

SEG 7 - Neue Urteile zu NUB

INHALTE – I 2015

| | | |
|--------|---|----|
| 1 | Bundesverfassungsgericht - BVerfG | 2 |
| 1.1.1 | Ethikkommission und klinische Prüfung bei Medizinprodukten..... | 2 |
| 1.1.2 | Die Auslegung des § 17 Abs. 3 KHEntgG, wonach der Kreis der einbezogenen Ärzte durch eine Privatvereinbarung zwischen Honorararzt und Patienten nicht erweitert werden kann, ist verfassungsrechtlich unbedenklich | 2 |
| 1.1.3 | Cannabis zum medizinischen - Eigengebrauch - Anordnung einer Durchsuchung ist eine einzelfallbezogene Verhältnismäßigkeitsprüfung vorzunehmen und beim Vorliegen besonderer Umstände die Verhältnismäßigkeit differenziert zu begründen..... | 2 |
| 1.1.4 | Es ist ein angemessener Ausgleich zwischen der Wissenschaftsfreiheit der medizinischen Hochschullehrenden einerseits und der durch Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG und das Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG geforderten bestmöglichen Krankenversorgung andererseits bei der Organisation der Hochschulmedizin erforderlich..... | 3 |
| 2 | Bundessozialgericht – BSG..... | 4 |
| 2.1. | 3. Senat des Bundessozialgerichts vom 16 April 2015..... | 4 |
| 2.1.1 | Kein Anspruch eines Mannes auf Kunstharrperücke bei vollständiger Haarlosigkeit (Alopecia areata universalis)..... | 4 |
| 2.2. | 1. Senat des Bundessozialgerichts vom 21. April 2015..... | 5 |
| 2.3. | 6. Senat des Bundessozialgerichts vom 16. März 2015 | 5 |
| 2.4. | 1. Senat des Bundessozialgerichts vom 10. März 2015 | 5 |
| 2.4.1 | Kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für <i>Apherese-Thrombozyten- konzentrate bei Nicht Verfügbarkeit der wirtschaftlicheren Poolkonzentrate</i> | 5 |
| 2.4.2 | Fallsplitting bei nicht abgeschlossener stationärer Behandlung | 6 |
| 2.5. | 3. Senat des Bundessozialgerichts vom 25. Februar 2015..... | 7 |
| 2.6. | 6. Senat des Bundessozialgerichts vom 11 Februar 2015..... | 7 |
| 2.7. | 12. Senat des Bundessozialgerichts am 17. Dezember 2014..... | 7 |
| 2.8. | 1. Senat des Bundessozialgerichts vom 18. Dezember 2014 – NZB zu Kopforthesen | 8 |
| 2.9. | 1. Senat des Bundessozialgerichts vom 16. Dezember 2014..... | 9 |
| 2.10. | 6. Senat des Bundessozialgerichts am 10. Dezember 2014..... | 9 |
| 2.11. | 3. Senat des Bundessozialgerichts vom 27. November 2014 | 9 |
| 2.12. | 1. Senat des Bundessozialgerichts vom 18. November 2014 | 10 |
| 2.12.1 | KEINE PID ohne gesetzliche und sozialrechtliche Grundlage..... | 10 |
| 2.12.2 | Auch als Satzungsleistung keine künstliche Befruchtung für Lebens-gemeinschaften | 13 |
| 2.13. | Sozialgerichte NRW..... | 15 |
| 2.13.1 | Keine Kostenübernahme - Hochton-Therapiegerätes HiToP 191..... | 15 |
| 2.13.2 | Immunapherese im INUS Medical Center bei Borreliose / CFS | 15 |
| 2.14. | LSG-Urteile anderer Bundesländer | 16 |
| 2.14.1 | Hyperthermie Prozesskosten-Hilfe abgelehnt | 16 |
| 2.14.2 | Kopforthese keine KÜ | 16 |
| 2.14.3 | Crosslinking Kollagenvernetzung Keratokonus keine GKV-Leistung..... | 16 |
| 2.14.4 | Brustaufbau nach einer Brustkarzinomoperation mit sogenannten (Eigen)Fettgewebsinjektionen da NUB und keine Qualität. | 16 |
| 2.15. | URTEILE zur LIPOSUKTION | 17 |
| 2.16. | Cave Firstversäumnisse (PRG)..... | 18 |
| 2.16.1 | PRG Frist führt zum Anspruch auf Postbariatrischen Kontur..... | 18 |
| 2.17. | MDK Haftung - Schmerzensgeldklage gegen MDK wegen nicht empfohlener Liposuktion abgewiesen..... | 18 |

[Blau hinterlegt sind Links auf die Volltexte:](#)

1 Bundesverfassungsgericht - BVerfG

1.1.1 Ethikkommission und klinische Prüfung bei Medizinprodukten

Teilentscheidung im Verfassungsbeschwerdeverfahren eines Herstellers gegen Rechtsvorschriften, nach denen mit der klinischen Prüfung eines Medizinproduktes u.a. erst nach der zustimmenden Bewertung einer öffentlich-rechtlichen Ethikkommission begonnen werden darf wurde seitens des BVerfG nicht angenommen.

[1 BvR 1615/10 -Beschluss vom 22. März 2015](#)

1.1.2 Die Auslegung des § 17 Abs. 3 KHEntgG, wonach der Kreis der einbezogenen Ärzte durch eine Privatvereinbarung zwischen Honorararzt und Patienten nicht erweitert werden kann, ist verfassungsrechtlich unbedenklich

Der Beschwerdeführer ist niedergelassener Facharzt für Neurochirurgie und wendet sich gegen die Versagung, als Honorararzt wahlärztliche Leistungen gegenüber einer Patientin abrechnen zu dürfen.

Es wird ausgeführt Leistungserbringer der Wahlleistungen ist demnach das Krankenhaus, nicht der ausführende Arzt. Das Gesetz räumt dem - vom Krankenhaus insoweit berechtigten - Wahlarzt in § 17 Abs. 3 KHEntgG lediglich ein Liquidationsrecht für die von ihm durchgeführten wahlärztlichen Leistungen unmittelbar gegenüber dem Patienten ein.

An diesen rechtlichen Leistungsbeziehungen ändert sich durch das Tätigwerden eines Honorararztes wie hier des Beschwerdeführers nichts. Ein Honorararzt erbringt aufgrund eines Dienstvertrages im stationären oder ambulanten Bereich des Krankenhauses ärztliche Leistungen für den Krankenhausträger, ohne bei diesem angestellt oder als Belegarzt oder Konsiliararzt tätig zu sein.

Die Tätigkeit des Honorararztes zeichnet sich mithin gerade dadurch aus, dass die rechtliche Grundlage seiner Leistungen nicht unmittelbar im Verhältnis zum Patienten besteht, sondern gegenüber seinem Auftraggeber, dem Krankenhausträger.

[1 BvR 3226/14 Beschluss vom 03. März 2015](#)

- *Hinweis: Lesenswert für alle Leistungsrechtler, da Beziehung der Honorarärzte auch zur GKV häufig mit Einschränkungen in der Berufsausübung argumentiert wird.*

1.1.3 Cannabis zum medizinischen - Eigengebrauch - Anordnung einer Durchsuchung ist eine einzelfallbezogene Verhältnismäßigkeitsprüfung vorzunehmen und beim Vorliegen besonderer Umstände die Verhältnismäßigkeit differenziert zu begründen

Die Verfassungsbeschwerde richtet sich gegen die Anordnung der Durchsuchung der Wohnung des Beschwerdeführers und gegen die Beschlagnahme von zur ärztlich begleiteten Schmerztherapie angebauten Cannabispflanzen.

1. Der Beschwerdeführer ist Schmerzpatient. Er leidet an diversen physischen und psychischen Erkrankungen wie den Folgen einer Leukämieerkrankung, einem bewegungsunabhängigen diffusen Schmerzsyndrom und Arthrose sowie Depressionen und einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Einsätzen als Soldat in Krisengebieten. Er ist schwerbehindert (GdB 60) und steht unter

gesetzlicher Betreuung für die Bereiche Gesundheitsfürsorge, Wohnungsangelegenheiten, Vertretung bei Behörden, Ämtern und Versicherungen. Er lebt mit seiner Lebensgefährtin und zwei gemeinsamen Kindern von SGB II-Leistungen.

2. Nachdem der Beschwerdeführer erfolglos mit verschiedenen Opiaten behandelt wurde und die behandelnden Ärzte keine wirksamen Therapieoptionen mehr anbieten konnten, war er auf die Einnahme von Cannabinoiden (THC) angewiesen, welche allein zu einer Verbesserung seiner gesundheitlichen Situation führten. Auf seinen ärztlich befürworteten Antrag erteilte ihm das Bundesamt für Arzneimittel (BfArM) im Juni 2013 die Erlaubnis, Medizinal-Cannabisblüten für einen vierwöchigen Bedarf zu erwerben und zu verwenden.

4 Der Beschwerdeführer war jedoch wegen der Kosten von etwa 120,- € pro 5 g Medizinalhanf nicht in der Lage, seinen täglichen Bedarf von 1,5 bis 2 g Cannabis zu decken und begann deshalb, selbst Cannabisblüten anzubauen, um die ärztlich begleitete Schmerztherapie fortzuführen. Dies teilte er durch ein Schreiben seines behandelnden Arztes vom 19. Oktober 2013 der Staatsanwaltschaft mit, in welchem er erklärte, dass er zwar eine Ausnahmeerlaubnis des BfArM zum Bezug von Medizinalhanf aus der Apotheke besitze, nicht aber eine Erlaubnis für den Anbau von Cannabis

[2 BvR 1694/14 Beschluss vom 11. Februar 2015](#)

- *Hinweis: Auch wenn primär für die Strafprozessführung relevant, könnten sich bei faktisch fehlender Erstattung durch die Sozialleistungsträger Auswirkungen auf weitere Gesetzesänderungen ergeben.*

1.1.4 Es ist ein angemessener Ausgleich zwischen der Wissenschaftsfreiheit der medizinischen Hochschullehrenden einerseits und der durch Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG und das Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG geforderten bestmöglichen Krankenversorgung andererseits bei der Organisation der Hochschulmedizin erforderlich

Die Verfassungsbeschwerde betrifft die Schließung der auf dem Klinikgelände gelegenen Bettenstation der nuklearmedizinischen Klinik am Universitätsklinikum Düsseldorf. Dieses ist gegenüber der Universität seit dem Jahr 2000 organisatorisch verselbständig. Im Ausgangsverfahren klagte der Beschwerdeführer gegen die Schließung der genannten Bettenstation. Die im fachgerichtlichen Eilrechtsschutzverfahren zunächst ergangenen letztinstanzlichen Beschlüsse des Oberverwaltungsgerichts wurden zweimal vom Bundesverfassungsgericht aufgehoben und die Sache zur erneuten Entscheidung an dieses zurückverwiesen. Nun wendet sich der Beschwerdeführer mit seiner Verfassungsbeschwerde gegen das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts, mit dem dieses auf die Revision des Universitätsklinikums seine Berufung gegen das klagabweisende Urteil des Verwaltungsgerichts in der Hauptsache zurückgewiesen hat, und rügt die Umsetzung der Schließungsentscheidung durch das Universitätsklinikum....

[1 BvR 1553/14 Beschluss vom 22. Dezember 2014](#)

2 Bundessozialgericht – BSG

Hinweis: Bisher liegen die Urteile nur als sog. Terminberichte ohne offizielle schriftliche Begründungen vor. Siehe: <http://juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung/termine.py?Gericht=bsg&Art=tm>

2.1. 3. Senat des Bundessozialgerichts vom 16 April 2015

2.1.1 Kein Anspruch eines Mannes auf Kunstharrperücke bei vollständiger Haarlosigkeit (Alopecia areata universalis)

Der 3. Senat des BSG stellte dazu fest:

Perücken können nach der Rechtsprechung des Senats Hilfsmittel sein. Insbesondere sind Vollperücken nicht als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgenommen.

Grundsätzlich haben an einem Verlust des Kopfhaares leidende Männer jedoch keinen Anspruch auf Versorgung mit einer Vollperücke. Der alleinige Verlust des Haupthaares beeinträchtigt weder die Körperfunktionen noch wirkt er entstellend und hat damit keinen Krankheitswert. Die überwiegende Zahl der Männer verliert im Laufe des Lebens ganz oder teilweise ihr Kopfhaar. Anders als haarlose Frauen erregen haarlose Männer aber weder besondere Aufmerksamkeit im Sinne von Angestarrt-Werden noch werden sie stigmatisiert. Haarlosigkeit bei Frauen tritt aus biologischen Gründen nicht regelhaft im Laufe des Lebens ein und ist daher ein von der Norm abweichender Zustand, der - wenn er entstellend wirkt - krankheitswertig sein kann. Die Versorgung einer Frau mit einer Perücke kann daher Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung sein.

Männer sind allerdings nicht vollständig von der Versorgung mit Vollperücken zu Lasten der Krankenversicherung ausgeschlossen. Ein solcher Anspruch kann bestehen, wenn der Haarverlust nicht allein die Kopfbehaarung, sondern auch die übrige Behaarung des Kopfes wie Brauen, Wimpern und Bart erfasst. Ein solcher Haarverlust geht über den typischen männlichen Haarverlust hinaus und kann insbesondere bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen Aufsehen erregen. Je nach Alter des Mannes und Aussehen des unbehaarten Kopfes kann in einem solchen Fall eine auffallende, entstellende Wirkung vorliegen, die Krankheitswert besitzt.

Eine entsprechende Wirkung hat der haarlose Kopf des zum Zeitpunkt der Beschaffung der Perücke deutlich über siebzigjährigen Klägers hingegen nicht. Nicht maßgeblich ist dabei, ob der Betroffene seine Haarlosigkeit subjektiv entstellend empfindet.

| | |
|---------------------|--------------------|
| SG Speyer | - S 11 KR 214/12 - |
| LSG Rheinland-Pfalz | - L 5 KR 189/13 - |
| Bundessozialgericht | - B 3 KR 3/14 R - |

Weitere Fälle der Verhandlungen des 3. Senates betrafen:

- Gewährung häuslicher Krankenpflege (Insulininjektionen und Blutzuckermessungen) in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen.
- Auskunftsanspruch über Verträge der Beklagten mit anderen Leistungserbringern nach „ 127 Abs 2 SGB V
- Höhe des Anspruches auf Pflegegeld bei privater Pflegeversicherung

2.2. 1. Senat des Bundessozialgerichts vom 21. April 2015

Die Fälle der Verhandlungen des 1. Senates betrafen nur Fragen zur Krankenhausvergütung.

- Stationäre Behandlung bei Perichondritis des äußeren Ohres (*ICD-10-GM H61.0*) und Verwirkung des Anspruches bei (ausreichender) Begründung der stationären Behandlungsbedürftigkeit.
- Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung und Erstattungsanspruchs der Kasse
- Umfang der Abrechnung / Hauptdiagnose bei primärer Aufnahme wegen Fieber / Sepsis und nachfolgender *Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie* -
- Obere Grenzverweildauer im Kontext Verlegung (Nachbehandlung in anderem Krankenhaus)
- Die Mindestvoraussetzungen des OPS 8-981 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden* bei Station zur Erstbehandlung von Schlaganfallpatienten (stroke unit), die telemetrisch mit dem Helios Klinikum in Erfurt als Kooperationspartner verbunden sind nicht erfüllt.
- Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung

2.3. 6. Senat des Bundessozialgerichts vom 16. März 2015

Die Fälle der Verhandlungen des 6. Senates betrafen nur Fragen zur Vertragsarztvergütung und Organisation:

- Höhe der Vergütung probatorischer Sitzungen in der ambulanten Psychotherapie
- Vergütung antrags- und genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen
- Genehmigung einer überörtlichen Teil-Berufsausübungsgemeinschaft (Teil-BAG).
- Rechtmäßigkeit eines Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach Schiedsspruch einer Schiedsperson nach § 73b SGB V

2.4. 1. Senat des Bundessozialgerichts vom 10. März 2015

2.4.1 Kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für *Apherese-Thrombozytenkonzentrate bei Nicht-Verfügbarkeit der wirtschaftlicheren Poolkonzentrate*

Das zugelassene Krankenhaus der Klägerin behandelte die bei der beklagten Krankenkasse versicherte E.K. vollstationär vom 12.11. bis 3.12.2008. Sie berechnete hierfür 25 375,96 Euro (*15.12.2008; Fallpauschale - DRG F03Z - Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierenden Prozeduren; Zusatzentgelt - ZE 84.02 - Apherese-Thrombozytenkonzentrate*). Die Beklagte beglich die Rechnung unter Vorbehalt. Sie ließ den Sozialmedizinischen Dienst die Abrechnung wegen nicht zweifelsfreier Beurteilung der angegebenen Prozeduren prüfen (*6.1.2009*). Er hielt die Gabe von gepoolten Thrombozytenkonzentraten statt von Apheresekonzentraten für ausreichend; daher sei die DRG F11A (*Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler und mit Reoperation, invasiver Diagnostik oder intraoperativer Ablation*) abzurechnen gewesen. Die Beklagte "verrechnete" deshalb 5457,10 Euro mit einer anderen Forderung der Klägerin. Die Klage auf Zahlung des Betrags nebst Zinsen ist ohne Erfolg geblieben.

Das LSG hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen: Die Gabe von Apheresekonzentraten sei medizinisch nicht indiziert gewesen. Die Klägerin trage das Risiko fehlender Verfügbarkeit gepoolter Thrombozytenkonzentrate.

Die Klägerin führt als Begründung für die Revision aus es habe keine Alternative zu Poolprodukten gegeben.

Das 1. Senat BSG hat die Revision der klagenden Krankenhausträgerin zurückgewiesen. Der Klägerin steht für die Behandlung der Versicherten statt der abgerechneten DRG F03Z nebst Zusatzentgelt ZE84.02 nur ein Anspruch nach der niedriger vergüteten DRG F11A zu.

Die Klägerin behandelte die Versicherte unwirtschaftlich mit Apherese-Thrombozytenkonzentraten. Der Einsatz von Poolpräparaten wäre gleich zweckmäßig, notwendig und ausreichend gewesen.

Die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung beurteilt sich bei mehreren gleich geeigneten, ausreichenden und notwendigen Behandlungen nach ihren Kosten für die Krankenkasse, nicht aber nach betriebswirtschaftlichen Überlegungen des Leistungserbringers.

Die Klägerin kann dementsprechend die Notwendigkeit der Behandlung mit Apheresekonzentraten nicht mit Mängeln der vereinbarten Versorgung durch den lokalen Blutspendedienst begründen. Sie trägt das Risiko der kostengünstigen Verschaffung von Poolpräparaten.

SG für das Saarland - S 23 KR 100/09 -
 LSG für das Saarland - L 2 KR 39/09 -
 Bundessozialgericht - B 1 KR 2/15 R -

2.4.2 Fallsplitting bei nicht abgeschlossener stationärer Behandlung

Das zugelassene Krankenhaus der Klägerin behandelte die bei der beklagten Krankenkasse Versicherte vollstationär vom 5. bis 7.12.2008 wegen eines duktales Karzinoms der rechten Brust mittels brusterhaltender Operation und Nachresektion. Die histologische Untersuchung des entnommenen Gewebes bestätigte das Vorliegen eines weiteren Karzinoms (9.12.2008).

Die Klägerin nahm die Versicherte am 19.12.2008 zu einer sekundären Mastektomie wieder auf, operierte sie noch am Aufnahmetag und entließ sie am 24.12.2008. Die Klägerin berechnete für die erste Behandlung 2019,19 Euro, für die zweite Behandlung 4020,56 Euro.

Die Beklagte ließ den MDK die Abrechnungen wegen der Auffälligkeit "Fallsplitting" dieser hielt die Behandlung der Versicherten am 7.12.2008 noch nicht für beendet und bejahte ein unerlaubtes Fallsplitting. Die Beklagte lehnte deshalb eine über 3980,69 Euro hinausgehende Zahlung für beide Krankenhausaufenthalte ab. Das SG hat die Beklagte antragsgemäß verurteilt, 2059,06 Euro nebst Zinsen zu zahlen. Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen:

Das BSG führte aus, dass die Revision der beklagten Krankenkasse ist iS der Zurückverweisung der Sache an das Berufungsgericht erfolgreich gewesen. Die klagende Krankenhausträgerin hat - korrespondierend mit dem Behandlungsanspruch der Versicherten - einen Vergütungsanspruch gegen die Klägerin nur für eine erforderliche, wirtschaftliche Krankenhausbehandlung.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt für alle Leistungsbereiche des SGB V. Behandelt ein Krankenhaus einen Versicherten unwirtschaftlich, hat es lediglich Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten anfiel. Kam bei gleicher Eignung neben zwei getrennten Krankenhausaufenthalten auch die Behandlung innerhalb eines einzigen, und sei es auch länger dauernden Behandlungszeitraums in Betracht, musste die Klägerin die kostengünstigere Behandlung wählen, ggf. also die Gesamtbehandlung innerhalb eines einzigen, nach DRG J23Z zu vergütenden Behandlungszeitraums. Ob dies der Fall war und ggf. welche Vergütung für eine fiktive wirtschaftliche Behandlung zu zahlen wäre, kann der Senat mangels ausreichender Feststellungen des LSG nicht beurteilen.

SG Hamburg - S 35 1194/09 -
 LSG Hamburg - L 1 KR 21/11 -
 Bundessozialgericht - B 1 KR 3/15 R -

Die weiteren Fälle der Verhandlungen des 1. Senates betrafen primär nur Fragen zur Krankenhausvergütung.

- Abrechnungsvoraussetzungen zur (DRG) B44D (*Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls*; bei Abwesenheit der fachärztlichen Behandlungsanleitung (Geriatrisches Team) sind nicht erfüllt.
- Ferner wurde ein Verfahren zwischen Kassen und der Bundesversicherungsamt verhandelt.

2.5. 3. Senat des Bundessozialgerichts vom 25. Februar 2015

Die Fälle der Verhandlungen des 3. Senates betrafen nur Fragen zur Hilfsmittel und HKP Versorgung:

- Kein Anspruch auf die Erstattung der Kosten für einen selbst beschafften Autoschwenksitz
- Kein Anspruch auf Pflegegeld für einen sechs Wochen übersteigenden Aufenthalt in der Türkei hat.
- Zwei Verfahren zum Erstattungsanspruch eines Trägers der örtlichen Sozialhilfe gegen die Krankenkasse für Kosten die Versorgung eines bei der Beklagten Versicherten mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe
- Fragen zur Abführung der Künstlerersozialabgabe

2.6. 6. Senat des Bundessozialgerichts vom 11 Februar 2015

Die Fälle der Verhandlungen des 6. Senates betrafen nur Fragen zur Vertragsarztvergütung und Organisation:

- Wahlanfechtungsverfahren über die Gültigkeit der in der konstituierenden Sitzung der beklagten Vertreterversammlung KV Vereinigung
- Keine Honorarkürzung wegen Verletzung der Pflicht zur fachlichen Fortbildung bei Zahnärzten bei geringer Überschreitung der Nachweisfrist
- Teilzulassung vertragszahnärztlichen Versorgung
- Doppelabrechnung einer extrabudgetär vergüteten Leistung durch eine Berufsausübungsgemeinschaft und einen Vertragsarzt im Rahmen der Schwangerenvorsorge ist unzulässig
- Zweigpraxisgenehmigung zur Durchführung von Dialyseleistungen

2.7. 12. Senat des Bundessozialgerichts am 17. Dezember 2014

Hier wurden nur Fragen zur Versicherungspflicht und der Berücksichtigung von Arbeitgebervergünstigungen zur Berechnung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge, verhandelt.

2.8. 1. Senat des Bundessozialgerichts vom 18. Dezember 2014 – NZB zu Kopforthesen

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Beschluss des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 21. August 2014 wird als unzulässig verworfen.

Der bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte Kläger ist mit seinem Begehren auf Erstattung der Kosten einer sog Helmtherapie (Einsatz einer Kopforthese bei Schädelasymmetrie) in Höhe von insgesamt 1819 Euro bei der Beklagten und in den Vorinstanzen ohne Erfolg geblieben. Zur Begründung seiner Entscheidung hat das LSG unter Bezugnahme auf die Gründe des SG ua ausgeführt, unabhängig vom Vorliegen einer Krankheit scheitere ein Kostenerstattungsanspruch daran, dass die Therapie nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre. Es handele sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, für die der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) keine positive Empfehlung abgegeben habe. Ein Ausnahmefall, in dem es keiner Empfehlung durch den GBA bedürfe, liege nicht vor. Anhaltspunkte dafür, dass der GBA sich systemwidrig nicht mit der Helmtherapie befasst habe, seien nicht erkennbar. Ein Anspruch ergebe sich auch nicht aus § 2 Abs 1a S 1 SGB V, weil eine Schädelasymmetrie keine schwerwiegende Erkrankung im Sinne dieser Vorschrift darstelle (Beschluss vom 21.8.2014).

Der Kläger wendet sich mit seiner Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Beschluss, wird aber vom BSG verworfen, da

Eine Leistungspflicht der KK wegen Systemversagens kann nach der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats ausnahmsweise ungeachtet des in § 135 Abs. 1 aufgestellten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt für die Anwendung neuer Methoden bestehen.

Zu einem solchen Systemversagen kann es kommen, wenn - wie vom Kläger behauptet - das Verfahren vor dem GBA von den antragsberechtigten Stellen oder dem GBA selbst überhaupt nicht, nicht zeitgerecht oder nicht ordnungsgemäß betrieben wird und dies auf eine willkürliche oder sachfremde Untätigkeit oder Verfahrensverzögerung zurückzuführen ist.

Dazu gehören auch Fälle, in denen der GBA aus sachfremden Gründen die ihm als Normgeber obliegende Beobachtungspflicht verletzt, indem er eine neue Studienlage übergeht, die nach den gesetzlichen Maßstäben Anlass zur erneuten Überprüfung eines einmal gefassten Gruppenbildungsbeschlusses gibt.

Der Kläger legt nicht dar, dass darüber hinaus noch ein Klärungsbedarf verblieben ist, sondern wendet sich nur gegen die Feststellungen des LSG und dessen Sachverhaltenswürdigung. Im Ergebnis macht er damit nur geltend, dass die Entscheidung des LSG falsch sei. Dies ist aber nicht Gegenstand der Nichtzulassungsbeschwerde.

Sozialgericht Detmold S 3 KR 130/13

Landessozialgericht [Nordrhein-Westfalen L 1 KR 140/14](#)

Bundessozialgericht B 1 KR 128/14 B

2.9. 1. Senat des Bundessozialgerichts vom 16. Dezember 2014

Die Fälle des 1. Senates betrafen nur Fragestellungen zum Thema AU:

- Entgeltfortzahlung um wenige Tage unterbrochener Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses und Fragen zur Fortsetzung/ Wiederaufnahme der Krankengeldzahlung in der Zeit der Arbeitslosigkeit – Beratungspflicht der Kasse
[B 1 KR 31/14 R](#) (Volltext)
- Entgeltfortzahlung bei forma unterbrochener Feststellung der Arbeitsunfähigkeit in Folge intermittierender Erkrankung (Handlungsunfähigkeit des Versicherten) – Folgen für Mitgliedschaft in der Kasse
[B 1 KR 35/14 R](#) und [B 1 KR 37/14 R](#) (Volltexte)
- AU-Prognose und Forderung der Kasse einen Reha-Antrag (§ 51 SGB V) zu stellen. Demnach bewirkt der fruchtlose Ablauf der Frist, einen Reha-Antrag zu stellen, lediglich, dass der Anspruch auf Auszahlung von Krankengeld entfällt, nicht aber das Stammrecht auf Krankengeld, das den Versicherungsschutz aufrechterhält.
B 1 KR 31/13 R und B 1 KR 32/13 R
- Rückwirkende Nachholung einer unterbliebenen ärztlichen Feststellung der AU bei erfolgter Vorstellung in der Arztpraxis. Telefonat reicht nicht aus; die rechtlich gebotene ärztliche AU-Feststellung erfordert, dass der Arzt den Versicherten unmittelbar persönlich untersucht
B 1 KR 25/14 R
- Folgen der Terminplanung durch Arzt bei Unterbrechung der Folge-AU führen nicht zu Krankengeldanspruch. Die beklagte Kasse muss sich falsche Rechtsauskünfte des Arztes nicht zurechnen lassen.
B 1 KR 19/14 R

2.10. 6. Senat des Bundessozialgerichts am 10. Dezember 2014

Hier wurden nur Fälle zur Abrechnung und Budgetprüfung der KVen und Zulassungsregelungen verhandelt

2.11. 3. Senat des Bundessozialgerichts vom 27. November 2014

Die Fälle des 3. Senats betrafen primär Fragestellungen der Krankenhausabrechnung ohne konkreten Methodenbezug:

- Keine Abrechnung von TEP, da diese unter Berücksichtigung der Vorgaben des G-BA zur Mindestmengenregelung von 50 Knie-Totalendoprothesen (TEP) nicht zum Versorgungsauftrag zählen können
[B 3 KR 1/13 R](#) und [B 3 KR 3/13 R](#) (Volltext) siehe auch G-BA Pressemitteilungen
- Schiedsverfahren zur Vergütungsvereinbarung bei häuslicher Krankenpflege
[B 3 KR 6/13 R](#) (Volltext)
- Vergütung der Abgabe von Medikamenten über Krankenhausapotheke bei ambulanter Chemotherapie in einer sog. Ermächtigungsambulanz und nachfolgender notfallmäßiger stationäre Aufnahme
[B 3 KR 12/13 R](#) (Volltext)
- Herausgabe einer Behandlungsdokumentation an den MDK zur Durchführung einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Abs 1 Nr 1 iVm Abs 1c SGB V
[B 3 KR 7/13 R](#) (Volltext)
- Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen (bei Hüft-TEP) B 3 KR 15/14 R

2.12. 1. Senat des Bundessozialgerichts vom 18. November 2014

2.12.1 KEINE PID ohne gesetzliche und sozialrechtliche Grundlage

:Der bei der beklagten KK versicherte Kläger leidet an einem Gendefekt, der eine vererbliche, das Gehirn betreffende Gefäßerkrankung (*cerebrale autosomal dominante Arteriopathie mit subkortikalen Infarkten und Leukoenzephalopathie -CADASIL-*) mit schweren Verläufen bis hin zur Demenz verursacht. Er und seine Ehefrau wollen vermeiden, dass gemeinsame Kinder Träger des Gendefekts werden. Deswegen entschlossen sie sich zur künstlichen Befruchtung (IVF), um vom Gendefekt betroffene Eizellen durch die erst in diesem Stadium mögliche Präimplantationsdiagnostik (PID) feststellen zu lassen und vom intrauterinen Embryonentransfer auszuschließen. Sie veranlassten hierfür zunächst in Deutschland auf eigene Kosten vorbereitende medizinische Maßnahmen.

Die Kasse lehnte den danach gestellten Antrag des Klägers ab, ihm einen Zuschuss zu kombinierten PID-IVF-Behandlungszyklen in der Klinik der Universität Brüssel zu gewähren. Zwei dort nachfolgend durchgeführten PID-IVF-Behandlungszyklen (25.02.2012, 18.06.2012), die von weiteren Behandlungsmaßnahmen in Deutschland begleitet wurden, blieben erfolglos.

Das SG hat die zuletzt auf Erstattung von 21.578,73 Euro Behandlungskosten und Freistellung von Kosten für zwei weitere Behandlungszyklen gerichtete Klage abgewiesen. Das LSG hat die Berufung des Klägers zurückgewiesen:

Der Kläger habe keinen Anspruch auf Erstattung von 478,96 Euro, weil er insoweit eine Entscheidung der Beklagten nicht abgewartet habe. Im Übrigen stehe dem Kläger für die PID-IVF-Versuche kein Kostenerstattungsanspruch zu, weil es sich dabei weder um eine Krankenbehandlung des Klägers (§ 27 SGB V) handele, noch die Voraussetzungen für den Anspruch auf künstliche Befruchtung (§ 27a SGB V) vorlägen.

Das BSG führte dazu aus, dass die Vorinstanzen einen Anspruch des Klägers auf zukünftige Präimplantationsdiagnostik (PID) bei In-Vitro-Fertilisation (IVF) zu Recht verneint haben. Die Diagnostik soll nicht die Erbkrankheit CADASIL des Klägers behandeln, sondern die Verwerfung solcher Embryonen ermöglichen, die Träger der Krankheit sind, um zukünftiges Leiden eigenständiger Lebewesen zu vermeiden. Der Kläger hat mangels Fertilisationsstörung keinen (Teil-)Anspruch auf Leistungen zur künstlichen Befruchtung.

Er kann auch Erstattung von 21.099,35 Euro für zwei im Jahr 2012 in Belgien durchgeführte PID-IVF-Behandlungszyklen nicht beanspruchen. Europäisches Gemeinschaftsrecht und deutsches Recht setzen hierfür voraus, dass ein entsprechender Leistungsanspruch im Inland bestünde.

Daran fehlte es auch deshalb, weil die zwingend erforderliche zustimmende Bewertung einer Ethikkommission nach dem Embryonenschutzgesetz erst ab Februar 2014 auf gesetzlicher Grundlage möglich ist. Die Kosten der vor der Leistungsablehnung im Inland selbst verschafften Maßnahmen (478,96 Euro) beruhen zudem nicht auf der Leistungsverweigerung.

SG Karlsruhe - S 3 KR 360/12 -
LSG Baden-Württemberg - L 4 KR 4624/12 -
Bundessozialgericht - [B 1 KR 19/13 R – \(Volltext\)](#)

[Hier liegt Zwischenzeitlich der Volltext vor](#)

Wegen Diskussion Bedarf Hinweis:

Anfang Januar 2015 trat ein Gesetz über die Zulassung von Zentren und über die Einrichtung der Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik in NRW (Präimplantationsdiagnostikgesetz Nordrhein-Westfalen - PIDG NRW) nach vorliegenden Informationen in Kraft.

Mit ergänzenden sozialrechtlichen Regelungen (angedacht war mal ein § 27 b (Erweiterte Künstliche Befruchtung zu PID) ist soweit bekannt noch nicht zu rechnen.

Vor dem Hintergrund einem eher restriktiven Vorgehen (keine Einmischung in die ethische Diskussion um Nutzen/ Endpunkte) der PID und rein formale Bearbeitung von Anfragen unter Orientierung an den Urteilen des LSG NRW L 5 KR 720/11 ER „Kein Recht auf Gesundes Kind“ und vergleichbare Ausführungen des LSG BW / BSG hier ist die Frage zu diskutieren wie mit Fällen umzugehen ist wenn die Ethikkommission eine PID Ausnahmsweise erlaubt hätte aber der Patient die Kosten nicht tragen kann.

Verstößt ein solcher Nichtzugang zur Leistung bei Sozialstaatsprinzip bzw . dem Gleichheitsgrundsatz des Grundgesetzes ??

Ähnliche (wenn auch ethisch weniger schwierige) Diskussion gibt es bei Cannabis BfArM erlaubt Besitz aus medizinischen Gründen aber kein zugelassenes Arzneimittel bzw. Kosten für das cannabishaltige Rezeptur Arzneimittel

Zum Widerspruch bei Selbstanbau gibt es ja schon was s.o. 2 BvR 1694/14 Beschluss vom 11. Februar 2015

Auszug für die Diskussion in der SEG 7 Müssen Krankenkassen Präimplantationsdiagnostik leisten ?

Der bei der beklagten Krankenkasse versicherte Kläger leidet an einem Gendefekt, der eine vererbliche, das Gehirn betreffende Gefäßerkrankung mit schweren Verläufen bis hin zur Demenz verursacht (zerebrale autosomal dominante Arteriopathie mit subkortikalen Infarkten und Leukoenzephalopathie <CADASIL>). Er und seine Ehefrau wollen vermeiden, dass gemeinsame Kinder Träger des Gende-fekts werden. Deswegen entschlossen sie sich zur künstlichen Befruchtung (IVF), um vom Gendefekt betroffene befruchtete Eizellen durch die erst in diesem Stadium hier mögliche Präimplantationsdiag-nostik (PID) feststellen und nicht sie, sondern andere Embryonen der Ehefrau einpflanzen zu lassen. Sie veranlassten hierfür zunächst in Deutschland auf eigene Kosten vorbereitende medizinische Maß-nahmen (insgesamt 478,96 Euro). Die Beklagte lehnte den danach gestellten Antrag des Klägers ab, ihm einen Zuschuss zu kombinierten PID-IVF-Behandlungszyklen in der Klinik der Universität Brüssel zu gewähren. Zwei dort nachfolgend durchgeführte PID-IVF-Behandlungszyklen (25.2.2012, 18.6.2012), die von weiteren Behandlungsmaßnahmen in Deutschland begleitet wurden, blieben er-folglos. Das Sozialgericht hat die zuletzt auf Erstattung von 21 578,73 Euro Behandlungskosten und Freistellung von Kosten für zwei weitere Behandlungszyklen gerichtete Klage abgewiesen. Das Lan-dessozialgericht hat die Berufung des Klägers zurückgewiesen: Der Kläger habe keinen Anspruch auf Erstattung von 478,96 Euro, weil er insoweit eine Entscheidung der Beklagten nicht abgewartet habe. Im Übrigen stehe dem Kläger für die PID-IVF-Versuche kein Kostenerstattungsanspruch zu, weil es sich dabei weder um eine Krankenbehandlung des Klägers (§ 27 SGB V) handele noch die Voraus-setzungen für den Anspruch auf künstliche Befruchtung (§ 27a SGB V) vorlägen.

Der Kläger rügt mit seiner Revision die Verletzung des § 27 SGB V.

Rechtsvorschriften, die im Rahmen der Urteilsfindung Berücksichtigung finden können (Auszug)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - § 13 Absatz 3 Satz 1 Fall 2 (hier anzuwenden in der seit 1.7.2001 geltenden Fassung des Art 5 Nr 7 Buchst b SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.6.2001, BGBl I 1046)

Hat die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

§ 13 Absatz 4 und 5 (hier anzuwenden in der seit 29.6.2011 geltenden Fassung des Art 4 Nr 3 Gesetz zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa und zur Änderung anderer Gesetze vom 22.6.2011, BGBl I 1202)

Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. 2Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. 3Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. 4Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. 5Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. 6Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen. Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. 2Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

Verordnung (EG) Nr 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.4.2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl Nr L 166/1 vom 30.4.2004, berichtigt in ABl Nr L 200/1 vom 7.6.2004) Art 20 Abs 2

Ein Versicherter, der vom zuständigen Träger die Genehmigung erhalten hat, sich in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben, um eine seinem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten, erhält Sachleistungen, die vom Träger des Aufenthaltsorts nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers erbracht werden, als ob er nach diesen Rechtsvorschriften versichert wäre. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die betreffende Behandlung Teil der Leistungen ist, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats der betreffenden Person vorgesehen sind, und ihr diese Behandlung nicht innerhalb eines in Anbetracht ihres derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs ihrer Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann.

Gesetz zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz) § 3a Absatz 1 bis 3 Embryonenschutzgesetz (eingefügt durch Art 1 Nr 1 Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik vom 21.11.2011, BGBl I 2228, mit Wirkung vom 8.12.2011)

- (1) Wer Zellen eines Embryos in vitro vor seinem intrauterinen Transfer genetisch untersucht (Präimplantationsdiagnostik), wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.*
- (2) Besteht auf Grund der genetischen Disposition der Frau, von der die Eizelle stammt, oder des Mannes, von dem die Samenzelle stammt, oder von beiden für deren Nachkommen das hohe Risiko einer schwerwiegenden Erbkrankheit, handelt nicht rechtswidrig, wer zur Herbeiführung einer Schwangerschaft mit schriftlicher Einwilligung der Frau, von der die Eizelle stammt, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik Zellen des Embryos in vitro vor dem intrauterinen Transfer auf die Gefahr dieser Krankheit genetisch untersucht. 2Nicht*

rechtswidrig handelt auch, wer eine Präimplantationsdiagnostik mit schriftlicher Einwilligung der Frau, von der die Eizelle stammt, zur Feststellung einer schwerwiegenden Schädigung des Embryos vornimmt, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen wird.

(3) Eine Präimplantationsdiagnostik nach Absatz 2 darf nur

- 1. nach Aufklärung und Beratung zu den medizinischen, psychischen und sozialen Folgen der von der Frau gewünschten genetischen Untersuchung von Zellen der Embryonen, wobei die Aufklärung vor der Einholung der Einwilligung zu erfolgen hat,*
- 2. nachdem eine interdisziplinär zusammengesetzte Ethikkommission an den zugelassenen Zentren für Präimplantationsdiagnostik die Einhaltung der Voraussetzungen des Absatzes 2 geprüft und eine zustimmende Bewertung abgegeben hat und*
- 3. durch einen hierfür qualifizierten Arzt in für die Präimplantationsdiagnostik zugelassenen Zentren, die über die für die Durchführung der Maßnahmen der Präimplantationsdiagnostik notwendigen diagnostischen, medizinischen und technischen Möglichkeiten verfügen, vorgenommen werden.*

Die im Rahmen der Präimplantationsdiagnostik durchgeführten Maßnahmen, einschließlich der von den Ethikkommissionen abgelehnten Fälle, werden von den zugelassenen Zentren an eine Zentralstelle in anonymisierter Form gemeldet und dort dokumentiert.

Die Bundesregierung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere . zu der Anzahl und den Voraussetzungen für die Zulassung von Zentren, in denen die Präimplantationsdiagnostik durchgeführt werden darf, einschließlich der Qualifikation der dort tätigen Ärzte und der Dauer der Zulassung,

2.12.2 Auch als Satzungsleistung keine künstliche Befruchtung für Lebensgemeinschaften

Der Verwaltungsrat der Klägerin, einer geöffneten BKK, beschloss u.a. als Nachtrag zur Satzung, der am 01.05.2012 in Kraft treten sollte: "Kostenübernahme künstliche Befruchtung (...). Zusätzlich übernimmt die BKK 75 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen bei versicherten Paaren in auf Dauer angelegter Lebensgemeinschaft. Die beklagte Bundesrepublik Deutschland, lehnte es ab, diesen Nachtrag zu genehmigen. Das LSG hat die Klage abgewiesen: Die Ermächtigungsgrundlage erlaube es nicht, von den gesetzlichen Voraussetzungen der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung abzuweichen.

Das BSG führte dazu aus, die Satzung sollte dagegen gesetzesfremde Leistungen ermöglichen. Die Begrenzung auf miteinander verheiratete Eheleute und eine homologe Insemination prägt den gesetzlichen Anspruch auf künstliche Befruchtung. Ihm liegt verfassungskonform die Ehe als rechtlich verfasste Paarbeziehung von Mann und Frau zugrunde, in der gegenseitige Solidarität nicht nur faktisch gelebt wird, solange es gefällt, sondern rechtlich eingefordert werden kann. Das Gesetz durfte die Ehe als eine Lebensbasis für ein Kind ansehen, die den Kindeswohlbelangen mehr Rechnung trägt als eine nichteheliche Partnerschaft. Hiervon weicht die betroffene Satzungsregelung grundlegend ab.

LSG Berlin-Brandenburg - L 1 KR 435/12 KL -
 Bundessozialgericht - B 1 A 1/14 R

Die weiteren Fälle des 1. Senates betrafen nur Fragestellungen zu den Themen:

- Leistung zur Krankenbehandlung für nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfänger und das Binnenverhältnis der Sozialversicherungsträger bei der Kostenerstattung
3 ähnliche Fälle [B 1 KR 20/13 R](#) (Volltext) und B 1 KR 13/13 R und B 1 KR 12/14 R
- Datenschutz begründet keine Ausnahme zur Bindung der Berechtigung zur Inanspruchnahme von KK-Leistungen durch die elektronische Gesundheitskarte (eGK) – inklusive Lichtbild-
[B 1 KR 35/13 R](#) (Volltext)
- Fahrtkosten zur Bestrahlung – Die Eigenbeteiligung bei ambulanter Therapie für jede Fahrt anzusetzen. Eine erweiternde Auslegung oder gar Analogie im Sinne einer entsprechenden Heranziehung der Fahrkostenregelung für stationersetzende Behandlung scheidet ebenfalls aus.
[- B 1 KR 8/13 R -](#) (Volltext)

2.13. Sozialgerichte NRW

2.13.1 Keine Kostenübernahme - Hochtou-Therapiegerätes HiToP 191.

Der 1945 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Er ist schwerbehindert und leidet u.a. an einer Polyneuropathie. Anfang Juli 2009 reichte der Kläger bei der Beklagten eine ärztliche Verordnung von Dr. L vom 2009

Die beantragte Kostenübernahme wurde unter Verweis der Krankenbehandlung (Hilfsmittel als Methode) auch in der 2 Instanz abgelehnt.

Wichtig erscheint bei potentiell möglichen Einsatz in anderen Leistungsbereichen, dass der Versicherte sowohl in der Reha-Klinik B sowie als auch von mehreren Orthopäden mit dem HiToP 191 behandelt worden ist, kein Versorgungsanspruch des Versicherten aus Nutzung nicht zugelassener Hilfsmittel durch Kliniken und niedergelassener Ärzte abzuleiten ist.

Sozialgericht Detmold S 3 KR 21/11

Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen [L 16 KR 530/13](#) vom 29.1.2015

2.13.2 Immunapherese im INUS Medical Center bei Borreliose / CFS

Strittig was Kostenübernahme bei Borreliose und Chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS) in einer Entscheidung des SG ohne mündliche Verhandlung festgestellt, dass hier eine lebensbedrohliche Erkrankung vorliegt und die in Vergangenheit bereits durchgeführten Behandlungen notwendig zur Therapie im Sinne unaufschiebbarer Leistung nach § 13.3 SGB V notwendig waren.

Der Anspruch wurde über acht zukünftige Leistungen als unbegründet angesehen.

SG Düsseldorf vom S 8 KR 718/14 vom 19.12.2014

Hinweis: Das Urteil, das zu Lasten der AOK beim Sozialgericht Düsseldorf ergangen ist, wurde nicht rechtskräftig die Kasse geht nach vorliegenden Informationen auch vor dem Hintergrund der BSG Entscheidungen NZB B1 KR 4/14 vom 28.4.2014 zu LSH BW L 11 KR 5629/11 vom 17.12.2013 in Berufung.

2.14. LSG-Urteile anderer Bundesländer

2.14.1 Hyperthermie Prozesskosten-Hilfe abgelehnt

Die Versicherte hat in einem Eilrechtsentscheid sowie in der nachgeführten Beschwerde zunächst gegenüber dem Sozialgericht Ulm, dann dem Landessozialgericht BW versucht ein Urteil zur Kostenübernahme von Hyperthermie und Infusionen mit Artesunat zu erwirken.

Sie ist damit in 3 Urteilen unterlegen. Das Gericht sah eine Notstandssituation nicht gegeben, vertragsärztliche alternative Standardtherapie stand z. B. durch Veranlassung einer Chemotherapie zur Behandlung des vorliegenden Ovarial-Karzinoms zur Verfügung.

LSG Baden Württemberg L 4 KR 214/15 B

2.14.2 Kopforthese keine KÜ

Der Kläger ist 2012 in der 38. Schwangerschaftswoche mit seiner Zwillingsschwester zur Welt gekommen. Direkt nach der Geburt bestand bei ihm eine normale Kopfform. Unter Rückenlagerung kam es zu einer Asymmetrie des Schädels, die zunächst mittels Lagerungswechseln und Physiotherapie behandelt wurde. Die Differenz zwischen den Schädeldiagonalen (13,60 cm bzw. 12,00 cm) betrug 1,6 cm. Keine Kostenübernahme da das Hilfsmittel als NUB einzustufen ist.

Sozialgericht Heilbronn S 11 KR 2848/13

Landessozialgericht Baden-Württemberg [L 11 KR 3297/14 vom 24.02.2015](#)

2.14.3 Crosslinking Kollagenvernetzung Keratokonus keine GKV-Leistung

Das Landessozialgericht hat das erstinstanzliche Urteil bestätigt und das Verlangen des Versicherten nach Kostenübernahme für eine Crosslinking-Behandlung bei Keratokonus zurückgewiesen.

Die Behandlungsmethode sei vom G-BA nicht zugelassen, ein Systemversagen liege nicht vor, ein Seltenheitsfall liege ebenfalls nicht vor. Auch die erweiterte Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes sei nicht anzuwenden.

Kontaktlinsen und bei weiterer Progression auch noch eine Hornhauttransplantation stehen als vertragliche Therapieoptionen zur Verfügung.

Landessozialgericht Baden-Württemberg L 5 KR 4342/12 vom 16.12.2014

2.14.4 Brustaufbau nach einer Brustkarzinomoperation mit sogenannten (Eigen)Fettgewebsinjektionen da NUB und keine Qualität.

Die 1967 geborene und bei der Beklagten versicherte Klägerin erkrankte 2008 an einem Mammakarzinom der linken Brust. Nach Operation, Chemotherapie und Radatio beantragte sie bei der Beklagten am 5. April 2012 eine Brustkorrektur-OP zur Auffüllung eines Defekts mittels Fettgewebsinjektionen (Lipofilling)

Hierzu wurde im Beschluss begründet, nach § 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 1 SGB V haben Versicherte zwar Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, wobei die Krankenbehandlung die ärztliche Behandlung umfasst. Der Anspruch eines Versicherten auf eine notwendige Behandlung nach § 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 1 SGB V unterliegt jedoch den sich aus den §§ 2 Abs. 1 und 12 Abs. 1 SGB V ergebenden Einschränkungen.

Der Brustaufbau mittels so genannten (Eigen)Fettgewebsinjektionen zum Ausgleich von Substanzdefekten nach Operationen wegen Brustkrebs stellt eine "neue" Untersuchungs- und Behandlungsmethode dar, da sie nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) enthalten ist.

Insoweit nimmt der Senat auf die Ausführungen von Dr. B. vom 21. August 2014 aus der Asklepios Klinik Wiesbaden Bezug. Danach ist die Methode noch nicht endgültig standardisiert und die Evidenz der vorliegenden Daten noch gering (vgl. diesbezüglich auch: Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg zu der Rubrik aktuelle Forschung Brustaufbau mit Eigenfett: Danach beruhen die Erfahrungen mit der Eigenfetttransplantation derzeit auf der Beobachtung von nur wenigen Frauen; gesicherte Daten über Langzeiteffekte liegen nicht vor. Ebenfalls ist bisher nicht ausreichend untersucht, ob das injizierte Fett womöglich Krebszellen beeinflusst, die trotz Amputation und Nachbehandlung im Bereich der Brustwand verblieben sind.

Fachgesellschaften fordert daher breitere und bessere Studien - [http://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/brustkrebs/brustaufbau.phpinhalt 18](http://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/brustkrebs/brustaufbau.phpinhalt18)).

Die Klägerin kann eine Kostenübernahme für (Eigen)Fettgewebsinjektionen auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer notwendigen Krankenhausbehandlung beanspruchen. Nach den für den Senat nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. B. werden diese Eingriffe aufgrund ihres relativ geringen Aufwandes ambulant durchgeführt.

Sozialgericht Darmstadt S 10 KR 664/13

Hessisches Landessozialgericht L 1 KR 197/14 (Beschluss vom 31.10.2014)

2.15. URTEILE zur LIPOSUKTION

Wegen der Vielzahl und in der Regel ähnlich erfolgreicher Begründung über Das Gutachten der SEG 7 hier in der Regel nur gelistet:

Keine Gewährung einer stationären Liposuktion (Lipohypertrophie)

Im Berufungsverfahren unter Methodenverweis Urteil des SG aufgehoben. Demnach hat das SG hat die Beklagte zu Unrecht verurteilt, der Klägerin eine stationäre Krankenhausbehandlung zur Fettabsaugung beider Oberschenkel und des Gesäßes zu gewähren.

Darüber hinaus ist zur Überzeugung des Senats bei der Klägerin das Vorliegen eines Lipödems, das von den Befürwortern als Indikation für die Liposuktionsbe-handlung zu Lasten der GKV angeführt wird, nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit belegt, da ein eine Koinzidenz Adipoitas Per magna vorliegt (BMI von 40 kg/m²)

Speyer 7 KR 423/11 vom 02.09.2013

Landessozialgericht Rheinland-Pfalz [L 5 KR 228/13](#) vom 5.2.2015

Kein Anspruch auf Versorgung mit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zur Liposuktion ihrer Oberschenkel beidseits bei Lipödem

Sozialgericht Kassel S 12 KR 235/10

Hessisches Landessozialgericht [L 8 KR 339/11 vom 29.1.2015](#)

Kein Anspruch auf zur Liposuktion bei Lipödem

Sozialgericht Berlin S 28 KR 2001/12

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg [L 1 KR 328/13](#) vom 18.12.2014

Kein Anspruch auf Versorgung mit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zur Liposuktion bei Lipödem

Der Anspruch auf eine stationär durchgeführte Liposuktion steht der Klägerin nicht zu. Allein der Umstand, dass eine Liposuktion im ambulanten Bereich nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, genügt nicht, um diese nunmehr stationär zu erbringen. Es ist in jedem Fall zu prüfen ob Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht. "

Der Anspruch eines Versicherten umfasst nur solche Leistungen, deren Qualität und Wirksamkeit wissenschaftlichen Anforderungen entspricht.

Landessozialgericht Baden-Württemberg L 11 KR 689/13 vom 30.9.2014

2.16. Cave Firstversäumnisse (PRG)

2.16.1 PRG Frist führt zum Anspruch auf Postbariatrischen Kontur

Unter Aufhebung des Bescheides vom 27.08.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.01.2015 wird die Beklage verpflichtet, der Klägerin vier postbariatrische Wiederherstellungsoperationen als Sachleistung zu gewähren. Wenn auch wohl der Kasse anzulasten -.Die Beauftragung des MDK erfolgte hier am 31.07.2014.

Da der Antrag vom 01.07.2014 stammt, kann hier nicht von einer unverzüglichen Beauftragung des MDK ausgegangen werden führte das Gericht aus.

Sozialgericht Düsseldorf [S 9 KR 903/14 vom 2.3.2015](#)

2.17. MDK Haftung - Schmerzensgeldklage gegen MDK wegen nicht empfohlener Liposuktion abgewiesen

Es wird demnach es nicht als fehlerhaft angesehen sich auf ein (auch) in der Sozialrechtsprechung allg akzeptiertes Grundsatzgutachten der MDK Gemeinschaft zu beziehen.

Landgericht Offenburg AZ: 2 O 428/12 vom 21.11.2014