 4 K 1423/14.F - RID 16-02-197 wies die Klage ab, der *VGH* lehnte den Antrag des Kl. auf Zulassung der Berufung ab.

2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen/Fachkunde/Fortbildung

a) Änderung von Weiterbildungsbezeichnungen („Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“)

VerfGH Bayern, Entscheidung v. 11.11.2015 - Vf.2-VII-15

RID 16-04-201

juris = BayVB1 2016, 443 = MedR 2016, 719

EGRL 36/2005 Art. 21, 28, Anh V Nr 5.4.1; HKG Bayern Art. 27, 28, 35; Verfassung Bayern Art. 3 I 1, 5, 98, 101, 118

Leitsatz: 1. Zur Führung der **Facharztbezeichnung auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin** und zur Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ nach den Weiterbildungsordnungen 2004, 2005 und 2013.

2. Die Übergangsbestimmung in Abschnitt A § 20 Abs. 2 WBO 2013, wonach die Facharztbezeichnung „**Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin**“ oder die zugehörige Kurzbezeichnung nur in der Form „**Facharzt für Allgemeinmedizin (Hausarzt)**“ geführt werden darf, ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.

b) Fortbildung

aa) Schmerz- und Triggerpunkt-Osteopraktik

OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 26.01.2016 - OVG 12 N 33.14

RID 16-04-202

juris
VwGO §§ 124, 124a

Leitsatz: 1. Zu den Anforderungen an die Darlegung des Zulassungsgrundes ernstlicher Richtigkeitszweifel bei Änderung der Rechtslage nach Erlass des erstinstanzlichen Urteils (Entscheidungserheblichkeit der Rechtsänderung).

2. Allein der Umstand, dass eine verbreitete Behandlungsmethode Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion ist, rechtfertigt es nicht, der **Fortbildung von Ärzten**, die die Unterweisung nach dieser Methode zum Gegenstand hat, die Anerkennung zu versagen.

3. Ein Markenschutz des Fortbildungsangebots und die private Zertifizierung der Absolventen rechtfertigen nicht ohne weiteres die Bewertung, es handele sich bei der **Unterweisung in eine bestimmte Behandlungsmethode** um eine nicht produktneutrale monothematische Veranstaltung, mit deren Inhalten das geschützte Produkt beworben werden soll.

bb) Zertifizierung Psychotherapeuten-Fortbildung: Teilnehmerkreis/Veröffentlichung einer Satzung

VG Berlin, Urteil v. 17.11.2015 - 9 K 468.13

RID 16-04-203

juris
KaG Berlin §§ 4 I Nr. 3, 4a I 2 Nr. 1, 10

Eine **Fortbildungsordnung** ist nur als Verwaltungsvorschrift heranzuziehen, wenn es an einer **Veröffentlichung** in einem allgemein zugänglichen Bekanntmachungsmedium fehlt. Die Veröffentlichung einer Rechtsnorm ist aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit geboten. Eine Veröffentlichung im Internet auf der Homepage der Beklagten genügt hierfür nicht.

Fortbildungsveranstaltungen setzen ein bestimmtes Niveau sowie die Ausrichtung auf einen spezifischen Teilnehmerkreis voraus. Ferner dürfen die Inhalte von Fortbildungsveranstaltungen nicht gegen Berufspflichten der Fortzubildenden verstoßen.

Eine Veranstaltung „Dreijährige Fortbildung in existenzieller und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und spiritueller Begleitung“ erfüllt diese Anforderungen nicht, wenn sie sich nicht spezifisch an **Psychotherapeuten**, sondern an einen weit darüber hinausgehenden **Teilnehmerkreis** richtet.

Ein Veranstalter muss darlegen, dass die Vermittlung von **Methoden spiritueller Therapie** von psychotherapeutischen Methoden klar abgegrenzt wird.

cc) Verbrauch aller Fortbildungspunkte durch Fortbildungszertifikat: Kein Ansammeln

VG Gelsenkirchen, Urteil v. 08.08.2016 - 7 K 4277/15

RID 16-04-204

juris
SGB V § 95d

Nach § 5 I FortbildungsO ÄKWL wird ein **Fortbildungszertifikat** erteilt, wenn die Ärztin innerhalb eines der Antragstellung vorausgehenden Zeitraums von fünf Jahren Fortbildungsmaßnahmen abgeschlossen hat, welche in ihrer Summe die nach den Bestimmungen des § 6 FortbildungsO ÄKWL ermittelte Mindestbewertung von 250 Punkten erreichen, wobei **alle bis zur Antragstellung erworbenen Fortbildungspunkte** in das Fortbildungszertifikat einfließen und damit ihre **Anrechenbarkeit auf weitere Fortbildungszertifikate verlieren**. Seit der Ausstellung des letzten Fortbildungszertifikates haben die dafür verwendeten Fortbildungsleistungen ihre Anrechenbarkeit für künftige (weitere) Zertifikate verloren. Die **Löschung „alter Punkte“** entspricht dem Sinn und Zweck der Fortbildungspflicht für Ärzte, eine kontinuierliche, auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand beruhende Weiterbildung der tätigen Ärzte sicherzustellen. Die Fortbildung dient der Erhaltung und Fortentwicklung der zur Berufsausübung notwendigen Fertigkeiten. Damit wäre eine **Ansammlung von Fortbildungspunkten** aus der Vergangenheit nicht vereinbar.

§ 95d SGB V steht dem nicht entgegen, sondern stützt diese Auffassung. Nach § 95d III SGB V hat ein Vertragsarzt alle fünf Jahre nachzuweisen, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nach Abs. 1 nachgekommen ist. Danach ist eine „Gutschrift“ bzw. ein „Ansammeln“ von Punkten aus einem außerhalb der Fünfjahresfrist liegenden Zeitraum ausgeschlossen.

c) Entziehung der Fachkunde im Strahlenschutz

VG Münster, Urteil v. 23.04.2015 - 5 K 1213/14

RID 16-04-205

juris
StrlSchV 1 § 30

Zweifel an der Fachkunde im Strahlenschutz eines Facharztes für Radiologie können bestehen, wenn eine **Praxisbegehung** ergibt, dass der Arzt kein Betriebsbuch vorlegen kann, Mängel bei den Strahlenschutzunterweisungen bestehen, die Standardarbeitsanweisungen am Arbeitsplatz nicht in aktueller Fassung vorliegen, der Prozentsatz von Verunreinigungen Abweichungen von bis zu 7% ergibt (Qualitätskontrolle Radiopharmaka/Lagerung), in zwei Fällen die diagnostischen Referenzwerte überschritten worden sind, in einem Fall die bildliche Dokumentation nicht akzeptabel ist und die Empfehlung zum Strahlenschutz bei der Radiosynoviorthese nicht bekannt ist.

Es besteht kein Rechtsgrundsatz des Inhalts, dass eine **Begehung** nur im **Beisein des Praxisinhabers** erfolgen darf.

Aus dem Wesen einer Prüfung folgt, dass die **Beurteilung von Prüfungsleistungen** nur solchen Personen übertragen werden kann, die nach ihrer fachlichen Qualifikation in der Lage sind, den Wert der erbrachten Leistung eigenverantwortlich zu beurteilen und zu ermitteln, ob der Prüfling die geforderten Fähigkeiten besitzt, deren Feststellung die Prüfung dient. Die Möglichkeit der Berufung besonders qualifizierter Ärzte, deren durch die Prüfungspraxis gewonnene Erfahrung und die Tatsache, dass in den Kommissionen regelmäßig Prüfer aus verschiedenen Bereichen der Medizin vertreten sind, bieten ausreichende Gewähr dafür, dass der einzelne in den Prüfungskommissionen eingesetzte Prüfer mit dem gesamten Prüfungsstoff befasst werden kann. Die Prüfungsbehörde ist daher nicht gezwungen, mit der Beurteilung bestimmter Prüfungsaufgaben nur solche Prüfer zu betrauen, die auf dem besonderen Fachgebiet, dem die Prüfungsaufgabe entstammt, auch sonst tätig oder gar auf diesem Gebiet besonders spezialisiert sind (vgl. BVerwG, Beschl. v. 02.04.1979 - 7 B 61.79 - DÖV 1979, 753, juris, Rn. 2).

Einer **Aufzeichnung der Prüfungsinhalte** bedarf es nicht. Ein **nachträglicher Rücktritt** vom Fachkundegespräch wegen Krankheit kommt nicht in Betracht. In einem **Prüfungsgespräch** geht es um die **allgemeine Fachkunde im Strahlenschutz** und nicht um die auf den Praxisalltag beschränkte Fachkunde.

d) Streitwertfestsetzung in Verfahren über die Zusatzbezeichnung eines Arztes

VGH Hessen, Beschluss v. 05.09.2016 - 7 E 2118/16

RID 16-04-206

juris
GKG § 52

Leitsatz: In einem arztrechtlichen Verfahren, das die **Zuerkennung einer Zusatzbezeichnung** betrifft, ist als **Streitwert** ein Betrag von 15.000,00 Euro festzusetzen.

3. Zulassung Präimplantationsdiagnostik: Kein Rechtsschutz des ungeeigneten Konkurrenten

VG Gelsenkirchen, Beschluss v. 26.04.2016 - 19 L 1065/16

RID 16-04-207

juris = GesR 2016, 599
PIDV § 3; VwGO §§ 42 II, 80a

Leitsatz: 1. § 3 Abs. 2 Satz 3 PIDV vermittelt Drittschutz nur denjenigen Bewerbern, die sämtliche Voraussetzungen für die **Zulassung als Zentrum für Präimplantationsdiagnostik** nach § 3 Abs. 2 Satz 1 PIDV erfüllen.

2. Es spricht vieles dafür, dass sich dem Gesetz über die Zulassung von Zentren und über die Einrichtung der Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik in Nordrhein-Westfalen (PIDG NRW) **keine Kontingentierung** der Zulassung von Zentren für Präimplantationsdiagnostik in **Nordrhein-Westfalen** entnehmen lässt

4. Strafrecht

a) BGH: Vermögensbetreuungspflicht als Hauptpflicht eines Vertragsarztes gegenüber Krankenkasse

BGH, Beschluss v. 16.08.2016 - 4 StR 163/16

RID 16-04-208

juris = NJW 2016, 3253

StGB § 266 I

Leitsatz: Den **Vertragsarzt** einer Krankenkasse trifft dieser gegenüber eine **Vermögensbetreuungspflicht** im Sinn des § 266 Abs. 1 StGB, die ihm zumindest gebietet, **Heilmittel** nicht ohne jegliche medizinische Indikation in der Kenntnis zu verordnen, dass die verordneten Leistungen nicht erbracht, aber gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden sollen.

Der als Chirurg zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Angeklagte (A) arbeitet mit den Betreibern (B) von drei regionalen Gesundheitszentren zusammen, in denen sie u.a. Physiotherapie und Krankengymnastik anbieten. In den Jahren 2005 bis 2008 erstellte A in insgesamt 479 Fällen Heilmittelverordnungen für physiotherapeutische Leistungen, die er ohne Untersuchung oder anderweitige Konsultation erstellte; eine medizinische Indikation bestand für sie nicht. Vielmehr wurden A von B aufgrund eines gemeinsamen Tatplans Krankenversicherungskarten von Angestellten der Gesundheitszentren und - u.a. - den Spielern eines Fußballvereins überlassen, die A als Mannschaftsarzt sowie B unentgeltlich - physiotherapeutisch - betreuten. B ließ sich die Erbringung der von A verordneten Leistungen von den „Patienten“ bestätigen, obwohl sie - was A ebf. wusste und billigte - in keinem der Fälle erbracht worden waren. Anschließend wurden sie bei verschiedenen Krankenkassen eingereicht und von diesen in Höhe von insgesamt 51.245,73 € bezahlt. Von den Zahlungen erhielt der A keinen Anteil. Ihm ging es darum, die einträgliche Stellung als Kooperationsarzt zu erhalten und das unberechtigte Gewinnstreben der B zu ermöglichen. Das **LG** verurteilte A wegen Untreue in 479 Fällen in Tateinheit mit Beihilfe zum Betrug in 217 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und setzte deren Vollstreckung zur Bewährung aus. Der **BGH** änderte auf die Revision des A das Urteil dahin ab, dass die Verurteilung wegen tateinheitlich begangener Beihilfe zum Betrug in 217 Fällen entfällt.

Aus den Gründen:

„(...)14 (3) Auf dieser Grundlage eröffnet sich dem Vertragsarzt bei der Verordnung von Heilmitteln nicht nur eine rein tatsächliche Möglichkeit, auf fremdes Vermögen, nämlich das der Krankenkassen, einzuwirken, auch begründet das hierbei von ihm zu beachtende **Wirtschaftlichkeitsgebot** nicht lediglich eine unter- oder nachgeordnete Pflicht zur Rücksichtnahme auf das Vermögen der Krankenkassen. Ihm obliegt daraus vielmehr – jedenfalls in den hier zu entscheidenden Fällen – eine **Vermögensbetreuungspflicht als Hauptpflicht** im Sinn des § 266 Abs. 1 StGB.

15 (a) Auch wenn zwischen dem Vertragsarzt und den Krankenkassen keine unmittelbaren vertraglichen Beziehungen bestehen, gehen die Befugnisse des Vertragsarztes, auf das Vermögen der Krankenkassen einzuwirken, über eine rein tatsächliche Möglichkeit hierzu weit hinaus (vgl. auch Bülte, NZWiSt 2013, 346, 347, 349).

16 Denn der Vertragsarzt erklärt – wie ausgeführt – mit der Heilmittelverordnung in eigener Verantwortung, dass alle Anspruchsvoraussetzungen für das Heilmittel erfüllt sind: Das verordnete Heilmittel geeignet, ausreichend, notwendig und wirtschaftlich, um die festgestellte Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder die festgestellten Krankheitsbeschwerden zu lindern (BSG, Urteil vom 13. September 2011 – B 1 KR 23/10 R, BSGE 109, 116, 118, juris Rn. 13). Die **vertragsärztliche Verordnung** eines Heil- oder Arzneimittels dokumentiert, dass es als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Kosten der Krankenkasse an den Versicherten abgegeben bzw. erbracht wird (vgl. BSG, Urteil vom 28. September 2010 – B 1 KR 3/10 R, BSGE 106, 303, 305, juris Rn. 13). Seine **Rechtsmacht** zur Konkretisierung des entsprechenden Anspruchs des gesetzlich Versicherten gegen die Krankenkasse umfasst dabei zwar insbesondere das **verbindliche Feststellen der medizinischen Voraussetzungen** des Eintritts des Versicherungsfalles mit Wirkung für den Versicherten und die Krankenkasse (BGH, Großer Senat, Beschluss vom 29. März 2012 – GSSSt 2/11, BGHSt 57, 202, 215, juris Rn. 37). Da die Verordnung aber auch die an die Krankenkasse gerichtete Feststellung umfasst, das Heilmittel sei notwendig sowie wirtschaftlich und werde zur Erfüllung der Sachleistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung auf Kosten der Krankenkasse erbracht, hat er dieser gegenüber **eine Stellung inne, die durch eine besondere Verantwortung für deren Vermögen gekennzeichnet ist**. Dies wird auch dadurch belegt, dass sich das dem Vertragsarzt bei der Heilmittelverordnung obliegende Wirtschaftlichkeitsgebot vorrangig als Verpflichtung gegenüber der letztlich die Zahlung bewirkenden Krankenkasse verstehen lässt (vgl. auch Leimenstoll, Vermögensbetreuungspflicht des Vertragsarztes?, 2012, Rn. 375). Der Vertragsarzt hat mithin eine **hervorgehobene Pflichtenstellung mit einem selbstverantwortlichen Entscheidungsbereich gegenüber der Krankenkasse** inne; die wirtschaftliche Bedeutung, die der Verordnung unter anderem von Heilmitteln zukommt, begründet daher eine Vermögensbetreuungspflicht des Vertragsarztes gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen (ebenso Schneider, HRRS 2010, 241, 245 f.; a.A. etwa Ulsenheimer, MedR 2005, 622, 626 f.; Geis, GesR 2006, 345, 352; Leimenstoll, wiSt 2013, 121, 127, 128; ders., Vermögensbetreuungspflicht des Vertragsarztes?, 2012, Rn. 362 mwN, 382).

17 (b) Bei dieser Vermögensbetreuungspflicht handelt es sich auch um eine Hauptpflicht in obigem Sinne. (...)

20 Dabei ergibt sich die **Bedeutung des Wirtschaftlichkeitsgebots** schon daraus, dass es – wie oben dargelegt – für alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen gilt. Es begrenzt die Leistungspflicht der Krankenkassen und das Leistungsrecht der Leistungserbringer (BGH, Großer Senat, Beschluss vom 29. März 2012 – GSSSt 2/11, BGHSt 57, 202, 216 mwN, juris Rn. 42) und ist Grundlage für das notwendigerweise auch auf Vertrauen gestützte Abrechnungssystem (vgl. BGH, Urteil vom 12. Februar 2015 – 2 StR 109/14, NSiZ 2015, 341, 342, juris Rn. 22, für das Abrechnungssystem der Apotheker; ferner Leimenstoll, Vermögensbetreuungspflicht des

Vertragsarztes?, 2012, Rn. 320). Der – neben anderen – das Wirtschaftlichkeitsgebot normierende § 12 SGB V wird deshalb zu Recht als „Zentralvorschrift des Rechts der GKV“ bezeichnet (so Noftz in Hauck/Noftz, SGB, Stand 01/00, § 12 SGB V Rn. 6 mwN).

21 Dem Wirtschaftlichkeitsgebot ist mithin „ein hoher Stellenwert“ zuzumessen (BGH, Großer Senat, Beschluss vom 29. März 2012 – GSSt 2/11, BGHSt 57, 202, 216 mwN, juris Rn. 42). Es soll – nicht anders als in Fällen der sog. Haushaltsuntreue (vgl. dazu BGH, Beschluss vom 26. November 2015 – 3 StR 17/15, wistra 2016, 314, 324, juris Rn. 82; ähnlich: Urteil vom 24. Mai 2016 – 4 StR 440/15, wistra 2016, 311 ff.) – die bestmögliche Nutzung der vorhandenen Ressourcen sicherstellen (vgl. auch Noftz, aaO, § 12 SGB V Rn. 11). Bei seiner Wahrung geht es um den Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter, nämlich die Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (BVerfG, Beschluss vom 28. August 2007 – 1 BvR 1098/07). Dem kommt schon deshalb besondere Bedeutung zu, weil der in einem System der Sozialversicherung Pflichtversicherte typischerweise keinen unmittelbaren Einfluss auf die Höhe seines Beitrags und auf Art und Ausmaß der ihm im Versicherungsverhältnis geschuldeten Leistungen hat. In einer solchen Konstellation der einseitigen Gestaltung der Rechte und Pflichten der am Versicherungsverhältnis Beteiligten bedarf es des Schutzes der beitragspflichtigen Versicherten vor einer Unverhältnismäßigkeit von Beitrag und Leistung (vgl. BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98, BVerfGE 115, 25, 42, juris Rn. 51), was auch dadurch gewährleistet wird, dass die gesetzliche Krankenversicherung den Versicherten Leistungen nur unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung stellt (BVerfG aaO, juris Rn. 57).

22 Der Bedeutung des Vertragsarztes hierbei Rechnung tragend bezeichnet das Bundesverfassungsgericht den **Vertragsarzt als „Sachwalter der Kassenfinanzen insgesamt“** (BVerfG, Beschluss vom 20. März 2001 – 1 BvR 491/96, BVerfGE 103, 172, 191, juris Rn. 60). (...)

24 (cc) Der Einordnung der Vermögensbetreuungspflicht als Hauptpflicht steht nicht entgegen, dass die Grundpflicht eines Arztes auf **die Wahrung der Interessen des Patienten** gerichtet ist (vgl. dazu BGH, Großer Senat, Beschluss vom 29. März 2012 – GSSt 2/11, BGHSt 57, 202, 208 ff., juris Rn. 20, 33, 43; ferner Ulsenheimer, MedR 2005, 622, 626; Corts, MPR 2013, 122, 124; Leimenstoll, Vermögensbetreuungspflicht des Vertragsarztes?, 2012, Rn. 380) und die Pflicht zur Wirtschaftlichkeit den Vertragsarzt „nicht unmittelbar im Verhältnis zu den gesetzlichen Krankenkassen“ treffen soll (so BGH, Großer Senat, Beschluss vom 29. März 2012 – GSSt 2/11, BGHSt 57, 202, 217, juris Rn. 44). Denn die jeden behandelnden Arzt treffende Grundpflicht zur Wahrung der Interessen des Patienten schließt es nicht aus, ihnen – oder wie hier: einem Teil von ihnen – weitere Hauptpflichten aufzuerlegen und Vertragsärzte zur Wahrung der Vermögensinteressen der Krankenkassen im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots zu verpflichten. Ihr **Recht, einen freien Beruf auszuüben**, wird hierdurch nicht in unverhältnismäßiger Weise eingeschränkt (Noftz, aaO, § 12 SGB V Rn. 13 mwN; vgl. aber auch Geis, wistra 2005, 369, 370; Leimenstoll, wistra 2013, 121, 123 f., 126; ders., Vermögensbetreuungspflicht des Vertragsarztes?, 2012, Rn. 211, 379). Soweit der Große Senat des Bundesgerichtshofs ausführt, dass die Pflicht zur Wirtschaftlichkeit den Vertragsarzt „nicht unmittelbar im Verhältnis zu den gesetzlichen Krankenkassen“ trafe, stünde dies der Annahme einer Hauptpflicht zur Vermögensbetreuung ebenfalls nicht entgegen. Denn eine Norm- oder Obliegenheitsverletzung kann selbst dann pflichtwidrig im Sinn von § 266 StGB sein, wenn eine unmittelbare vertragliche Beziehung nicht besteht, die verletzte Rechtsnorm oder Obliegenheit aber wenigstens auch, und sei es mittelbar, vermögensschützenden Charakter hat (vgl. BGH, Urteil vom 28. Juli 2011 – 4 StR 156/11, NStZ-RR 2011, 374, 376, juris Rn. 18 mwN). (...)

44 3. Der Senat kann jedoch angesichts der **maßvollen Ahndung der vom Landgericht festgestellten Taten** ausschließen, dass die Strafkammer ohne die Verurteilung auch wegen Beihilfe zum Betrug geringere Einzelstrafen oder eine mildere Gesamtstrafe verhängt hätte, zumal die spätere Entwicklung der Schäden sich auf das Maß der Schuld auswirkt und daher ohnehin bei der Strafzumessung zu berücksichtigen war (vgl. BGH, Beschluss vom 26. November 2015 – 3 StR 17/15, wistra 2016, 316, 314, 325, juris Rn. 92). Die tateinheitliche Verwirklichung mehrerer Straftatbestände als solche hat die Strafkammer dem Angeklagten nicht strafschärfend angelastet. (...)

b) Aufsichtspflicht des Arztes bei der Erbringung von Speziallaborleistungen in Laborgemeinschaften

LG Köln, Beschluss v. 11.02.2015 - 118 KLS 9/13

RID 16-04-209

juris = medstra 2016, 239

StGB §§ 16 I 1, 263; GOÄ § 4 II

Der Angeklagte hat sich im Übrigen nicht wegen **Betruges nach § 263 StGB** strafbar gemacht, da **kein Vorsatz** in Bezug auf die Täuschungshandlung und die Rechtswidrigkeit des erstrebten Vermögensvorteils festgestellt werden konnte.

Der Angeklagte täuschte in den verfahrensgegenständlichen Fällen objektiv seine Patienten über das Vorliegen der **Voraussetzungen, die zur Abrechnung von M-III-Leistungen berechtigen**. Durch die Abrechnung der Leistungen machte der Angeklagte nicht lediglich einen Zahlungsanspruch geltend, sondern behauptete auch, die Voraussetzungen der zugrunde liegenden Rechtsvorschriften eingehalten zu haben. Wer eine Leistung einfordert, bringt damit zugleich das Bestehen des zugrunde liegenden Anspruchs, hier also die Abrechnungsfähigkeit der in Rechnung gestellten ärztlichen Leistung zum Ausdruck (vgl. BGH, Beschl. v. 25.01.2012 - 1 StR 45/11 -; BGH, Urt. v. 04.09.2012 - 1 StR 534/11 -; BGH, Urt. v. 10.03.1993 - 3 StR 461/92).

Der Angeklagte war in den verfahrensgegenständlichen Fällen nicht zur Abrechnung der M-III-Laborleistungen gegenüber seiner Patienten nach § 4 II GOÄ berechtigt, da es sich **nicht um eigene Leistungen** des Angeklagten handelte. Erbringt der Arzt die Leistung nicht persönlich, liegt eine eigene Leistung im Sinne dieser Vorschrift nur vor, wenn sie unter seiner Aufsicht nach seiner fachlichen Weisung erbracht wird. Eine Ausnahme gilt lediglich für Laborleistungen des Abschnitts M. II. des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

Welche Anforderungen an die **Aufsichtspflicht des Arztes bei der Erbringung von Speziallaborleistungen in Laborgemeinschaften** zu stellen sind, wird in Rechtsprechung und Literatur nicht einheitlich beantwortet. Die Kammer hält es für erforderlich, dass der abrechnende Arzt

während des gesamten Untersuchungsvorgangs entweder im Labor selbst oder in dessen unmittelbarer Nähe anwesend ist. Unmittelbare Nähe in diesem Sinne ist nur gegeben, wenn der Arzt für die Labormitarbeiter jederzeit persönlich, nicht nur telefonisch, ansprechbar ist. Die Anwesenheit in der Privatwohnung oder einem Restaurant reichen unabhängig von der räumlichen Entfernung vom Labor nicht aus.

S. auch LG Düsseldorf, Beschl. v. 28.04.2015 - 1 AR 13/15 - RID 16-01-230.

5. Berufspflichten: Werbeanzeige „Zahnersatz zum Nulltarif“/Herstellung in Asien

**BerufsG f. Heilberufe beim VG Münster, Beschluss v. 04.11.2015 - 18 K
2010/14.T**

RID 16-04-210

MedR 2016, 645

HeilberufsG NRW §§ 29 I, 31 I 1, 32, 58a, 107, 108

Leitsatz (MedR): 1. Über den Antrag auf **gerichtliche Nachprüfung** der durch eine Zahnärztekammer erteilten Rüge kann in Nordrhein-Westfalen durch Urteil nach mündlicher Verhandlung oder im schriftlichen Verfahren durch Beschluss entschieden werden.

2. Ein Zahnarzt verletzt seine **Berufspflicht**, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und eine berufswidrige, insbesondere anpreisende, irreführende, herabsetzende oder vergleichende Werbung zu unterlassen, nicht, wenn er im Text einer **Werbeanzeige** (noch) nicht darauf hinweist, dass der von ihm beworbene „Zahnersatz zum Nulltarif“ in Asien hergestellt wird, durch den Hinweis auf seine Internetseite ein interessierter Patient aber mehrfach darauf hingewiesen wird, dass der Zahnersatz ohne Zuzahlung aus Asien importiert wird.

6. Ausschluss eines Arztes wegen Übermaßbehandlung durch private Krankenkasse

LG Dortmund, Urteil v. 30.09.2015 - 2 O 59/15

RID 16-04-211

juris

BGB § 823 I

Eine **Ausschlussentscheidung einer privaten Krankenkasse** - bzw. die Mitteilung dessen gegenüber ihren Versicherungsnehmern -, die Kosten für die Behandlung eines bestimmten Arztes, der eine ambulante Tagesklinik für chronische Erkrankungen führt, an der Therapiemaßnahmen der Homöopathie, Allopathie sowie Naturheilverfahren durchgeführt werden, und deren Liquidationen den Durchschnitt anderer Praxen übersteigen, ist nicht als **betriebsbezogener Eingriff** zu werten. Ein unmittelbar auf Beeinträchtigung der beruflichen Tätigkeit des Arztes gerichtetes Handeln kann hierin nicht gesehen werden. Unmittelbares Ziel ist eine Ausgestaltung der Rechte und der Pflichten im Rahmen des Vertragsverhältnisses zu den Versicherten.

Die Krankenkasse kann sich gegenüber den Versicherten rechtmäßig auf den **Ausschlussstatbestand** des § 5 I Buchst. c) MB/KK berufen und damit auf eine legitime Rechtsausübung in eigener Angelegenheit. Die Übermaßbehandlung, bei der unverhältnismäßige Kosten produziert werden, stellt einen „wichtigen Grund“ für den Ausschluss dar.

7. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Gutschein für Laserkorrektur zu Komplettpreis ist irreführend und berufswidrig

LG Dortmund, Urteil v. 21.04.2016 - 16 O 61/15

RID 16-04-212

juris

UWG § 4 Nr. 11; GOÄ § 5

Vermittelt eine Anzeige dem durchschnittlich vorinformierten, adäquat aufmerksamen Verbraucher den Eindruck, die **komplette Laserkorrektur** für einen **Preis** von 1.699 € zu erhalten, soll aber eine **individuelle Abrechnung** nach Behandlungsaufwand erfolgen, was sich dem durchschnittlich informierte Verbraucher aus dem Hinweis „Rechnungslegung erfolgt nach GOÄ“ nicht schließen lässt, so enthält die Anzeige **irreführende Angaben** über den Preis der Laserbehandlung und ist daher geeignet, auf die Entscheidungsfreiheit des Verbrauchers unangemessenen und unsachlichen Einfluss zu nehmen. Eine solche Werbung ist auch **berufswidrig**.

b) Schönheitsoperationen: Vorher-Nachher-Bilder

OLG Koblenz, Urteil v. 08.06.2016 - 9 U 1362/15

RID 16-04-213

juris = WRP 2016, 1293
UWG §§ 3a, 11 I 3

Leitsatz (WRP): Das Erfordernis einer **vorherigen Registrierung per E-Mail** ändert nichts am Werbecharakter so genannter **Vorher-Nachher-Bilder**, die Patienten vor und nach **Schönheitsoperationen** zeigen und auf der Internetseite eines Arztes eingestellt sind.

c) Handlungspflicht ab Kenntnis von irreführendem Eintrag im Internet (Dokortitel)

LG Hamburg, Urteil v. 26.07.2016 - 312 O 574/15

RID 16-04-214

juris
UWG §§ 3, 5 I 1, II Nr. 5, 8 I 1, III Nr. 2

Wird im geschäftlichen Verkehr ein **Dokortitel „Dr. med. dent“ verwendet**, der tatsächlich nicht erlangt wurde, so stellt dies eine irreführende Handlung über die Befähigung und Qualifikation der so betitelten Unternehmerin dar, wenn diese als Zahnärztin zahnmedizinische Leistungen anbietet. Eine Zahnärztin haftet für **irreführende Einträge im Internet** als Täterin durch pflichtwidriges Unterlassen. Sie ist aufgrund ihrer unternehmerischen Sorgfaltspflicht gemäß § 3 II UWG verpflichtet, **ab Kenntnis** von den jeweiligen Verletzungshandlungen die ihr möglichen und zumutbaren Maßnahmen zu ergreifen, um dafür Sorge zu tragen, dass die konkreten irreführenden Einträge im Internet entfernt oder korrigiert würden.

d) Ordnungsmittelverfahren: Zuwiderhandlung gegen Untersagungsverfügung

LG Köln, Beschluss v. 06.05.2016 - 31 O 196/14

RID 16-04-215

juris
ZPO § 890

Wurde einem Arzt **untersagt**, mit dem Hinweis „Handchirurgie“ **zu werben**, gilt dies für alle Werbemedien. Soweit der Schuldner einwendet, über langjährige Berufserfahrung auf dem Gebiet der Handchirurgie zu verfügen, kann dies im Ordnungsmittelverfahren keine Berücksichtigung finden. Einem **Chefarzt** einer Klinik obliegt eine **besondere Kontrollobliegenheit**. Er muss sich Kenntnis über die im Eingangsbereich der Klinik ausliegenden Flyer verschaffen.

e) Werbung mit einer Folgekostenversicherung

LG Düsseldorf, Urteil v. 19.08.2016 - 38 O 15/16

RID 16-04-216

juris
UWG §§ 3a, 8 III Nr. 2

§ 3 I 2 BOÄ verbietet **Ärzten**, ihren Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise für **gewerbliche Zwecke** herzugeben. Hiergegen verstößt ein Arzt, der mit seinem Namen für ein gewerbliches Unternehmen eines Versicherungsunternehmens wirbt.

f) Rechtsweg bei Wettbewerbsklage gegen Träger der integrierten Versorgung

KG Berlin, Beschluss v. 25.04.2016 - 2 W 2/15 Kart

RID 16-04-217

juris = Magazindienst 2016, 755
SGB V § 140a; GVG § 13; SGG § 51

Für die Klage eines Wettbewerbsvereins gegen eine Bekl., der von einem e.V., dem rund 120 Augenärzte angehörten, jedenfalls Abrechnungsleistungen im Rahmen eines mit der Krankenkasse geschlossenen **Vertrages nach § 140a SGB V** über die integrierte Versorgung von bei dieser Kasse versicherten Patienten übertragen wurden, in dessen Rahmen retinale Erkrankungen durch Mitglieder dieses Vereins behandelt werden sollten, auf Unterlassung bestimmter Handlungen, ist nicht die

Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit gem. § 51 I Nr. 2, II 1 SGG, sondern der **Rechtsweg zu den ordentlichen Gerichten** – hier den Zivilgerichten – gegeben.

8. Gehsteigberatung schwangerer Frauen vor Abtreibungsklinik: Sensibles Beratungsmodell

VG München, Urteil v. 12.06.2016 - M 22 K 15.4369

RID 16-04-218

juris

GG Art. 1 I, 2 II, 4, 5

Leitsatz: Ein **Totalverbot** jeglicher **Gehsteigberatung schwangerer Frauen** vor einer Abtreibungsklinik ist grundsätzlich rechtswidrig. Es muss Raum bleiben für ein sensibles und die besondere Situation der Frau berücksichtigendes Ansprechen der Frau auf die Abtreibungsproblematik und ein Zeigen entsprechenden Informationsmaterials verbunden mit dem Angebot einer weitergehenden Beratung und Übergabe von Informationsmaterial einschließlich des Aufzeigens von Hilfen bei einer Entscheidung für das Leben des Ungeborenen (sog. **sensibles Beratungsmodell**).

9. Arbeits- und Sozialrecht

a) Kein Entgelt für Ausbildungstätigkeit als PIA

LAG Köln, Urteil v. 25.05.2016 - 11 Sa 936/15

RID 16-04-219

juris

BGB § 612 I

Für die **praktische Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten** besteht kein Anspruch auf angemessene **Ausbildungsvergütung** nach §§ 17 I 1, 26 BBiG, da die Anwendung des BBiG, einschl. der dort vorgesehenen Vergütungsregelung nach § 7 PsychThG ausgeschlossen ist.

Es besteht auch kein **Vergütungsanspruch** in entsprechender Anwendung des § 612 I BGB, wenn die Praktikumsstätigkeit der Ausbildung dient und sie sich darin erschöpft und sich nicht feststellen lässt, dass höherwertige Dienste, die erheblich von der in der Ausbildungsordnung vorgeschriebenen Art und Weise abweichen, geleistet werden.

b) Betriebsratspflichtige Einbeziehung von Dipl.-Psych. in Ausbildung in Haustarifvertrag

LAG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.02.2016 - 18 TaBV 710/15

RID 16-04-220

Rechtsbeschwerde eingelegt: BAG - 1 ABR 44/16 -

juris

PsychThG § 5; PsychTh-APrV § 2

Auch **Diplom-Psychologen in Ausbildung** zum Psychologischen Psychotherapeuten sind während ihrer praktischen Tätigkeit i.S.d. § 2 PsychTh-APrV nach **Haustarifverträgen** einzugruppieren, wenn sie nicht von einer Geltungsbereichsausnahme erfasst werden.

c) Arbeitszeitgesetz: Urlaubstage und gesetzliche Feiertage als Ausgleichstage

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 23.06.2016 - 4 A 2803/12

RID 16-04-221

juris

ArbZG; Tarifvertrag für Ärzte und Ärztinnen an Universitätskliniken vom 30.11.2006

Leitsatz: Bei der Berechnung der nach dem Arbeitszeitgesetz und nach tarifvertraglicher Regelung zulässigen jahresdurchschnittlichen **Höchstleistungszeit** für Ärzte in Universitätskliniken dürfen **Tage des bezahlten Jahresurlaubs**, auch soweit die über den gesetzlichen Mindesturlaubsanspruch hinausgehen, nicht als **Ausgleichstage** berücksichtigt werden.

VG Köln, Urt. v. 22.11.2012 - 1 K 4015/11 - RID 13-01-238 wies die Klage des Krankenhausträgers ab, das **OVG** die Berufung zurück.

d) Unterzeichnung eines Arbeitszeugnisses durch Personalleiter

LAG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 23.06.2016 - 1 Ta 68/16

RID 16-04-222

juris

ZPO § 888; GewO § 109

Leitsatz: 1. Auch in einer **Arztpraxis** mit nur wenigen Beschäftigten darf ein **Arbeitszeugnis** vom **Personalleiter** unterzeichnet werden. Dem steht weder entgegen, dass die Inhaberin der Praxis selbst zur Zeugniserteilung verurteilt worden ist, noch sonstige Gesichtspunkte.

2. Die **Verwendung von Geheimzeichen** im Sinne von § 109 Abs. 2 Satz 2 GewO muss derjenige belegen, der sich auf diese Norm beruft.

e) Selbständige Tätigkeit einer zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 08.07.2016 - L 4 R 4979/15

RID 16-04-223

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV § 7a I; SGB VI § 1 I Nr. 1

Besteht weder ein **Weisungsrecht** einer niedergelassenen Zahnärztin noch eine **Eingliederung** in deren Arbeitsorganisation, dann übt eine **zahnmedizinische Verwaltungsassistentin**, die insgesamt Praxisverwaltungstätigkeiten für sechs Zahnarztpraxen übernommen hat, eine selbständige Tätigkeit aus.

f) Rechtswegentscheidung zum Dienstvertrag einer Ärztlichen Direktorin

LAG Baden-Württemberg, Beschluss v. 03.08.2016 - 22 Ta 106/16

RID 16-04-224

Beschwerde anhängig: BAG - 9 AZB 41/16 -

juris

UKG §§ 11, 12; ZPO § 253 II; GVG § 17a II 1; VwGO § 40 II 2; BeamStG § 54 I; ArbGG § 2

Leitsatz: Grundlage für die Prüfung des **Rechtsweges** und der Zuständigkeit ist der jeweilige **Streitgegenstand**, der durch die angekündigten Anträge (§ 253 Abs. 2 Ziff. 2 ZPO) bestimmt wird und die Rechtsnatur des erhobenen Anspruchs festlegt. Wird die Klage auf einen **Dienstvertrag** mit **Rechtsformwahl nach §§ 11 und 12 UKG** gestützt und dem bürgerlichen Recht zugeordnet, ist der Rechtsweg zu den Gerichten für **Arbeitssachen** (gegen VGH Baden-Württemberg vom 02.08.2012 - AZ. 9 S 2752/11) eröffnet.

10. Beteiligung an der Privatliquidation des Chefarztes nur bei vertraglicher Abrede

AG Lüdinghausen, Urteil v. 21.04.2016 - 4 C 288/15

RID 16-04-225

juris

BGB §§ 145, 677, 683 S. 1

Die **Beteiligung eines Oberarztes** an der **Privatliquidation des Chefarztes** setzt eine **vertragliche Abrede** zwischen den Parteien voraus. Der Chefarzt muss eine **Willenserklärung** dergestalt abgeben, dass er sich rechtlich dahin binden will, dem Oberarzt für die „überobligatorischen“ Vertretungsleistungen eine Beteiligung an den Liquidationserlösen aus den Wahlleistungen (den Abrechnungen stationärer privatärztlicher Leistungen) in Form von Geldzahlungen zu gewähren. Eine zivilrechtliche Anspruchsgrundlage ist aus den **standesrechtlichen Vorschriften** nicht herzuleiten. Ein Anspruch aus **Geschäftsführung ohne Auftrag** scheidet aus, wenn der **Arbeitsvertrag** des Oberarztes auch die Vertretung des Chefarztes im Rahmen der oberärztlichen Tätigkeit vorsieht.

11. Vertrag zur integrierten Versorgung: Sorgfaltspflichten bei rechtsgrundloser Zahlung

OLG Koblenz, Beschluss v. 09.03.2016 - 5 U 1056/15

RID 16-04-226

juris

BGB §§ 280, 818 III; SGB V § 140a

Ein Arzt, der Kooperationspartner eines Vertrags zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V ist, steht in einem Vertragsverhältnis, das **wechselseitige Sorgfaltspflichten** begründet. Erhält er rechtsgrundlos Zahlungen (hier: 29.238,98 €) aufgrund einer Namensverwechslung, so obliegt es ihm, die Zahlungseingänge mit seinen Rechnungen abzugleichen, was den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Buchführung entspricht. Er kann sich nicht auf Entreicherung berufen.

12. Feststellung der Identität des Patienten vor Abschluss eines Behandlungsvertrags

AG Lünen, Urteil v. 10.02.2016 - 7 C 424/15

RID 16-04-227

juris = GesR 2016, 557

BGB §§ 241 II, 280, 311 II

Aus einem mit einem Augenarzt **vereinbarten Behandlungstermin** wächst keine Verpflichtung des Augenarztes zur ärztlichen Behandlung und mithin zum Abschluss eines als Dienstvertrag höherer Art (§§ 611, 627 Abs.1 BGB) zu qualifizierenden Behandlungsvertrags (vgl. KG MDR 2010, 16), wenn weder ein medizinischer Notfall noch ein sonstiger einen konkreten Kontrahierungszwang begründender Umstand vorliegt.

Der Arzt, der zum Vertragsabschluss letztlich deshalb nicht bereit ist, weil der privat krankenversicherte Patient einen amtlichen Lichtbildausweis nicht vorlegen kann und eine zweifelsfreie **Feststellung seiner Identität** daher nicht möglich ist, verfolgt ein berechtigtes Interesse im Hinblick auf Prüfung der Realisierbarkeit seiner Honorarforderung.

13. Entschädigung als Zeuge oder Sachverständiger

a) Voraussetzungen für einen außergewöhnlich umfangreichen Befundbericht

LSG Bayern, Beschluss v. 07.07.2016 - L 15 RF 23/16

RID 16-04-228

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

JVEG §§ 10 I, 19 I

Leitsatz: 1. Maßstab bei der Beurteilung, ob ein **Befundbericht außergewöhnlich umfangreich** ist, ist im Wesentlichen der **Umfang der Ausführungen des berichtenden Arztes**.

2. Als außergewöhnlich umfangreich sieht der Senat einen Befundbericht grundsätzlich erst dann an, wenn er den **Umfang von sechs vollen Seiten** erreicht.

3. Bei der Ermittlung der Seitenzahl ist von einer **Standardseite** mit 30 Zeilen je 60 Anschlägen pro Seite (= 1.800 Anschläge pro Seite) auszugehen.

4. Ist der Umfang von sechs vollen Seiten nicht erreicht, ist nur dann von einem außergewöhnlich umfangreichen Befundbericht auszugehen, wenn es ohne weiteres und offenkundig auf der Hand liegt, dass der **zeitliche Aufwand** für die Erstellung außergewöhnlich groß gewesen ist. An die **Prüfpflichten der Kostenbeamten** und Kostenrichter sind dabei nur vergleichsweise geringe Anforderungen zu stellen.

b) Honorargruppe M 2 bei schwerbehindertenrechtlichen Gutachten

LSG Bayern, Beschluss v. 04.08.2016 - L 15 RF 15/16

RID 16-04-229

juris
JVEG §§ 4, 9

Leitsatz: 1. Raum für eine andere Vergütung als nach der **Honorargruppe M 2** besteht für ein auf dem Gebiet des SGB IX erstelltes Gutachten (**schwerbehindertenrechtliches Gutachten**) nicht.
2. Der Vollständigkeit halber: Eine **besonders hervorgehobene berufliche Position** oder eine überdurchschnittliche wissenschaftliche Qualifikation des Sachverständigen sind genauso wie die Erforderlichkeit einer Auseinandersetzung mit Vorgutachten kein Kriterium bei der Bestimmung der Honorargruppe.

c) Außergewöhnlich umfangreicher Befundbericht

LSG Bayern, Beschluss v. 03.08.2016 - L 15 RF 19/16

RID 16-04-230

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
JVEG §§ 4 I, 10 I, 19 I

Leitsatz: 1. Maßstab bei der Beurteilung, ob ein Befundbericht **außergewöhnlich umfangreich** ist, ist im Wesentlichen der Umfang der Ausführungen des berichtenden Arztes.
2. Als außergewöhnlich umfangreich sieht der Senat einen Befundbericht grundsätzlich erst dann an, wenn er den **Umfang** von sechs vollen Seiten erreicht.
3. Bei der Ermittlung der **Seitenzahl** ist von einer Standardseite mit 30 Zeilen je 60 Anschlägen pro Seite (= 1.800 Anschläge pro Seite) auszugehen.
4. Die für die Erstellung des Befundberichts erforderliche **Zeit** ist nicht nach Stundensätzen zu honorieren.

d) Nur Mindestentschädigung für Negativauskunft

SG Karlsruhe, Beschluss v. 15.07.2016 - S 1 KO 2283/16

RID 16-04-231

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
JVEG §§ 4, 10

Leitsatz: Bezieht sich der Inhalt der schriftlichen Auskunft eines sachverständigen Zeugen ausschließlich auf einen vom Gericht nicht erfragten Zeitraum und kann der sachverständige Zeuge mangels Untersuchung/Behandlung zum erfragten Zeitraum **keine Angaben machen**, handelt es sich - im Ergebnis - um ein sog. **Negativattest** und um einen unverwertbaren Bericht. Hierfür steht dem Arzt **keine Entschädigung** nach der Anl. 2 Nr. 200ff zu § 10 Abs. 1 JVEG, sondern nur die Mindestentschädigung nach § 20 JVEG zu (Bestätigung von SG Karlsruhe vom 22.05.2015 - S 1 SF 1609/15 E - <juris>).

e) Kein Honorar für Zeitaufwand bei nachträglicher Übersendung von Unterlagen

LSG Bayern, Beschluss v. 19.08.2016 - L 15 RF 18/16

RID 16-04-232

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
JVEG §§ 4, 5, 10, 11, 12

Leitsatz: 1. Das **JVEG** stellt ein geschlossenes, in sich stimmiges Entschädigungs- und **Vergütungssystem** mit abgeschlossenen Regelungen dar. Andere Tatbestände, Kosten oder Aufwendungen als die, die der Gesetzgeber explizit aufgeführt hat, können daher bei der Vergütung nicht berücksichtigt werden.
2. Die für die **Nachsendung** von vom Gericht angeforderter Unterlagen erforderliche **Zeit** ist nicht mit einem Honorar zu vergüten. Sie ist bereits durch die **Gemeinkosten** und damit das für das **Gutachten** zustehende Honorar abgedeckt.

f) Gutachten zur Erwerbsminderung/Berufliche Position und Qualifikation des Gutachters

LSG Bayern, Beschluss v. 16.08.2016 - L 15 RF 17/16

RID 16-04-233

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
JVEG §§ 4, 9

Leitsatz: 1. Gutachten zur Frage der **Erwerbsminderung** im Sinn des SGB VI sind, von ganz besonders gelagerten Einzelfällen abgesehen und damit fast ausnahmslos, der **Honorargruppe M 2** zuzuordnen.

2. Ein **höherer Aufwand** begründet keine höhere Honorargruppe.

3. Die **interdisziplinäre Feststellung** und Bewertung einer Krankheit ist im sozialgerichtlichen Gutachten, gerade auf dem Gebiet des Rentenrechts oder des Schwerbehindertenrechts, typischerweise Aufgabe eines Sachverständigen und begründet keine höhere Honorargruppe.

4. Mit einer **besonders hervorgehobenen beruflichen Position** (z.B. der eines Klinikdirektors), einer überdurchschnittlichen **wissenschaftlichen Qualifikation** (z.B. in Form eines Professorentitels) oder anderen **Zusatzqualifikationen** eines Sachverständigen (z.B. Zertifizierungen als Sachverständiger) kann eine höhere Honorargruppe nie begründet werden.

g) Keine Kürzung der Vergütung eines Gutachters trotz erheblicher Überschreitung des Vorschusses

LSG Bayern, Beschluss v. 24.08.2016 - L 15 SF 128/16

RID 16-04-234

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
JVEG § 8a IV, V

Leitsatz: 1. Eine **Überschreitung** des für ein Gutachten vom Kläger eingezahlten **Vorschusses** ist dann **erheblich**, wenn die Überschreitung **mindestens 20 %** des Vorschusses beträgt.

2. Von einer Widerlegung des vom Gesetzgeber vermuteten **Verschuldens des Sachverständigen** hinsichtlich der Überschreitung des Vorschusses kann grundsätzlich nur dann ausgegangen werden, wenn der Sachverständige keine Kenntnis von der Höhe des Vorschusses gehabt hat.

3. Eine **Kürzung der Vergütung** des Sachverständigen auf die Höhe des Vorschusses kommt mangels Verschulden des Sachverständigen nicht in Betracht, wenn diesem nicht die genaue Höhe des zur Verfügung stehenden Vorschusses vom Gericht mitgeteilt worden ist.

4. Aus einer **Mitteilung des Sachverständigen** zu einer wahrscheinlichen Kostensteigerung kann nicht auf eine Kenntnis des Sachverständigen von der genauen Vorschusshöhe geschlossen werden.

Parallelverfahren:

LSG Bayern, Beschluss v. 23.08.2016 - L 15 RF 21/16

RID 16-04-235

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

h) Umsatzsteuer als Teil der Vergütung eines Gutachtens und Überschreitung des Vorschusses

LSG Bayern, Beschluss v. 22.08.2016 - L 15 RF 28/16

RID 16-04-236

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
JVEG §§ 8, 8a, 12

Leitsatz: 1. Eine **Überschreitung** des für ein Gutachten eingezahlten **Vorschusses** ist dann **erheblich**, wenn die Überschreitung mindestens 20 % des Vorschusses beträgt.

2. Bei der Beurteilung der Frage der **Erheblichkeit der Überschreitung** kommt es darauf an, was dem Sachverständigen ohne die Regelung des § 8a Abs. 4 JVEG als Vergütung zustehen würde.

3. Die **Umsatzsteuer** ist Teil der Vergütung und kann daher bei der Frage der Erheblichkeit der Überschreitung von Bedeutung werden, auch wenn sie sich für den Sachverständigen als durchlaufender Posten darstellt. Entscheidend ist nicht, was dem Sachverständigen nach Abzug der Umsatzsteuer als Vergütung verbleibt, sondern was der Beteiligte für das Gutachten aufzuwenden hat.

4. Von einer **Widerlegung** des vom Gesetzgeber vermuteten **Verschuldens** des Sachverständigen hinsichtlich der Überschreitung des Vorschusses kann grundsätzlich nur dann ausgegangen werden, wenn der Sachverständige keine Kenntnis von der Höhe des Vorschusses gehabt hat.

i) Nachträgliche Reduzierung der Vergütungsforderung eines Sachverständigen

LSG Bayern, Beschluss v. 06.10.2015 - L 15 SF 323/14

RID 16-04-237

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

JVEG §§ 2 I, II, 8a IV; GG Art. 3 I

Leitsatz: 1. Eine **Überschreitung** des für ein Gutachten vom Kläger eingezahlten **Vorschusses** ist dann erheblich, wenn die Überschreitung mindestens 20 % des Vorschusses beträgt.

2. Bei der Beurteilung der Frage der **Erheblichkeit** der Überschreitung kommt es darauf an, was dem Sachverständigen als Vergütung objektiv zustehen würde, nicht darauf, was er als Vergütung gefordert hat.

3. Von einer **Widerlegung** des vom Gesetzgeber vermuteten **Verschuldens** des Sachverständigen kann grundsätzlich nur dann ausgegangen werden, wenn der Sachverständige keine Kenntnis von der Höhe des Vorschusses gehabt hat.

4. Rechtsfolge der erheblichen Überschreitung des Vorschusses ist die **Kürzung der Vergütung** auf die Höhe des Vorschusses. Ein Aufschlag auf die Höhe dessen, was die maximal mögliche Vergütung unterhalb der Erheblichkeitsgrenze darstellen würde, ist nicht vorzunehmen.

5. Eine **nachträgliche Reduzierung der Forderung des Sachverständigen** unter die Erheblichkeitsgrenze des § 8 a Abs. 4 JVEG ist nur innerhalb der Antragsfrist des § 2 Abs. 1 JVEG oder im Wege der Wiedereinsetzung mit den dabei zu beachtenden Voraussetzungen möglich.

j) Aufwändungsersatz für stationäre Aufnahme aufgrund gerichtlich angeordneter Begutachtung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 06.07.2015 - L 12 KO 46/12

RID 16-04-238

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

JVEG §§ 1 I, 4, 8 I Nr. 4, 12 I 2 Nr. 1; ZPO § 287 II

Leitsatz: 1. Rechtsgrundlage für einen Anspruch auf **Aufwändungsersatz** für die stationäre Aufnahme in einem Krankenhaus aufgrund einer **gerichtlich angeordneten Begutachtung** ist allein § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG; insbesondere besteht kein Anspruch auf Vergütung nach dem KHEntgG (insoweit wie Senatsbeschluss vom 29.01.2008 - L 12 R 4303/06 KO-B -).

2. Liegt ein Einzelnachweis der gutachtenbezogenen Aufwendungen nicht vor, ist zur Konkretisierung der „**notwendigen besonderen Kosten**“ im Sinne des § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG auf einen pauschalierenden Ansatz zurückzugreifen (Anschluss an Hessisches LSG, Beschluss vom 30.06.2014 - L 2 R 106/13 B -, juris).

3. Der Senat **schätzt** den auch ohne konkreten Nachweis anzunehmenden **Aufwand** für das Jahr 2011 auf 210,- € pro Tag. Er geht dabei mit dem Hessischen LSG (a.a.O.) von 200,- € pro Tag für das Jahr 2010 aus und passt diesen Betrag unter Berücksichtigung der niedrigsten eintagesbezogenen Fallpauschale für Belegabteilungen (2010/2011: DRG O64B), der Entwicklung der Basisfallwerte sowie der allgemeinen Preisentwicklung an.

4. Neben diesem ohne Einzelnachweis vergütungsfähigen Aufwand für die stationäre Aufnahme sind noch die konkret nachgewiesenen **Kosten einzelner Leistungen** des Krankenhauses abrechnungsfähig, die für das Gutachten notwendig sind.

14. Ordnungsgeld trotz nachträglicher Vorlage eines Befundberichtes

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 01.08.2016 - L 11 SB 126/16 B

RID 16-04-239

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG § 118; ZPO §§ 377, 380, 381; StGBEG Art. 6

Die **nachträgliche Vorlage eines Befundberichtes** gebietet nicht die Aufhebung eines **Ordnungsgeldes** nach § 380 I ZPO wegen **Ausbleibens im Termin** zur Abgabe des Befundberichtes.

Das im mittleren Bereich festgesetzte **Ordnungsgeld von 500 €** begegnet auch in Anbetracht der beruflichen Stellung des Bf. als niedergelassener Arzt keinen durchgreifenden Bedenken. Je 125 € ist ein Tag **Ordnungshaft** ausreichend und angemessen.

15. KV: Verpflichtung zur Auskunft gegenüber der Presse

VG Dresden, Urteil v. 28.06.2016 - 2 K 226/16

RID 16-04-240

juris

SGB V § 79 IV 6; PresseG Sachsen § 4 II; Rundfunkstaatsvertrag § 9a

Eine KV hat der Presse **Auskunft** über das **Verfahren zur Anhebung der Vorstandsbezüge** zu erteilen. Auskünfte können nur insoweit verweigert werden, soweit Vorschriften über die Geheimhaltung entgegenstehen (§ 9a Satz 2 Nr. 2 RStV). Dazu zählen personelle Angelegenheiten, bei der die Vertreterversammlung bestimmte Personenkreise ausschließen kann.

16. Versorgungswerk

a) Ausschluss von Witwengeld: Nach 60. Lebensjahr und dreijährige Ehezeit

VG Schleswig, Urteil v. 30.05.2016 - 7 A 189/15

RID 16-04-241

juris

GG Art. 1 I, 2 I, 3 I, II, 6 I

Die Bestimmung in der Satzung eines ärztlichen Versorgungswerks, wonach **Witwengeld** nicht gewährt wird, wenn die **Ehe** mit dem verstorbenen Mitglied bzw. einem verstorbenen Empfänger von Ruhegeld **nach Vollendung des 60. Lebensjahres** des Mitgliedes geschlossen wurde und nicht **mindestens drei Jahre** bestanden hat, ist nicht aufgrund eines Verstoßes gegen höherrangiges Recht unwirksam.

b) Wirksamwerden der Entscheidung über Versorgungsausgleich

VG Schleswig, Urteil v. 13.09.2016 - 7 A 180/15

RID 16-04-242

juris

FamFG § 224 I

Das **Wirksamwerden der Entscheidung über den Versorgungsausgleich** ist nach § 224 I FamFG zwingend an den Eintritt der **Rechtskraft** gebunden, sodass auch die Folgen aus dieser Entscheidung erst nach Rechtskraft eintreten können. § 21a II 2 der Satzung für das Versorgungswerk der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein kann daher nicht dahingehend ausgelegt werden, dass ein **Leistungsbescheid** der Beklagten bereits ab dem Zeitpunkt des Endes der Ehezeit rechtswidrig wird.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Vereinbarte Chefarztbehandlung: Op durch Oberarzt kann Haftung begründen

BGH, Urteil v. 19.07.2016 - VI ZR 75/15

RID 16-04-243

juris

BGB § 823 I

Leitsatz: Der **Einwand rechtmäßigen Alternativverhaltens**, der darauf zielt, der Patient sei mit der Vornahme des Eingriffs **durch einen anderen Operateur** einverstanden gewesen, ist nicht erheblich, weil dies dem Schutzzweck des Einwilligungserfordernisses bei ärztlichen Eingriffen widerspricht (§ 823 Abs. 1 BGB).

b) Sekundäre Darlegungslast des Krankenhausträgers bei behaupteten Hygieneverstößen

BGH, Beschluss v. 16.08.2016 - VI ZR 634/15

RID 16-04-244

juris

BGB §§ 280, 823; ZPO § 138

Leitsatz: Zur sekundären Darlegungslast des Krankenhausträgers bei behaupteten Hygieneverstößen.

c) Primärschädigung bei fehlerhafter Aufklärung

BGH, Beschluss v. 20.09.2016 - VI ZR 432/15

RID 16-04-245

juris

GG Art. 103 I; ZPO §§ 286 I, 287 I

Die Primärschädigung bei **fehlerhafter Aufklärung** bei einer Operation liegt bereits in dem mangels wirksamer Einwilligung per se rechtswidrigen Eingriff als solchem (vgl. BGH, Urt. v. 29.09.2009 - VI ZR 251/08 - VersR 2010, 115 Rn. 13; v. 19.10.2010 - VI ZR 241/09 - VersR 2011, 223 Rn. 18 m.w.N.). Im Hinblick darauf macht die Nichtzulassungsbeschwerde mit Recht geltend, das Berufungsgericht habe rechtsfehlerhaft auf das Beweismaß des § 286 I ZPO abgestellt, obgleich die Kausalität für den behaupteten Gesundheitsschaden nach dem **Beweismaßstab des § 287 I ZPO** hätte beurteilt werden müssen.

d) Aufklärung der Schwangeren: Veränderung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses

BGH, Beschluss v. 13.11.2016 - VI ZR 239/16

RID 16-04-246

juris

BGB §§ 280, 823; ZPO § 138

Leitsatz: Zum Erfordernis der nochmaligen **Aufklärung der Schwangeren** über die Möglichkeit der Schnittentbindung bei nachträglicher **Veränderung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses** der verschiedenen Geburtswege.

Vorausgehend bereits *BGH*, Versäumnisurt. v. 28.10.2014 - VI ZR 125/13 - RID 15-02-259.

e) Isolierte Kostenentscheidung im selbständigen Beweisverfahren

BGH, Beschluss v. 28.04.2015 - VI ZB 36/14

RID 16-04-247

juris = ZMGR 2016, 242 = NJW 2015, 2590 = MDR 2015, 974 = VersR 2015, 1405 = JR 2016, 540

ZPO § 269

Leitsatz: 1. Im Falle der **Rücknahme** des Antrags auf Durchführung einer Beweisaufnahme im **selbständigen Beweisverfahren** hat die **Kosten** dieses Verfahrens entsprechend § 269 Abs. 3 Satz 2 ZPO grundsätzlich der Antragsteller zu tragen.

2. Der **Kostenausspruch** ist in diesem Fall jedenfalls dann dem **Hauptsacheverfahren** vorbehalten, wenn ein solches anhängig ist und dessen Parteien und Streitgegenstand mit denjenigen des selbständigen Beweisverfahrens identisch sind.

3. Die **sofortige Beschwerde** gegen eine im selbständigen Beweisverfahren entsprechend § 269 Abs. 4 Satz 1 ZPO ergangene **isolierte Kostengrundentscheidung** wird entsprechend § 269 Abs. 5 Satz 2 ZPO unzulässig, wenn gegen den aufgrund dieses Beschlusses ergangenen Kostenfestsetzungsbeschluss ein Rechtsmittel nicht mehr zulässig ist.

2. Behandlungsvertrag mit Ärztin eines Mammographie-Screening-Programms des Landkreises

LG Düsseldorf, Urteil v. 03.09.2015 - 3 O 400/11

RID 16-04-248

juris
BGB § 823 I

Eine **Ärztin eines Mammographie-Screening-Programms des Landkreises** schließt mit den Patientinnen einen **höchstpersönlichen Behandlungsvertrag**. Der Behandlungsvertrag setzt nicht voraus, dass die Patientinnen selbst von der Person des Arztes/der Ärztin konkrete Kenntnis haben, dem/der die Auswertung der Screenings obliegt. Nach den Rechtsgrundsätzen des Geschäftes für den, den es angeht, ist eine solche Kenntnis nicht zu fordern.

3. Behandlungsfehler

a) Anwendung einer für Operateur neuen Technik (biportale Technik nach Chow)

OLG Brandenburg, Urteil v. 18.08.2016 - 12 U 176/14

RID 16-04-249

juris
BGB §§ 253, 280, 823; StGB § 229

Es erscheint bereits nicht möglich, einen **Behandlungsfehler** in Form eines Übernahmeverschuldens in sämtlichen Fällen annehmen zu wollen, in denen der Operateur bei Anwendung einer für ihn **neuen Technik** - hier: Verwendung der biportalen Technik nach Chow operativ bei einem **Karpaltunnelsyndrom** - nicht eine bestimmte Anzahl Operationen durchgeführt hat.

Zur **Behandlungsaufklärung** gehört es, dass der Arzt dem Patienten Kenntnis von Behandlungsalternativen verschafft, wenn gleichermaßen indizierte und übliche Behandlungsmethoden mit wesentlich unterschiedlichen Risiken und Erfolgchancen eine echte Wahlmöglichkeit für den Patienten begründen. An einer Behandlungsalternative fehlt es, wenn eine konservative Behandlung einem operativen Eingriff nicht gleichwertig ist.

b) Drittelrohrplatten zur Stabilisierung von Unterarmschaftfrakturen grob behandlungsfehlerhaft

LG Köln, Urteil v. 13.07.2016 - 25 O 177/14

RID 16-04-250

juris = RDG 2016, 240
BGB §§ 611, 630h V 1, 823 I

Die Verwendung von **Drittelrohrplatten zur Stabilisierung von Unterarmschaftfrakturen** entspricht nicht dem medizinischen Standard. Gleiches gilt für die **Fixierung der Ulnafraktur mit einer 6-Lochplatte** bei nur zwei Schrauben proximal. Ein **grober Behandlungsfehler** ist zu bejahen. Eine **Haftung** ist aber **ausgeschlossen**, wenn feststeht, dass die postoperativen Beschwerden nicht auf die fehlerhafte Verwendung von Drittelrohrplatten zurückzuführen sind. Die Vermutung nach § 630h V 1 BGB wird dadurch widerlegt.

c) Implantation einer Knieoberflächenersatzprothese: Postoperative Nachblutungen

OLG Köln, Urteil v. 01.06.2016 - 5 U 43/15

RID 16-04-251

juris
BGB §§ 280, 823 I, 831 I

Nach einer **Implantation einer Knieoberflächenersatzprothese** rechts kann es zu **Nachblutungen** kommen. Ein starker Blutverlust muss für sich genommen keine Veranlassung für eine **Angiographie** begründen.

d) Wirbelsäulenkorrektur: Vereitlung der Befunderhebung durch Betäubung/Aufklärung

LG Regensburg, Urteil v. 19.11.2015 - 4 O 1318/11

RID 16-04-252

juris = VersR 2016, 1056
BGB §§ 253, 278, 280

Leitsatz (VersR): 1. Wird ein Patient vor der **Operation zur Korrektur der Wirbelsäule** so stark betäubt, dass während der Operation eine Befunderhebung zur Prüfung einer Nervschädigung nicht mehr durchgeführt werden kann, liegt der **Behandlungsfehler** in der Vereitlung der Befunderhebung durch die Betäubung.

2. Vor einer relativ indizierten Operation an der Wirbelsäule ist das **Risiko einer Querschnittslähmung** deutlich anzusprechen. Ein Hinweis auf Nervschädigungen reicht nicht aus.

e) Keine Absetzung von ASS bei einer Kyphoplastie

OLG Köln, Urteil v. 25.04.2016 - 5 U 132/15

RID 16-04-253

juris
BGB §§ 280, 823 I

Es entspricht dem fachärztlichen Standard, bei einer **Kyphoplastie** (minimalinvasives Verfahren zur Behandlung von Wirbelbrüchen) **ASS**, welches wegen eines Aneurysmas eingenommen wird, nicht abzusetzen.

Wird in den Aufklärungsbögen angegeben, es werde nur ASS regelmäßig eingenommen, dann muss der Operateur nicht bei dem behandelnden **Internisten oder Hausarzt nachfragen**, welche Medikamente außer ASS eingenommen werden.

f) Fehlerhafte radiologische Beurteilung der Befunde in Arztbrief

OLG Köln, Beschluss v. 14.03.2016 - 5 U 69/15

RID 16-04-254

juris
BGB §§ 280, 823

Wird in einem **Arztbrief** zu der MRT-Untersuchung im Rahmen der Befundbeschreibung eine **fehlerhafte radiologische Beurteilung der Befunde** vorgenommen (hier: insb. kein Hinweis für eine Osteoepiphysenlösung), handelt es sich um einen **Behandlungsfehler**, auch wenn die Befunde korrekt und umfassend beschrieben werden.

g) Unvollständige Befunderhebung vor Kataraktoperation/Aufklärungsumfang

OLG Karlsruhe, Urteil v. 24.04.2013 - 7 U 38/12

RID 16-04-255

juris
ZPO § 531 II Nr. 1

Wirft der Patient dem Arzt vor, bei zutreffend gestellter Diagnose einer Katarakt ohne ausreichende Abklärung die Indikation zur Operation gestellt zu haben, dann beinhaltet dies den Vorwurf einer **unvollständigen Befunderhebung**, nicht lediglich der unrichtigen Beurteilung eines vollständig erhobenen Befundes und einer deshalb unterbliebenen weiteren Befunderhebung. Das Gericht muss der Frage nachgehen, ob eine Indikation für die Operation vorlag und der Arzt zuvor alle gebotenen Befunde erhoben hat. Es muss feststehen, dass bei deren Durchführung die Indikation zu verneinen gewesen wäre.

Der Arzt hat darüber zu **informieren**, dass eine Indikation zur Operation zweifelhaft und eine Linderung der Beschwerden durch die Operation unsicher ist.

h) Abgrenzung Diagnose- und Befunderhebungsfehler: CTG während Schwangerschaft und Geburt

OLG Naumburg, Urteil v. 14.03.2016 - 1 U 115/14

RID 16-04-256

juris
BGB §§ 278, 280, 823 I

Leitsatz: Zur Abgrenzung zwischen Diagnose- und Befunderhebungsfehler im Zusammenhang mit einer im **Geburtsverlauf** eingetretenen Mangelversorgung des Kindes.

Im August 2008 lag bei Anwendung des **CTG** während der Schwangerschaft und der Geburt die standardgemäße Grenze zur **Tachykardie** bei einer Basalfrequenz zwischen 150 und 160 SpM.

i) Entstehung eines Dekubitus nicht unvermeidbar

LG Köln, Urteil v. 14.06.2016 - 25 O 73/14

RID 16-04-257

juris
BGB §§ 253, 280, 823

Angesichts einer komplexen Gesamtsituation und des in der Person der Patientin bestehenden erheblichen **Risikos für die Entstehung eines Dekubitus** kann nicht sicher festgestellt werden, dass ein voll beherrschbares Risiko vorgelegen hat. Die Entstehung eines Dekubitus war vielmehr durch pflegerische Maßnahmen nur begrenzt zu beeinflussen und nicht sicher vermeidbar.

j) Verspätetes neues Vorbringen (Einriss der Aorta ascendens in unmittelbarer Nähe des Herzens)

OLG Köln, Urteil v. 04.05.2016 - 5 U 122/15

RID 16-04-258

juris
BGB §§ 280, 823 I, 831 I

Zwar sind ein klagender Patient und sein Prozessbevollmächtigter nach BGH, Urt. v. 08.06.2004 - VI ZR 199/03 - BGHZ 159, 254, juris Rn. 28 nicht verpflichtet, sich zur ordnungsgemäßen Prozessführung medizinisches Fachwissen anzueignen. Das bedeutet, dass sie die **Verspätung neuen Vorbringens** damit entschuldigen können, dass sie nach Abschluss der ersten Instanz Leitlinien oder medizinische Literatur durchsehen und durcharbeiten, hierdurch neue Erkenntnisse erlangen und sodann im Prozess vortragen. Dies setzt aber voraus, dass sich die Richtigkeit des neuen Vortrags zumindest im Ansatz aus der Leitlinie oder der medizinischen Literatur ergeben kann und diese zur Stützung des neuen Vorbringens grundsätzlich geeignet sind. Andernfalls verhält sich der Kl. nicht anders als die Partei, die die Indikation einer Operation, deren Durchführung oder die vorherige Aufklärung ohne konkrete Grundlage als fehler- und mangelhaft rügt. Eine entsprechende Vorgehensweise ist stets und bereits in erster Instanz möglich.

Die **offene Operation**, die einen **Einriss der Aorta ascendens in unmittelbarer Nähe des Herzens** betraf und sich daher als Typ A-Dissektion darstellte, war **indiziert**. Das Gegenteil oder die aufklärungspflichtige Alternative einer endovaskulären Einbringung eines Stents kann der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Typ B-Dissektionen nicht ansatzweise entnommen werden.

4. Kenntnis von anspruchsbegründenden Tatsachen nach Sturz von einer Behandlungsliege

OLG Köln, Beschluss v. 29.04.2016 - 5 U 93/15

RID 16-04-259

juris
BGB §§ 280, 823 I, 831 I

Verspürt der Patient infolge des **Sturzes von einer Behandlungsliege** Schmerzen, wird ihm eine schmerzstillende Spritze verabreicht und wird er noch am Unfalltag in der fachorthopädischen Abteilung einer Klinik behandelt und ist er ab dem Unfall annähernd zehn Monate arbeitsunfähig krankgeschrieben, dann hat er **Kenntnis** von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners i.S.d. § 199 I BGB.

5. Aufklärung/Einwilligung

a) Nachweis der Aufklärung/Zeitpunkt der Aufklärung

LG Kiel, Urteil v. 24.07.2015 - 8 O 268/12

RID 16-04-260

juris
BGB §§ 253 II, 280 I

An den Nachweis einer vollständigen Aufklärung durch den Arzt im Arzthaftungsprozess dürfen keine übertriebenen Anforderungen gestellt werden. Wenn feststeht, dass überhaupt ein **Aufklärungsgespräch stattgefunden** hat, kann es ausreichen, wenn der Arzt belegen kann, was bei ihm **ständige Praxis der Aufklärung** ist und dass dies auch im vorliegenden Fall eingehalten worden ist (OLG Naumburg, Urt. v. 15.03.2012 - 1 U 72/11 - NJOZ 2012, 2132).

Der **Zeitpunkt der Aufklärung** etwas mehr als fünf Monate vor der Operation (hier: im Augenbereich) ist noch zeitgerecht. Zwar darf die Aufklärung zu einem ärztlichen Eingriff am Behandlungstag nicht zu lange zurück liegen. Sie muss in angemessener Zeit vor dem Eingriff erfolgen, damit der Patient das Für und Wider abwägen und seine persönliche Entscheidung treffen kann. Eine pauschale Zeitangabe gibt es dabei aber nicht. Wesentlich ist, ob die Aufklärung dem Patienten eine noch am Eingriffstag aktuelle Entscheidungsgrundlage zur Eingriffseinwilligung bietet.

b) Dokumentationspflicht/Aufklärung über Möglichkeit eines Implantatbruchs

OLG Köln, Beschluss v. 21.07.2016 - 5 U 31/16

RID 16-04-261

juris
BGB § 823

Inhalt und Umfang der Dokumentationspflicht bestimmen sich nach dem Zweck der Dokumentation. Diese dient ausschließlich dem therapeutischen Interesse des Patienten, der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Behandlung und deren Fortführung hinsichtlich Diagnose und Therapie und nicht dem vollständigen lückenlosen Festhalten ärztlichen Handelns und auch nicht dazu, Beweise für einen Haftpflichtprozess gegen den Arzt zu sichern.

Die Patientin ist über die **Möglichkeit eines Implantatbruchs**, die Gefahr einer durch den Implantatbruch verursachten Verletzung des Beines sowie über die Notwendigkeit einer Revisionsoperation aufgeklärt worden. Über die **statistische Häufigkeit** dieser Komplikation muss sie ungefragt nicht aufgeklärt werden. Ebenso wenig muss sie im Rahmen einer Aufklärung „im Großen und Ganzen“ darüber aufgeklärt werden, dass anstatt von - im besten Falle - drei Schrauben möglicherweise nur eine Schraube eingebracht werden könnte und dadurch das Risiko eines Implantatbruchs erhöht sein könnte.

c) Fehlende Hinweise auf Risiken einer Neulandmethode

OLG Hamm, Beschluss v. 15.02.2016 - 3 U 59/15

RID 16-04-262

juris
BGB § 823 I

Leitsatz: Zur Haftung aus einem Aufklärungsdefizit bei Anwendung einer Neulandmethode.

d) Neue Behandlungsmethode mit nicht zugelassenem Produkt (Studie)/Schmerzensgeld

LG Essen, Urteil v. 09.02.2016 - 1 O 241/12

RID 16-04-263

juris
BGB §§ 253, 823, 831, 840

Wird ein **Flüssigkeitsembolisat**, bei dem es sich um ein in **Deutschland noch nicht zugelassenes Produkt** zur Behandlung von Hirnaneurysmen handelt mit dementsprechend noch ungeklärten Risiken, unter Schutz eines Ballons eingebracht, so ist auch über die Nichtzulassung **aufzuklären**. Es

reicht nicht aus anzugeben, dass es sich um eine neue Methode handelt, zu der eine Studie durchgeführt wird.

Für das Durchlesen einer schriftlichen, 16 Seiten umfassenden **Patienteninformation** muss ausreichend Zeit zur Verfügung stehen. Eine schriftliche Information ersetzt zudem nicht ein ordnungsgemäßes Aufklärungsgespräch.

Ein **Schmerzensgeld** von 65.000 € ist angemessen, wenn es durch die Behandlung zu Mediateilinfarkten kommt, die zunächst sehr schwerwiegende körperliche Folgen haben (zunächst rechtsseitig Lähmung, starke Sprachstörung, zweimonatige stationäre Reha-Behandlung, trotz weiterer ambulanter Therapien über mehrere Jahre ist aber trotz weiterer Besserung noch ein ganz erheblicher Dauerschaden bei der erst 34-jährigen Kl. verblieben).

e) Ergänzende Sicherungsaufklärung bei Veränderung der Diagnoselage

OLG Saarbrücken, Urteil v. 06.07.2016 - 1 U 87/14

RID 16-04-264

juris

BGB §§ 280, 630a, 823 I

Leitsatz: Bei einer zum Nachteil für die Gesundheit des Patienten geänderten Diagnoselage ist der Arzt zu einer **ergänzenden**, die neue Lage berücksichtigenden, therapeutischen **Sicherungsaufklärung** verpflichtet.

f) Entscheidungskonflikt und fehlende Behandlungsalternative (Second-Look-Operation HNO)

OLG Köln, Beschluss v. 22.03.2016 - 5 U 83/15

RID 16-04-265

juris

BGB §§ 280, 823

Der **Einwand hypothetischer Einwilligung** greift durch, wenn der Kl. einen plausiblen **Entscheidungskonflikt** nicht darzulegen vermag. Es fehlt an einem Entscheidungskonflikt, wenn der Kl. deutlich macht, dass er dann (und nur dann) in einen Entscheidungskonflikt gekommen wäre, wenn ihm eine **Behandlungsalternative** zur Verfügung gestanden hätte und er darüber aufgeklärt worden wäre, aber keine Behandlungsalternative besteht. Aufklärungsbedürftig sind nur echte Behandlungsalternativen. Die stets gegebene Möglichkeit, einen mit Risiken behafteten notwendigen Eingriff durchführen zu lassen oder ihn sein zu lassen, ist keine Behandlungsalternative.

g) Versteifungsoperation des Sprunggelenks: Pseudoarthrose

OLG Hamm, Urteil v. 08.07.2016 - 26 U 203/15

RID 16-04-266

juris

BGB §§ 31, 89, 249, 253, 280, 630d, 630e, 823

Leitsatz: Vor einer **Versteifungsoperation des Sprunggelenks (Arthrodes)** kann ein Arzt einen Patienten über das Risiko einer **Pseudoarthrose** aufzuklären haben.

h) Implantation eines Herzschrittmachers bei Beschwerden unklarer Genese

OLG Koblenz, Urteil v. 20.01.2016 - 5 U 1209/13

RID 16-04-267

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823; ZPO §§ 141, 356, 286

Leitsatz: 1. Bei der Prüfung, ob ein **Behandlungsfehler** vorliegt, bleibt eine etwaige Verletzung der **ärztlichen Aufklärungspflicht** außer Betracht. Ist eine medizinisch indizierte Maßnahme durchgeführt worden, deren Alternativlosigkeit und Dringlichkeit streitig bleibt, kann in der Regel nicht von einer Fehlbehandlung ausgegangen werden.

2. Der Arzt muss den Patienten auch darüber **aufklären**, dass ein Eingriff angesichts der unklaren Genese der Ausfälle und Beschwerden möglicherweise nur relativ indiziert und gegebenenfalls außerdem nicht dringlich ist.

3. Berufte die Behandlungsseite sich auf eine **hypothetische Einwilligung** des Patienten, kann dessen gerichtliche Anhörung zur Frage des Entscheidungskonflikts ausnahmsweise entbehrlich sein, wenn dieser sich aus sonstigen Umständen des Einzelfalls zweifelsfrei ergibt (hier: besonders kritischer Patient, der bereits mehrere andere Ärzte wegen der konkreten Beschwerden konsultiert und einen andernorts vereinbarten OP-Termin abgesagt hat).

BGH, Beschl. v. 19.07.2016 - VI ZR 63/16 - wies die Nichtzulassungsbeschwerde des Bekl. zurück.

i) Cerebrale intraarterielle Angiografie und Embolisation

OLG Köln, Urteil v. 17.08.2016 - 5 U 158/15

RID 16-04-268

juris
BGB §§ 280, 823 I, 831 I

Die **Aufklärung** über eine **cerebrale intraarterielle Angiografie und Embolisation** ist ausreichend, wenn erläutert wird, dass der Verlauf der Adern mit einem Kontrastmittel geprüft, ein Ballon in eine Hirnarterie eingeführt und die Auswirkungen beobachtet und ein Mittel zur Verringerung der Durchblutung des Meningeoms eingespritzt werden soll, und wenn über die Risiken aufgeklärt wird.

j) Operation nach Kausch-Whipple wegen des Verdachts auf Pankreaskopfkarzinom

OLG Köln, Urteil v. 22.06.2016 - 5 U 147/15

RID 16-04-269

juris
BGB § 823

Vor einer **Operation nach Kausch-Whipple wegen des Verdachts auf Pankreaskopfkarzinom** ist über Operationsindikation, Art, Umfang und Durchführung des Eingriffs einschließlich der Möglichkeit des Abbruchs für den Fall, dass sich ein festzustellender Tumor als nicht operabel darstellen würde, und über mögliche Risiken und Folgen des Eingriffs **aufzuklären**. Umfangreiche Einzeichnungen in der Abbildung 1 des Aufklärungsbogens stellen ein klares Indiz dafür dar, dass die Vorgehensweise des Operators während des Eingriffs detailliert beschrieben worden ist. Die **ärztliche Dokumentation** des Aufklärungsgesprächs hat die Vermutung der Richtigkeit.

k) Hypothetische Einwilligung in eine Organentnahme bei einer Lebendnierenspende

OLG Hamm, Urteil v. 07.09.2016 - 3 U 6/16

RID 16-04-270

juris
TPG § 8 II; BGB § 823

Leitsatz: Ein Verstoß gegen die formellen Voraussetzungen des § 8 Abs. 2 Transplantationsgesetz (TPG) bewirkt nicht automatisch, dass die **Einwilligung** des Organspenders zur Lebendnierenspende unwirksam und die Organentnahme ein rechtswidriger Eingriff ist. Zu den Voraussetzungen einer **hypothetischen Einwilligung** in eine Organentnahme bei einer Lebendnierenspende.

l) Keine Haftung eines Kinderwunschzentrums für Unterhalt bei Vorliegen der Einwilligung

LG Hamburg, Urteil v. 04.08.2016 - 316 O 318/15

RID 16-04-271

juris
BGB § 280 I

Auch wenn sich die Verpflichtung eines Kinderwunschzentrums, die Kinderwunschbehandlung nicht ohne **Einwilligung des Ehemanns** durchzuführen, nicht direkt aus § 630d BGB ergibt, da die medizinischen Maßnahmen direkt nur an der früheren Ehefrau durchgeführt werden, so ergibt sich diese Verpflichtung jedenfalls aus der allgemeinen Schutzpflicht des Kinderwunschzentrums. Das Einverständnis mit der Behandlung kann formfrei und konkludent erklärt werden. Die in § 630f BGB vorgesehene Dokumentationspflicht des behandelnden Arztes betrifft nur das Einverständnis des Patienten, an dem die ärztliche Behandlung durchgeführt wird. Nach der Musterrichtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion vom 17.02.2006 besteht aber eine **Dokumentationspflicht**, dass sich die **künftigen Eltern** mit der Verwendung von heterologen Samen

und der Dokumentation von Herkunft und Verwendung der Samenspende einverstanden erklärt und den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht entbunden haben.

Eine **Einverständniserklärung** bleibt wirksam, wenn sie nicht widerrufen wird.

m) Rein ästhetischer Eingriff: Sklerosierungsbehandlung von sog. Besenreisern

OLG Hamm, Urteil v. 13.05.2016 - 26 U 187/15

RID 16-04-272

juris

BGB §§ 249, 253 II, 280 I, 611, 823

Leitsatz: Die Sklerosierungsbehandlung von sog. **Besenreisern** erfordert eine umfassende ärztliche **Aufklärung** des Patienten, wenn es sich um einen **rein ästhetischen Eingriff** handelt. Wird der Patient ausreichend aufgeklärt, kann der für den Patienten schmerzhafteste Umstand, dass Injektionsmittel nicht in eine Vene, sondern in umliegendes Gewebe gelangt, nicht als Behandlungsfehler zu werten sein.

6. Selbständiges Beweisverfahren: Rechtliches Interesse/Substantiierungsanforderungen

OLG Naumburg, Beschluss v. 25.02.2016 - 1 W 46/15

RID 16-04-273

juris

ZPO §§ 485, 487

Leitsatz: 1. Dass die sachverständige Klärung der Ursachen für einen behaupteten Gesundheitsschaden ergeben kann, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, wie schwer er wiegt und ob ein Verschulden des Arztes gegeben ist (= allesamt Rechtsfragen), hindert nicht das rechtliche Interesse i.S.v. § 485 Abs. 2 ZPO an einer **vorprozessualen Klärung der Ursachen** für die behaupteten gesundheitlichen Beschwerden.

2. Kein **rechtliches Interesse** i.S.v. § 485 Abs. 2 ZPO besteht aber für die **hypothetische Frage** danach, worauf die dargestellten gesundheitlichen Beschwerden des Antragstellers zurückzuführen sind, falls sich keine in der Behandlung durch den Antragsgegner gründenden Ursachen finden lassen sollten.

3. Das zu verlangende Maß an **Substantiierung der Tatsachen**, über die Beweis erhoben werden soll (§ 487 Nr. 2 ZPO), hat die - geringen - Substantiierungsanforderungen im Arzthaftungsprozess zu berücksichtigen. Stellt der Antragsteller mit hinreichendem Einzelfallbezug (und nicht nur pauschal und formelhaft) dar, welche behaupteten, als Gesundheitsschaden empfundenen Folgeerscheinungen er auf die ärztliche Behandlung zurückführt, so ist den Anforderungen aus § 487 Nr. 2 ZPO regelmäßig genügt.

7. Sachverständige

a) Qualifikation des Sachverständigen

BGH, Beschluss v. 13.07.2016 - XII ZB 46/15

RID 16-04-274

juris

FamFG § 280 I 2

Leitsatz: Ergibt sich die **Qualifikation des Sachverständigen** nicht ohne Weiteres aus seiner **Fachbezeichnung als Arzt**, ist seine Sachkunde vom Gericht zu prüfen und in der Entscheidung darzulegen. Hierfür genügt regelmäßig die tatrichterliche Feststellung, dass der beauftragte Sachverständige **Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie** ist (im Anschluss an Senatsbeschluss vom 16. Dezember 2015, XII ZB 381/15, FamRZ 2016, 456).

b) Befangenheit: Pflicht zur Offenbarung langjähriger wissenschaftlich-kollegialer Zusammenarbeit

OLG Celle, Beschluss v. 10.02.2016 - 1 W 2/16

RID 16-04-275

juris = MedR 2016, 628
ZPO §§ 42, 406

Leitsatz: Zur **Befangenheit** eines **medizinischen Sachverständigen**, der die jahrelange wissenschaftlich-kollegiale Zusammenarbeit mit einem der Beklagten nicht ungefragt anzeigt.

8. Rubrumsberichtigung bzgl. des bekl. Krankenhausträgers

OLG Köln, Beschluss v. 19.10.2015 - 5 W 36/15

RID 16-04-276

juris = GesR 2016, 516
ZPO § 253

Bei einer an sich korrekten Bezeichnung einer tatsächlich existierenden (juristischen oder natürlichen) Person kommt ein objektives Verständnis, **eine andere Person sei gemeint**, nur in Betracht, wenn aus dem übrigen Inhalt der Erklärung unzweifelhaft deutlich wird, dass eine andere und welche Partei tatsächlich gemeint ist (BGH v. 24.01.2013 - VII ZR 128/12 - juris Rn. 17).

9. Prozesskostenhilfe für selbständiges Beweisverfahren

OLG Köln, Beschluss v. 01.08.2016 - 5 W 18/16

RID 16-04-277

juris
ZPO §§ 114, 487 Nr. 2

Im **Arzthaftungsverfahren** kommt eine Klärung von haftungsrechtlich maßgeblichen Gründen durch einen Sachverständigen im Rahmen eines **selbständigen Beweisverfahrens** immer in Betracht, wenn die Feststellung der Vermeidung eines Rechtsstreits dienen kann. Dies gilt selbst dann, wenn für eine abschließende Klärung weitere Aufklärungen erforderlich erscheinen. Es gilt auch dann, wenn der Ag. deutlich macht, sich den Feststellungen eines Sachverständigen im selbständigen Beweisverfahren nicht beugen zu wollen, also von seiner Seite aus ein Rechtsstreit unvermeidlich sein wird. Es gilt schließlich sogar im Hinblick auf Beweisfragen, die - wie die Frage, ob ein Behandlungsfehler als grob einzustufen wäre - letztlich richterlicher Wertung unterliegen (BGH, Beschl. v. 24.09.2013- VI ZB 12/13 - BGHZ 198, 237 ff.). Wenn das oberste deutsche Zivilgericht ein selbständiges Beweisverfahren für eine grundsätzlich auf Prozessvermeidung gerichtete sinnvolle Vorgehensweise ansieht, ist es nicht möglich, einer Partei, die sich dem anschließt, aus grundsätzlichen Erwägungen **Mutwilligkeit** zu unterstellen.

Dem Antrag auf Durchführung des selbständigen Beweisverfahrens ist nicht stattzugeben, wenn die im beabsichtigten Einleitungsantrag zu bezeichnenden **Beweistatsachen** die notwendige **Substantiierung** vermissen lassen.

10. Zahnärzte

a) Erstattungsanspruch nur für tatsächlich aufgewandte Kosten

OLG Köln, Beschluss v. 03.08.2015 - 5 U 149/14

RID 16-04-278

juris
BGB § 823

Ist die Nachbehandlung noch nicht durchgeführt worden oder zumindest begonnen, besteht noch kein **Erstattungsanspruch**; denn es gibt **keinen Vorschussanspruch**, sondern lediglich einen Erstattungsanspruch für tatsächlich aufgewandte Kosten.

b) Darstellung des Wurzelkanalsystems nicht durch Röntgenbilder

OLG München, Urteil v. 14.09.2016 - 3 U 753/13

RID 16-04-279

juris

ZPO §§ 411, 531 II Nr. 3

Der Vortrag, die **Behandlungsdokumentation** stelle eine **Totalfälschung** und nicht lediglich eine nachträglich veränderte Fassung der Originaldokumentation dar, ist als **neuer Sachvortrag** im Sinne des § 531 Abs. 2 Nr. 3 ZPO nicht berücksichtigungsfähig.

Der gerichtliche Sachverständige hat ausgeführt, dass durch die Fertigung von **Röntgenbildern** in mehreren Ebenen kein entscheidender Erkenntnisgewinn in der **Darstellung des Wurzelkanalsystems** möglich gewesen wäre. Anhaltspunkte, insoweit an den Feststellungen des Sachverständigen zu zweifeln, bestehen nicht.

c) Vorweggenommene Beweiswürdigung nach sich widersprechenden Gutachten und Nachbehandlung

OLG München, Urteil v. 19.10.2016 - 3 U 644/16

RID 16-04-280

juris

ZPO § 537

Hat sich das Gericht mit den **widersprechenden Gutachten** der Sachverständigen eingehend auseinandergesetzt, letztlich jedoch die Auffassung vertreten, dass keiner der vertretenen Ansichten der Vorzug zu geben sei mit der Folge, dass die Sachverständigenfrage zu Ungunsten der beweisbelasteten Partei zu entscheiden sei, eine erneute Ermittlung derjenigen Anknüpfungstatsachen, welche die beiden Sachverständigen im Rahmen der Gutachtensstellung ermittelt hätten, sei wenig erfolgversprechend, was daraus resultiere, dass zwischenzeitlich eine **Nachbehandlung** durchgeführt worden sei und daher die Leistungen des Zahnarztes nicht mehr vorhanden seien, dann nimmt das Gericht verfahrensfehlerhaft die **Beweiswürdigung vorweg**.

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel

1. EuGH: Preisbindung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verstößt gegen Unionsrecht

EuGH, Urteil v. 19.10.2016 - C-148/15

RID 16-04-281

juris = curia.europa.eu

AEUV Art. 34, 36

Deutsche Parkinson Vereinigung e. V./Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs e. V.

Vorabentscheidungsersuchen des OLG Düsseldorf, Beschl. v. 24.03.2015 - 20 U 149/13 - RID 15-04-251

1. Art. 34 AEUV ist dahin auszulegen, dass eine nationale Regelung wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehende, die vorsieht, dass für **verschreibungspflichtige Humanarzneimittel einheitliche Apothekenabgabepreise** festgesetzt werden, eine Maßnahme mit gleicher Wirkung wie eine mengenmäßige **Einfuhrbeschränkung** im Sinne dieses Artikels darstellt, da sie sich auf die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch in anderen Mitgliedstaaten ansässige Apotheken stärker auswirkt als auf die Abgabe solcher Arzneimittel durch im Inland ansässige Apotheken.

2. Art. 36 AEUV ist dahin auszulegen, dass eine nationale Regelung wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehende, die vorsieht, dass für verschreibungspflichtige Humanarzneimittel einheitliche Apothekenabgabepreise festgesetzt werden, nicht mit dem **Schutz der Gesundheit und des Lebens** von Menschen im Sinne dieses Artikels gerechtfertigt werden kann, da sie nicht geeignet ist, die angestrebten Ziele zu erreichen.

2. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Umsatzsteuerlast und Versichertenstatus der Arzneimittelempfänger

BGH, Beschluss v. 22.06.2016 - V R 42/15

RID 16-04-282

juris
EGRL 112/200

Leitsatz: Dem Gerichtshof der Europäischen Union wird folgende Rechtsfrage zur **Vorabentscheidung** vorgelegt:

Ist ein **pharmazeutischer Unternehmer**, der Arzneimittel liefert, auf Grundlage der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Union (Urteil Elida Gibbs vom 24. Oktober 1996 C-317/94, EU:C:1996:400, Slg. 1996, I-5339, Rz 28, 31) und unter Berücksichtigung des unionsrechtlichen Grundsatzes der Gleichbehandlung zu einer Minderung der **Bemessungsgrundlage** nach Art. 90 der Richtlinie des Rates vom 28. November 2006 über das gemeinsame Mehrwertsteuersystem 2006/112/EG (MwSystRL) berechtigt, wenn

- er diese Arzneimittel über Großhändler an Apotheken liefert,
- die Apotheken steuerpflichtig an privat Krankenversicherte liefern,
- der Versicherer der Krankheitskostenversicherung (das Unternehmen der privaten Krankenversicherung) seinen Versicherten die Kosten für den Bezug der Arzneimittel erstattet und
- der pharmazeutische Unternehmer aufgrund einer gesetzlichen Regelung zur Zahlung eines „Abschlags“ an das Unternehmen der privaten Krankenversicherung verpflichtet ist.

b) Unerlaubter Umgang mit Betäubungsmitteln: Keine Rechtfertigung wegen Schmerzbehandlung

BGH, Beschluss v. 28.06.2016 - 1 StR 613/15

RID 16-04-283

juris
StGB § 34

Leitsatz: Der **unerlaubte Umgang mit Betäubungsmitteln** zum Zweck der Eigenbehandlung eines Schmerzpatienten kann regelmäßig nicht durch § 34 StGB gerechtfertigt sein.

3. Apothekenrecht

a) EuGH: Zulassungsfreiheit für hergestellte Arzneimittel (Weihrauch-Extrakt-Kapseln)

EuGH, Urteil v. 26.10.2016 - C-276/15

RID 16-04-284

juris
EGRL 83/2001 Art. 3; AMG § 21 II Nr. 1; UWG §§ 4 Nr. 11, 8; HeilMWerbG § 3a

Vorabentscheidungsersuchen BGH, Beschl. v. 16.04.2015 - I ZR 130/13 - RID 15-03-250
Hecht-Pharma GmbH gegen Hohenzollern Apotheke, Inhaber Winfried Ertelt,
Art. 2 Abs. 1 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel in der durch die Richtlinie 2011/62/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 8. Juni 2011 geänderten Fassung ist dahin auszulegen, dass ein **Humanarzneimittel** wie das im Ausgangsverfahren in Rede stehende, das nach einer nationalen Regelung **keiner Zulassung** bedarf, weil es aufgrund nachweislich häufiger ärztlicher oder zahnärztlicher Verschreibung in den wesentlichen Herstellungsschritten in einer Apotheke in einer Menge bis zu 100 abgabefertigen Packungen an einem Tag im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebs hergestellt wird und zur Abgabe im Rahmen der bestehenden Apothekenbetriebserlaubnis bestimmt ist, vorbehaltlich der tatsächlichen Feststellungen, die dem vorlegenden Gericht obliegen, nicht als im Sinne dieser Bestimmung **gewerblich oder unter Anwendung eines industriellen Verfahrens zubereitet** anzusehen ist und folglich nicht in den Anwendungsbereich dieser Richtlinie fällt.

Für den Fall, dass das vorlegende Gericht nach diesen Feststellungen zu der Auffassung gelangt, dass das fragliche Arzneimittel gewerblich oder unter Anwendung eines industriellen Verfahrens zubereitet

wurde, ist zudem zu antworten, dass Art. 3 Nr. 2 der Richtlinie 2001/83 in der durch die Richtlinie 2011/62 geänderten Fassung dahin auszulegen ist, dass er Bestimmungen wie § 21 Abs. 2 Nr. 1 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln in Verbindung mit § 6 Abs. 1 der Verordnung über den Betrieb von Apotheken nicht entgegensteht, soweit diese die Apotheker der Sache nach verpflichten, **bei der Zubereitung von Arzneimitteln in der Apotheke die Pharmakopöe** zu beachten. Es obliegt jedoch dem vorlegenden Gericht, zu prüfen, ob in dem Sachverhalt des ihm unterbreiteten Einzelfalls das im Ausgangsverfahren in Rede stehende Arzneimittel nach Vorschrift einer Pharmakopöe zubereitet wurde.

b) Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)

aa) Verdünnen und Umfüllen steriler Augentropfen/Rekonstitution

BVerwG, Beschluss v. 01.03.2016 - 3 B 15.15

RID 16-04-285

juris =

AMG §§ 4, 67; ApoBetrO § 35 IV

Nach § 4 XXXI AMG ist unter **Rekonstitution** u.a. die Überführung eines Fertigarzneimittels in seine anwendungsfähige Form unmittelbar vor der Anwendung beim Menschen gemäß den Angaben der Packungsbeilage zu verstehen. Es trifft zu, dass von dem Begriff der Rekonstitution nur **einfache Herstellungstätigkeiten** erfasst werden, die auch ein Patient gefahrlos auszuführen vermag. Ob eine Tätigkeit zur Herstellung eines Arzneimittels (§ 4 XIV AMG) als einfacher Vorgang angesehen werden kann, ist eine Frage des Einzelfalls, die sich regelmäßig einer verallgemeinerungsfähigen revisionsgerichtlichen Bewertung entzieht.

Der Inhaber einer Apotheke ist von dem Erfordernis der **Herstellungserlaubnis** befreit, soweit sich die Herstellung von Arzneimitteln im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebs hält (§ 13 II Nr. 1 AMG).

OVG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 16.10.2014 - OVG 5 B 2.12 - RID 15-01-223 wies die Berufung des Kl., das **BVerwG** die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

bb) Externer Lagerraum für heimversorgende Aktivitäten einer Apotheke

BVerwG, Urteil v. 25.05.2016 - 3 C 8.15

RID 16-04-286

juris

ApoG §§ 1, 6; ApoBetrO § 4 IV 1 Nr. 1

Leitsatz: 1. **Externe Lagerräume** im Sinne des § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 ApoBetrO dürfen neben lagertypischen Tätigkeiten der Heimversorgung auch für **heimversorgende Tätigkeiten** genutzt werden, die das Apothekengesetz und die Apothekenbetriebsordnung keinen anderen Betriebsräumen der Apotheke zuordnen.

2. Die Erweiterung einer Apotheke um **externe Betriebsräume** muss von der **Apothekenbetriebserlaubnis** gedeckt sein. Werden die neuen Räumlichkeiten von der bestehenden Betriebserlaubnis nicht umfasst, bedarf der Apotheker einer entsprechenden Erweiterung seiner Erlaubnis.

3. Die nachträgliche Inbetriebnahme eines externen Lagerraums als Apothekenbetriebsraum setzt **keine Abnahme** im Sinne des § 6 ApoG voraus.

OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.04.2015 - 13 A 2551/13 - RID 15-03-254 stellte - unter Zurückweisung der Berufung d. Kl. im Übrigen - fest, dass der Kl. berechtigt ist, in Lagerräumen i.S.d. § 4 IV 1 Nr. 1 2. Alt. ApoBetrO auch die folgenden heimversorgenden Tätigkeiten auszuüben; das **BVerwG** wies die Revisionen d. Kl. u. d. Bekl. zurück.

c) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Angabe eines um 5% überhöhten Vergleichspreises in der Werbung

BGH, Urteil v. 31.03.2016 - I ZR 31/15

RID 16-04-287

juris

UWG § 5; SGB V § 130 I

Leitsatz: Apothekenabgabepreis

Die Angabe eines um 5% überhöhten **Vergleichspreises** in der **Werbung einer Apotheke** für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel ist im Sinne des § 5 Abs. 1 Satz 1 UWG geeignet, den Verbraucher zu einer geschäftlichen Entscheidung zu veranlassen, die er andernfalls nicht getroffen hätte.

bb) Heimversorgungsvertrag/Nichtbeachtung einer Kündigungsfrist als Vertragspflichtverletzung

BGH, Urteil v. 14.07.2016 - III ZR 446/15

RID 16-04-288

juris

NGN §§ 241 II, 252, 280 I 1; ApoG § 12a I; HeimG § 1

Leitsatz: 1. Der **Heimversorgungsvertrag**, den der Apotheker mit dem Heimträger nach § 12a Abs. 1 ApoG schließt, ist seiner Rechtsnatur nach ein der behördlichen Genehmigung unterliegender, privatrechtlicher, zugunsten der Heimbewohner wirkender Rahmenvertrag, der eine zentrale Versorgung der Heimbewohner durch die in dem Vertrag bestimmte Apotheke öffentlich-rechtlich legalisiert.

2. Die gesetzliche Regelung in § 12a ApoG verfolgt eine **doppelte Zielrichtung**. Einerseits will der Gesetzgeber den Heimen im Sinne des § 1 HeimG einen sachkundigen Apotheker zur Seite stellen, der die „**Heimapotheke**“ kostenlos führt. Andererseits soll der Apotheker für den nicht abgegoltenen Aufwand einen (potentiellen) finanziellen Ausgleich dergestalt erhalten, dass er die **Heimbewohner** im Rahmen eines auf längere Dauer angelegten Vertragsverhältnisses mit Arzneimitteln beliefert.

3. Eine Vertragspartei, die das Vertragsverhältnis unter **Nichtbeachtung einer vereinbarten Kündigungsfrist** kündigt, verletzt ihre Pflicht zur Rücksichtnahme nach § 241 Abs. 2 BGB und begeht eine Pflichtverletzung im Sinne von § 280 Abs. 1 Satz 1 BGB (im Anschluss an BGH, Urteil vom 16. Januar 2009, V ZR 133/08, NJW 2009, 1262).

d) Verkehrsverbot für amygdalinhaltige Rezepturarmittel aufgrund von Fehlanwendungen

OVG Niedersachsen, Urteil v. 29.09.2016 - 13 ME 210/15

RID 16-04-289

juris

AMG §§ 5 II, 21 II Nr. 1, 69 I 2 Nr. 4

Leitsatz: 1. Nach § 69 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 AMG kann das **Inverkehrbringen eines Arzneimittels untersagt** werden, wenn der begründete Verdacht besteht, dass das Arzneimittel schädliche Wirkungen hat, die über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbares Maß hinausgehen. Im Rahmen der Vertretbarkeitsprüfung sind seit der Novellierung zum 26.10.2012 (Gesetz v. 19.10.2012, BGBl. I S. 2192) in die dabei anzustellende Nutzen-Risiko-Abwägung nicht nur bei bestimmungsgemäßem Gebrauch zu befürchtende schädliche Wirkungen, sondern auch solche Schädlichkeitsrisiken einzubeziehen, die bei bestimmten **Fehlanwendungen** (Überdosierung, Fehlgebrauch, Missbrauch und Medikationsfehlern) drohen.

2. Angesichts der dadurch entstandenen erheblichen Weite der Eingriffsgrundlage sind jedoch bereits auf der Tatbestandsseite erhöhte **Anforderungen an die Konkretheit der Anhaltspunkte** für ein **Risiko** außerhalb des bestimmungsgemäßen Gebrauchs liegender Fehlanwendungen zu stellen. Bei Rezepturarmitteln i.S.d. § 21 Abs. 2 Nr. 1 AMG kommt es auf Fehlanwendungen an, die mit dem betreffenden Präparat drohen.

3. Ferner kommt in solchen Konstellationen auf der Rechtsfolgenseite dem **Verhältnismäßigkeitsgrundsatz** bei der Anwendung der Norm im Einzelfall besondere Bedeutung zu, vor allem im Hinblick auf die Erforderlichkeit eines Verkehrsverbots.

e) Schadenersatz bei Unterschlagungs- und Diebstahlsverdacht gegen Apothekenhelferin

ArbG Berlin, Urteil v. 24.06.2016 - 28 Ca 3004/16

RID 16-04-290

juris
ZPO § 286

Leitsatz: 1. Herrschen in einem Betrieb (hier: **Apotheke**) derartige betriebsorganisatorische **Defizite im Umgang mit den Bargeldeinnahmen**, dass sich - unbekannt gebliebene - Insider diese Verhältnisse im Laufe zweier Jahre zur Abzweigung erheblicher Geldbeträge (hier: 40.000,-- Euro) zunutze machen können, so trifft eine (von mehreren) als „Täter/in“ in Betracht kommende Beschäftigte nicht deshalb ein prinzipiell erhöhter Tatverdacht (§ 286 Abs. 1 Satz 1 ZPO), weil die übrigen möglichen „Täter/innen“ jede Tatbeteiligung in Abrede stellen.

2. Das ist auch dann nicht zwangsläufig anders, wenn es dem Geschäftsinhaber unter Auswertung des kraft seiner Anzeige entstandenen Ermittlungsvorgangs gelingt, den **Leumund der Zielperson** wegen einer Vorstrafe zu erschüttern.

f) Beitrag zur Apothekerkammer: Auf onkologische Zubereitungen spezialisierte Apotheke

VG Göttingen, Urteil v. 27.07.2016 - 1 A 171/15

RID 16-04-291

juris
AMPreisV § 5; GG Art. 3 I; HKG Niedersachsen §§ 8 I, 26

Leitsatz: 1. Die an den **Nettoumsatz** anknüpfende Erhebung des **Beitrags** zur Apothekerkammer verstößt weder gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, noch gegen das Äquivalenzprinzip.

2. Ein solcher Verstoß liegt auch gegenüber einer auf die Herstellung und Abgabe von **onkologischen Zubereitungen** spezialisierten Apotheke nicht vor, wenn und solange diese einen Sonderfall darstellt.

3. Das Auftreten abweichender **Sonderfälle** stellt die Entscheidung des Normgebers nicht in Frage, solange nicht mehr als 10 % der von der Regelung betroffenen Fälle dem Typ widersprechen (OVG NRW, Beschluss vom 27.10.2008, 5 A 601/07, juris Rn. 24)

g) Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung

aa) Manager Customer Networks: Profundes pharmazeutisches Wissen

SG München, Urteil v. 12.10.2016 - S 15 R 328/16

RID 16-04-292

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB VI § 6 I Nr. 1

Eine **Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung** ist zu erteilen, wenn die zu beurteilende Tätigkeit zum **Kernbereich des apothekerlichen Berufsbilds** gehört. Dies wiederum ist anhand der einschlägigen kammerrechtlichen Vorschriften, insb. unter Beachtung der Berufsordnungen des jeweiligen verkammerten Berufs, zu beurteilen. Dies trifft auf einen „**Manager Customer Networks**“ in der Organisationseinheit „Global Innovative Pharma Business“ zu, Kooperationsmodelle mit Krankenkassen unter Einbezug ärztlicher Leistungserbringer bzw. -strukturen entwickelt werden, wenn diese Tätigkeit **profundes pharmazeutisches Wissen** benötigt.

bb) Junior Associate Pharmacovigilance: Berufsbild des Apothekers

SG München, Urteil v. 17.12.2015 - S 56 R 1777/15

RID 16-04-293

juris
SGB VI § 6 I 1 Nr. 1

Eine Tätigkeit „wegen der“ die **Pflichtmitgliedschaft in der Bayerischen Landesapothekerkammer** begründet wird, ist nicht nur gegeben, wenn die betreffende Tätigkeit zwingend die Approbation voraussetzt. Abgrenzungskriterium ist, dass das Gepräge der Tätigkeit durch den Bezug zur Pharmazie. Dabei kann nicht alleine maßgeblich sein, ob pharmazeutisches Wissen zur Anwendung kommt. Vielmehr muss der Bezug zur Pharmazie durch die jeweilige Tätigkeit entstehen, die Tätigkeit selbst muss dem **Berufsbild des Apothekers** entsprechen und von diesem geprägt werden.

Die Tätigkeit als **Junior Associate Pharmacovigilance** ist gem. § 6 I 1 Nr. 1 SGB VI von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zu befreien,

4. Untersagung des Inverkehrbringens von Arzneimitteln

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 02.02.2016 - 13 B 1137/15

RID 16-04-294

juris = PharmR 2016, 204 = MedR 2016, 811
EGRL 83/2001 Art. 77; AMG §§ 52a, 69 I 2 Nr. 7

Leitsatz: 1. § 69 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 AMG normiert einen **abstrakten Gefährdungstatbestand**, der vorliegt, wenn Großhandel mit Arzneimitteln ohne die erforderliche **Erlaubnis** nach § 52a AMG oder nach der auf Art. 77 der Richtlinie 2001/83/EG beruhenden nationalen Vorschrift eines anderen EU-Mitgliedstaates erfolgt. Das Vorliegen auch einer konkreten Gefahr für die Arzneimittelsicherheit ist kein Tatbestandsmerkmal.

2. Das Fehlen einer solchen ist erst im Rahmen des Ermessens zu berücksichtigen; der **Nachweis** obliegt dem Adressaten der Verfügung.

3. Ein Tätigwerden ist nicht nur gegenüber dem Großhändler ohne erforderliche Erlaubnis möglich, sondern **gegenüber jedem innerhalb der Lieferkette**. Der ohne erforderliche Erlaubnis bzw. Genehmigung Handelnde kann auch in einem anderen Mitgliedstaat der EU ansässig sein.

4. Mögliche Maßnahme beim Vorliegen der Voraussetzungen des § 69 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 AMG ist (auch) die **Untersagung des Inverkehrbringens von Arzneimitteln**.

5. Vergaberecht

a) Gefahr einer patentverletzenden Substitution

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 11.05.2016 - VII-Verg 2/16

RID 16-04-295

juris
SGB V § 130a VIII

Der öffentliche **Auftraggeber** hat bereits bei der Ausschreibung seines Beschaffungsvorhabens Sorge dafür zu tragen, dass durch die Erfüllung des Auftrags **nicht gegen das Gesetz oder Rechte Dritter verstoßen wird** und die Gefahr besteht, wegen dieser Verstöße in Anspruch genommen zu werden. Der Auftraggeber darf von dem Auftragnehmer daher keine Leistung fordern, die verboten ist.

Ist das **Risiko**, dass es bei Erfüllung des Rabattvertrags zu etwaigen **Patentverletzungen** kommt, gering, weil das ärztliche Ordnungsverhalten und die Abgabe des Arzneimittels durch den Apotheker systembedingt so angelegt sind, dass es abgesehen von nicht zu vermeidenden individuellen Fehlern in der Regel zu keiner Schutzgutverletzung kommen kann, hat die Vergabestelle keine zusätzlichen Maßnahmen zu ergreifen, um seinen Vertragspartner vor der Inanspruchnahme wegen etwaiger Patentverletzungen zu schützen. Ist das Risiko etwaiger Patentverletzungen durch Abgabe des rabattierten Generikums eher hoch einzuschätzen, sind spiegelbildlich dazu auch an die Schutzpflichten der ausschreibenden Krankenkassen höhere Anforderungen zu stellen.

Aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen besteht die **Gefahr**, dass selbst bei fehlerfreiem Verhalten der Ärzte und Apotheker **LYRIKA® in seinem patentgeschützten Anwendungsbereich durch Pregabalin-Generika ersetzt wird** (vgl. bereits OLG Düsseldorf, Beschl. v. 01.07.2015 - VII-Verg 20/15 -). Die **Krankenkassen** sind zum Schutz ihrer (zukünftigen) Auftragnehmer verpflichtet,

im Rahmen des Möglichen und Zumutbaren auf das Ordnungsverhalten der Kassenärzte mit dem Ziel einzuwirken, dass sie das Verwendungspatent für M.® beachten, indem sie bei der Behandlung von neuropathischen Schmerzen von einer wirkstoffbezogenen Verordnung absehen und stattdessen ohne Einräumung einer Ersetzungsbefugnis M.® verordnen. Dem wird genüge getan, wenn die Krankenkassen von ihren **Informationsrechten gegenüber den KVen, den Ärztenverbänden und den Vertragsärzten** gemäß § 106 SGB V und § 73 VIII SGB V Gebrauch machen. Krankenkassen können nur solche Maßnahmen zum Schutz ihrer zukünftigen Vertragspartner ergreifen, die ihnen das Gesetz gestattet. Keinesfalls ist die richtige Schutzmaßnahme, von einer Ausschreibung der Rabattverträge insgesamt abzusehen.

b) Ausschreibung ausschließlich für patentgeschützte Indikation (Wirkstoff Pregabalin)

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 14.09.2016 - VII-Verg 13/16

RID 16-04-296

juris
SGB V § 130a

Die Rechtsverletzung der Ast. liegt darin, dass die Ag. die Ausschreibung des Abschlusses einer Rabattvereinbarung gemäß § 130a VIII SGB V über den Wirkstoff Pregabalin auf Arzneimittel begrenzt haben, die **ausschließlich für die patentgeschützte Indikation**, mithin zur Behandlung von peripheren und zentralen neuropathischen Schmerzzuständen, zugelassen sind. Es handelt sich um eine objektiv nicht erfüllbare Bedingung. **Nicht erfüllbare Ausschreibungsbedingungen** sind unzulässig und verletzen potentielle Bieterunternehmen wie die Ast. in ihren Rechten nach § 97 VII GWB (vgl. BGH, Beschl. v. 26.09.2006 - X ZB 14/06 - Rn. 21 bis 28).

Eine weitere Rechtsverletzung ist in einem Verstoß gegen das **Diskriminierungsverbot** des § 97 II GWB zu sehen, der darin bestanden hat, dass entgegen § 8 VII 1 VOL/A-EG aufgrund der technischen Anforderung der Ausschreibung, wonach Arzneimittel mit dem Wirkstoff Pregabalin anzubieten seien, die ausschließlich für die patentgeschützte Indikation, mithin zur Behandlung von neuropathischen Schmerzen, über eine Zulassung verfügten, das von der Ast. vertriebene **Arzneimittel M® von der Ausschreibung ausgeschlossen** worden ist. Das Arzneimittel M® hat eine Zulassung für die Behandlung von neuropathischen Schmerzen und zugleich eine solche für die Indikationen Epilepsie und Angststörungen.

Parallelverfahren:

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 14.09.2016 - VII-Verg 1/16

RID 16-04-297

juris

6. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Hinweis auf Wirtschaftlichkeit aufgrund einer Vereinbarung eines Erstattungsbetrags

OLG Hamburg, Urteil v. 23.06.2016 - 3 U 13/16

RID 16-04-298

juris
UWG §§ 3, 3a, 4 Nr. 11, 8 I; HeilMWerbG § 3; SGB V §§ 84, 106

Hat der GBA die Feststellung eines Zusatznutzens eines Arzneimittels gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie verneint und nimmt der Hersteller nach Scheitern der Verhandlungen über einen Erstattungsbetrag das Arzneimittel zunächst vom Markt, kommt es dann aber zu einer Verständigung mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, so ist die Veröffentlichung in einer Pressemitteilung unter dem Titel „Diabetes-Medikament E. bleibt in Deutschland verfügbar“ mit dem Satz **„Durch die Vereinbarung eines Erstattungsbetrags ist E.® bei indikationsgerechter Verschreibung wirtschaftlich“** gemäß § 3 S. 1 HWG **irreführend**, weil die Aussage in ihrem konkreten Kontext bei den angesprochenen Ärzten den Eindruck einer Wirtschaftlichkeit des Präparates E. im Einzelfall **unter Ausschluss eines sozialrechtlichen Regresses erweckt**.

Die angesprochene **Ärzeschaft** handelt bei der **Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten** vor dem Hintergrund des ihr jedenfalls in seinen Grundzügen bekannten Erstattungs- und Vergütungsregimes des SGB V. Sie wissen daher jedenfalls in allgemeiner Form, dass im Interesse der Kostendämpfung im Gesundheitswesen die wirtschaftlichkeitsbezogenen Instrumentarien des Arznei-

und Heilmittelbudgets und die auf das ärztliche Handeln bezogenen **Wirtschaftlichkeitsprüfung** eingeführt wurden und dass ihnen bei Überschreitung eines bestimmten Volumens Honorarkürzungen oder Regressforderungen durch die KV drohen (vgl. Senat, GRUR-RR 2011, 106, Rn 39).

b) Nachweis für die Wirksamkeit einer bilanzierten Diät

LG Hannover, Urteil v. 17.05.2016 - 74 O 12/16

RID 16-04-299

juris = Magazindienst 2016, 826

DiätV §§ 1 IV, 14b I 2; UWG §§ 3, 3a, 5

Der Nachweis, dass eine **bilanzierte Diät wirksam** in dem Sinne ist, dass sie den besonderen Ernährungserfordernissen der Personen entspricht, für die sie bestimmt ist (hier: Verbraucher, die an einem **Glaukom <Grüner Star>** leiden), ist durch allgemein anerkannte wissenschaftliche Daten zu führen. Eine nach allgemeinen anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen erstellte, in der Fachliteratur veröffentlichte randomisierte **placebokontrollierte Doppelblindstudie** ist für den Wirksamkeitsnachweis grundsätzlich ausreichend (hier verneint).

c) Nicht zweifelsfrei nachgewiesene therapeutische Wirkung eines homöopathischen Arzneimittels

OLG Koblenz, Urteil v. 27.01.2016 - 9 U 895/15

RID 16-04-300

Revision anhängig: BGH - I ZR 36/16 -

juris = Magazindienst 2016, 475 = GRUR-RR 2016, 294 = GesR 2016, 489

HeilMWerbG §§ 3, 3a; UWG §§ 3 I, 4 Nr. 11

Im Interesse des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung gilt für Angaben mit fachlichen Aussagen auf dem Gebiet der **gesundheitsbezogenen Werbung** generell, dass die Werbung nur zulässig ist, wenn sie **gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnis** entspricht. Dafür ist im Regelfall erforderlich, dass der Werbende eine randomisierte, placebokontrollierte Doppelblindstudie mit einer adäquaten statistischen Auswertung vorlegt, die durch Veröffentlichung in den Diskussionsprozess der Fachwelt einbezogen worden ist. Im Hinblick auf Angaben, die der Zulassung des Arzneimittels wörtlich oder sinngemäß entsprechen, kann regelmäßig davon ausgegangen werden, dass sie im Zeitpunkt der Zulassung dem gesicherten Stand der Wissenschaft entsprechen. Hat ein Präparat die Hürde der **Zulassung** genommen, kann also grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass die Wirkungsangaben dem gesicherten Stand der Wissenschaft entsprechen. Weitergehend wird der Inhalt der Zulassung im Regelfall aber auch als hinreichender Beleg für Werbebehauptungen gelten können, die nicht die zum Anwendungsgebiet gehörenden, sondern darüber hinausgehende Wirkungen und pharmakologischen Eigenschaften beschreiben. Eine **Irreführung** kommt in Betracht, wenn der Kl. darlegt und erforderlichenfalls beweist, dass neuere, erst nach dem Zulassungszeitpunkt bekannt gewordene oder der Zulassungsbehörde bei der Zulassungsentscheidung sonst nicht zugängliche wissenschaftliche Erkenntnisse vorlegen, die gegen die wissenschaftliche Tragfähigkeit der durch die Zulassung belegten Aussage sprechen (vgl. BGH WRP 2013, 772 - „Basisinsulin mit Gewichtsvorteil“). Hinsichtlich der Wirksamkeit eines **homöopathischen Arzneimittels** kann auch auf die substanzbezogene Monografie des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte Bezug genommen werden, wobei jedoch auch hier ein Gegenbeweis möglich ist (vgl. OLG Celle GRUR-RR 2008, 441).

d) Vorbeugen gegen Erkrankungen der Augen

LG Köln, Urteil v. 27.07.2016 - 84 O 68/16

RID 16-04-301

juris

UWG §§ 3, 3a; Health-Claims-Verordnung Art. 5 I Buchst. a

Ein **Nahrungsergänzungsmittel** kann nicht mit den Behauptungen, wonach der Konsum des Präparates geeignet sei, **altersbedingten oder sonstigen Erkrankungen der Augen vorzubeugen** oder diese zu lindern, beworben werden, wenn die Werbeaussagen nicht durch zugelassene Health-Claims gedeckt sind und es überdies an der nach Art. 5 I Buchst. a Health-Claims-Verordnung erforderlichen wissenschaftlichen Absicherung der gesundheitsbezogenen Angaben fehlt.

7. Beihilfe

a) Beschränkung auf apothekenpflichtige Arzneimittel

VG Ansbach, Urteil v. 26.07.2016 - AN 1 K 14.01929

RID 16-04-302

juris

BG Bayern Art. 96; BhV Bayern §§ 18 S. 1 Nr. 1, 49 II

Auf **nicht apothekenpflichtige Arzneimittel** besteht kein Beihilfeanspruch. Die Beschränkung der Beihilfefähigkeit auf apothekenpflichtige Arzneimittel ist mit höherrangigem Recht vereinbar.

b) Verweis auf Festbetrag rechtmäßig

VG Köln, Gerichtsbescheid v. 28.06.2016 - 1 K 2262/16

RID 16-04-303

juris

BBhV §§ 6 I, 22 I Nr. 1, III

Die Begrenzung der Beihilfeleistung unter Anwendung einer **Festbetragsregelung** erfolgt auf einer hinreichend bestimmten gesetzlichen Verordnungsermächtigung und findet in § 22 III BBhV und der Verweisung auf die Vorschrift des § 35 SGB V und die dort beschriebenen Modalitäten zur Festlegung der Höhe der Festbeträge eine hinreichende Rechtsgrundlage. Das vom Ordnungsgeber gewählte Verfahren belässt ihm selbst die Entscheidung, welche Arzneimittel einem Festbetrag unterworfen werden. Dies geschieht dadurch, dass er in der Anl. 7 zu § 22 III BBhV diese Arzneimittel einzeln benennt und jeweils aktualisiert. Die Höhe der Festbeträge für diese dort genannten Arzneimittel wiederum ergibt sich durch eine Verweisung auf § 35 VIII SGB V.

c) Verweis auf Festbetrag rechtswidrig

VG Saarland, Urteil v. 18.08.2016 - 6 K 1993/14

RID 16-04-304

juris

BhV Saarland §§ 4 I Nr. 1, 5 I Nr. 6 S. 2

Leitsatz: 1. Die Regelung des § 5 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 BhV SL, wonach in Fällen, in denen für ein Arzneimittel ein **Festbetrag nach SGB V festgesetzt** ist, die Aufwendungen nur bis zur Höhe des Festbetrages beihilfefähig sind, entspricht nicht den Anforderungen des Rechtsstaats - und des Demokratieprinzips und ist deshalb unwirksam.

2. In solchen Fällen verbleibt es bei den allgemeinen Grundsätzen, dass Aufwendungen für Arzneimittel nur dann beihilfefähig sind, wenn bei ihrer Verordnung den Anforderungen der **Notwendigkeit und der Angemessenheit** nach §§ 67 Abs. 2 Satz 1 SGB, 4 Abs. 1 Nr. 1 BhV SL Rechnung getragen ist.

d) Präparat „Vitalux Plus Lutein und Omega 3 Kapseln“ nicht apothekenpflichtig

VG München, Urteil v. 12.07.2016 - M 17 K 16.2357

RID 16-04-305

juris

BhV Bayern § 18

Das Präparat „**Vitalux Plus Lutein und Omega 3 Kapseln**“ ist kein **Arzneimittel**, sondern ein **Nahrungsergänzungsmittel** bzw. diätetisches Lebensmittel. Die Beihilfefähigkeit ist daher gem. § 18 Satz 4 Nr. 2 BayBhV ausgeschlossen, jedenfalls ist es nicht **apothekenpflichtig** und damit nach § 18 Satz 1 Nr. 1 BayBhV nicht beihilfefähig. Dies verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

e) Elementardiäten für Säuglinge: Kein Eigenanteil

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 21.07.2016 - 2 S 209/16

RID 16-04-306

juris

BhV BW §§ 5 I 1, 6 I Nr. 2

Leitsatz: Bei beihilfefähigen Aufwendungen für **Elementardiäten für Säuglinge** (bis zur Vollendung des ersten Lebensjahrs) und für Kleinkinder bis zur Vollendung des dritten Lebensjahrs, bei denen Kuhmilchallergie besteht, ist nach Ziff. 2.4 VwVBVO i.V.m. § 6 Abs. 1 Nr. 2 BVO a.F. **kein Eigenanteil** zu leisten.

f) Homöopathische Mittel bei einem Mantelzell-Lymphom im Stadium III

VG München, Urteil v. 06.11.2014 - M 17 K 14.892

RID 16-04-307

juris

BBhV §§ 6, 33

Homöopathische Mittel bieten keine nicht ganz entfernt liegenden **Aussicht auf Heilung** oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf i.S.d. § 33 Satz 1 BBhV bei einem Mantelzell-Lymphom im Stadium III.

g) Hilfsmittel

aa) Austauschset für Inhalationsgerät (Luftfilter) als Betriebskosten

VG Münster, Urteil v. 08.07.2016 - 5 K 2270/15

RID 16-04-308

juris

BG NRW § 77; BVO NRW § 4 I Nr. 10

Bei den Aufwendungen für ein **Austauschset für das Inhalationsgerät** „Omron CompAir Pro (NE-C29-E)“ handelt es sich um **Reparaturkosten** im Sinne von § 4 I Nr. 10 Satz 2, Halbsatz 1 BVO NRW und nicht um **Betriebskosten**. Reparaturkosten sind alle Kosten, die erforderlich sind, um die Funktionsfähigkeit eines nicht oder nicht mehr voll gebrauchsfähigen Hilfsmittels wiederherzustellen; zu den Reparaturkosten gehören auch Kosten für die Beschaffung von Ersatzteilen.

bb) Sensomotorische Einlagen ohne wissenschaftliche Anerkennung

VG Köln, Urteil v. 16.06.2016 - 1 K 1625/15

RID 16-04-309

juris

BBhV § 25

Nach § 25 II Nr. 1 BBhV sind Aufwendungen für **Hilfsmittel** und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle nicht beihilfefähig, wenn sie einen geringen oder **umstrittenen therapeutischen Nutzen** haben. Der Behandlung mit sensomotorischen Einlagen fehlt die wissenschaftliche Anerkennung.

h) Heilmittel

aa) Beschränkung medizinischer Fußpflege auf diabetisches Fußsyndrom

VG München, Urteil v. 24.06.2016 - M 17 K 15.5843

RID 16-04-310

juris

BhV Bayern § 19

Eine **medizinische Fußpflege** ist nicht beihilfefähig, wenn kein diabetisches Fußsyndrom diagnostiziert wird.

Die **Beschränkung** der Beihilfefähigkeit der medizinischen Fußpflege auf Fälle, in denen ein diabetisches Fußsyndrom vorliegt, verstößt auch nicht gegen höherrangiges Recht.

bb) Osteopathische Leistungen durch Physiotherapeuten/Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

VG München, Urteil v. 22.09.2016 - M 17 K 15.1433

RID 16-04-311

juris

BhV Bayern §§ 7 I 1, 19 I 1

Das **Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker** hat keine Rechtsnormqualität, sondern ist als Umfrageergebnis unter in Deutschland niedergelassenen Heilpraktikern ein Verzeichnis der durchschnittlich üblichen Vergütungen, welches als Berechnungshilfe bei der Rechnungserstellung dient. Die Begrenzung der Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen auf die Höchstbeträge ist somit rechtlich nicht zu beanstanden.

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. Mangels ausdrücklicher Erwähnung osteopathischer Techniken im Katalog der Anl. 3 zu § 19 I BayBhV ist bei der beihilferechtlichen Einordnung eine Leistungsziffer zu ermitteln, die der in Rede stehenden Heilbehandlung am ehesten entspricht. Der Beklagte stellt hierbei auf Nr. 11 der Anlage 3 zu § 19 Abs. 1 BayBhV mit der Begründung ab, die osteopathische Behandlung sei Teil der manuellen Therapie und ähnele dem chirotherapeutischen Eingriff. Diese Einordnung stellt sich als nachvollziehbar dar und begegnet keinen durchgreifenden Bedenken (vgl. VG Bayreuth, Ur. v. 23.02.2015 - B 5 K 14.1 - RID 15-02-335, juris Rn 23 ff.).

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. Privatbehandlung

a) BVerfG: Honorarklage/Nichtberücksichtigung des Vorbringens unzureichender Aufklärung

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 14.09.2016 - 1 BvR 1304/13

RID 16-04-312

juris

BGB §§ 611, 612, 614, 615; ZPO § 321a; GG Art. 103 I

Das Amtsgericht hat sich mit der vom Bf. vorgetragene rechtlichen Argumentation, er schulde **mangels ordnungsgemäßer ärztlicher Aufklärung kein Honorar**, in den tragenden Gründen seines Urteils nicht auseinandergesetzt. Dabei handelte es sich um eine Frage von zentraler Bedeutung für den Ausgang des Verfahrens.

Der Bf. begab sich im Mai 2012 aufgrund einer Erkrankung des Bindegewebes seiner Hand (sog. Dupuytren'sche Krankheit) in Behandlung zu einem Facharzt für Chirurgie-, Unfall- und Handchirurgie (Kl. des Ausgangsverfahrens). In der Folge wurde ein Operationstermin für den Morgen des 16.08.2012 vereinbart. Nachdem der Bf. den Termin am Mittag des 15.08.2012 bestätigt hatte, begann er sich selbstständig über das Krankheitsbild sowie die Risiken und Erfolgsaussichten einer entsprechenden Operation zu informieren. Aufgrund der selbst eingeholten Informationen entschied er sich, den für den nächsten Tag angesetzten Operationstermin abzusagen und auch den ihm zuvor am 25.05.2012 mitgegebenen Anästhesie-Aufklärungsbogen nicht zu unterschreiben. Er konnte am Nachmittag des 15.08.2012 in der Praxis des Kl. jedoch niemanden mehr erreichen. Da er nicht zum Operationstermin erschien, konnte der Eingriff nicht durchgeführt werden. Der Bf. wurde in der Folge auf Zahlung eines Ausfallhonorars für Operations-Leistungen in Höhe von 444,73 € nebst Zinsen sowie Anwaltsgebühren gerichtlich in Anspruch genommen. Das **Amtsgericht** verurteilte den Bf. entsprechend dem Antrag des Kl. Das **BVerfG** hob das Urteil auf und verwies den Rechtsstreit zurück.

b) Nicht rechtzeitige Weiterleitung einer Bescheinigung durch Chefarzt

OLG Saarbrücken, Urteil v. 20.07.2016 - 1 U 147/15

RID 16-04-313

juris
BGB §§ 280, 286, 630a

Leitsatz: 1. Verzögert ein Arzt die **Erstellung eines ärztlichen Zeugnisses**, kommt eine Haftung nach Verzugsgesichtspunkten in Betracht.

2. Das ärztliche Zeugnis ist innerhalb einer **angemessenen Zeit** zu erstellen.

3. Unterliegt der **Patient** seinerseits der Pflicht, das ärztliche Zeugnis fristgemäß - etwa seiner Versicherung - vorzulegen, ist es grundsätzlich seine Aufgabe hierfür zu sorgen.

c) Beauftragung des Laborarztes nach Privatvertrag des Kassenpatienten mit Arzt

LG Krefeld, Urteil v. 18.02.2016 - 3 S 27/15

RID 16-04-314

juris
BGB § 164

Leitsatz: Ärztlicher **Honoraranspruch des Laborarztes gegenüber Kassenpatienten**, wenn er durch die behandelnden Ärzte hinzugezogen wurden und eine private Zusatzversicherung des Patienten nicht wirksam abgeschlossen wurde, § 164 BGB.

d) Krankenhausaufnahmevertrag: Kostenübernahmeerklärung durch Angehörige

OLG Köln, Urteil v. 09.09.2015 - 5 U 198/14

RID 16-04-315

juris = MDR 2016, 204 = VersR 2016, 538 = MedR 2016, 797
BGB §§ 611, 612, 630a; SGB V §§ 27, 39

Leitsatz: Erklärt ein **Angehöriger eines gesetzlich versicherten Patienten** ausdrücklich, er werde die Kosten im Bedarfsfall privat tragen, falls die Kranken- bzw. Ersatzkasse die Kosten nicht übernehme, kann der Träger des Krankenhauses auch nur den Angehörigen, nicht aber den Patienten selbst in Anspruch nehmen (Abgrenzung zu BGH, VersR 2000, 999 = NJW 2000, 3429).

e) Zahnärztliche Behandlung

aa) Entfernung einer Wurzelfüllung/Trepanation/Adhäsive Befestigung/Wurzelkanalfüllung

AG Düsseldorf, Urteil v. 01.07.2016 - 25 C 2953/14

RID 16-04-316

juris
BGB §§ 398, 611, 630a, 630b, 670; GOZ §§ 1, 2, 4 II, 6 I

Die **Ziff. 2300 GOZ** ist bei **Entfernung einer vorhandenen Wurzelfüllung** analog § 6 I GOZ abrechenbar. Die dafür notwendigen zahnärztlichen Maßnahmen der Entfernung eines Materials, das sich im Wurzelkanal befindet, unterscheiden sich vollständig von der Aufbereitung eines Wurzelkanals nach Ziff. 2410 GOZ.

Die **Ziff. 2390 GOZ** ist neben anderen endodontischen Leistungen, z.B. Ziffer 2410 GOZ, nicht abrechenbar.

Die **Ziff. 2197 GOZ** ist neben der Ziffer 2060 GOZ abrechenbar. Denn Ziff. 2197 GOZ bildet gegenüber Ziffer 2060 GOZ eine gesondert abrechenbare Mehraufwandsvergütung ab.

Ziff. 2440 GOZ kann für die Füllung **pro Wurzelkanal** in Ansatz gebracht werden.

Die **Begründung** „Exorbitant außergewöhnlich gravierende Schwierigkeit aufgrund extrem erschwerter Aufbereitung bei Revisionsbehandlung unter zusätzlicher Verwendung div. alternierender Wurzelkanalbohrer und chemische Hilfsmittel“ ist für den **Ansatz des 5,9-fachen Gebührensatzes** ausreichend.

bb) Vergütungsanspruch: Erste Anpassung eines Zahnersatzes/Keine Beweislastumkehr bei Zyste

OLG Düsseldorf, Urteil v. 13.07.2016 - 18 U 95/15

RID 16-04-317

juris
BGB §§ 611, 628 I 2

Der **Ausschluss des Vergütungsanspruchs** gemäß § 628 I 2 BGB kommt nur dann in Betracht, wenn ein Zahnarzt einen **völlig unbrauchbaren Zahnersatz** hergestellt und eingesetzt hat, der für den Patienten gänzlich wertlos ist.

Die bloße **erste Anpassung eines Zahnersatzes**, bei der sich Mängel insb. im Sitz herausstellen, bedeutet noch keinen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit eines Patienten, sondern belegt lediglich, dass das geschuldete prothetische Werkstück mit seiner Eingliederung noch nicht frei von Mängeln ist (vgl. OLG Dresden, Beschl. v. 21.01.2008 - 4 W 28/08 - RID 08-03-231, NJW-RR 2009, 30 ff.; OLG Oldenburg, Urt. v. 11.02.1967- 5 U 164/96 - OLGR 1997, 173 f.). Zumutbare Nachbesserungsmaßnahmen sind daher von einem Patienten hinzunehmen, da ein Zahnersatz häufig auch bei äußerster Präzision des Zahnarztes nicht „auf Anhieb“ beschwerdefrei sitzt (vgl. OLG Düsseldorf, Urt. v. 16.03.2000 - 8 U 123/99 - OLGR 2001, 183 ff.).

§ 630h I BGB regelt die **Umkehr der Beweislast für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers** nur bei **Verwirklichung eines voll beherrschbaren Risikos**. Ein voll beherrschbares Risiko ist als Tatbestandsvoraussetzung jedoch zu verneinen, wenn in der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten zugleich andere, ggfs. unbekannte oder nicht zu erwartende Dispositionen des Patienten durchschlagen, diesen für das verwirklichte Risiko anfällig mache und dem Behandelnden damit die volle Beherrschbarkeit des Risikobereichs entziehe. Die **Bildung einer Zyste** liegt keinesfalls im Beherrschungsbereich des Zahnarztes. Es müssen insb. anatomische Verhältnisse vorliegen, die zu einer Zystenbildung besonders beigetragen.

cc) Keine vollständige Unbrauchbarkeit des Zahnersatzes nach 3 ½-jähriger Nutzung

OLG Köln, Beschluss v. 23.05.2016 - 5 U 161/15

RID 16-04-318

juris
BGB §§ 611, 823

Der Annahme einer **vollständigen Unbrauchbarkeit** des **Zahnersatzes** steht der Umstand entgegen, dass die Bekl. die prothetische Versorgung seit nunmehr **dreieinhalb Jahren trägt**. Aus welchen Gründen die Bekl. die prothetische Versorgung weiter nutzt, ist in diesem Zusammenhang unerheblich. Unabhängig von dem Grund für das bisherige Unterbleiben der Neuversorgung hat die umstrittene Versorgung allein durch die jahrelange tatsächliche Nutzung für die Beklagte einen **wirtschaftlichen Wert** (vgl. Senatsbeschl. v. 30.03.2015 - 5 U 139/14 - RID 15-04-240).

dd) Keine Honorarrückforderung bei längerer Nutzung des Zahnersatzes ohne Neuanfertigung

OLG Köln, Beschluss v. 02.05.2016 - 5 U 168/15

RID 16-04-319

juris
BGB § 828 I 2

Die **Rückforderung** eines von einem Patienten im Rahmen des Dienstvertrags an den Zahnarzt **geleisteten Honorars** setzt nicht nur voraus, dass die eingegliederte prothetische Versorgung infolge eines Behandlungsfehlers **unbrauchbar** ist, sondern auch, dass der Patient die Versorgung **nicht nutzt** (Senatsbeschl. v. 30.03.2015 - 5 U 139/14, juris Rn 8). Diese Rechtsprechung steht in Einklang mit der Wertung des § 628 I 2 BGB und BGH, Urt. v. 29.03.2011 - VI ZR 133/10 - VersR 2011, 833 f. Für einen Wegfall des Interesses an der Leistung genügt es danach nicht, dass die Leistung objektiv wertlos ist, wenn der Patient sie gleichwohl nutzt (hier: vier Jahre) (aaO. Rn. 18).

Das Recht des Patienten, im Fall einer auf einem Behandlungsfehler beruhenden **Unbrauchbarkeit** einer prothetischen Versorgung die Vergütung zurückverlangen zu können, weicht von der allgemeinen Regel ab, dass ein Patient mangels eines dienstvertraglichen Gewährleistungsrechts auch bei fehlerhaftem Vorgehen des Arztes das Honorar schuldet und auf die Aufrechnung mit Schadensersatzansprüchen verwiesen ist. Dies spricht gegen eine weite Ausgestaltung des

Rückforderungsrechts und dafür, eine **längere tatsächliche Nutzung** der prothetischen Versorgung als beachtliches Interesse an der Leistung anzusehen. Eine besondere Schutzbedürftigkeit des Patienten besteht nicht, weil ihm ein **Schadensersatzanspruch** in Höhe der erforderlichen Kosten zusteht, **sobald er die unbrauchbare Leistung erneuern lässt**.

Die mit einer Neuherstellung der Brücke verbundenen Unannehmlichkeiten sind, verglichen mit anderen Fällen einer fehlerhaften Zahnbehandlung, nicht besonders ausgeprägt. Ein **Schmerzensgeld** von 500 € ist ausreichend.

ee) Fälligkeit des Zahnarzthonorars nach Zugang einer Rechnungskopie

AG Ratingen, Urteil v. 04.11.2014 - 11 C 114/14

RID 16-04-320

juris

BGB §§ 398, 630a I

Soweit gemäß § 10 I GOZ das Zahnarzthonorar erst dann **fällig** wird, wenn dem Zahlungspflichtigen einer der GOZ entsprechende **Rechnung** erteilt worden ist, ist die Fälligkeit spätestens mit Erhalt der **Rechnungsabschriften als Anlage zur Klageschrift** eingetreten. Da die GOZ eine Unterzeichnung der Rechnung nicht verlangt und auch keinen Hinweis auf § 126 BGB enthält, kann auch eine Kopie, wenn sie die Pflichtangaben nach § 10 II GOZ enthält, die Fälligkeit des Zahnarzthonorars herbeiführen.

ff) Örtl. Zuständigkeit für zahnärztl. Honorarklage/Heil- und Kostenpläne/Dokumentation/Software

AG Hamburg-Blankenese, Urteil v. 29.06.2016 - 531 C 241/15

RID 16-04-321

juris

BGB § 630a; ZPO § 29

Leitsatz: 1. Bei einer (nicht stationären) Behandlung in einer **Zahnarztpraxis** ist grundsätzlich der **Praxisort** gemeinsamer **Erfüllungsort** für beide Vertragsleistungen und nicht nur für die zahnärztliche Behandlung. Die **örtliche Zuständigkeit** aus § 29 ZPO besteht am Praxis- bzw. Behandlungsort. Richtigerweise sind die zahnärztlichen und ärztlichen Leistungen gerade im Hinblick auf ihre enge Bezogenheit zu den Praxisräumen nicht mit anwaltlichen Dienstleistungen, die auch per Fernabsatzmitteln - vom Brief bis zur SMS - erfüllt werden können, zu vergleichen.

2. Eine **Dokumentation** in der Patientenkartei lautend „HKP an Pat Kb“ ist mangelhaft; es sollte entweder die Nummer des Heil- und Kostenplans (HKP; auch KFO-Plan genannt) erwähnt oder der betreffende **Heil- und Kostenplan** anderweitig eindeutig **individualisiert** sein. Es muss sich aus der Dokumentation des Zahnarztes entnehmen lassen, ob ein oder zwei Heil- und Kostenpläne an die Patientin „übermittelt“ wurden.

3. Der Zahnarzt kann sich nicht erfolgreich darauf berufen, dass die von ihm benutzte **Software** nicht in Lage ist, einen (einheitlichen) Heil- und Kostenplan über sämtliche zahnärztlichen Leistungen inklusive Material- und Laborkosten einschließlich Kurzzeit- und Langzeitprovisorien aufzuführen.

2. Private Krankenversicherung

a) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Obliegenheit der Untersuchung durch Arzt

BGH, Urteil v. 13.07.2016 - IV ZR 292/14

RID 16-04-322

juris

BGB § 307; VVG § 213; MB/KK 2009 §§ 5 Nr. 1g, 9 III

Leitsatz: 1. Auch **physiotherapeutische Leistungen** sind Behandlungen im Sinne des § 5 Abs. 1 Buchst. g MB/KK 2009.

2. Die **Untersuchungsobliegenheit** nach § 9 Abs. 3 MB/KK 2009 hält der Inhaltskontrolle gemäß § 307 Abs. 1 Satz 1 BGB stand.

3. § 213 VVG ist auf die **Gewinnung von Gesundheitsdaten** des Versicherten durch eine vom privaten Krankenversicherer veranlasste ärztliche Untersuchung weder unmittelbar noch analog anwendbar.

Der **BGH** wies die Revision des Kl. gegen KG Berlin, Urt. v. 04.07.2014 - 6 U 30/13 - RID 14-04-281 zurück.

bb) Erhebung von Risikozuschlägen bei einem Tarifwechsel

BGH, Urteil v. 20.07.2016 - IV ZR 45/16

RID 16-04-323

juris

VVG § 204 I 1 Nr. 1

Leitsatz: Steht dem privaten Krankenversicherer im Falle eines **Tarifwechsels** des Versicherungsnehmers nach § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 VVG das Recht zu, für die **Mehrleistung** im Zieltarif einen angemessenen **Risikozuschlag** zu verlangen, so darf er nur für diese Mehrleistung auch eine erneute **Gesundheitsprüfung** durchführen.

cc) Krankentagegeldversicherung: Regelung über Herabsetzung des Krankentagegeldes unwirksam

BGH, Urteil v. 06.07.2016 - IV ZR 44/15

RID 16-04-324

juris

BGB § 307

Leitsatz: Die Regelung über die **Herabsetzung des Krankentagegeldes** und des Versicherungsbeitrages in § 4 Abs. 4 der Musterbedingungen für die Krankentagegeldversicherung 2009 ist wegen Intransparenz unwirksam.

b) Erstattungsanspruch nur bei Behandlung durch niedergelassenen Arzt

AG Köln, Urteil v. 23.04.2015 - 120 C 132/14

RID 16-04-325

juris

AVB § 4 II

Nach § 4 II AVB besteht ein Erstattungsanspruch nur dann, wenn ein **niedergelassener Arzt** oder Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes, die in eigener Praxis tätig sind, die Behandlung durchführen. Unter der Niederlassung eines Arztes versteht die Rechtsprechung die öffentlich erkennbare Bereitstellung des ärztlichen Berufes in selbstständiger Praxis (BGH, VersR 78, 267, 268; OLG Köln, r+s 92, 100 m.w.N.). Eine **juristische Person** ist selbst nicht „Arzt“ i.S.d. § 4 II AVB (OLG Köln, r+s 92, 100; LG Köln, VersR 92, 43). Dies gilt auch dann, wenn die juristische Person weisungsunabhängige, approbierte Ärzte angestellt hat (LG Köln VersR 1991, 43) (hier: ein auf das Augenlasern und den Einsatz von Premium-Intraokularlinsen spezialisiertes Unternehmen).

Eine **analoge Anwendung** des § 4 II AVB kommt nicht in Betracht. Durch diese Klausel soll verhindert werden, dass zu Lasten der Versicherten eine Erstattung von Behandlungskosten erfolgt, welche bei Hinzuziehung eines durch die Bestimmungen des Niederlassungsrechts begrenzten Personenkreises nicht oder nicht in voller Höhe entstanden wären. Eine derartige Übersicht wäre bei einer in der Gesellschaftsform der GmbH tätigen Ärztegemeinschaft nicht möglich (AG Köln - 146 C 147/12 -).

c) Lasik-Operation: Kein Verweis auf andere Behandlungsmöglichkeiten

LG Dortmund, Urteil v. 17.08.2016 - 2 O 252/14

RID 16-04-326

juris

MB/KK 2009 § 1 II

Die **Lasik-Operation** ist grundsätzlich eine geeignete Behandlungsmethode der Fehlsichtigkeit. Die Versicherung kann nicht auf **andere Formen der Heilbehandlung** bzw. die Benutzung von Hilfsmitteln verweisen.

d) Keine Kostenübernahme für Behandlung mit dendritischen Zellen bei metastasiertem Brustkrebs

OLG Köln, Urteil v. 11.03.2016 - 20 U 178/14

RID 16-04-327

juris
RB/KK 2008 §§ 1 I, 4 VI

Nach § 4 VI RB/KK 2008 sind Kosten für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen, zu erstatten. Im Grundsatz müssen **Methoden der alternativen Medizin** damit in ihrer Wirksamkeit einer ebf. zu Gebote stehenden Methode der Schulmedizin gleichkommen (vgl. Senat, Urt. v. 15.06.2012; OLG Stuttgart, NJOZ 2010,882). Daraus folgt jedoch nicht, dass bei alternativen Methoden eine Erfolgsdokumentation vorliegen müsse, die derjenigen der Schulmedizin vergleichbar ist; denn typischerweise verfügen die verschiedenen Richtungen der alternativen Medizin gerade nicht über solche Dokumentationen, weil sie weniger verbreitet sind und es auch wegen der Definition des Behandlungserfolgs schwieriger ist, ihre Erfolge zu belegen.

Die **Behandlung mit dendritischen Zellen** hat sich jedenfalls bei dem Krankheitsbild eines metastasierten Brustkrebses nicht - im Sinne der Versicherungsbedingungen - in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt wie die schulmedizinische Methode der Chemotherapie.

e) Polkörperdiagnostik/Keine IVF/ICSI-Behandlungen wegen Subfertilität des Lebensgefährten

OLG Köln, Urteil v. 17.06.2016 - 20 U 163/14

RID 16-04-328

juris
AVB § 1 II 1 u. 4

Versicherungsfall ist eine medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen (§ 1 II 1 AVB). Eine **Polkörperdiagnostik** mit dem Ziel, die Übertragung einer Gen-Mutation auf den Embryo zu vermeiden, zielt weder auf Heilung noch auf Besserung oder Linderung eines Leidens als versicherter Person ab, was Voraussetzung dafür wäre, sie als Heilbehandlung im Sinne des Krankheitskostenversicherungsvertrags der Parteien anzusehen. Aus § 1 II 4 AVB ergibt sich nichts anderes. Die dortige Regelung, nach der als Versicherungsfall u.a. auch die Untersuchung und die medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung gelten, umfasst Maßnahmen der Präimplantationsdiagnostik, wie sie die Polkörperdiagnostik darstellt, nicht. „Medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (gezielte Vorsorgeuntersuchungen)“ im Sinne der AVB, die als Versicherungsfall gelten, stellen die Polkörperdiagnostiken ebf. nicht dar.

Die Erstattung einer **IVF/ICSI-Behandlungen** kann nicht verlangt werden, wenn die Behandlungen nicht durch eine primäre Sterilität der Versicherten, sondern durch die Subfertilität ihres Lebensgefährten veranlasst sind. Die Kosten der bei einer privat krankenversicherten Frau vorgenommenen in-vitro-Fertilisation muss der Versicherer dann nicht erstatten, wenn die Frau selbst gesund ist. Sie ist nicht schon deshalb krank im Sinne des Versicherungsrechts, weil ein gemeinsamer Kinderwunsch infolge der Fortpflanzungsunfähigkeit ihres Partners nicht verwirklicht werden kann (BGH, Urt. v. 12.11.1997 - IV ZR 58/97 - NJW 1998, 824 = VersR 1998, 87).

f) Behandlung mit nicht zugelassenem Heilmittel (Hitzeschockproteine bei ALS)

OLG Saarbrücken, Urteil v. 20.04.2016 - 5 U 7/16

RID 16-04-329

juris
VVG § 192; MB/KK 2009 § 1 II 1

Leitsatz: Ist eine Behandlung mit einem bislang **nicht zugelassenen Heilmittel** - Hitzeschockproteine bei ALS - grundsätzlich medizinisch nachvollziehbar, haftet ihr aber dennoch **Versuchscharakter** an, so können bei einem infausten Stadium des Leidens geringere Anforderungen an die Möglichkeit einer Linderungswirkung gestellt werden.

g) Physiotherapeutische Behandlungen nicht über beihilfefähigen Höchstsätzen

LG Duisburg, Urteil v. 29.02.2016 - 3 O 426/14

RID 16-04-330

juris
VVG § 192 I; AVB § 1 I lit. a)

Kommt es zu **keiner konkreten Vergütungsvereinbarung** zwischen der Versicherten und dem Physiotherapeuten, dann greift die Regelung des § 612 II Var. 2 BGB ein, da für die Leistungen von frei praktizierenden Physiotherapeuten keine taxmäßigen Regelungen bestehen. Es ist daher auf die **übliche Vergütung** abzustellen. Maßgebend ist, welche Vergütung für gleiche oder ähnliche Dienstleistungen an dem betreffenden Ort nach einer festen Übung gewöhnlich gewährt zu werden pflegt (vgl. BGH, Urt. v. 13.11.2012 - XI ZR 145/12 - juris). Grundlage für die Ermittlung der Üblichkeit ist der **Kreis aller Versicherten**, also auch der gesetzlich Versicherten. Unter Zugrundelegung dieser einheitlichen Vergleichsgruppe kann es aufgrund des geringen Anteils der privat versicherten Personen (10%) nicht dazu kommen, dass die gebotene Betrachtung der Durchschnittsvergütung einen Betrag ergibt, der oberhalb der beihilfefähigen Höchstsätze angesiedelt wäre.

h) Gemischte Krankenanstalt: Traditionelle Chinesische Medizin

OLG Hamm, Urteil v. 11.07.2016 - 6 U 53/16

RID 16-04-331

juris
MB/KK § 4 V

Leitsatz: 1. Eine das Erfordernis der schriftlichen Zusage des Versicherers auslösende **gemischte Krankenanstalt** i.S.d. § 4 Abs. 5 MB/KK liegt vor, wenn die Anstalt nach ihrem medizinischen Konzept sowohl reine **Krankenhausleistungen** als auch die Behandlungen und Leistungen eines **Sanatoriumsbetriebs** erbringen kann; auf die konkrete Ausgestaltung der tatsächlich gewählten Therapie des Versicherten im Einzelfall kommt es dabei nicht an.

2. Krankenanstalten, die ihre Patienten nach dem alternativen Konzept der **Traditionellen Chinesischen Medizin** behandeln, in der zur Behandlung akuter Erkrankungen auch solche Therapieformen zur Anwendung gelangen, die sich bei isolierter Betrachtung als Maßnahmen zur Rehabilitation darstellen, können nur dann nicht als gemischte Anstalten angesehen werden, wenn die besondere Art der Therapieform ausschließlich dem Zweck der **Behandlung der akuten Erkrankung** dient und nicht - auch - **der Rehabilitation oder der Hilfe zur Selbsthilfe**. Hierzu muss der Versicherungsnehmer im Rahmen der ihn treffenden sekundären Darlegungslast substantiiert vortragen.

i) Fälligkeit einer Arztrechnung/Begründung für Erhöhung/Analogberechnung/Sachkosten

LG Hamburg, Urteil v. 29.06.2016 - 332 S 61/14

RID 16-04-332

juris
GOÄ § 12 III, IV

Eine **Arztrechnung** wird nicht **fällig**, wenn sie nicht den Anforderungen der GOÄ entspricht. Eine pauschale und nicht auf die einzelne Leistung bezogene **Begründung** für die **Erhöhung** auf den 2,5 bzw. 3,5fachen Satz entspricht nicht § 12 III GOÄ, weil dieser ausdrücklich fordert, dass bezogen auf die einzelne, d.h. konkrete Leistung, dies für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich begründet werden muss.

Eine **Analogberechnung** muss den Hinweis „entsprechend“ verwenden und die als gleichwertig erachtete Leistung beschreiben und die dementsprechende Nr. angeben.

§ 12 II Nr. 5 GOÄ verlangt, dass **Sachkosten**, die den Betrag von 25,56 € übersteigen, belegt werden müssen.

Die **Fälligkeit** fehlt lediglich bzgl. der **Positionen**, deren Abrechnung den formalen Anforderungen nicht genügt (so auch LSG Berlin-Brandenburg v. 28.07.2010 - L 9 KR 534/06 -; LG Kempten v. 07.05.2012 - 13 O 2311/11 -).

j) Aufrechnung mit Beitragsrückständen im Notlagentarif zulässig

OLG Jena, Urteil v. 04.08.2016 - 4 U 756/15

RID 16-04-333

juris
BGB §§ 389, 394; VVG § 35

Die Rechtsfrage der **Zulässigkeit einer Aufrechnung** des Krankenversicherers mit **Prämienrückständen** des Versicherungsnehmers ist umstritten. Dies betrifft sowohl Aufrechnungen im Notlagen-, als auch im Basistarif. Ein Aufrechnungsverbot im erst zum 01.08.2013 zusätzlich eingeführten **Notlagentarif** ist zu verneinen. Der Krankenversicherer ist rechtlich nicht gehindert, mit Beitragsrückständen gegen Kostenerstattungsansprüche des im Notlagentarif befindlichen Versicherungsnehmers die Aufrechnung zu erklären.

k) Verpflichtung zur Kostentragung vor Behandlungsbeginn im Wege einstweiligen Rechtsschutzes

OLG Düsseldorf, Urteil v. 28.07.2016 - 4 U 6/15

RID 16-04-334

juris
MB KK 2009 § 4 IV

Im Ausgangspunkt ist zu berücksichtigen, dass in der privaten Krankenversicherung kein Anspruch auf Zahlung eines **Vorschusses** besteht, sie ist eine Passivenversicherung und verpflichtet den Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer grundsätzlich nur zum Ersatz derjenigen Aufwendungen, die diesem in Bezug auf das versicherte Risiko zur Erfüllung von Verpflichtungen aus berechtigten Ansprüchen Dritter erwachsen (vgl. BGH, VersR 1998, 350, OLG Karlsruhe, BeckRS 2008, 06708). Die Verpflichtung zur Kostentragung vor Behandlungsbeginn im Wege des **einstweiligen Rechtsschutzes** ist bereits deshalb nur ganz ausnahmsweise möglich. Gleiches gilt, wenn - wie hier - die grundsätzliche Verpflichtung zur Übernahme stationärer Behandlungskosten in einem bestimmten Krankenhaus begehrt wird.

Stehen dem Verfügungskläger aber **ausreichende Behandlungsmöglichkeiten** zur Verfügung, bestehen keine drohenden und schwerwiegenden Nachteile für die Gesundheit. Damit fehlt es an einer im Rahmen der Leistungsverfügung erforderlichen existenziellen Notlage.

3. Beihilfe

a) Gendiagnose als Vorsorgemaßnahme

VG Bayreuth, Gerichtsbescheid v. 14.06.2016 - B 5 K 15.307

RID 16-04-335

juris
BhV Bayern § 41 II

Die Kosten für eine **Gendiagnose als Vorsorgemaßnahme** werden von § 41 I Nr. 3 BayBhV nicht erfasst. Nach den Verwaltungsvorschriften zur Bayerischen Beihilfeverordnung (VV-BayBhV) können aber Aufwendungen, die **Frauen mit erblich bedingten erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko** durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung entstehen, als beihilfefähig anerkannt werden. Dies gilt nach dem eindeutigen Wortlaut aber nur bei **Leistungserbringung durch von der Deutschen Krebshilfe zugelassene Zentren** nach Ziff. 2.4 VV-BayBhV zu § 41 I. Wird die Leistung nicht von einem von der Deutschen Krebshilfe zugelassenen Zentrum erbracht, sind die Aufwendungen nicht beihilfefähig. Dies ist **verfassungsgemäß**.

b) Psychotherapeuten: Bericht für die Einleitung des Gutachterverfahrens bei der Beihilfestelle

VG Schleswig, Beschluss v. 09.05.2016 - 12 A 336/15

RID 16-04-336

juris
BBhV §§ 6, 18 ff.

Der von der Beihilfestelle nach dem Formblatt 2 des Anhangs 2 BBhVwV angeforderte **Bericht** setzt nicht die (qualitativen) Anforderungen, die an eine **schriftliche gutachterliche Äußerung** im Sinne von Nr. 85 GV/GOP zu stellen sind, voraus. In einem Gutachten nach Nr. 85 GV/GOP muss sich der Gutachter im Einzelfall eingehend mit der wissenschaftlichen Lehre auseinandersetzen. Die vom Gutachter bzw. Sachverständigen gezogenen Schlussfolgerungen sind ausführlich wissenschaftlich zu begründen. Hierbei ist auch ggfls. auf unterschiedliche Lehrmeinungen einzugehen bzw. sind diese abzuwägen. Der nach Formblatt 2 des Anhangs 2 BBhVwV anzufertigende Bericht soll bezogen auf den Kläger demgegenüber nur Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik, zur lebensgeschichtlichen Entwicklung und Krankheitsanamnese, zum psychischen und somatischen Befund nebst Verhaltensanalyse, zu Diagnosen sowie Zielen einer Behandlung und schließlich zum Behandlungsplan enthalten.

Der für die Einleitung des Gutachterverfahrens bei der Beihilfestelle erforderliche Bericht ist nicht nach GOÄ-Nr. 85, sondern **nach der Nr. 808 abzurechnen**. Dies ergibt sich bereits aus dem Wortlaut dieser Nummern. Nr. 808 ist auch die speziellere Regelung gegenüber Nr. 80.

Ob der nach Nr. 808 GV/GOP durch den behandelnden Therapeuten abzurechnende Betrag für diesen eine angemessene Gegenleistung für den Bericht darstellt, kann hier dahinstehen, weil dies für die **Angemessenheit der Aufwendungen** im Beihilferecht ohne Bedeutung ist.

c) Prüfung der Notwendigkeit und wirtschaftlichen Angemessenheit von Aufwendungen

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 11.08.2016 - 1 A 993/15

RID 16-04-337

juris
SGB I § 60 I 1; BBhV §§ 6 I, 51 I 1

Die Beihilfestelle darf im Rahmen ihrer **Prüfung der Notwendigkeit und wirtschaftlichen Angemessenheit von Aufwendungen** nach §§ 6 I, 51 I 1 BBhV bei Unklarheiten in einzelnen Positionen in Arztrechnungen zunächst Nachfrage bei dem insoweit gem. § 51 I 2 und 3 BBhV i.V.m. § 60 I 1 SGB 1 zur Mitwirkung verpflichteten Beihilfeberechtigten halten, damit dieser mit Hilfe seines Arztes die fehlenden Angaben nachreichen kann.

Bei Verdacht auf Unwirtschaftlichkeit können auf entsprechende Beihilfeanträge hin zunächst nur **Teilleistungen** erbracht und weitere Bewilligungen in Abhängigkeit von dem Ergebnis eines bereits in Auftrag gegebenen **Gutachtens** bzw. in Abhängigkeit von der weiteren **Mitwirkung** des Anspruchstellers abhängig gemacht werden.

d) Kostenübernahmeerklärung erforderlich (Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung)

VG Meiningen, Urteil v. 03.05.2016 - 1 K 87/15 Me

RID 16-04-338

juris
BG Thüringen § 87; BhV Thüringen § 7 XI

Leitsatz: 1. Soweit in der Thüringer Beihilfeverordnung die Gewährung von Beihilfe für einzelne Maßnahmen von der vorherigen Zustimmung der Festsetzungsstelle (**Kostenübernahmeerklärung**) abhängig ist, handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatbestandsvoraussetzung und nicht um eine Ordnungsvorschrift.

2. Eine Behandlung ist nicht **beihilfefähig**, wenn vor ihrer Durchführung die erforderliche Kostenübernahmeerklärung der Festsetzungsstelle nicht vorliegt.

3. Verweigert die Festsetzungsstelle die Kostenübernahme, ist sie verpflichtet hierüber einen mit Gründen versehenen rechtsmittelfähigen **Verwaltungsakt** zu erlassen, da nur auf diesem Weg den Beihilfeberechtigten ausreichender Rechtsschutz eröffnet wird.

e) Kein Anspruch auf Tandem

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 06.10.2016 - 2 S 347/16

RID 16-04-339

juris
BBgV § 25:PostBKKSa

Leitsatz: 1. Zur **allgemeinen Lebenshaltung** zählen jedenfalls **Hilfsmittel**, die unabhängig von einer Erkrankung oder Behinderung von jedermann benutzt werden können.

2. Wenn ein Hilfsmittel sowohl zu Therapie- als auch zu Transportzwecken eingesetzt werden kann, genügt es für dessen Qualifizierung als beihilfefähiges Hilfsmittel nicht, dass es im Einzelfall zu therapeutischen Zwecken benutzt wird. Vielmehr erfordert die Einordnung als beihilfefähiges Hilfsmittel eine entsprechende **objektive Eigenart und Beschaffenheit** (in Anknüpfung an BVerwG, Urteil vom 14.03.1991 - 2 C 23.89 - Buchholz 270 § 6 BhV Nr. 5).

f) Nachträgliche Anerkennung einer Rehabilitationsmaßnahme nur bei besonderer Dringlichkeit

VG Aachen, Urteil v. 15.07.2016 - 7 K 687/16

RID 16-04-340

juris
BBhV § 36

Gemäß § 36 I BBhV sind **Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen** nach § 35 I Nr. 1, 2 und 4 BBhV nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle auf entsprechenden Antrag die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt hat. Sie hat hierzu grundsätzlich ein Gutachten eines Amtsarztes oder eines beauftragten Arztes einzuholen. Gegen das Voranerkennungserfordernis bestehen auch unter dem Gesichtspunkt der Fürsorgepflicht keine rechtlichen Bedenken.

Die Ermessensentscheidung, keine **nachträgliche Anerkennung** auszusprechen, ist gerichtlich nicht zu beanstanden, wenn Anhaltspunkte für eine besondere Dringlichkeit der beabsichtigten Rehabilitationsmaßnahme fehlen, wonach diese keinen Aufschub geduldet hätte.

g) Ausschluss von Aufwendungen für ein Einbettzimmer

VG Düsseldorf, Urteil v. 27.09.2016 - 26 K 3617/15

RID 16-04-341

juris
BVO NRW § 4 I Nr. 2 S. 2; LBG NRW § 77 III 1; BVO NRW § 3 I u. II

Ein von einer **Privatklinik** in Rechnung gestellter Einbettzimmerzuschlag von täglich 76,69 € netto zuzüglich 19 % Umsatzsteuer, somit täglich 91,26 € brutto, ist vom Ansatz her nicht beihilfefähig, sondern nur der Basispflegesatz einschl. Unterkunft und Verpflegung (hier: täglich 239,92 € bzw. 285,50 €). Der **Ausschluss von Aufwendungen für ein Einbettzimmer** im Rahmen gesondert berechneter Unterkunft durch § 4 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 BVO NRW ist mit höherrangigem Recht vereinbar.

h) Versäumen der einjährigen Ausschlussfrist

VG Schleswig, Urteil v. 03.11.2014 - 11 A 929/13

RID 16-04-342

juris
BhV Schleswig-Holstein § 5 III

Ist eine **einjährige Ausschlussfrist** verstrichen, so **erlischt** der **Beihilfeanspruch**, soweit nicht das Fristversäumnis durch höhere Gewalt verursacht wurde.

Parallelverfahren:

VG Schleswig, Urteil v. 05.08.2016 - 11 A 7/14

RID 16-04-343

juris

i) Sachleistungsbeihilfe und doppelte Jahresfrist

VG Kassel, Beschluss v. 11.08.2016 - 1 K 367/16.KS

RID 16-04-344

juris
BhV Hessen § 17 I

In Fällen der **Sachleistungsbeihilfe** gilt eine **doppelte Jahresfrist**: Zum einen darf gem. § 17 X 1 BhV Hessen die vorgelegte Sachleistungsbescheinigung nicht älter als ein Jahr sein, zum anderen darf aber auch für jede der bescheinigten Sachleistungen gem. § 17 X 2 BhV Hessen die Jahresfrist noch nicht abgelaufen sein.

j) Kein Anspruch auf Herausgabe von Rechnungsbelegen

VG München, Urteil v. 22.09.2016 - M 17 K 15.5180

RID 16-04-345

juris
BhV Bayern Art. 48, 96 IV 7

Die **Beihilfebehörde** ist nach der Bearbeitung des Beihilfeantrags zu der Vernichtung der eingereichten Belege und damit zu der völligen Aufhebung der Sachsubstanz berechtigt. Infolgedessen muss ihr erst recht ein aus dieser öffentlich-rechtlichen Vorschrift abgeleitetes **Besitzrecht an den übersandten Belegen**, die nicht im Original vorgelegt werden müssen, zustehen.

Unterlagen, die in einem sachlichen Bezug zum Beihilfeantrag als Nachweis der geltend gemachten Aufwendungen stehen, kann die Beihilfestelle in ihren **Verwaltungsvorgang** einfügen. Sind diese rechtmäßig in die Akte gelangt, so steht die Pflicht zur vollständigen Aktenführung der Entfernung aus den Akten – jedenfalls bis zum Bestandskräftigen Abschluss des Beihilfeverfahrens – entgegen (vgl. BVerfG, Beschl. v. 06.06.1983 - 2 BvR 244/83, 2 BvR 310/83 - NJW 1983, 2135, juris Rn. 4). Es besteht keine Verletzung des Eigentumsrechts.

k) Zahnärztliche Behandlung

aa) Antimikrobielle photodynamische Therapie zur Parodontosebehandlung unwissenschaftlich

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 30.09.2016 - 5 LA 178/15

RID 16-04-346

juris
BhV Niedersachsen § 5 I 1

Leitsatz: Die **antimikrobielle photodynamische Therapie zur Parodontosebehandlung** kann derzeit nicht als wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungsmethode angesehen werden.

bb) Keine Erstattung kieferorthopädischer Behandlungskosten

VG Bayreuth, Urteil v. 07.06.2016 - B 5 K 15.405

RID 16-04-347

juris
BG Bayern Art. 96 II 5; BhV Bayern § 15

Nach Art. 96 II 5 BG Bayern ist der Anspruch auf Beihilfeleistungen bei **Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt** auf Leistungen für Zahnersatz, für Heilpraktiker und auf Wahlleistungen im Krankenhaus. **Kieferorthopädische Behandlungskosten** werden nach dem eindeutigen Gesetzeswortlaut nicht erstattet. Darauf, ob im konkreten Einzelfall tatsächlich eine Erstattung durch die gesetzliche Krankenkasse erfolgt, kommt es nicht an, eine Einzelfallprüfung ist der Beihilfestelle aufgrund der allgemein gefassten Regel weder möglich noch veranlasst. steht auch mit höherrangigem Recht im Einklang.

cc) Kieferorthopädische Behandlungen bei Erwachsenen

OVG Hamburg, Beschluss v. 15.04.2016 - 5 Bf 82/15

RID 16-04-348

juris

BG Hamburg § 80; BhV Hamburg; GG Art. 3 I, 33 V

Leitsatz: Zur Zulässigkeit einer Klage auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer **kieferorthopädischen Behandlung**, wenn die kieferorthopädische Behandlung bereits durchgeführt wurde.

Zu den Voraussetzungen einer **Ausnahme** vom Grundsatz der Notwendigkeit der **Voranerkennung einer kieferorthopädischen Behandlung**.

Zur Beihilfefähigkeit kieferorthopädischer Behandlungen bei **Erwachsenen**.

dd) Kieferorthopädische Leistungen und 18. Lebensjahr: Beginn der Behandlung

VG Gelsenkirchen, Urteil v. 04.03.2016 - 3 K 3773/14

RID 16-04-349

juris

BhV NRW § 4 II Buchst. a

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern. Diese Regelung ist an § 28 II 6 SGB V angelehnt.

Im Zusammenhang des § 28 II 6 SGB V gilt, dass „Beginn der Behandlung“, sofern der Beginn der kieferorthopädischen Therapie nach Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgt, der Zeitpunkt der **Aufstellung des kieferorthopädischen Behandlungsplans** sein kann, auch wenn die eigentliche Behandlung erst danach beginnt und wichtige Vorbereitungshandlungen schon vor diesem Zeitpunkt liegen sollten.

V. Verschiedenes

1. Europäischer Gerichtshof (EuGH)

a) Bedarfsprüfung für Apotheken

EuGH, Beschluss v. 30.06.2016 - C-634/15

RID 16-04-350

juris

AEUV Art. 49

Das Ur. v. 13.02.2014, Sokoll-Seebacher (C-367/12, EU:C:2014:68), ist so zu verstehen, dass das in der im Ausgangsverfahren fraglichen nationalen Regelung festgelegte Kriterium einer **starrten Grenze der Zahl der „weiterhin zu versorgenden Personen“** bei der Prüfung des **Bedarfs an einer neu zu errichtenden öffentlichen Apotheke** allgemein in keiner konkreten Situation, die einer Prüfung unterzogen wird, Anwendung finden darf.

b) Aufeinanderfolgende befristete Arbeitsverträge im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens

EuGH, Urteil v. 14.09.2016 - C-16/15

RID 16-04-351

juris

Richtlinie 1999/70/EG

María Elena Pérez López gegen Servicio Madrileño de Salud (Comunidad de Madrid)
Vorabentscheidungsersuchen der Juzgado Contencioso-Administrativo de Madrid

1. Paragraf 5 Nr. 1 Buchst. a der **Rahmenvereinbarung über befristete Arbeitsverträge** vom 18. März 1999, die im Anhang der Richtlinie 1999/70/EG des Rates vom 28. Juni 1999 zu der EGB-UNICE-CEEP-Rahmenvereinbarung über befristete Arbeitsverträge enthalten ist, ist dahin auszulegen, dass er der Anwendung einer nationalen Regelung wie der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden durch die Stellen des betreffenden Mitgliedstaats entgegensteht, wenn

- die **Verlängerung aufeinanderfolgender befristeter Arbeitsverträge im öffentlichen Gesundheitssektor** deshalb als aus „sachlichen Gründen“ im Sinne dieses Paragraphen gerechtfertigt angesehen wird, weil die Verträge auf Rechtsvorschriften gestützt sind, die die Vertragsverlängerung zur Sicherstellung bestimmter Leistungen zeitlich begrenzter, konjunktureller oder außerordentlicher Art zulassen, während in Wirklichkeit dieser **Bedarf ständig und dauerhaft ist**;
- die zuständige Verwaltung nicht verpflichtet ist, **Planstellen zu schaffen**, mit denen die Ernennung statutarischer Aushilfskräfte beendet wird, und es ihr offensteht, geschaffene Planstellen durch die Einstellung von **Interimskräften** zu besetzen, so dass die Unsicherheit der Arbeitnehmer andauert, obwohl der betreffende Staat einen strukturellen Mangel an Planstellen für fest angestellte Mitarbeiter in diesem Bereich aufweist.

2. Paragraph 5 der Rahmenvereinbarung über befristete Arbeitsverträge, die im Anhang der Richtlinie 1999/70 enthalten ist, ist dahin auszulegen, dass er einer nationalen Regelung, nach der das Vertragsverhältnis zu dem im befristeten Vertrag vorgesehenen Zeitpunkt beendet wird und - unbeschadet einer eventuellen erneuten Ernennung - ein Ausgleich aller Ansprüche erfolgt, grundsätzlich nicht entgegensteht, soweit diese Regelung nicht geeignet ist, das **Ziel oder die tatsächliche Wirksamkeit der Rahmenvereinbarung** in Frage zu stellen, was vom vorlegenden Gericht zu prüfen sein wird.

3. Der Gerichtshof der Europäischen Union ist für die Beantwortung der vierten vom Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n° 4 de Madrid (Verwaltungsgericht Nr. 4 Madrid, Spanien) vorgelegten Frage offensichtlich unzuständig.

2. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)

a) Herausnahme von der Warteliste zur Nierentransplantation: Fortsetzungsfeststellungsinteresse

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 06.07.2016 - 1 BvR 1705/15

RID 16-04-352

juris

VwGO § 113 I 4; TPG § 10 II Nr. 2; GVG § 17a; GG Art. 2 II 1, 19 IV

Die Verfassungsbeschwerde gegen *VGH Bayern*, Beschl. v. 15.06.2015 - 5 ZB 14.1919 - RID 15-03-348 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Es begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken, dass die Fachgerichte die Klage mit der Begründung abgewiesen haben, es mangle an einem **Fortsetzungsfeststellungsinteresse** bzgl. einer Herausnahme von der Warteliste zur Nierentransplantation, wenn zwischenzeitlich eine Nierentransplantation erfolgt ist.

Der Gefahr, dass eine Entscheidung in der Hauptsache aus gesundheitlichen Gründen für den Betroffenen zu spät käme, lässt sich mit dem **Instrument des einstweiligen Rechtsschutzes** begegnen. Für den hier betroffenen Bereich der Zuteilung von Organen kann die Pflicht des Staates, sich schützend und fördernd vor die Rechtsgüter des Art. 2 II 1 GG zu stellen (vgl. BVerfGE 115, 25 <44 f.>), es gebieten, einem an einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung leidenden Betroffenen einstweiligen Rechtsschutz zu gewähren, auch wenn hiermit ggf. eine Vorwegnahme der Hauptsache verbunden ist. Im Falle der Bf. hätte dies bedeuten können, dass ihr Status auf der Warteliste vorläufig von „nicht transplantabel“ in „transplantabel“ hätte geändert werden müssen.

b) Schutzpflicht des Staates: Ärztliche Behandlung für nicht einsichtsfähige Betreute

BVerfG, Beschluss v. 26.07.2016 - 1 BvL 8/15

RID 16-04-353

juris

GG Art. 2, 3 I, 100 I; BGB § 1906

Leitsatz: 1. Aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG folgt die **Schutzpflicht des Staates**, für **nicht einsichtsfähige Betreute** bei drohenden erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen unter strengen Voraussetzungen eine **ärztliche Behandlung** als letztes Mittel auch gegen ihren natürlichen Willen vorzusehen.

2. a) Im **Verfahren nach Art. 100 Abs. 1 GG** kann Vorlagegegenstand auch eine Norm sein, bei der das Gericht eine Ausgestaltung vermisst, die nach dessen plausibel begründeter Überzeugung durch eine konkrete verfassungsrechtliche Schutzpflicht geboten ist.
- b) Besteht ein gewichtiges objektives Bedürfnis an der Klärung einer durch eine Vorlage aufgeworfenen Verfassungsrechtsfrage, kann die Vorlage trotz Erledigung des Ausgangsverfahrens durch den Tod eines Hauptbeteiligten zulässig bleiben.

3. BVerwG: Langfristige Erkrankung eines Prozessbevollmächtigten

BVerwG, Beschluss v. 29.06.2016 - 2 B 18/15

RID 16-04-354

juris

VwGO §§ 54 I, 108 II, 138 Nr. 2; GG Art. 103 I; ZPO § 42 II, 43

Leitsatz: 1. Bei einer **langfristigen Erkrankung des Prozessbevollmächtigten** muss dieser arbeitsorganisatorische Maßnahmen ergreifen, eine Vertretung einrichten oder das Mandat abgeben, um den Fortgang des Verfahrens zu ermöglichen. Das Recht auf freie Wahl des Prozessbevollmächtigten endet dort, wo dieser für einen längeren Zeitraum nicht mehr in der Lage ist, dem Verfahren Fortgang zu geben.

2. Nach **Abschluss der Berufungsinstanz** kann die **Besorgnis der Befangenheit** der dort entscheidenden Richter nicht mehr geltend gemacht werden. Das gilt selbst dann, wenn sich die Gründe für die Besorgnis der Befangenheit erst aus den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils ergeben.

3. Ein Beteiligter kann einen Richter auch dann nicht mehr wegen der **Besorgnis der Befangenheit** ablehnen, wenn er in der **mündlichen Verhandlung abwesend** war und hierfür kein erheblicher Grund im Sinne des § 227 Abs. 1 Satz 1 ZPO gegeben war.

4. Ein verhandlungsunfähiger Beamter kann im Disziplinarverfahren durch einen **Prozesspfleger** vertreten werden. Dieser kann das rechtliche Gehör für den Beamten wahrnehmen, wenn der Tatnachweis ohne persönliche Mitwirkung des Beamten geführt werden kann, etwa weil schriftliche Beweismittel hierfür ausreichen. Anderes gilt, wenn es auf die höchstpersönliche Wahrnehmung des Tatgeschehens durch den Beamten ankommt.

4. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Konkretisierung einer Betreuungsvollmacht bzgl. lebensverlängernder Maßnahmen

BGH, Urteil v. 06.07.2016 - XII ZB 61/16

RID 16-04-355

juris

BGB §§ 1901a, 1904

Leitsatz: 1. Der **Bevollmächtigte** kann in eine der in § 1904 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 BGB genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn der **Vollmachttext** hinreichend klar umschreibt, dass sich die Entscheidungskompetenz des Bevollmächtigten auf die im Gesetz genannten ärztlichen Maßnahmen sowie darauf bezieht, sie zu unterlassen oder am Betroffenen vornehmen zu lassen. Hierzu muss aus der Vollmacht auch deutlich werden, dass die jeweilige Entscheidung mit der begründeten Gefahr des Todes oder eines schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens verbunden sein kann.

2. Einem für einen Betroffenen bestehenden Betreuungsbedarf wird im Zusammenhang mit der Entscheidung zur Durchführung von **lebensverlängernden Maßnahmen** im Sinne des § 1904 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 BGB durch eine Bevollmächtigung erst dann nicht ausreichend Genüge getan, wenn offenkundig ist, dass der Bevollmächtigte sich mit seiner Entscheidung über den Willen des Betroffenen hinwegsetzen würde.

3. Die schriftliche Äußerung, „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ zu wünschen, enthält für sich genommen nicht die für eine bindende Patientenverfügung notwendige **konkrete Behandlungsentscheidung des Betroffenen**. Die insoweit erforderliche Konkretisierung kann aber gegebenenfalls durch die Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen oder die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen erfolgen.

b) Keine Eintragung eines Intersexuellen im Geburtsregister als „inter“ oder „divers“

BGH, Beschluss v. 22.06.2016 - XII ZB 52/15

RID 16-04-356

juris = StAZ 2016, 269 = NJW 2016, 2885 = FamRZ 2016, 1580 = MDR 2016, 1090 = GesR 2016, 555
PStG §§ 21 I Nr. 3, 22 III; GG Art. 1 I, 2 I

Leitsatz: Das Personenstandsgesetz lässt eine Eintragung wie „inter“ oder „divers“ als Angabe des Geschlechts im Geburtenregister nicht zu.

5. Krankenhäuser

a) Krankenhausplanung

aa) BVerwG: Abgrenzung Rehabilitationseinrichtung/Krankenhaus

BVerwG, Beschluss v. 21.07.2016 - 3 B 41/15

RID 16-04-357

juris
KHG §§ 2 Nr. 1, 5 I Nr. 7, 8; VwGO § 92

Das BVerwG wies die Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. gegen *VGH Baden-Württemberg*, Urt. v. 16.04.2015 - 10 S 96/13 - RID 15-03-318 zurück.

Die Zuordnung zu einer der beiden in § 107 SGB V geregelten Einrichtungsarten ist anhand des Behandlungskonzepts vorzunehmen, das der Einrichtungsträger dem Betrieb seiner Einrichtung zugrunde legt. Weil **Rehabilitationseinrichtung** und **Krankenhaus** in ihrer Zielsetzung beide auf die Behandlung von Krankheiten gerichtet sind, kann die Zuordnung im Einzelfall schwierig sein. Deshalb kann eine Unterscheidung im Wesentlichen nur im Rahmen einer Gesamtschau nach der Art der Einrichtung, den Behandlungsmethoden und dem Hauptziel der Behandlung getroffen werden, die sich auch in der Organisation der Einrichtung widerspiegeln (BSG, Urt. v. 19.11.1997 - 3 RK 21/96 - BSGE 81, 189 = SozR 3-2500 § 111 Nr. 1 = MedR 1998, 482 <483> u. v. 20.01.2005 - B 3 KR 9/03 R - BSGE 94, 139 Rn. 12 = SozR 4-2500 § 112 Nr. 4). Diese sozialgerichtliche Rechtsprechung kann auch im Krankenhausfinanzierungsrecht bei der Anwendung von § 8 i.V.m. § 5 I Nr. 7 KHG zugrunde gelegt werden (ebs. BVerwG, Urt. v. 14.04.1988 - 3 C 36.86 - Buchholz 451.74 § 2 KHG Nr. 4 zu § 5 Abs. 1 Nr. 7 KHG <1984> und §§ 184, 184a der RVO).

bb) BVerwG: Aktive Konkurrentenklage/Krankenhaus im Entwurfsstadium

BVerwG, Beschluss v. 21.07.2016 - 3 B 42/15

RID 16-04-358

juris
VwGO § 42; KHG §§ 2 Nr. 1, 5 I Nr. 2, 8 II 2

Das BVerwG wies die Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. gegen *VGH Baden-Württemberg*, Urt. v. 16.04.2015 - 10 S 100/13 - RID 15-03-327 zurück.

Die **Ablehnung eines Beweisantrags** tragend damit, mit den BAR-Empfehlungen (Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) liege ein ausreichendes Erkenntnismittel zur Bewertung der Zielrichtung des medizinisch-therapeutischen Konzepts vor, ist zulässig, da es dann keine klärungsbedürftigen Tatsachen gibt.

cc) Krankenhausplan NRW: Gemeinsame integrative Planung von Psychiatrie und Psychosomatik

VG Minden, Urteil v. 18.04.2016 - 6 K 320/15

RID 16-04-359

juris = NZS 2016, 622
KHG §§ 6 I, 8; KHGestG NRW §§ 12, 13; GG Art. 3, 12; VwGO § 113 V

Einer **isolierten Planaufnahme mit Betten nur für Psychosomatik und Psychotherapie** stehen grundsätzliche Festlegungen im Krankenhausplan NRW 2015 entgegen. Auch eine entsprechende bloße Teilgebietsausweisung oder eine erneute Entscheidung hierüber kann nicht beansprucht werden. Für die Bereiche Psychiatrie und Psychosomatik, jeweils in Verbindung mit Psychotherapie, gibt der Krankenhausplan NRW 2015 gegenüber seinem Vorgänger von 2001 gänzlich andere

Rahmenbedingungen vor. Während gemäß Planungsgrundsatz 3 des Krankenhausplans NRW 2001 das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie beplant und die Psychotherapeutische Medizin, für die bewusst keine Planungsparameter festgeschrieben worden waren, getrennt davon geführt wurde, sieht der **Krankenhausplan NRW 2015** unter Nr. 5.2.13.3 eine **gemeinsame integrative Planung von Psychiatrie und Psychosomatik** vor, also keine Ausweisung solitärer psychosomatischer Kapazitäten. Diese integrative Planung verstößt nicht gegen Verfassungsrecht.

dd) Ausweisung einer Abteilung Neurochirurgie/Anspruch auf Neubescheidung

VG Düsseldorf, Urteil v. 01.07.2016 - 21 K 2483/14

RID 16-04-360

juris

KHG §§ 6, 8 I; KHGestG NRW §§ 8 I, 14; GG Art. 12 I, 19 III; VwGO § 113 V

Leitsatz: 1. Zum hier abgelehnten Anspruch eines Krankenhausträgers auf **Ausweisung einer Abteilung Neurochirurgie** mit 35 Planbetten im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen.
2. Der Krankenhausträger hat aber einen **Anspruch auf Neubescheidung** (Im Anschluss an OVG NRW, Urteil vom 19.08.2015 - 13 A 1725/14 - RID 15-04-298).

b) BVerwG: Revisionszulassung zur Präzisierung der rechtlichen Grenzen von Schiedsstellen

BVerwG, Beschluss v. 28.09.2016 - 3 B 55/15

RID 16-04-361

juris

KHEntgG § 14 I

Die Beschwerde der Beigel. gegen *VGH Hessen*, Urt. v. 07.05.2015 - 5 A 520/13 - RID 15-03-330 hat Erfolg. Die Rechtssache hat grundsätzliche Bedeutung im Sinne von § 132 II Nr. 1 VwGO. Das Revisionsverfahren wird dem Senat voraussichtlich Gelegenheit geben, die **rechtlichen Grenzen** zu präzisieren, denen die **Schiedsstelle nach § 13 I 2, § 14 I 2 KHEntgG bei der Entscheidung über die Festsetzung krankenhausesindividueller tagesbezogener Entgelte** gemäß § 6 I KHEntgG unterliegt.

c) Entschädigungslose nachvertragliche Patientenschutzklausel im Bereich der Intensivpflege

LAG Hamm, Urteil v. 19.02.2016 - 10 Sa 1194/15

RID 16-04-362

juris

HGB § 74; GewO § 110 S. 2

Leitsatz: 1. Es kann offen bleiben, ob ein **nachvertragliches Wettbewerbsverbot** ohne Zusage einer Karenzentschädigung wirksam vereinbart werden kann, wenn eine wirtschaftlich nicht relevante Beschränkung der beruflichen Betätigungsfreiheit des Mitarbeiters vorliegt (vgl. BAG vom 15.12.1987 - 3 AZR 474/86 -).
2. Ist eine **Krankenschwester** arbeitsvertraglich zur Versorgung lediglich eines bestimmten Intensivpatienten eingestellt, so ist für sie eine **Patientenschutzklausel** bezogen auf diesen Patienten wirtschaftlich relevant.

BAG, Beschl. v. 27.07.2016 - 8 AZN 328/16 - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde.

d) Anspruch des Nothelfers und Kenntnis des Sozialhilfeträgers

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.08.2016 - L 9 SO 328/14

RID 16-04-363

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB XII §§ 3 II, 23., 25, 48, 97, 98

Leitsatz: 1. Der Anspruch des **Nothelfers** besteht in Abgrenzung zum Anspruch des Hilfebedürftigen nur, solange der **Sozialhilfeträger keine Kenntnis** von Leistungsfall hat und ein Anspruch des Hilfsbedürftigen gegen den Sozialhilfeträger nur deshalb nicht entsteht.
2. Die **Kenntnis des Sozialhilfeträgers** bildet die Zäsur für die sich gegenseitig ausschließenden Ansprüche des Nothelfers und des Hilfebedürftigen.

e) Keine Fälligkeit des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses vor Rechnungserteilung

LSG Sachsen, Urteil v. 17.05.2016 - L 8 SO 139/13

RID 16-04-364

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 16 IIIa 2, 109 IV 3

Leitsatz: 1. Im Rahmen eines Vergütungsrechtsstreits zwischen Krankenhaus und Krankenkasse ist vom Gericht inzident zu prüfen, ob der behandelte Patient **krankenversichert** war (hier: nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V). Einer vorherigen Klärung des Versicherungsverhältnisses durch eine Statusentscheidung der Krankenkasse gegenüber dem potentiell Versicherten bedarf es nicht.
2. Eine im Sinne des § 52a Satz 1 SGB V **missbräuchliche Inanspruchnahme** des Versicherungsschutzes nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V kann nicht darin erblickt werden, dass ein mittelloser Deutscher mit einer schwerwiegenden, akut behandlungsbedürftigen Erkrankung nach Deutschland zurückkehrt, um diese Erkrankung dort behandeln zu lassen.
3. Ein Krankenhaus kann seinen Vergütungsanspruch gegen eine Krankenkasse vor der Rechnungserteilung mangels **Fälligkeit** nicht gerichtlich durchsetzen.
4. Eine vom Krankenhaus dem versicherten Patienten erteilte Rechnung vermag die Fälligkeit des **Vergütungsanspruchs des Krankenhauses** gegen die Krankenkasse nicht zu begründen.
5. Im Sozialrecht spricht viel dafür, die **Verjährung** entsprechend dem Wortlaut des § 45 Abs. 1 SGB I bereits mit der Entstehung des Anspruchs und nicht erst mit dessen Fälligkeit beginnen zu lassen.

f) Gerichtsstand für Klagen um die Genehmigung von Pflegesätzen

OVG Rheinland-Pfalz, Beschluss v. 05.08.2016 - 2 F 10675/16

RID 16-04-365

juris
VwGO §§ 52 Nr. 1, 53 I Nr. 3, III

Leitsatz: Für Klagen der GKV-Kostenträger wegen der Genehmigung von Pflegesätzen gilt der **Gerichtsstand** des ortsgebundenen Rechts.

g) Örtliche Zuständigkeit bei Klage auf Genehmigung von Pflegesätzen

OVG Rheinland-Pfalz, Beschluss v. 05.08.2016 - 2 F 10675/16.OVG

RID 16-04-366

NZS 2016, 743 = www3.mjv.rlp.de/rechtspr
VwGO §§ 52 Nr. 1, 53

Leitsatz (NZS): Für Klagen der **GKV-Kostenträger** wegen der **Genehmigung von Pflegesätzen** gilt der **Gerichtsstand** des ortsgebundenen Rechts.

6. Krankenkassen

a) BVerwG: Entfallen der Insolvenzfähigkeit nach Schließung einer Krankenkasse

BVerwG, Beschluss v. 26.07.2016 - 8 B 12.16

RID 16-04-367

juris = NZS 2016, 788
BetrAVG §§ 10 I, 17 II

Im Revisionsverfahren ist voraussichtlich die **Rechtsfrage** zu klären, ob mit der wirksamen Schließung einer Krankenkasse gemäß § 153 (ggf. i.V.m. §§ 146a, 163 oder 170) SGB V deren **Insolvenzfähigkeit** entfällt, und ob dies das Erlöschen einer zuvor nach § 10 I und § 17 II BetrAVG bestehenden Insolvenzsicherungsbeitragspflicht zur Folge hat. Außerdem wird das Revisionsverfahren voraussichtlich Gelegenheit geben zu klären, ob der Kreis derjenigen, die gem. § 10 I BetrAVG der Insolvenzsicherungsbeitragspflicht dem Grunde nach unterliegen, durch das **Äquivalenzprinzip** weitergehend eingeschränkt wird als durch die Begrenzung des persönlichen Anwendungsbereichs der Vorschrift gemäß § 17 II BetrAVG (in unmittelbarer oder, sofern die Voraussetzungen einer Analogie vorliegen sollten, in entsprechender Anwendung).

b) Gewährung psychotherapeutischer Behandlung im Auftrag des Versorgungsträgers

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.07.2016 - L 6 VG 4941/14

RID 16-04-368

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 9 V 68/16 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 91 VI, 92 I 2 Nr. 1, 92 VIa; BVG §§ 18a, 18c, 19, 20, 71b

Leitsatz: 1. Im gesetzlichen Auftragsverhältnis zwischen dem Träger der Versorgungsverwaltung und der Krankenkasse des Geschädigten fehlt der **Feststellungsklage** des Versorgungsträgers regelmäßig das Rechtsschutzbedürfnis.

2. Sofern der Versorgungsträger Leistungen der Heilbehandlung anstelle der im Rahmen der Auftragsverwaltung an sich zuständigen Krankenkasse erbringt, ohne sich einen Rückgriff gegen sie vorzubehalten, kann er keine **Erstattungs- oder Schadensersatzansprüche** geltend machen.

3. Erbringt die Krankenkasse im Auftrag des Versorgungsträgers **ambulante Psychotherapie**, gelten die Vorschriften des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere die Vorschriften der Psychotherapie-Richtlinie.

c) Entscheidung der erstangegangenen Rehabilitationsträgerin (Hörhilfe)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.09.2016 - L 6 VS 756/16

RID 16-04-369

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I 1; SGB IX § 14; SVG §§ 80, 81

Leitsatz: 1. Die **erstangegangene Rehabilitationsträgerin** entscheidet ausschließlich und umfassend über den Kostenerstattungsanspruch bei selbstbeschafften Hörhilfen, die Verwaltungsentscheidungen der unzuständigen Sozialleistungsträgerin sind auf Anfechtungsklage hin aufzuheben.

2. Hat die zuständige Rehabilitationsträgerin bindend **festgestellt**, dass kein Anspruch auf Kostenerstattung besteht, ist die Leistungsklage unbegründet.

d) Informationsanspruch hinsichtlich der Höhe eines nach § 130a VIII SGB V vereinbarten Rabatts

OVG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 31.05.2016 - 3 L 314/13

RID 16-04-370

juris

SGB V § 130a; InfZG Sachsen-Anhalt §§ 1, 3, 6

Leitsatz: Einzelfall einer **Auskunftspflicht der Krankenkasse** über die Höhe eines nach § 130a Abs. 8 SGB V vereinbarten Rabatts, wenn der **Rabattvertrag** vor mehreren Jahren und nicht nach Maßgabe des öffentlichen Vergaberechts abgeschlossen wurde.

Das kl. pharmazeutische Unternehmen begehrt die Erteilung einer Auskunft von der bekl. gesetzl. Krankenkasse über die Höhe des Rabattes eines Originalarzneimittels. Sie importiert und vertreibt aus dem Gebiet der EU in die BRD Arzneimittel, u. a. das Vorgenannte. **VG Magdeburg**, Urt. v. 22.08.2013 - 2 A 27/12 - RID 13-04-247 gab der Klage statt, das **OVG** wies die Berufung zurück,

e) Krankenkassenwahlrecht: Kein Wechsel in die „Krankenkasse Deutsche Gesundheit“

SG Karlsruhe, Gerichtsbescheid v. 27.07.2016 - S 17 AS 1318/16

RID 16-04-371

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 173 II 1, 175 I 1

Leitsatz: Die „Deutsche Gesundheit“ unterfällt keiner der Fallgruppen des § 173 Abs. 2 S. 1 SGB V.

f) Akteneinsichtsrecht des Insolvenzverwalters

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.07.2016 - OVG 12 B 33.14

RID 16-04-372

juris

Akteneinsichts- und Informationszugangsgesetz (AIG) §§ 1, 2; GG Art. 87 II 2

Leitsatz: 1. Das **Akteneinsichtsrecht** ist gegenüber öffentlich-rechtlich organisierten Krankenversicherungen in Brandenburg, deren Zuständigkeit sich über das Sitzland, aber nicht über mehr als drei Länder hinaus erstreckt, nicht gemäß § 2 Abs. 3 AIG eingeschränkt.

2. Die Teilnahme von Krankenversicherungen am **Wettbewerb** führt nicht per se zu einem Ausschluss des Akteneinsichtsrechts nach § 2 Abs. 5 Nr. 2 AIG.

7. Rettungsdienst

a) Zulassung zur Ergänzungsprüfung zum Notfallsanitäter

VG Freiburg, Urteil v. 27.07.2016 - 7 K 1149/15

RID 16-04-373

juris

NotSanG § 32 II

Leitsatz: 1. Die **Tätigkeit als Rettungsassistent** im Sinne des § 32 Abs. 2 NotSanG muss nicht gegen **Entgelt** ausgeübt worden sein.

2. Allerdings muss es sich um eine Tätigkeit gehandelt haben, für die eine **Qualifikation als Rettungsassistent** gesetzlich vorgesehen war oder die in Art und Umfang von gleicher Intensität wie die Tätigkeit berufsmäßiger Rettungsassistenten gewesen ist. Der Notfallrettung kommt dabei besondere Bedeutung zu.

3. Die Ausübung einer Tätigkeit, für die die **spezifischen Kenntnisse und Fähigkeiten** eines Rettungsassistenten nicht erforderlich waren, stellt keine „Tätigkeit als Rettungsassistent“ dar.

b) Beschränkte Genehmigung für Transport intensivpflegebedürftiger und heimbeatmeter Patienten

VG Augsburg, Urteil v. 28.06.2016 - Au 1 K 15.743

RID 16-04-374

juris

RettdG Bayern Art. 21, 24, 27 II

Leitsatz: 1. Der Wortlaut von Art. 21 Abs. 1 BayRDG schließt eine **auf** eine bestimmte **Patientengruppe beschränkte Genehmigung** für den **Krankentransport** nicht generell aus. Wenn der öffentliche Rettungsdienst den Transport von bestimmten Patienten nicht durchführen kann, ist eine beschränkte Genehmigung hierfür unter Berücksichtigung der Genehmigungsvoraussetzungen des Art. 24 BayRDG dem Grunde nach möglich.

2. Das öffentliche Interesse an einem **funktionsfähigen Rettungsdienst** nach Art. 24 Abs. 4 BayRDG wäre ausnahmsweise dann nicht beeinträchtigt, wenn der öffentliche Rettungsdienst nicht in der Lage ist, bestimmte Patienten zu transportieren. Die Erteilung einer auf eine bestimmte Patientengruppe beschränkten Genehmigung kommt aber nur dann in Betracht, wenn eine **Versorgungslücke** besteht, welche durch die beschränkte Genehmigung vollständig ausgefüllt wird.

c) Vorbeugender Rechtsschutz: Verhinderung eines Rettungsdienstvertrags/Verwaltungsrechtsweg

VG Düsseldorf, Beschluss v. 15.09.2016 - 7 L 2411/16

RID 16-04-375

juris

VwVfG § 58 I; VwGO §§ 40 I 1, 123 I 1; RettdG NRW § 13 I; GWB §§ 99 Nr. 1, 103, 107 I Nr. 4, 155

Leitsatz: Der **Verwaltungsrechtsweg** ist für die Überprüfung einer **Vergabe von Rettungsdienstleistungen**, bestehend aus Dienstleistungen der Notfallrettung und des „qualifizierten Krankentransports“, an anerkannte Zivil- und Katastrophenschutzorganisationen eröffnet.

Im Verwaltungsvergaberecht besteht die Verhinderung einer Zuschlagserteilung bzw. des Abschlusses eines öffentlich-rechtlichen Vertrages über Leistungen, deren Erbringung beliebig weit in die Zukunft hinausgeschoben werden kann, grundsätzlich kein qualifiziertes **Rechtsschutzbedürfnis** für **vorbeugenden vorläufigen Rechtsschutz**, da wegen § 58 Abs. 1 VwVfG keine irreversiblen Zustände geschaffen werden.

d) Fehlende Beschwerde des Rettungsdienstträgers nach Abweisung der Klage auf höheres Entgelt

VGH Hessen, Beschluss v. 10.08.2016 - 5 A 2755/15.Z

RID 16-04-376

juris

RettdG Hessen § 10

Leitsatz: Für die **Zulässigkeit des Rechtsmittels** eines Beigeladenen ist erforderlich, dass er durch die angefochtene Entscheidung materiell beschwert ist. Durch die Abweisung einer Klage des Leistungserbringers gegen die Entscheidung der Schiedsstelle über die Höhe des **Benutzungsentgelts** ist der **Rettungsdienstträger** nicht materiell beschwert.

8. Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegerin“: Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 17.08.2016 - 8 LA 52/16

RID 16-04-377

juris

BQFG §§ 2, 17; KrPflAPrV § 2

Die Erteilung einer Erlaubnis zum Führen der **Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegerin“** kann auch aufgrund einer **außerhalb des Bundesgebietes** und auch außerhalb eines anderen Vertragsstaats des Europäischen Wirtschaftsraums erworbene abgeschlossene Ausbildung erfolgen, wenn die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes gegeben ist.

9. Heilpraktiker

a) Keine Heilpraktikererlaubnis für Dipl.-Psych. nach „Aktenlage“

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 10.08.2016 - 13 A 2506/15

RID 16-04-378

juris

HeilprG §§ 1 I, 2 I

Die Befähigung, einen **psychotherapeutischen Therapieprozess mit einem Patienten planvoll zu durchlaufen** und zu einem erfolgreichen Abschluss zu bringen, ist zum Schutz der Patienten vor Gesundheitsgefahren erforderlich. Allein die Behauptung, von ihr gingen auf Grund ihrer **Ausbildung als Diplompsychologen** und ihrer beruflichen Erfahrungen keine Gefahren für die Volksgesundheit aus, genügt nicht. Eine Kenntnisüberprüfung durch das Gesundheitsamt, die darauf abzielt zu klären, ob die Kl. über die erforderlichen Fähigkeiten verfügt, erweist sich deshalb nicht als unverhältnismäßig.

VG Köln, Urt. v. 22.09.2015 - 7 K 3326/13 - RID 16-01-435 wies die Klage ab, das *OVG* den Antrag auf Zulassung der Berufung zurück.

b) Podologie

aa) Zulässigkeit einer Heilpraktikererlaubnis für Podologin

VG Düsseldorf, Urteil v. 25.08.2016 - 7 K 1583/14

RID 16-04-379

Berufung zugelassen

juris

HeilprG §§ 1 I, 2 I; PodG § 3

Podologische Maßnahmen fallen zum Teil in den Bereich der **Heilkunde**.

Die **Erlaubnispflicht** nach dem Heilpraktikergesetz entfällt nicht für eine ausgebildete **Podologin**. Die Erlaubnis, die Berufsbezeichnung Podologin zu führen, berechtigt nicht zu Krankenbehandlungen ohne ärztliche Verordnung und somit nicht zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde.

Die **Heilpraktikererlaubnis** ist - anders als die einem Arzt mit der Approbation erteilte Heilbefugnis - **teilbar**. Eine uneingeschränkte Heilpraktikererlaubnis mit der Folge einer umfassenden Kenntnisüberprüfung ist zum Schutz der Volksgesundheit nicht erforderlich, wenn ein Antragsteller die Heilkunde nur auf einem abgrenzbaren Gebiet oder nur eine eindeutig umrissene Therapieform ausüben möchte. In diesem Fall reicht es aus, eine auf dieses Gebiet beschränkte Erlaubnis auszusprechen, solange sichergestellt ist, dass der Betreffende die Grenzen seines Könnens kennt und beachtet (vgl. BVerwG, Urt. v. 26.08.2009 - 3 C 19/08 - BVerwGE 134, 345 = Buchholz 418.04 Heilpraktiker Nr. 24). Der Bereich der **Podologie** ist hinreichend ausdifferenziert und abgrenzbar im vorgenannten Sinne.

bb) Sektorale Heilpraktikererlaubnis für Podologie

VG Dresden, Urteil v. 10.08.2016 - 4 K 977/13

RID 16-04-380

juris

HeilprG § 1 I; PodG § 3

Die Anwendung **podologischer Behandlungsmethoden ohne ärztliche Verordnung** ist eine heilkundliche Tätigkeit, die ohne Erlaubnis nicht ausgeübt werden darf.

10. Sozialversicherungspflichtige Tätigkeit als Familientherapeutin (Ambulante Erziehungshilfe)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 08.07.2016 - L 1 KR 498/14

RID 16-04-381

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 KR 89/16 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 5 I Nr. 1; SGB III § 25 I

Leitsatz: Zur Einstufung der Tätigkeit einer **Psychologin** der aufsuchenden Familientherapie als **abhängige Beschäftigung**.

11. Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Hebamme: Lebenslanges Berufsverbot

VG Gelsenkirchen, Beschluss v. 02.09.2016 - 7 L 1115/16

RID 16-04-382

juris

StGB § 70

Leitsatz: Für einen Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen den **Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Hebamme** fehlt das Rechtsschutzbedürfnis, wenn ein **lebenslanges Berufsverbot** aufgrund eines rechtskräftigen Urteils verhängt ist.

12. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche

a) Keine Eindeutigkeit des Erscheinungsbilds der Fehlbildungen

VG Köln, Urteil v. 26.07.2016 - 7 K 1596/14

RID 16-04-383

juris

ContStiftG § 12 I 1

Fehlt jeder konkrete **Hinweis auf eine tatsächliche Einnahme eines thalidomidhaltigen Präparats** der Firma H1. während der Schwangerschaft, lassen sich die Fehlbildungen nur dann mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf eine Thalidomideinnahme zurückführen, wenn im Rahmen einer Gesamtbetrachtung zumindest das **Erscheinungsbild der Fehlbildungen** eindeutig für eine Thalidomidembryopathie spricht.

b) Tiefstand der Kleinhirntonsillen (Arnold-Chiari-Malformation Typ I - ACM I)

VG Köln, Urteil v. 23.08.2016 - 7 K 4536/13

RID 16-04-384

juris
ContStiftG § 12 I

Der **Tiefstand der Kleinhirntonsillen (Arnold-Chiari-Malformation Typ I - ACM I -)** ist keine Fehlbildung, die nach ihrem Erscheinungsbild mit Wahrscheinlichkeit auf eine Einwirkung von Thalidomid während der Frühschwangerschaft der Mutter zurückzuführen ist. Sie gehört nicht zu den charakteristischen thalidomidbedingten Fehlbildungen, wie sie in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben sind. Sie ist auch nicht vereinzelt im Zusammenhang mit der Einnahme von Thalidomid in der Schwangerschaft festgestellt worden.

c) Keine Übernahme der Kosten der zahnmedizinischen Behandlung durch Krankenversicherung

VG Köln, Urteil v. 26.07.2016 - 7 K 4980/14

RID 16-04-385

www.sozialgerichtsbarkeit.de
ContStiftG § 13 I 6

Von einer **Kostenübernahme** ist auszugehen, wenn die Aufwendungen, die der Berechtigte für bestimmte medizinische Leistungen erbringen musste, nicht durch die Auszahlung eines entsprechenden Betrags seitens eines anderen Kostenträgers ausgeglichen wurden. ContStiftG und RL enthalten keinen Anknüpfungspunkt für ein einschränkendes Verständnis in dem Sinne, dass die Einstandspflicht der Beklagten auf die Fälle beschränkt sein soll, in denen der andere Kostenträger eine Zahlung verweigert, weil die in Rede stehende Leistung schon nicht in einem Leistungskatalog enthalten ist.

13. Sozialrecht/Opferentschädigungsrecht/Impfschadensrecht/Blindengeld

a) Medizinischer Eingriff und Opferentschädigung

LSG Bayern, Urteil v. 21.07.2016 - L 15 VG 31/14

RID 16-04-386

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
OEG § 1

Leitsatz: 1. Selbst wenn die **Operation** als vorsätzliche Körperverletzung einen strafbaren ärztlichen Eingriff darstellen würde, kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine **Gewalttat** im Sinn des OEG vorliegt, wenn die Operation zum Zeitpunkt ihrer Vornahme objektiv - also aus Sicht eines verständigen Dritten - jedenfalls auch dem Wohl der Klägerin im Sinn der Rechtsprechung des BSG gedient hat.

2. Für die Frage der **feindseligen Willensrichtung bei der Vornahme eines ärztlichen Eingriffs** ist auf die herrschende medizinische Meinung zum **Zeitpunkt** der Durchführung des ärztlichen Eingriffs abzustellen, nicht auf etwaige spätere Erkenntnisse und Änderungen des medizinischen Meinungsstands.

Bei der 1961 geb. Kl. ergab eine Chromosomenanalyse (im Jahr 1979, bestätigt im Jahr 2009) den Karyotyp 46, XY ergeben, was dem männlichen Chromosomensatz entspricht. Seit der Geburt hat sie ein weibliches Erscheinungsbild entwickelt. Grund dafür ist eine testikuläre Feminisierung. Nachdem die Kl. bis zum Alter von 16 Jahren noch keine Regelblutung bekommen hatte, begab sie sich in gynäkologische Behandlung. Dort (Dr. W.) wurden eine fehlende Gebärmutter und eine nur teilweise angelegte Scheide (Vaginalaplasie) festgestellt. Am 29.11.1979 erfolgte bei einer Operation in der Frauenklinik der Universität M-Stadt eine Scheidenplastik mit Mesh-Graft. Vor der Operation war die Klägerin nicht über ihren, den behandelnden Ärzten bekannten Chromosomensatz informiert worden. Der Operateur Prof. Dr. Z. begründete dies im Arztbrief vom 14.01.1980 an den behandelnden Gynäkologen Dr. W. wie folgt: „Wir haben der Patienten allerdings über den Chromosomensatz keine Mitteilung gemacht, da wir glaubten, dass die Konstellation XY sie beunruhigen könnte.“ *SG Nürnberg*, Urt. v. 16.07.2014 - S 15 VG 9/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Impfschadensrecht: Keine öffentlich empfohlene Impfung/Fehlender Ursachenzusammenhang

LSG -Berlin-Brandenburg, Urteil v. 08.07.2015 - L 13 VJ 16/12

RID 16-04-387

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
IfSG § 60

Die Voraussetzungen der Versorgungsgewährung liegen schon dann nicht vor, wenn es sich bei den Impfungen, die der Kl. als ursächlich für sein Diabetesleiden betrachtet, nicht um **öffentlich empfohlene Impfungen** i.S.d. § 60 I Nr. 1 IfSG handelt (vgl. BSG, Urt. v. 20.07.2005 - B 9a/9 VJ 2/04 R - BSGE 95, 66 = SozR 4-3851 § 20 Nr. 1, juris Rn. 26). Insoweit muss sich ein Betroffener auf etwaige Haftungsansprüche gegen den impfenden Arzt oder das Pharmaunternehmen oder gleichgelagerte Ansprüche verweisen lassen.

Die Impfung und sowohl die als Impfkomplication in Betracht kommende als auch die dauerhafte Gesundheitsstörung müssen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit - im sog. Vollbeweis - feststehen, und allein für die zwischen diesen Merkmalen erforderlichen **Ursachenzusammenhänge** reicht der Beweismaßstab der Wahrscheinlichkeit aus (§ 61 S. 1 IfSG). Wahrscheinlichkeit ist anzunehmen, wenn mehr Umstände für als gegen die Kausalität sprechen. Die bloße Möglichkeit reicht nicht aus (BSGE 60, 58 = SozR 3850 § 51 Nr. 9). Steht fest, dass die konkrete Entstehung eines Diabetes mellitus Typ I bis heute ungeklärt ist, so ist eine Wahrscheinlichkeit in dem Sinne, dass mehr für als gegen eine Verursachung durch die Impfung spricht, nicht gegeben.

c) Blindengeld

aa) Blindheitsnachweis bei zerebraler Störung des Sehvermögens

LSG Bayern, Urteil v. 05.07.2016 - L 15 BL 17/12

RID 16-04-388

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
BlindG Bayern Art. 1

Leitsatz: 1. Eine der Blindheit entsprechende **zerebrale Störung des Sehvermögens** setzt keine spezifische Sehstörung voraus (Aufgabe von BayLSG vom 27.03.2014, L 15 BL 5/11).

2. Im Falle zerebraler Störungen ist zu prüfen, ob die **visuellen Fähigkeiten** des Betroffenen (optische Reizaufnahme und Verarbeitung) unterhalb der vom BayBlindG vorgegebenen Blindheitsschwelle liegen.

3. In besonderen **Ausnahmefällen** spezieller Krankheitsbilder ist die Annahme von Blindheit auch außerhalb der normierten Fallgruppen der Versorgungsmedizinischen Grundsätze bzw. der Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft nicht von vornherein ausgeschlossen. Voraussetzung für die Berücksichtigung ist jedoch, dass feststeht, ob die Visus und Gesichtsfeldwerte unter die normierten Grenzen herabgesunken sind bzw. welche Werte im Einzelnen erreicht werden. Ein allgemeiner, pauschaler Vergleich genügt nicht.

bb) Aufhebung der Bewilligung nach Umzug in andere Wohnung außerhalb des Landes

VG Köln, Urteil v. 15.06.2016 - 26 K 5958/15

RID 16-04-389

juris
Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose (GHBG) NRW §§ 1 II, 7; SGB X § 48 I 1

Durch einen **Umzug** in eine andere Wohnung außerhalb des Landes Nordrhein-Westfalen können nach § 1 II GHBG NRW die Voraussetzungen für Blindengeld entfallen, denn danach wird das Blindengeld nur weitergewährt, wenn sie sich aus diesem Bundesland in eine Anstalt, ein Heim oder eine gleichartige Einrichtung im übrigen Geltungsbereich des Grundgesetzes begeben haben und dort aufhalten. Bei der **Definition der Anstalt, des Heimes oder der gleichartigen Einrichtung** ist zu verlangen, dass in der jeweiligen Einrichtung eine nicht unwesentliche Befriedigung des blindheitsbedingten Mehrbedarfs tatsächlich erfolgt, ohne dass für Einzelleistungen zusätzlich bezahlt werden muss oder der Hilfebedürftige von besonderen persönlichen Beziehungen oder dem mehr oder weniger zufälligen Wohlwollen dritter Personen abhängig ist (vgl. BVerwG, Urt. v. 05.07.1967 - V C 212.66 - BVerwGE 27, 270, juris Rn. 15 ff., insb. Rn. 23 f.).

cc) Erhöhtes Blindengeld nach rheinland-pfälzischem Blindengeldgesetz

OVG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 27.04.2016 - 7 A 10006/16

RID 16-04-390

juris

BlindenGG Rheinland-Pfalz § 2

Leitsatz: Ein Anspruch auf höheres Blindengeld nach § 2 Abs. 1 Satz 2 LBlindenGG besteht ungeachtet des früheren Bezugs einer vergleichbaren Leistung in einem anderen Bundesland nicht, wenn der blinde Mensch erst **nach April 2003** seinen **gewöhnlichen Aufenthalt in Rheinland-Pfalz** begründet hat.

VG Koblenz, Urt. v. 23.11.2015 - 3 K 25/15.KO - RID 16-01-454 wies die Klage ab, das *OVG* die Berufung zurück.

14. Betreuerbestellung für Entscheidung über die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen

AG Ludwigsburg, Beschluss v. 30.09.2016 - 2 XVII 446/16

RID 16-04-391

juris

BGB §§ 1896 IV, 1899 II, 1904 II

Leitsatz: 1. Für die **Entscheidung über die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen** bedarf es der Bestellung eines besonderen, nur mit diesem Aufgabenkreis betrauten Betreuers (Arg.: § 1899 Abs. 2 BGB).

2. Jedenfalls kann der Betreuer eine Entscheidung über die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen (§ 1904 Abs. 2 BGB) nur dann treffen, wenn ihm dieser Aufgabenkreis im Rahmen der **Betreuerbestellung ausdrücklich zugewiesen** wurde (Arg.: § 1896 Abs. 4 BGB).

15. Keine Begleitperson bei fachpsychiatrischer Zusatzbegutachtung eines Beamtenanwärters

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 02.08.2016 - 5 ME 103/16

RID 16-04-392

juris

BeamtStG § 9; BG Niedersachsen §§ 9, 45

Leitsatz: Bei einer **fachpsychiatrischen Untersuchung** im Vorfeld der **Einstellung als Beamtenanwärter** zur Klärung der Frage der gesundheitlichen Eignung besteht regelmäßig **kein Anwesenheitsrecht dritter Personen**.

16. „Fachanwältin für Medizinrecht“: Tiermedizinische Fälle nicht berücksichtigungsfähig

Anwaltsgerichtshof Hessen, Urteil v. 02.03.2015 - 2 AG 11/14

RID 16-04-393

MedR 2016, 647

FAO §§ 2, 5i, 14n Nr. 1a, 4 u. 5

Fälle aus dem Bereich der **Tiermedizin** können nicht als **Nachweis besonderer praktischer Tätigkeit** zur Führung der Bezeichnung „Fachanwältin für Medizinrecht“ berücksichtigt werden.

17. Schadensersatz wegen anwaltlicher Pflichtverletzung in Arzthaftungsprozess

OLG Hamm, Urteil v. 18.02.2016 - 28 U 73/15

RID 16-04-394

juris

BGB §§ 280, 611, 675; VVG § 86 I

Die Anforderungen an die **Aufklärung und Risikobelehrung** des Mandanten sind nicht geringer, wenn der Mandant **rechtsschutzversichert** ist. Das bedeutet, dass auch einem rechtsschutzversicherten Mandanten von einer völlig aussichtslosen Klage oder Berufung abzuraten ist. In diesem eindeutigen Fall ist der Anwalt auch gehalten, sich gegen eine Anfrage beim Rechtsschutzversicherer nach **Deckungsschutz** auszusprechen, weil sich die Auslösung von

Prozesskosten dann als nicht erforderlich im Sinn des § 125 VVG darstellt (vgl. OLG Düsseldorf, Urt. v. 03.06.2013 - 9 U 147/12 - NJW 2014, 399, 400).

Soll wegen eines erlittenen Körper- oder Gesundheitsschadens **Schmerzensgeld** verlangt werden, ist der Mandant regelmäßig darauf angewiesen, dass der Anwalt ihm eine Größenordnung angibt, mit der auf der Grundlage der bisherigen Rechtsprechung bei Bewahrheitung des eigenen Tatsachenvortrags realistisch zu rechnen ist.

Das Verlangen nach einer ersichtlich **aussichtslosen Schmerzensgeldrente** taugt nicht als „Verhandlungsmasse“.

Auch ein Arbeitsloser kann einen **Verdienstaufschaden** erleiden, und zwar dann, wenn sich feststellen lässt, dass er ohne die Schädigung wieder ins Erwerbsleben eingetreten wäre und so Einkünfte erzielt hätte (vgl. BGH, Urt. v. 02.04.1991 - VI ZR 179/90 - NJW 1991, 2422).

18. Steuerrecht

a) Einkommensteuerrecht

aa) BFH: Steuerliche Behandlung der Bonusleistungen einer gesetzlichen Krankenkasse

BFH, Urteil v. 01.06.2016 - X R 17/15

RID 16-04-395

juris
EStG §§ 2 I 1, 10 I Nr. 3 S. 1 Buchst. a; SGB V § 65a

Leitsatz: Erstattet eine **gesetzliche Krankenkasse** dem Steuerpflichtigen im Rahmen eines **Bonusprogramms** gemäß § 65a SGB V von ihm getragene Kosten für Gesundheitsmaßnahmen, liegt hierin eine Leistung der Krankenkasse, die nicht mit den als Sonderausgaben abziehbaren Krankenversicherungsbeiträgen des Steuerpflichtigen zu verrechnen ist (gegen BMF-Schreiben vom 19. August 2013, BStBl I 2013, 1087, Rz 72).

bb) Keine Absetzbarkeit einer Liposuktion

FG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 18.08.2016 - 4 K 2173/15

RID 16-04-396

juris
EStG § 33

Die **Liposuktion** war jedenfalls im April 2013 noch **keine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode**. Aufwendungen für die operative Beseitigung eines Lipödems (Fettverteilungsstörung) sind nicht nach § 33 EStG absetzbar.

b) Umsatzsteuerrecht

aa) EuGH: Keine Mehrwertsteuerbefreiung für Blutplasma zur Herstellung von Arzneimitteln

EuGH, Urteil v. 05.10.2016 - C-412/15

RID 16-04-397

juris
Richtlinie 2006/112/EG

Art. 132 I Buchst. d der Richtlinie 2006/112/EG des Rates v. 28.11.2006 über das gemeinsame Mehrwertsteuersystem ist dahin gehend auszulegen, dass die **Lieferung von menschlichem Blut**, die die Mitgliedstaaten nach dieser Bestimmung von der Steuer befreien müssen, nicht die Lieferung von aus menschlichem Blut gewonnenem **Blutplasma** umfasst, wenn dieses Blutplasma nicht unmittelbar für therapeutische Zwecke, sondern ausschließlich zur **Herstellung von Arzneimitteln** bestimmt ist.

bb) Umsatzsteuerbefreiung für Laborleistungen

FG Niedersachsen, Urteil v. 03.09.2015 - 16 K 340/12

RID 16-04-398

juris
UStG § 4 Nr. 14

Leitsatz: Unter die **Umsatzsteuerbefreiung** für eine heilberufliche Tätigkeit i.S.d. § 4 Nr. 14 Buchstabe a) UStG fallen auch **medizinische Labortests**, die auf Anordnung von Ärzten und Heilpraktikern durchgeführt werden.

cc) Umsatzsteuerfreiheit für Privatkrankenhaus

FG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.06.2016 - 7 K 7184/14

RID 16-04-399

Revision anhängig: BFH - XI R 15/16 -
juris
EWGRL 388/77; UStG § 4 Nr. 14 u. 16

Voraussetzung für die **Steuerbefreiung eines privaten Krankenhauses** nach § 4 Nr. 16 Buchst. b UStG a.F., § 67 II AO ist, dass im jeweiligen Vorjahr nicht mehr als 60 % der jährlichen Belegungs- oder Berechnungstage auf Patienten entfielen, die sonstige gesondert berechenbare Leistungen in Anspruch nahmen (BFH, Urt. v. 25.11.1993 - V R 64/89 - BStBl. II 1994, 212).

dd) Umsätze von „Geistheilern“ nicht umsatzsteuerfrei

FG Baden-Württemberg, Urteil v. 06.07.2016 - 14 K 1338/15

RID 16-04-400

juris
UStG §§ 3a III Nr. 3 Buchst. a, 4 Nr. 14 Buchst. a S. 1

Umsätze von „**Geistheilern**“ sind nicht umsatzsteuerfrei. Bereits die fehlende **Berufsqualifikation** führt zur Versagung der Steuerfreiheit. **Heilbehandlungen** liegen nicht vor, wenn die Diagnosen nicht benannt werden. Eine Steuerbefreiung scheidet auch bei „**offene Gruppen**“ aus, an denen man voraussetzungslos, ohne dass zuvor bspw. ein Einzelgespräch geführt wurde, teilnehmen kann und auch Personen teilnehmen, die sich bspw. mit ihrer Teilnahme „lediglich“ eine Steigerung ihres Wohlbefindens versprechen.

ee) Entgelt für Vorfinanzierung von ärztlichen Honorarforderungen umsatzsteuerpflichtig

FG München, Urteil v. 31.08.2016 - 3 K 874/14

RID 16-04-401

juris
UStG § 4 Nr. 8 Buchst. a

In der Zuwendung eines **Liquiditätsvorteils** an die Leistungsempfänger (Ärzte) gegen eine **Vorfinanzungsgebühr** in Höhe von 1,2% des jeweiligen Rechnungsbetrages liegt keine selbständige Leistung in Form einer steuerfreien Kreditgewährung nach § 4 Nr. 8 Buchst. a UStG.

c) BFH: Einkünfte einer Ärzte-GbR als Einkünfte aus Gewerbebetrieb

BFH, Urteil v. 03.11.2015 - VIII R 62/13

RID 16-04-402

juris = BFHE 252, 283 = BStBl II 2016, 381 = DB 2016, 746 = BFH/NV 2016, 833 = NZG 2016, 600 = HFR 2016, 532 =
ZMGR 2016, 271
EStG §§ 15, 18; GewStG §§ 2, 5, 7

Leitsatz: Die **Einkünfte einer Ärzte-GbR** sind insgesamt solche aus **Gewerbebetrieb**, wenn die GbR auch Vergütungen aus ärztlichen Leistungen erzielt, die in nicht unerheblichem Umfang ohne leitende und eigenverantwortliche Beteiligung der Mitunternehmer-Gesellschafter erbracht werden.

d) Mitteilungspflicht an Krankenkasse über Einkünfte des Ehegatten eines freiwilligen Mitgliedes

FG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.04.2016 - 13 K 1934/15

RID 16-04-403

Revision anhängig: BFH - VII R 14/16 -

juris = EFG 2016, 1133

SGB V § 240; AO § 31 II

Das **Finanzamt** ist gemäß § 31 II AO bis einschließlich des Veranlagungszeitraums 2014 auf Anfrage der **Krankenkasse** berechtigt und verpflichtet, die **Besteuerungsgrundlagen der Ehegatten** von freiwilligen, nicht hauptberuflich selbständigen Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse zur Beitragsfestsetzung mitzuteilen. Die Mitteilung von Besteuerungsgrundlagen ist ab dem Veranlagungszeitraum 2015 nach Anfügung eines neuen zweiten Halbsatzes in § 240 II 2 SGB V mit Wirkung ab 01.08.2014 nicht mehr erforderlich, da die Krankenkassen für alle freiwilligen Mitglieder den Höchstbetrag festsetzen können.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 07.11.2016. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

| Sachgebiet | Aktenzeichen: | Rechtsfrage | Vorinstanz | RID |
|--|---|--|---|----------------|
| Honorarverteilung | | | | |
| Unterdurchschnittlich abrechnende Praxen | B 6 KA 16/16 R | Sind im Rahmen von Honorarverteilungsregelungen für dauerhaft unterdurchschnittlich abrechnende Praxen in einem übertensorgten Bereich im Rahmen budgetierter Leistungen eigene Regelungen oder Ausnahmen von der budgetierten Honorarverteilungssystematik vorzusehen? | <i>SG Kiel</i> , Urt. v. - S 2 KA 223/14 - | |
| Anerkennung eines MVZ als Aufbaupraxis | B 6 KA 23/16 R | Kommt es für die Annahme einer Aufbaupraxis auf den Zulassungszeitpunkt eines MVZ oder auch bzw ausschließlich auf den Zulassungszeitpunkt des in das MVZ eintretenden Arztes an? Liegt eine Aufbaupraxis bei unterdurchschnittlichen Fallzahlen aber überdurchschnittlichen Honorar vor? | <i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 16.12.2015 - L 12 KA 121/14 - | 16-03-4 NZB |
| Budgetierung der Vorwegleistungen (KV Hessen: Anpassungsindex 100/Sicherstellungsindex 90) | B 6 KA 4/16 R Termin: 30.11.2016 (voraussichtlich) | Ist nach dem Regelungszweck der Vergütungssteuerung gemäß § 87b Abs 4 S 2 SGB 5 in der Fassung vom 26.3.2007 ein konkreter Nachweis der Mengenausweitung im Bereich der jeweils quotierten Leistungen erforderlich? | <i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 18.11.2015 - L 4 KA 27/12 - | 16-01-8 |
| Zuständigkeit des Bewertungsausschusses (Humangenetik) | B 6 KA 42/15 R Termin: 03.08.2016 | Waren die Partner des Bundesmantelvertrages im Jahr 2005 berechtigt, Regelungen im EBM-Ä 2005 zur Vergütung im Bereich der Kosten für Laborleistungen abzuändern (hier: Streichung der unter Ziffer 32.3.13 EBM-Ä 2005 aufgeführten zyto- und molekulargenetischen Leistungen)? | <i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 18.12.2015 - L 4 KA 2/12 - | 16-01-12 |
| Geltung der RLV-Regelungen für Lungenärzte (Quartal II/05) | B 6 KA 18/15 R Termin: 15.06.2016 | Sind Arztgruppen, die nicht mehr nach der Weiterbildungsordnung zulassungsfähig sind, von dem Geltungsbereich der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses ausgenommen, wenn sie in diesen nicht explizit als Arztgruppe genannt sind? | <i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 19.03.2014 - L 12 KA 21/11 - | 15-03-4 NZB |
| Psychotherapeutenvergütung 2011 | B 6 KA 8/16 R | Zur Frage der angemessenen Bewertung psychotherapeutischer Leistungen in der im Jahr 2011 maßgeblichen EBM-Bewertung (juris: EBM-Ä 2008) sowie zur Neuregelung durch den Bewertungsausschuss ab dem Jahr 2012. | <i>SG Kiel</i> , Urt. v. 09.02.2016 - S 2 KA 341/12 - | 16-02-5 |
| Psychotherapeutische BAG: Verrechnung von zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen | B 6 KA 6/16 R | Verstoßen die Ziffer 4.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 28.8.2008 und ein darauf basierender Honorarvertrag einer Kassenärztlichen Vereinigung insoweit gegen höherrangiges Recht, als den Vertragspsychotherapeuten sowie den anderen in Ziffer 4.1 des Beschlusses bzw Vertrages aufgeführten Vertragsärzten aufgrund der Arztbezogenheit der Begrenzungsmaßnahme nicht das Recht zugestanden wird, bei Bestehen einer Praxisgemeinschaft ihre individuellen Kapazitätsgrenzen miteinander zu verrechnen und so nicht ausgeschöpfte Kapazitäten des oder der Praxispartner zu nutzen? | <i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 27.01.2016 - L 4 KA 14/14 - | 16-02-6 |
| Notdienstvergütung: Zulässigkeit strukturvertraglicher Regelungen zur Benachteiligung von Krankenhäusern | B 6 KA 12/16 R | Verstoßen Gebührenordnungspositionen zur Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, die von den Partnern der Gesamtverträge für den Bezirk der kassenärztlichen Vereinigung vereinbart wurden, gegen höherrangiges Recht, weil sie eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung der von Vertragsärzten im organisierten Notfalldienst auf der einen und von Krankenhausambulanzen auf der anderen Seite erbrachten Notfallbehandlungen darstellen? | <i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 16.12.2015 - L 12 KA 209/14 - | 16-03-11 |

Arzt-/Psychotherapeutenregister

Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht

| | | | | |
|---|--|---|--|--------------------------|
| Bindung des Versorgungsauftrags nach § 3 III a) Anl. 9.1 zum BMV-Ä an Dialysepraxis | B 6 KA 13/16 R | Hat ein Vertragsarzt, der aus der bisherigen Gemeinschaftspraxis (jetzt Berufsausübungsgemeinschaft) ausscheidet, einen Anspruch auf Mitnahme des erteilten Auftrags zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten? | <i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 09.12.2015 - L 11 KA 84/14 - | 16-03-38 |
| Anfechtungsbefugnis: Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte zur Dialysebehandlung | B 6 KA 30/16 R | Zur Anfechtungsbefugnis einer Nephrologischen Berufsausübungsgemeinschaft gegen den Bescheid einer Kassenärztlichen Vereinigung, der den weiteren Betrieb einer Nebenbetriebsstätte eines Medizinischen Versorgungszentrums mit dem Schwerpunkt Nephrologie genehmigt. | <i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 30.08.2016 - L 3 KA 9/14 - | 16-04- |
| Keine Wettbewerbsansprüche von Nephrologen wegen Nebenbetriebsstätte | B 6 KA 35/16 R | Kann ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Nephrologe gegen einen anderen, ebenfalls zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Nephrologen Ansprüche auf Unterlassung, Auskunft und auf Schadensersatz nach dem UWG (juris: UWG 2004) mit der Behauptung geltend machen, dem anderen Vertragsarzt sei zu Unrecht von einer Kassenärztlichen Vereinigung die Genehmigung für die Erbringung von Dialyseleistungen in einer Nebenbetriebsstätte erteilt worden? | <i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 30.08.2016 - L 3 KA 2/16 WA - | 16-04-24 |
| Klagebefugnis bei Praxisverlegung eines konkurrierenden Nephrologen | B 6 KA 20/16 R B 6 KA 21/16 R | Ist eine niedergelassene Gemeinschaftspraxis, die über Versorgungsaufträge nach der Anl 9.1 des BMV-Ä/EKV-Ä verfügt, als Konkurrent klagebefugt, wenn ein Nephrologe, dem ein Versorgungsauftrag zur Erbringung von Dialyseleistungen "in eigener Dialysepraxis" vor dem 1.7.2005 erteilt worden ist, seinen Praxissitz verlegt und ihm ein neuer Versorgungsauftrag für den neuen Praxissitz erteilt wird? | <i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 24.05.2016 - L 3 KA 1/13 - - L 3 KA 2/13 - | 16-03-39 16-03-40 |
| Versorgungsauftrag nach Ausscheiden eines Arztes aus Dialysepraxis | B 6 KA 18/16 R B 6 KA 19/16 R | Erlischt ein nach altem Recht erteilter nephrologischer Versorgungsauftrag mit dem Ausscheiden des Arztes aus der Praxis? | <i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 21.08.2015 - L 3 KA 20/13 - - L 3 KA 21/13 - | 16-04- 16-04- NZZ |
| Klagebefugnis bei Verlängerung einer Zweigpraxisgenehmigung eines konkurrierenden Nephrologen | B 6 KA 22/16 R | Ist eine Dialysepraxis berechtigt eine Entscheidung anzufechten, mit der einer konkurrierenden Praxis die befristete Verlängerung einer Zweigpraxisgenehmigung um weitere 10 Jahre nach der Übergangsregelung des Abs 3 S 3 Anh 9.1.5 Anl 9.1 BMV-Ä erteilt worden ist, wenn sich die genehmigte Dialysepraxis in ihrer Versorgungsregion befindet? | <i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 21.10.2015 - L 12 KA 108/14 - | 16-04-23 |
| Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt | B 6 KA 32/16 R | Verstoßen die Vertragspartner gegen höherrangiges Recht, wenn sie das Fortbestehen der Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einem DMP-Plattformvertrag und den dazugehörigen Diabetes-Vereinbarungen mit dem Erfordernis einer Mindestpatientenzahl (hier: 250 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder 2) verbinden? | <i>LSG Bayern</i> , Urt. 16.03.2016 - L 12 KA 59/14 - | |
| Weichstrahl- und Orthovolttherapie für Radiologen fachfremd (Nr. 25310 u. 25340 EBM) | B 6 KA 13/15 R Termin: 04.05.2016 | Sind Leistungen nach den Ziffern 25310 und 25340 EBM-Ä (juris: EBM-Ä 2008) für einen Facharzt für diagnostische Radiologie wegen Fachfremdheit nicht abrechnungsfähig? | <i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 28.05.2014 - L 11 KA 36/11 - | 15-02-45 |
| Disziplinarrecht: Streikrecht für Vertragsärzte? | B 6 KA 38/15 R Termin: 30.11.2016 (voraussichtlich) | Stellt die Ausübung eines Streikrechts einen zulässigen Grund für eine Unterbrechung der Sprechstundenverpflichtung des Vertragsarztes dar? | <i>SG Stuttgart</i> , Urt- v. 23.07.2015 - S 4 KA 3147/13 - | 15-04-31 |
| Sachlich-rechnerische Berichtigung | | | | |
| Gegenleistung für Laborüberweisung | B 6 KA 25/16 R B 6 KA 26/16 R | Ist die Abrechnung von Laborleistungen auf Überweisung eines Vertragsarztes, dem der Laborarzt hierfür eine Gegenleistung versprochen hat, rechtswidrig und nach § 106a Abs 2 SGB 5 zu korrigieren? | <i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , U. v. 08.06.2016 - L 3 KA 6/13 - L 3 KA 7/13 - | 16-03-17 16-04-17 |

| | | | | |
|---|---|---|---|----------------------|
| Abrechenbarkeit belegärztlicher Leistung über Umfang der Anerkennung | B 6 KA 33/16 R | Resultiert aus der Belegarztanerkennung zugleich eine zahlenmäßige Beschränkung der abrechnungsfähigen Leistungen? | <i>LSG Saarland</i> , Beschl. v. 11.01.2016 - L 3 KA 41/12 - | 16-04- NZB |
| MKG-Chirurgen: Splittingverbot | B 6 KA 16/15 R Termin: 04.05.2016 B 6 KA 17/15 R | Liegt ein einheitlicher Behandlungsfall im Sinne des Splittingverbots vor, wenn ein Versicherter in einem Quartal sowohl in der vertragsärztlichen Einzelpraxis eines MKG-Chirurgen als auch in der vertragszahnärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft, der dieser MKG-Chirurg angehört, behandelt wird? | <i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 25.02.2015 - L 4 KA 30/14 - - L 4 KA 42/14 - | 15-02-38 15-02-40 |
| | B 6 KA 30/15 R | Verstößt das in den allgemeinen Bestimmungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen normierte Splittingverbot, wonach Vertragszahnärzte, die auch als Vertragsärzte an der Versorgung teilnehmen (hier: MKG-Chirurgen), erbrachte Leistungen entweder nur über die Kassenzahnärztliche Vereinigung oder die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen dürfen, gegen höherrangiges Recht? | <i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 25.02.2015 - L 3 KA 123/11 - | 15-04-26 |
| Zahnärztliche Versorgung: Verwendung von Festzuschüssen für implantologische Vorleistungen? | B 6 KA 9/16 R | Ist es mit den gesetzlichen Vorgaben vereinbar, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss durch die Zahnersatz-Richtlinie (juris: ZERsRL) und die Festzuschuss-Richtlinie (juris: FZRL) einen zahnmedizinischen Befund zwar der Regelversorgung zuordnet, für diese Regelversorgung aber keinen eigenen Festzuschuss vorsieht, sondern den für eine andere Regelversorgung vorgesehenen Festzuschuss heranzieht (hier: Erstversorgung mit Suprakonstruktionen gemäß ZERsRL vom 8.12.2004 und FZRL vom 3.11.2004)? | <i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 09.12.2015 - L 8 KA 6/11 - | 16-02-26 |
| Antrag einer Krankenkasse | B 6 KA 8/15 R Termin: 23.03.2016 | Verbleibt aufgrund der Neuregelung der Abrechnungsprüfung durch § 106a SGB 5 für die bundesmantelvertraglichen Vorschriften über den Ausgleich eines sog sonstigen Schadens noch ein Anwendungsbereich? | <i>SG Dresden</i> , Urt. v. 17.12.2014 - S 18 KA 101/13 - | 15-02-25 |

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

| | | | | |
|---|---|---|--|----------------------------------|
| Beschränkung auf die Gruppe der Familienversicherten und 20 %-Quote | B 6 KA 17/16 R | Darf ein Arzneimittelregress allein anhand der Verordnungswerte der Versichertengruppe "Familienangehörige" festgesetzt werden, wenn die Fallzahl dieser Gruppe 20 % der durchschnittlichen Gesamtfallzahl der Fachgruppe unterschreitet? | <i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 17.09.2015 - L 5 KA 29/13 - | 16-03-44 NZB |
| Prüfung von Einzelleistungen: Begründung unterschiedlicher Restüberschreitungen | B 6 KA 29/15 R Termin: 30.11.2016 (voraussichtlich) | Bedarf es im Rahmen einer Einzelleistungskürzung einer näheren Begründung im Bescheid, wenn die Prüfungsgremien die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis je nach Einzelleistung unterschiedlich hoch ansetzen? | <i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 18.12.2014 - L 7 KA 25/13 - | 15-04-34 NZB |
| Zielfeldregresse | B 6 KA 43/15 R B 6 KA 44/15 R B 6 KA 45/15 R Termin: 28.09.2016 | Existierte im Jahr 2005 die erforderliche gesetzliche Ermächtigungsgrundlage für die Festsetzung von Arzneimittelregressen in Form sogenannter Zielfeldregresse? | <i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 25.11.2015 - L 5 KA 52/14 - - L 5 KA 1/15 - - L 5 KA 45/14 - | 16-03-51 16-03-50 16-03-49 |
| Keine Zuständigkeit der Prüfungsgremien für Verordnung von Impfstoffen | B 6 KA 7/16 R | Unterliegt die Verordnung von Impfstoffen nach dem 1.4.2007 noch der gemeinsamen Prüfungszuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen gemäß § 106 Abs 1 SGB 5? | <i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 16.12.2015 - L 12 KA 160/14 - | 16-02-34 |
| Schadensregress der Krankenkasse gegen Zahnärztin nur bei Unzumutbarkeit | B 6 KA 15/16 R | Ist der Regressanspruch einer Krankenkasse gegenüber einem Zahnarzt wegen Mängeln in der prothetischen Versorgung in Fällen, in denen eine Nachbesserung nicht möglich ist, davon abhängig, dass dem Versicherten die Neuanfertigung durch den bisher behandelnden Zahnarzt nicht zumutbar ist? | <i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 17.06.2015 - L 12 KA 5044/13 - | 15-03-47 NZB |

Zulassung und Ermächtigung

| | | | | |
|--|---|--|---|----------|
| Zulassungsmoratorium durch GBA bis zur Versorgungsgradfeststellung | B 6 KA 24/15 R Termin: 04.05.2016 | Ist das am 21.9.2012 im Bundesanzeiger (BAnz AT 21.09.2012 B4) veröffentlichte prozedurale Entscheidungsmoratorium des Gemeinsamen Bundesausschusses vom | <i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 14.01.2015 | 15-03-48 |
|--|---|--|---|----------|

| | | | | |
|--|--|--|---|-----------------|
| | | 6.9.2012 rechtmäßig? | - L 12 KA 66/14 - | |
| Zulassung (eines MVZ): Aktuelle Rechtslage maßgebend | B 6 KA 31/16 R | Ist für den Anspruch auf Zulassung auf die Rechtslage zum Zeitpunkt der Antragstellung abzustellen? | LSG Baden-Württemberg , Ur. v. 24.02.2016 - L 5 KA 4567/14 - | 16-03-56 |
| Ermittlung eines Sonderbedarfs für Verhaltenstherapie in Berlin | B 6 KA 28/16 R | Haben die Zulassungsgremien bei einem Antrag auf Sonderbedarfszulassung im Bereich der vertragspsychotherapeutischen Versorgung (hier: Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie) die konkrete Versorgungssituation zu ermitteln oder genügt es, wenn auf einen unstreitig hohen Versorgungsgrad in diesem Bereich verwiesen wird? | LSG Berlin-Brandenburg , Ur. v. 27.04.2016 - L 7 KA 48/14 - | 16-04-46 |
| Sitzverlegung | B 6 KA 31/15 R Termin: 03.08.2016 | Dürfen die Zulassungsgremien Gründe der vertragsärztlichen Versorgung gem § 24 Abs 7 Ärzte-ZV, die einer Sitzverlegung entgegenstehen, allein auf der Grundlage eines Vergleichs der einschlägigen ärztlichen Versorgungsgrade in den Planungsbereichen des bisherigen und begehrten Sitzes mit dem Ziel der Gleichmäßigkeit der Versorgungsgrade beurteilen? | SG Berlin , Ur. v. 25.03.2015 - S 83 KA 559/13 - | 15-04-46 |
| Zulassungsverzicht eines für zwei Fachgebiete zugelassenen Vertragsarztes | B 6 KA 32/15 R Termin: 28.09.2016 | Kann ein Vertragsarzt mit einer Zulassung für zwei unterschiedliche Fachgebiete eine Ausschreibung seines Vertragsarztsitzes verlangen, wenn er auf die Zulassung in nur einem der beiden Fachgebiete verzichtet hat, um diese in ein Medizinisches Versorgungszentrum einzubringen? | LSG Schleswig-Holstein , Ur. v. 16.06.2015 - L 4 KA 36/13 - | 15-04-42 |
| Zulassungsverzicht bei Doppelzulassung auf nur ein Fachgebiet | B 6 KA 1/16 R Termin: 28.09.2016 | Zum Umfang des Zulassungsverzichts bei einer Zulassung für mehrere Fachgebiete. | LSG Schleswig-Holstein , Ur. v. 16.06.2015 - L 4 KA 37/13 - | 16-01-58 NZB |
| Nachbesetzung einer Arztstelle nach Umwandlung einer Vollzulassung in ¾-Stelle | B 6 KA 21/15 R Termin: 04.05.2016 | Ist eine Nachbesetzung nach § 103 Abs 4a S 3 SGB 5 auf den Umfang einer Teilzeitanstellung des ausscheidenden Arztes beschränkt, auch wenn dieser ursprünglich auf eine Vollzulassung verzichtet hat? | LSG Bayern , Ur. v. 14.01.2015 - L 12 KA 31/14 - | 15-03-55 |
| MVZ: Nachbesetzung einer ¼-Arztstelle durch Aufstockung/Antragsfrist | B 6 KA 28/15 R Termin: 04.05.2016 | Können auch durch Reduzierung der Arbeitszeit eines angestellten Arztes entstandene oder nur originäre ¼-Arztstellen in Medizinischen Versorgungszentren ohne zeitliche Einschränkung nachbesetzt werden? | LSG Bayern , Ur. v. 20.05.2015 - L 12 KA 175/14 - | 15-04-49 |
| Umwandlung einer MVZ-Arztstelle nach Einstellung des Praxisbetriebs/Kein Teil der Insolvenzmasse | B 6 KA 27/16 R | Zur Umwandlung von Anstellungsgenehmigungen eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) in Zulassungen, nachdem diesem die Zulassung entzogen und über das Vermögen der Trägergesellschaft das Insolvenzverfahren eröffnet wurde. | LSG Berlin-Brandenburg , Ur. v. 27.04.2016 - L 7 KA 30/14 - | 16-03-66 |
| Anstellungsnachfolge eines Chirurgen mit Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie | B 6 KA 40/15 R Termin: 28.09.2016 | Kann die Nachbesetzung der Arztstelle eines Facharztes für Chirurgie (nach altem Weiterbildungsrecht) mit einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (nach neuem Weiterbildungsrecht) in einem MVZ nur dann erfolgen, wenn der ausscheidende Arzt über die Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie verfügt? | SG Berlin , Ur. v. 06.05.2015 - S 79 KA 258/13 - | 15-04-50 |
| Konkurrentenklage: Auslastung der Praxis. | B 6 KA 20/15 R (alt: B 6 KA 41/11 R) Termin: 03.08.2016 | Zur Anfechtungsberechtigung einer Berufsausübungsgemeinschaft gegen die Genehmigung eines besonderen Versorgungsauftrags für die Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten für einen Dritten im Wege einer Konkurrentenklage im Hinblick auf eine Beschwerde durch die mangelnde Auslastung der Praxis. | LSG Saarland , Ur. v. 24.04.2015 - L 3 KA 9/13 ZVW - | 15-03-54 |
| Anfechtung einer nephrologischen Ermächtigung | B 6 KA 3/16 R Termin: 30.11.2016 (voraussichtlich) | Sind zugelassene Ärzte befugt, die Erteilung einer formell auf § 11 Abs 3 Anl 9.1 BMV-Ä gestützten Ermächtigung eines Krankenhausarztes als Leiter einer nephrologischen Schwerpunktabteilung mit der Begründung anzufechten, dass die Ermächtigung tatsächlich nicht dieser Regelung entspricht? Wie ist der Begriff der Mitbehandlung in § 11 Abs 3 Anl 9.1 BMV-Ä zu verstehen (hier bezogen auf die Behandlung chronisch niereninsuffizienter Patienten mit ambulanter | LSG Saarland , Ur. v. 24.04.2015 - L 3 KA 10/11 - | 16-02-54 NZB |

| | | | | |
|---|---|--|--|-----------------|
| Ermächtigung für Leistung ohne Abrechnungsberechtigung? | B 6 KA 2/16 R | Bauchfelldialyse - CAPD)? Ist die Ablehnung einer beantragten Erweiterung der bestehenden Ermächtigung einer Kinderklinik (Pädiatrische Onkologie und Hämatologie) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bzgl. der Erbringung von Leistungen nach den Nrn 01510 - 01512 (Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) durch den Berufsausschuss rechtmäßig? | , Urt. v. 26.08.2015 - L 11 KA 62/12 - | 16-01-64 |
| Institutermächtigung für Geburtshilfe: Qualifikationsgebundene Leistung/Persönliche Ermächtigung | B 6 KA 11/16 R | Scheidet die Erteilung einer Institutermächtigung für die geburtshilfliche Abteilung eines Krankenhauses nach § 5 Abs 2 Nr 2 BMV-Ä bzw § 9 Abs 2 Nr 2 EKV-Ä aus, weil die Abrechnung von Leistungen iS der Gebührenordnungsposition 01780 EBM-Ä 2008 eine Genehmigung der betreffenden Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung voraussetzt? Kann die Zulassungsinstantz im Rahmen der Ermessensentscheidung über einer Institutermächtigung für die geburtshilfliche Abteilung eines Krankenhauses nach § 5 Abs 2 Nr 2 BMV-Ä bzw § 9 Abs 2 Nr 2 EKV-Ä berücksichtigen, dass wegen vorhandener und noch möglicher persönlicher Ermächtigungen ein Schutzbedürfnis des Krankenhauses nicht besteht? | LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 03.03.2016 - L 5 KA 21/15 - | 16-02-53 |
| Zulassungsentziehung/MVZ: Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht am Praxissitz | B 6 KA 37/16 R (alt: B 6 KA 25/14 R) Zurückverweisung durch BVerfG, Beschl. v. 26.09.2016 - 1 BvR 1326/15 - RID 16-04-79 | 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 |

**Gesamtvergütung/Integrierte
Versorgung/Aufsicht/GBA/KV/ Pädiatrische
Spezialambulanz**

| | | | | |
|---|---|--|--|----------|
| Regionale Punktwertzuschläge auf den Orientierungswert | B 6 KA 5/16 R | Verstoßen regionale Punktwertzuschläge auf den Orientierungswert gegen die Grundsätze der Beitragssatzstabilität, der Vorjahresanknüpfung sowie der Wirtschaftlichkeit? | LSG Hamburg, Urt. v. 16.12.2015 - L 5 KA 68/13 KL - | 16-03-69 |
| Regionaler Punktwert/Veränderungsrate 2013 Bayern | B 6 KA 14/16 R | Ist ein Schiedsamt an Beschlüsse des Bewertungsausschusses und des erweiterten Bewertungsausschusses gebunden? | LSG Bayern, Urt. v. 27.01.2016 - L 12 KA 29/13 KL - | 16-02-57 |
| Integrierte Versorgung: Managementgesellschaft als Kooperationspartner | B 6 KA 22/15 R Termin: 15.06.2016 | Kann sich eine Krankenkasse im Streit um die Anschubfinanzierung nach § 140d Abs 1 S 1 SGB 5 in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung darauf berufen, jedenfalls einer der geschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung trage den gesamten Einbehalt | LSG Hamburg, Urt. v. 20.05.2015 - L 5 KA 1/14 - | 15-03-64 |
| Einbehalt von Teilen der Gesamtvergütung (EKV-Z) | B 6 KA 14/15 R Termin: 23.03.2016 | Berechnt § 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 |
| GBA: Verordnungsausschluss für Otologika | B 6 KA 25/15 R Termin: 28.09.2016 | Ist das Arzneimittel „Otoovowen®“ als Otologikum vom Verordnungsausschluss in Nr 38 der Anlage 3 der AM-RL in den seit 1.4.2009 geltenden Fassungen umfasst? Verstößt die Nr 38 der Anlage 3 der Arzneimittel-Richtlinie - AM-RL in den beiden seit dem 1.4.2009 geltenden Fassungen gegen höherrangiges Recht? | LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.05.2015 - L 7 KA 33/12 KL WA - | 15-03-71 |
| Ausschluss des Medizinprodukts Laxatan | B 6 KA 34/16 R | Ist bei der Frage, ob arzneimittelähnliche Medizinprodukte ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung der GKV einbezogen werden, eine stoffbezogene oder eine präparatebezogene Prüfung vorzunehmen? | LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.06.2016 - L 7 KA 100/13 KL - | 16-04-56 |

| | | | | |
|---|--------------------------------------|---|---|----------|
| | | Darf der Gemeinsame Bundesausschuss arzneimittelähnliche Medizinprodukte rückwirkend aus der Verordnungsfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließen? | | |
| Pädiatrische Spezialambulanz: Zusätzliche Pauschale nicht für Vergangenheit | B 6 KA 10/16 R (alt: B 1 KR 12/16 R) | Kann eine Schiedsstelle eine zusätzliche Pauschale gem § 120 Abs 1a SGB 5 für eine pädiatrische Spezialambulanz für zurückliegende Jahre festsetzen, wenn der Krankenträger die Pauschale erst nach Ende des jeweiligen Jahres geltend gemacht hat? | <i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 03.03.2016 - L 5 KA 25/15 KL - | 16-02-59 |

Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 07.11.2016. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des jeweiligen Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

| Sachgebiet | Aktenzeichen: | Rechtsfrage | Vorinstanz | RID |
|---|---|---|---|------------------------------------|
| Ärztliche Behandlung | | | | |
| Approbation Voraussetzung für psychotherapeutische Behandlung | B 1 KR 4/16 R Termin: 13.12.2016 (voraussichtlich) | Haben Versicherte der GKV Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung durch Therapeuten, die keine Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz (juris: PsychThG) besitzen? | <i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 26.01.2016 - L 4 KR 209/15 - | 16-02-88 |
| Kopforthese (Helmtherapie) | B 3 KR 1/16 R | Gehört die Versorgung und Therapie mit einer Kopforthese zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung? | <i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 24.02.2015 - L 11 KR 3297/14 - | 15-02-111 NZB |
| | B 3 KR 30/15 R B 3 KR 6/16 R | Gehört die Versorgung und Therapie mit einer Kopforthese zur Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung? | <i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 11.06.2015 - L 1 KR 141/14 - <i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 25.08.2015 - L 4 KR 300/12 - | 16-02-91 NZB 16-02-92 NZB |
| Kostenerstattung | | | | |
| Kein Sachleistungsanspruch aufgrund der Genehmigungsfiktion (Therapie dreirad) | B 3 KR 4/16 R | Zur Frage der Anwendung der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a SGB 5 auf Sachleistungsansprüche und der Begrenzung des Anspruchs nach § 13 Abs 3a S 6, 7 SGB 5 durch das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot. | <i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 10.12.2015 - L 1 KR 413/14 - | 16-01-118 |
| Genehmigungsfiktion bei allen möglichen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung | B 3 KR 8/16 R (alt: B 1 KR 14/16 R) | Hat ein Versicherter einen Anspruch auf Versorgung mit einem CGM-Messsystem zur kontinuierlichen Glucose-Messung einschließlich des hierfür erforderlichen Zubehörs, wenn die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 eingetreten ist, obwohl der G-BA noch keine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen abgegeben und der Bewertungsausschuss sie nicht zum Gegenstand des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) gemacht hat? | <i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 23.02.2016 - L 5 KR 351/14 - | 16-03-108 |
| Stationäre Behandlung | | | | |
| Teilstationäre Behandlung | B 1 KR 1/16 R | Kommt es für die Durchführung einer neuen Behandlungsmethode im Krankenhaus | <i>LSG Baden-Württemberg</i> , | 16-01-110 |

| | | | | |
|---|--|---|--|------------------|
| (Pharmakotherapie - Intravenöse Immunglobulin-Therapie) | Termin: 13.12.2016 (voraussichtlich) | nach § 137c Abs 3 SGB 5 (hier: teilstationäre Pharmakotherapie) darauf an, dass bereits Forschungsergebnisse vorliegen, die erwarten lassen, dass das im Rahmen der neuen Behandlungsmethode zum Einsatz kommende Arzneimittel (hier: Intratect) für die Behandlung der Krankheit (hier: systemischer Lupus erythematodes - SLE - mit Urtikaria-Vaskulitis) zugelassen werden kann? | Urt. v. 17.11.2015 - L 11 KR 1116/12 - | |
| Liposuktion: Maßstab der evidenzbasierten Medizin | B 1 KR 13/16 R | Gilt das Qualitätsgebot gem § 2 Abs 1 S 3 SGB 5 bei der Anwendung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Bereich auch nach der Änderung des § 137c SGB 5 in der Fassung vom 16.7.2015? | LSG Sachsen, Urt. v. 23.07.2015 - L 1 KR 104/15 - | 16-02-102 NZB |

Auslandskrankenbehandlung

Arzneimittel

| | | | | |
|--|--|---|---|------------------|
| Avastin bei einem bösartigen Hirntumor | B 1 KR 10/16 R Termin: 13.12.2016 (voraussichtlich) | Hat ein an Rezidiven eines Glioblastoms leidender Versicherter Anspruch auf Versorgung mit Avastin außerhalb der Zulassung, obwohl die europäische Zulassungsbehörde die Zulassung der Erst- und Zweitlinientherapie von Glioblastomen mit Avastin abgelehnt hat? | LSG Bayern, Urt. v. 05.07.2015 - L 5 KR 153/14 - | 16-03-117 NZB |
|--|--|---|---|------------------|

Hilfsmittel/Heilmittel

| | | | | |
|---|---|---|---|-----------|
| Festbetragsfestsetzung für Hörgeräte | B 3 KR 28/15 R | Zur Klagebefugnis eines Versicherten gegen die Festbetragsfestsetzung bei Hilfsmitteln (hier: Hörhilfen) durch den GKV-Spitzenverband und zum gerichtlichen Prüfungsmaßstab im Rahmen von § 36 SGB 5. | LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 24.07.2015 - L 9 KR 54/12 KL - | 16-01-135 |
| Versorgung mit Kontaktlinsen bei funktionell Einäugigen | B 3 KR 21/15 R Termin: 23.06.2016 | Kann bei funktioneller Einäugigkeit ein Anspruch auf Versorgung des noch sehfähigen Auges mit Kontaktlinsen gegenüber der Krankenkasse bestehen? | LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 17.04.2015 - L 1 KR 156/13 - | 15-03-115 |

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

| | | | | |
|-------------------------------------|----------------|---|--|------------------|
| Seniorenresidenz als geeigneter Ort | B 3 KR 11/16 R | Kann häusliche Krankenpflege durch den Betreiber eines Pflegedienstes erfolgen, der einen Schwerstpflegebedürftigen in einem für die Intensivpflege hergerichteten, ihm gehörenden Gebäude pflegt ("Service-Wohnen")? | LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 19.11.2015 - L 5 KR 5/15 - | 16-01-141 NZB |
|-------------------------------------|----------------|---|--|------------------|

Fahrkosten

| | | | | |
|---|--|--|--|-----------|
| Ambulante Behandlungen wegen Folgen einer Nierentransplantation | B 1 KR 2/16 R Termin: 13.12.2016 (voraussichtlich) | Stellt die aus der Transplantationsnachsorge (hier: Nierentransplantation) ergebende Häufigkeit von Behandlungen (Kontrolluntersuchungen) eine hohe Behandlungsfrequenz im Sinne des § 8 Abs 2 der Krankentransport-Richtlinien - KT-RL (juris: KrTRL 2004) dar? | LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 17.12.2015 - L 6 KR 31/13 - | 16-02-134 |
|---|--|--|--|-----------|

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankenhauskosten

| | | | | |
|--|--|---|---|------------------|
| Fälligkeit nach Pflegesatzvereinbarung: Untersuchung der Einwände der Krankenkasse | B 1 KR 6/16 R Termin: 25.10.2016 | Sind Krankenkassen aufgrund einer Pflegesatzvereinbarung 1. verpflichtet, bereits dann eine vollstationäre Krankenhausbehandlung zu vergüten, wenn das Krankenhaus die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bejaht, und 2. darauf verwiesen, Einwendungen (hier mangelnde Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit) in einem anschließenden Erstattungsverfahren geltend zu machen? | LSG Bayern, Urt. v. 12.05.2015 - L 5 KR 493/12 - | 16-02-141 NZB |
| Aufrechnung und Aufrechnungserklärung | B 1 KR 7/16 R Termin: 25.10.2016 | Findet § 396 BGB iVm § 366 Abs 2 BGB bei einem Anspruch der Krankenkasse auf Erstattung von Krankenhausvergütung Anwendung, wenn sowohl die Krankenkasse als auch der Krankenträger mehrere Forderungen geltend machen? | LSG Bayern, Urt. v. 14.07.2015 - L 5 KR 284/13 - | 16-02-142 NZB |
| Ausschluss einer Aufrechnung | B 1 KR 9/16 R Termin: 25.10.2016 | Ist die Regelung einer landesrechtlichen Pflegesatzvereinbarung, die die Aufrechnung mit bestrittenen/nicht rechtskräftig zuerkannten (Erstattungs-) Ansprüchen der | LSG Bayern, Urt. v. 24.09.2015 | 15-04-112 NZB |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | | Krankenkassen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhausträger ausschließt, mit Bundesrecht vereinbar? | - L 5 KR 244/13 - | |
| Erfüllungsfiktion des § 107 SGB X | B 1 KR 15/16 R | Gilt die Erfüllungsfiktion des § 107 SGB 10 auch in Krankenhausbehandlungsfällen für das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse nach Zahlung der Vergütung durch eine unzuständige Krankenkasse? | LSG Hamburg , Urt. v. 30.03.2016 - L 1 KR 18/14 - | 16-04-148 |
| Risikoverteilung bei Wiederaufnahme wegen Komplikationen | B 1 KR 17/16 R | Zur Frage der Verantwortlichkeit des Krankenhauses bei einer Wiederaufnahme eines Versicherten wegen Komplikationen und zur Frage der Beweislast bei Nichterweislichkeit der Ursachen. | LSG Hamburg , Urt. v. 26.06.2016 - L 1 KR 116/13 - | 16-04-153 |
| Fallzusammenführung | B 1 KR 3/16 R | Fehlt es an der erforderlichen formal ordnungsgemäßen Krankenhausabrechnung, wenn das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale nicht vorgenommen hat, dies aber angezeigt war (hier: Amputation mit Wundheilungsstörung und Hauttransplantation)? | LSG Hamburg , Urt. v. 21.01.2016 - L 1 KR 172/13 - | 16-03-142 |
| Nachkodierung einer versehentlich unterbliebenen Kodierung | B 1 KR 40/15 R Termin: 05.07.2016 | Ist der Anspruch eines Krankenhauses auf weitere Vergütung verwirkt, wenn eine wegen eines Kodierfehlers erfolgte Nachberechnung der Krankenkasse nicht mehr in deren laufendem Haushaltsjahr zugeht? | LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 05.11.2015 - L 5 KR 133/15 - | 16-01-157 |
| Aufwandspauschale und Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit | B 1 KR 16/16 R B 1 KR 18/16 R B 1 KR 19/16 R B 1 KR 22/16 R Termin: 25.10.2016 B 1 KR 23/16 R B 1 KR 24/16 R | Gibt es bei Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung die Pflicht der Krankenkasse, eine Aufwandspauschale zu zahlen? Vorinstanz: SG Marburg, S 6 KR 93/16 Gibt es bei der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung die Pflicht der Krankenkasse, eine Aufwandspauschale zu zahlen? | SG Detmold , Urt. v. 31.03.2016 - S 3 KR 182/15 - SG Darmstadt , Urt. v. 23.05.2016 - S 8 KR 353/15 - - S 8 KR 408/15 - LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 17.02.,2016 - L 16/4 KR 208/13 - SG Osnabrück , Urt. v. 21.07.2016 - S 13 KR 601/15 - SG Marburg , Urt. v. 08.08.2016 - S 6 KR 93/16 - | 16-03-155 16-03-150 16-03-151 16-04-165 |

Ambulante Versorgung

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

| | | | | |
|---|---|---|---|------------------|
| Arzneimittelhersteller/Festbetragsfestsetzung: Vorübergehende Lieferschwierigkeiten | B 3 KR 9/16 R | Zur Frage der Rechtmäßigkeit der Anpassung eines Festbetrages für Arzneimittel bei einem zwischenzeitlich eingetretenen Zeitablauf von mehreren Monaten zwischen dem Bewertungsstichtag und dem Wirksamwerden der Festbetragsanpassung einschließlich einer eingeschränkten Lieferfähigkeit des Produkts. | LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 08.04.2016 - L 1 KR 476/12 KL - | 16-03-167 |
| Reduzierung des Herstellerrabatts auf 6 % und Ertragssituation | B 3 KR 10/16 R | Unter welchen Voraussetzungen kann ein pharmazeutischer Unternehmer die Reduzierung des Herstellerrabatts von 16 auf 6 % beanspruchen? | LSG Hessen , Urt. v. 11.06.2015 - L 8 KR 88/12 - | 16-03-170 NZB |
| Auskunftsanspruch der Krankenkassen | B 3 KR 13/16 R | Zum Inhalt und Reichweite des Auskunftsanspruchs nach § 129 Abs 5c S 4 SGB 5. | LSG Bayern , Urt. v. 24.05.2016 - L 5 KR 442/13 - | |
| Hilfsmittelverzeichnis: Umfang der Substantiierungsanforderungen | B 3 KR 20/15 R Termin: 23.06.2016 | Ist die Streichung von wassergefüllten Dekubitusmatratzen aus dem Hilfsmittelverzeichnis rechtmäßig? | LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 30.04.2014 - L 1 KR 11/12 - | 15-03-150 NZB |
| Hilfsmittelverzeichnis: Aufnahme | B 3 KR 3/16 R | Sind Vorspann- bzw. Einhängefahrräder für Rollstühle mit Handkurbelantrieb und | LSG Nordrhein-Westfalen , | 16-01-184 |

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| des Speedy-Duo 2? | | elektromotorischer Servounterstützung zum Erreichen von 10 km/h bzw 14 km/h in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen? | Urt. v. 08.12.2015 - L 1 KR 61/11 - | |
| Hilfsmittelabgabe auf „verkürztem Versorgungswege“: Entgeltrückforderung | B 3 KR 2/16 R | Hat der Erbringer von Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie, die er nicht an Versicherte, sondern an den verordnenden Vertragsarzt abgegeben hat, hierfür einen Vergütungsanspruch? | LSG Bayern , Urt. v. 24.03.2015 - L 5 KR 383/11 - | 16-01-182 NZB |
| Ausschluss der Masseure von Manueller Therapie | B 3 KR 24/15 R | Ist die in den Heilmittelrichtlinien und in Landesverträgen enthaltene Regelung, nach der zur Versorgung der Versicherten nur zugelassene Physiotherapeuten Leistungen der Manuellen Therapie zu Lasten der Krankenkassen abrechnen dürfen, wenn sie eine Weiterbildung in dieser Behandlungstechnik absolviert und eine Abschlussprüfung bestanden haben, rechtmäßig? | LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 21.07.2015 - L 11 KR 4481/12 - | 15-04-134 |
| | B 3 KR 5/16 R B 3 KR 14/16 R B 3 KR 15/16 R | Verstößt die in den Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (juris: HeilMRL) und im maßgeblichen Landesvertrag enthaltene Regelung, nach der nur zugelassene Physiotherapeuten Leistungen der manuellen Therapie zu Lasten der Krankenkassen abrechnen dürfen, wenn sie eine Weiterbildung in dieser Behandlungstechnik absolviert und eine Abschlussprüfung bestanden haben, gegen höherrangiges Recht? | LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 07.01.2016 - L 5 KR 192/15 - LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 08.07.2016 - L 1 KR 205/13 WA - - L 1 KR 206/13 WA - | 16-03-175 16-04-173 16-04-174 |
| Unterbliebene Durchführung des Schiedsverfahrens | B 3 KR 31/15 R | Kann ein Pflegedienst eine höhere Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (hier: ärztlich verordnete Einmalkatheterisierungen) im Wege der Leistungsklage durchsetzen, wenn ein Schiedsverfahren trotz Vorliegens einer Schiedsvereinbarung unterblieben ist? | LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 18.11.2015 - L 5 KR 2883/13 - | 16-01-185 |
| Schiedsspruch zur Vergütung der Leistungen häuslicher Krankenpflege | B 3 KR 25/15 R Termin: 23.06.2016 | Zur gerichtlichen Prüfung eines Schiedsspruchs zur Festsetzung der Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege bei Überschreitung der Veränderungsrate nach § 71 Abs 3 SGB 5. | LSG Hessen , Urt. v. 29.01.2015 - L 8 KR 264/13 - | 15-02-174 NZB |
| Schiedsverfahren: Verfahrensgarantien/Beweislastverteilung/Diskriminierung | B 3 KR 26/15 R Termin: 23.06.2016 | Zur gerichtlichen Prüfung eines Schiedsspruchs zur Festsetzung der Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege. | LSG Hessen , Urt. v. 29.01.2015 - L 8 KR 254/13 - | 15-02-175 NZB |
| Schiedsspruch/Vergütungserhöhung nach Grundlohnsummenentwicklung | B 3 KR 7/16 R Termin: 29.11.2016 (Voraussichtlich) | Zur gerichtlichen Prüfung eines Schiedsspruchs zur Festsetzung der Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Niedersachsen. | LSG Niedersachsen-Bremen , Urteil v. 22.03.2016 - L 4 KR 36/14 - | 16-03-176 |
| Krankentransportunternehmer: Klagebefugnis bei Kassenäußerung zur Vorabgenehmigungspflicht | B 3 KR 19/15 R Termin: 29.11.2016 (voraussichtlich) | 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 NZB |
| Integrierte Versorgung | | | | |
| Wirksamkeit von Verträgen/Abrechnung der Anschubfinanzierung | B 1 KR 5/16 R Erledigt durch Zurücknahme | Zur Frage der Wirksamkeit von Verträgen und der Erforderlichkeit der rechnerischen Nachvollziehbarkeit von Einhalten unter Berufung auf die sog Anschubfinanzierung zur Förderung der integrierten Versorgung. | LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 26.01.2016 - L 4 KR 166/13 - | 16-03-161 |
| Krankenkassen | | | | |
| Risikostrukturausgleich: Jahresausgleichsbescheid u. Zuweisungen für Auslandsversicherte | B 1 KR 11/16 R Termin: 25.10.2016 | Ist der Jahresausgleichsbescheid 2013 des Bundesversicherungsamtes gegenüber einer Krankenkasse rechtmäßig, wenn es die Zuweisungen für Auslandsversicherte aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter Berücksichtigung des zum 01.08.2014 in Kraft getretenen Rechts begrenzt hat? | LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 29.10.2015 - L 5 KR 745/14 KL - | 16-02-168 |
| Verwaltungsakt gegenüber | B 1 KR 29/15 R | Kann sich die Berufsgenossenschaft nach Gewährung von Leistungen an einen | LSG Baden-Württemberg , | 15-04-139 |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|-------|
| Versicherten ohne Tatbestandswirkung | Termin: 13.12.2016 (voraussichtlich) | Versicherten, für die sie Erstattung von der Krankenkasse begehrt, zu Lasten der Krankenkasse darauf berufen, dass sie gegenüber dem Versicherten einen ihre Leistungszuständigkeit ausschließenden bestandskräftigen Verwaltungsakt erlassen hat? | Urt. v. 21.07.2015 - L 11 KR 1601/14 - | |
| | B 1 KR 25/16 R (alt: B 2 U 18/15 R) Termin: 13.12.2016 (voraussichtlich) | Kann sich die Berufsgenossenschaft nach Gewährung von Leistungen an einen Versicherten, für die sie Erstattung von der Krankenkasse begehrt, zu Lasten der Krankenkasse darauf berufen, dass sie gegenüber dem Versicherten einen ihre Leistungszuständigkeit ausschließenden bestandskräftigen Verwaltungsakt erlassen hat? | LSG Sachsen, Urt. v. 05.11.2015 - L 2 U 126/12 - | juris |

GBA

Sonstiges

| | | | | |
|---|---------------|--|--|---|
| Abgabepflicht für Mitarbeiter eines Ärzteblatts einer Ärztekammer | B 3 KS 3/15 R | Ist eine Ärztekammer als Herausgeberin eines Ärzteblattes abgabepflichtig nach dem KSVG, wenn die Redaktionsmitglieder ausschließlich ehrenamtlich gegen Aufwandsentschädigung tätig und die Beiträge idR kostenlos verfasst werden? | LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urt. v. 16.06.2015 - L 4 R 183/10 - | 16-01-251 |
| Künstlersozialabgabepflicht für Kameraleute | B 3 KS 2/15 R | Unterliegen Honorare an selbstständige Kameraleute unabhängig vom Umfang des Gestaltungsspielraums im Einzelfall stets der Künstlersozialabgabe? | LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 15.01.2015 - L 3 R 323/12 - | www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris |
| Künstlersozialabgabepflicht für Doktoranden | B 3 KS 1/16 R | Sind Doktoranden wegen der Erstellung von Dissertationen wissenschaftliche Autoren im Sinne des Künstlersozialversicherungsrechts? | LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 31.05.2016 - L 4 KR 378/14 - | juris |