Rechtsprechungsinformationsdienst 17-03

REDAKTION 10

EDITORISCHE HINWEISE 10

A. VERTRAGSARZTRECHT 11

I. Honorarverteilung 12
1. Vergütung ab 2012 12
a) Vergütung der Psychotherapieleistungen (Quartale I u. II/13) 12
b) Sog. Strukturzuschlag auch für psychotherapeutische Ausbildungsambulanz 12
c) Bezirksübergreifende BAG: Keine Verrechnung von RLV und QZV 12
d) Kostenerstattung: Einmalmundstücke, Einmalfilter und Einmalnasenklemmen 13
2. Vergütung Quartal I/09 bis IV/11 13
a) Regelleistungsvolumen 13
aa) 10%iger RLV-Zuschlag für fach- und schwerpunktgleiche BAG (Quartale I u. II/09) 13
bb) Sonderregelung nur bei Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes/Vergleichsquartal 13
b) Keine Zuschläge auf QZV 14
3. Vergütung bis 2008 14
a) Psychotherapeuten 14
aa) Fehlerhafte Kostenstrukturanalyse für das Quartal I/07, nicht jedoch I/08 14
bb) Keine Anpassung des Betriebskostenbetrags im Jahr 2007 15
b) Honorar der Fachärzte für Neurologie (KV Hessen, Quartale II/05 bis I/07) 15
c) Rückzahlung eines Kürzungsbetrags nach Ziff. 7.5 HVV KV Hessen 15
4. Verwaltungsgebühr wegen Pfändung nach Abrechnungsordnung 15
5. Beschränkung der Abtretung von Honoraransprüchen an Dritte 16
6. Wirksame Ermächtigung zur Abbuchung von Versicherungsbeiträgen vom Honorarkonto 16
7. Zahnärzte: Degressionsregelung 16
a) Degressionsregelung verfassungsgemäß/Sozialrechtlicher Herstellungsanspruch 16
b) Degressionsregelung für Oralchirurgen in sozial schwachem Gebiet 16

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung 17
1. Plausibilitätsprüfung 17
a) Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung eines Psychotherapeuten 17
b) Patientenbezogene Plausibilitätsprüfung: Vorabeinlesung der Versichertenkarte/Schätzungsermessen 17
c) Schmerztherapeut. Versorgung: Keine Nebeneinanderabrechnung der Nr. 30702 u. 30708 EBM 18
2. Fachfremde Leistungen 18
a) Bindung des Vertreters an eigene Fachgebietsgrenzen 18
b) Vertrauensschutz durch Genehmigung für fachfremde Leistung (Akupunktur) 18
3. Beschäftigung eines Arztes ohne Genehmigung: Berechnung des Berichtigungsbetrages 19
4. Kein rechtzeitiger Nachweis der erforderlichen Fortbildungspunktzahl 19
5. Postoperativer Bereitschaftsdienst anästhesistischer BAG u. unvorhergesehene Inanspruchnahme 19
6. Klinisch-neurologische Basisdiagnostik nicht neben Nr. 01210 EBM 20
7. Nachträgliche Information zur Korrektur der Abrechnung ohne Satzungsgrundlage (KV Hessen) 20
8. Zahnärzte: Fehlender Leistungsnachweis in der Patientendokumentation 20

III. Genehmigung 21
1. Keine Vorbereitungsassistentin für MVZ mit angestellten Zahnärzten 21
2. Aufhebung einer Ultraschallgenehmigung wegen Nichtabrechenbarkeit der Leistungen 22

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz 22
1. Vereinbarung individueller Richtgrößen: Grundsatz der Verhältnismäßigkeit 23
2. Rücknahme eines Prüfantrags 23
3. Auslegung eines Vergleichs über die Reduzierung eines Richtgrößenregresses 23
4. Keine Benzodiazepine bei einer Abhängigkeitserkrankung 24
5. Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Impfungen 24
6. Zahnärztliche Behandlung 24
a) Genehmigung des Heil- und Kostenplans und Geltendmachung von Planungsfehlern 24
b) Zuständigkeit KZV: Andersartige Versorgungen im Ersatzkassenbereich 25
c) Fachzahnarzt für Oralchirurgie: Kein Vergleich mit allen Zahnärzten 25
d) Mangelhafter Zahnersatz/Nachbesserung 25
aa) Unzumutbarkeit einer Nachbesserung: Gründe aus dem Behandlungsverhältnis 25

bb) Unzumutbarkeit einer Neuanfertigung/Kronenrandschluss auf Röntgenbild 25
cc) Unzumutbarkeit: Annahme der Fehlerfreiheit trotz Nachbesserungsmöglichkeit 26
dd) Insuffizienter Kronenrand/Verschulden/Nachbesserung 26

V. Zulassungsrecht 26
1. Zulassung 27
a) Auswahlentscheidung: Berücksichtigung der Tätigkeit nach aufgehobener sofortiger Vollziehung 27
b) Facharztprüfung erst nach Zulassungsmoratorium 27
c) Bestimmbarkeit der Bewerbungsfrist nach teilweiser Entsperrung eines Planungsbereichs 28
d) Zulassung nach fünfjähriger Tätigkeit in MVZ (§ 103 IVa 2 SGB V) 28
e) Sonderbedarfszulassung 28
aa) Differenzierung einer Arztgruppe (Nervenärzte u.a.) 28
bb) Lokaler Versorgungsbereich/Überweisungsfälle 29
cc) Berücksichtigung von Zweigpraxen 29
dd) Einziger Pneumologe in weitem Umkreis 29
ee) Spezialisierte fachärztliche Versorgung u. größere Wegstrecken 30
2. Keine Anstellung eines Arztes mit voller vertragsärztlicher Zulassung 30
3. Zulassungsentziehung 31
a) Verletzung der Fortbildungspflicht 31
aa) Bewertung der Psychotherapeutenkammer und Ergebnis eines Verwaltungsrechtsstreits 31
bb) Ausschlussfrist/Grundpflicht/Disziplinarmaßnahmen im weiteren Sinn 31
b) Abrechnungsmanipulationen und Kenntnis der KV: Pflichtverletzung/Schadensumfang 31
c) Unzulässige Anordnung der sofortigen Vollziehung nach Betrug 33
d) Sofortige Vollziehung nach Falschabrechnung als Präventivmaßnahme 33
4. Ermächtigung 34
a) Begründungsanforderung an Ermächtigung 34
b) Augenärztliche Ermächtigung zur intravitrealen Medikamenteneingabe 34
c) Anordnung der sofortigen Vollziehung eines Ermächtigungsbeschlusses 35
5. Fachärztliche Leistungen eines hausärztlich tätigen Internisten (Gastroskopie) 35
6. Gebühr für Erweiterung einer (überörtlichen) BAG 35

VI. Gesamtvergütung/KVen/SPZ/GBA 36
1. Gesamtvergütung 36
a) Honorarkürzung wg. Nichterfüllung der Fortbildungspflicht: Anspruch der Krankenkasse 36
b) Ausgleichsverfahren zwischen West- und Ost-KVen 37
2. Kassenärztliche Vereinigungen 37
a) Unzulässigkeit eines telefonischen ärztlichen Triage-Services 37
b) Spiegelbildlichkeit bei Besetzung beratender Fachausschüsse/Listen statt Fraktionen 37
c) Erhebung von Daten im Rahmen des Rettungsdienstes 38
3. Vergütung eines SPZ: Steigerungen der Vergütungen über Veränderungsrate 38
4. GBA: Streichung von der Liste der stellungnahmeberechtigten wissenschaftl. Fachgesellschaften 38

VII. Kosten/Verfahrensrecht 39
1. Kosten: Erledigungserklärung als verdeckte Klagerücknahme 39
2. Wirksame Klagerücknahme in Sitzung des Disziplinarausschusses 39
3. Klageverzicht vor Abschluss des Verwaltungsverfahrens (Wirtschaftlichkeitsprüfung) 39
4. Wiedereinsetzung in den vorigen Stand (Datenlöschung nach Zulassungsentziehung) 40
5. Anhörungsrüge und Entscheidungserheblichkeit (Zahlungsfähigkeit nach Honorarberichtigung) 40
6. Beschwerdewert bei beschränkter Berufung 41

VIII. Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV) 41
1. Rederecht des weiteren Stellvertreters des Vorsitzenden des Beirats 41
2. Keine Verzinsung von EHV-Nachzahlungen 42
3. Aufhebung bestandskräftiger EHV-Bescheide 42

IX. Bundessozialgericht (BSG) 42
1. Honorarverteilung 42
a) Wachstumsmöglichkeiten für sog. Jungpraxen 42
b) Zuschläge oder Abschläge von den Orientierungswerten 43
c) Schmerztherapeutisch tätige Fachärztin für Anästhesiologie: Kein QZV Akupunktur 43
2. Zuständigkeit des Bewertungsausschusses und der Bundesmantelvertragspartner (Humangenetik) 44
3. Verwaltungskostenumlage auch von Sachkosten operativ tätiger Augenärzte 44
4. Sachlich-rechnerische Berichtigung 44
a) BVerfG: MKG-Chirurgen/Splittingverbot 44
b) Kein Honoraranspruch für nicht persönlich erbrachte Leistungen 44
c) Facettendenervation mittels Vereisung nicht nach Nr. 31131 EBM (Neurochirurgie) 45
5. Konkurrentenklage: Auslastung der Dialysepraxis 45

6. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress 45
a) Auswirkungen von Praxisbesonderheiten 45
b) Verordnungsfähigkeit von „LeukoNorm"/Anrufung des Beschwerdeausschusses 46
c) Abtretung einer Regressforderung an AOK (Unzulässige Revision) 46
7. Zulassungsrecht 47
a) Anstellungsnachfolge eines Chirurgen mit Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie 47
b) Voraussetzungen einer Sitzverlegung 47
c) Zulassungsverzicht bei Doppelzulassung auf nur ein Fachgebiet 47
d) Nichtmehrausüben der vertragsärztlichen Tätigkeit und Unterversorgung 47
e) Fortbildungspflicht: Nachweis einer „Forschungsarbeit" 48
8. Verordnungsausschluss für nicht verschreibungspflichtiges homöopath. Arzneimittel (Otovowen) 48

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT 49

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung 49
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 49
a) Hyperthermie- und Immunrestorationsbehandlung 49
b) Hyperthermie-Therapie/Colon-Hydro-Therapie 49
c) Therapie mit niedrigdosiertem gepulsten Ultraschall 50
d) EXOGEN Ultraschall-Behandlungsgerät 50
e) Helmtherapie (Kopforthese) 50
f) Prophylaktische Mastektomie bei erhöhtem Brustkrebsrisiko 51
g) Liposuktion/Fünf-Wochen-Frist nach § 13 IIIa SGB V auch ohne Mitteilung 51
h) Versorgung mit Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe 51
2. Kryokonservierung befruchteter Eizellen 51
3. Zahnärztliche Versorgung 52
a) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode: Kfo-Behandlung nach Invisalign®-Methode 52
b) Implantatversorgung: Würgereiz als vegetativ o. psychomot. bed. Störung der Rachenmuskulatur 52
c) Behandlung in der Türkei/Genehmigung des Heil- und Kostenplans 52
d) Begutachtung zahnmedizinischer Leistungsfälle ausschließlich durch MDK 53

II. Stationäre Behandlung 53
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 53
a) Qualitätsstandards neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Liposuktion) 53
b) Liposuktion: Risikovermeidung wegen kardialer Erkrankung 53
2. Mammareduktionsplastik 53
a) Konkreter Zusammenhang zum gewünschten Behandlungserfolg 53
b) Konkreter Zusammenhang zwischen Brustgröße und Beschwerden 54
c) Operation zur Überwindung der psychiatrischen Erkrankung/Entstellung 54
3. Primäre Indikation für eine adipositas-chirurgische Maßnahme 54
4. Bauchdeckenstraffung und Narbenkorrektur mit Fettunterspritzung 55

III. Kostenerstattung 55
1. Genehmigungsfiktion 55
a) „Erforderliche" Leistung 55
aa) Kenntnis bis zum Eintritt der Genehmigungsfiktion maßgebend 55
bb) Bariatrische Operation (Schlauchmagen)/Fristbeginn 56
cc) Bariatrische Operation (Schlauchmagen) 56
dd) Bariatrischer Eingriff (laparoskopische Schlauchmagenanlage) 56
ee) Bariatrische OP (Magenbypass) bei Adipositas Grad III 56
ff) Stationäre Magenbypass-Operation 57
gg) Schlauchmagen-Operation 57
hh) Postbariatrische stationäre Wiederherstellungsoperationen 57
ii) Wiederherstellungsoperation 57
jj) Brustaugmentation 58
kk) Hautstraffungen als stationäre Krankenhausbehandlung 58
b) Rechtmäßigkeit der Genehmigungsfiktion nach § 13 IIIa SGB V 58
c) Beurteilung der Rechtmäßigkeit nach tatbestandlichen Voraussetzungen des § 13 IIIa SGB V 58
d) Genehmigungsfiktion nur für GKV-Leistungen 59
e) Fristende: Entscheidung, nicht Bekanntgabe 59
f) Keine Unterrichtung über die Einholung eines MDK-Gutachtens 59
g) Entscheidungsfrist von drei Wochen bei Gutachterverfahren nach BMV-Z/EKV-Z 59
h) Mitteilung über MDK keine Ablehnung/Hinreichender Grund legitimiert nicht Verspätung 60
i) Naturalleistungsanspruch (Mammareduktion) 60
j) Umfang der Erstattungspflicht in der (tatsächlich) entstandenen Höhe 60
k) Rücknahme 61
aa) Keine Rücknahme möglich 61

bb) Aufhebung einer fiktiven Genehmigung 61
cc) Aufhebung bei materieller Rechtswidrigkeit 61
dd) Beurteilung der Rechtmäßigkeit allein nach § 13 IIIa SGB V 61
ee) Rechtmäßigkeitsvoraussetzungen allein nach § 13 IIIa SGB V 62
ff) Aufhebung nicht nach Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs 62
2. GKV-Leistung ohne Abbildung im EBM: Botulinum-Injektion 62
3. Privatärztliche Leistung bei Systemversagen: Barthaarentfernung durch Elektroepilation 63
4. Kostenerstattungswahl: Zustimmung zu nicht zugelassenem Leistungserbringer 63

IV. Arzneimittel: Off-Label-Use 63
1. Rituximab bei einer rezidivierenden Myelitis 64
2. Rituximab (Handelsnamen „MabThera“, „Rituxan“) bei Sjögren-Syndrom 64
3. Lymphangioleiomyomatosis und Wirkstoff Sirolimus 64

V. Hilfsmittel 64
1. Elektrorollstuhl mit Steh- und Liegefunktion 64
2. Zweitversorgung mit einer Sitzschale 65
3. Therapietandem 65
a) Therapeutische Nebeneffekte/Familienausflüge 65
b) Anwesenheit eines Erwachsenen erforderlich 65
4. Liegedreirad: Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens 65
5. Exoskelett bei Querschnittslähmung: Grundbedürfnis des aufrechten Gehens 66
6. Gitter-Pflegebett 66
7. Hörgeräteversorgung 66
a) Theoretische Verweisung auf anderes Hörgerät unzureichend 66
b) Materielle Beweislast für Zweckmäßigkeit selbstgewählter Hörgeräte 66
8. Laser-Langstock 67
9. UV-Teilbestrahlungsgerät (UVB 311 nm) 67
10. Versorgung mit Magnetfeldtherapiesystem 200 F 67
11. Elektrostimulationssystem „Motionstim 8“ 68
12. Tragbarer Kardioverter-Defibrillator LifeVest 68
13. Unterkieferprotrusionsschiene 68

VI. Rehabilitation/Vorsorgemaßnahmen/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten 68
1. Rehabilitation 68
a) Ambulante psychotherapeutische Behandlung vorrangig 68
b) Rehabilitationssport 69
2. Erstattung einer medizinischen Vorsorgemaßnahme in Ungarn 69
3. Häusliche Krankenpflege 69
a) Betreute Wohnform 69
aa) Blutzuckermessung und Medikamentengabe/Umfang der Eingliederungshilfe 69
bb) Verabreichen von 4-mal täglich Augentropfen trotz Eingliederungshilfe 70
b) Schulbegleiter 70
c) Kein Rechtsschutzbedürfnis bei bestandskräftiger Ablehnung 70
d) Keine Gebührenfreiheit für nicht statthaftes Rechtsmittel 70
4. Fahrkosten 71
a) Altersbedingte Multimorbidität nicht anspruchsbegründend 71
b) Fahrkostenerstattung nur zur nächstgelegen Dialysepraxis 71

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern 71
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit 72
a) Keine rückwirkenden Massenprüfungen nach neuer BSG-Rspr. 72
b) Zulässigkeit einer Nachkodierung 72
c) Keine Ausschlussfristen durch PrüfvV 72
d) Umfangreiche diagnostische Maßnahmen nur stationär durchführbar 73
e) Keine Notwendigkeit stationärer Behandlung bei Chemotherapie 73
f) Stationäre Psychotherapie und Belastungsurlaube 73
2. Operationen eines Bauchaortenaneurysmas: Bereitschaftsdienst unzureichend 73
3. Fallpauschalen 74
a) Hauptdiagnose nach objektiven Maßstäben 74
b) Bestimmung der Hauptdiagnose 74
c) Multimodale Schmerztherapie: Ausschöpfen ambulanter Behandlungsmöglichkeiten 74
d) Physio- und Ergotherapie nur bei Einsatz von ausgebildeten Physio- und Ergotherapeuten 74
e) Beatmung: Versorgung des Versicherten mittels Masken-CPAP 75
f) Maschinelle Beatmung und Entwöhnung 75
g) „Multimodale Komplexbehandlung“ 75
h) Intravenöse Immunglobulin-Therapie zur Behandlung einer Polyneuropathie 76

i) Traumatisch bedingte intertrochantäre Femurfraktur: Ostheosynthesematerial 76
j) Organische Halluzinose 76
k) Versehentliche Verletzung der Serosa während einer Operation 77
l) Untergruppe I97: Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen 77
m) Tabelle 2 zu Ziff. D012i 77
4. Keine Rückforderung der Umsatzsteuer auf Zytostatika 77
5. Aufwandspauschale 78
a) Aufwandspauschale nach gesetzlicher Neuregelung 78
b) Zur Aufwandspauschale unter Berücksichtigung der Neuregelung 78
c) Keine Zurückforderung bereits gezahlter Aufwandspauschale 78

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern 79
1. Mischpreisbildung für Arzneimittel rechtswidrig (Wirkstoff: Albiglutid) 79
2. Hilfsmittelerbringer 80
a) Hilfsmittelverzeichnis: Darlegungs- und Beweispflichten des Herstellers 80
b) Einstweilige Anordnung: Versorgung mit Blutzuckerteststreifen 80
3. Heilmittelerbringer 81
a) Raumhöhe für physiotherapeutische Praxis 81
b) Untersagungsverfügung gegen nicht mehr zugelassene Logopädin 81
4. Häusliche Krankenpflege: Bewilligung gegenüber Versicherten ausreichend 81

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen 82
1. Elektronische Gesundheitskarte und Ruhen des Anspruchs auf Leistungen 82
2. Zusätzliche Vergütungsbestandteile einer Vorstandsvergütung 82
3. Erstattungsansprüche 82
a) Rückerstattung der Aufwendungen des Sozialhilfeträgers/Hemmung der Verjährung 82
b) Verjährung von Erstattungsansprüchen 83
c) Privatversicherung 83
aa) Kein Kostenerstattungsanspruch einer privaten Auslands-Krankenversicherung 83
bb) Rechtsweg/Auskunfts- und Erstattungsanspruch 83
cc) Auskunfts- und Erstattungsanspruch/Rechtsweg 83
dd) Zivilrechtsweg für Klage einer Privatversicherung auf Auskunft 84

X. Bundessozialgericht (BSG) 84
1. Elektronische Gesundheitskarte (eGK): Voraussetzung einer Nichtzulassungsbeschwerde 84
2. Beziehungen zu Krankenhäusern 84
a) Fälligkeit nach Pflegesatzvereinbarung und nicht erforderliche Krankenhausbehandlung 84
b) Kein Ausschluss einer Aufrechnung/Fälligkeit von Forderungen 84
c) AOP-Vertrag: Anspruch auf eine Grundpauschale 85
d) Aufwandspauschale und Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit 85
3. Risikostrukturausgleich: Jahresausgleichsbescheid u. Zuweisungen für Auslandsversicherte 85

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE 86

I. Ärztliches Berufsrecht 86
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis 86
a) Widerruf der Approbation 86
aa) Fortsetzung eines (strafbaren) Verhaltens: Faltenunterspritzungen durch Zahnarzt 86
bb) Eigenständige Ermittlung/Gefährlicher Umgang mit Untergebenen und Patienten 86
cc) Fehlende gesundheitliche Eignung eines Zahnarztes (Epilepsie) 86
b) Ruhen der Approbation 87
aa) Ruhen der Approbation wegen wahnhafter Störung: Vorläufiger Rechtsschutz 87
bb) Sofortvollzug: Erneutes Strafverfahren nach Verurteilung wg. kinderpornograph. Dateien 87
c) Aussetzung der Erteilung der Approbation wegen strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens 87
d) Rücknahme der Zulassung zur ärztlichen Vorprüfung 87
2. BVerwG: Studium der Stomatologie (Zahnmedizin) am staatlichen Institut für Medizin Smolensk 88
3. Strafrecht 88
a) BGH: Voraussetzungen eines Berufsverbots (pädophiler Pädiater) 88
b) Delegation von Speziallaborleistungen kein Abrechnungsbetrug 88
c) Unzulässige Beschäftigung eines wissenschaftlichen Mitarbeiters in (zahnärztl.) Privatambulanz 89
d) Rezept kein Gesundheitszeugnis i.S.d. § 278 StGB 89
e) Zeugnisverweigerungsrecht einer Arzthelferin 90
4. Berufspflichten 90
a) Unzulässige Verschreibung von Arzneimitteln 90
b) Angemessenheit der Honorarforderung 91
5. Notdienst 91
a) Befreiung vom zahnärztlichen Notfalldienst aus gesundheitlichen Gründen 91

b) Dreijährige praktische Tätigkeit in der unmittelbaren Patientenversorgung 91
6. Inspektion einer Zahnarztpraxis/Zuständigkeit 92
7. Anspruch des Patienten auf Herausgabe einer Kopie seiner Patientenakte 92
8. Gesellschafterstellung für MVZ-Gesellschaft nur bei Eignung nach § 95 Ia SGB V 92
9. Keine Unterlassungs- und Widerrufsansprüche gegen betriebsärztliche Diagnose 93
10. Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik: Schwerwiegende Erbkrankheit 93
11. BVerfG: Auf positive Stellungnahme der Ethik-Kommission gerichtete Klage ist unzulässig 93
12. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht 93
a) Geschäftliche Handlung im Rahmen eines wissenschaftlichen Fachbeitrags 93
b) Bewerbung einer Behandlung durch „CoolSculpting“ 94
13. BGH: Haftung des Betreibers eines Bewertungsportals 94
14. Preisvergleichsportal: Unzulässige Aufnahme von Zahnärzten 94
15. Speicherung des Namens des Kinderarztes bei Früherkennungsuntersuchung 95
16. Unzulässigkeit des sog. Partner-Factorings im Bereich von Zahnarztabrechnungen 95
17. Sozialversicherungspflicht 95
a) Praxistätigkeiten 95
aa) Scheinselbständigkeit einer Juniorpartnerin 95
bb) Zahnarzt mit Erlösanteil ohne Vermögens- und Gewinnbeteiligung 97
cc) Schriftliche Befundung radiologischer Bilder durch Fachärztin für Radiologie 97
dd) Psychotherapeutin: Vertrag über freie Mitarbeit 97
b) Krankenhaustätigkeiten 97
aa) Vertragsarzt mit Vertrag über die Durchführung stationärer Operationen 97
bb) Keine Sozialversicherungspflicht einer Notärztin 98
cc) Notarzttätigkeit keine abhängige Beschäftigung 98
dd) Bereitschaftsärzte in psychosomatischer Akut-Klinik: Nachtdienst 99
ee) Anästhesist: „Schönwetterweisungsfreiheit“, Dienstplansystem u. Unternehmerrisiko 99
ff) Anästhesist: Arbeitgeberseitiges Weisungsrecht 99
c) Im Auftrag einer GmbH tätige Betriebsärztin 99
d) Geschäftsführertätigkeit eines beamteten Arztes eines Universitätsklinikums 100
e) Psycholog. Psychotherapeuten: Praktische Tätigkeit keine rentenrechtliche Anrechnungszeit 100
18. Beteiligung von Klinikdirektoren an den Erlösen aus Laborleistungen 100
19. Entschädigung als Zeuge oder Sachverständiger 101
a) Abrechnung von Krankenhausleistungen: DRG-Fallgruppen 101
b) Pflegegutachten von Pflegesachverständigen 101
c) Gutachten zur Erwerbsminderung und Honorargruppe 3 101
20. Ruhegeldzahlungen der KBV an stellvertretende Leiterin der Rechtsabteilung 101
21. (Heilberufs-)Kammern Berlin: Hochschulvertreter mit vollem Stimmrecht 102
22. Versorgungswerk 102
a) BVerwG: Anhebung des allgemeinen Abgabensatzes (Versorgungsanstalt BW) 102
b) Berufsunfähigkeitsrente 102
aa) Dauerhaftigkeit der Berufsunfähigkeit/Ausschöpfen aller Therapiemöglichkeiten 102
bb) Verweisung auf andere Tätigkeiten der Zahnheilkundeausübung/Dauerhaftigkeit 103
cc) Verweisungsmöglichkeiten/Dauerhaftigkeit einer gesundheitlichen Einschränkung 103
c) Bekanntmachungen einer Satzung/Keine Beratungspflicht für zukünftige Regelung 104

II. Arzthaftung 104
1. Bundesgerichtshof (BGH) 104
a) Nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode (Ganzheitliche Zahnmedizin) 104
b) Einheitlicher Schmerzensgeldanspruch bei mehreren Behandlungsfehlern 104
c) Gehörsverstoß nach Frist zur Stellungnahme zum Gutachten 105
2. Behandlungsfehler 105
a) Abgrenzung Diagnosefehler zum Befunderhebungsfehler 105
b) Bedeutung einer GBA-Richtlinie 105
c) Unterlassen einer sofortigen Operation trotz eindeutiger Befunde 105
d) Diagnoseirrtum bei Auswertung von Röntgenbildern 106
e) Übersehen eines Kompartmentsyndroms nach Gipsschienenbehandlung durch Hausarzt 106
f) Versorgung der Wunde nach einer Hüft-TEP-Operation: Dokumentation 106
g) Schmerzensgeld: Fehlerhafte Implantation einer Kniegelenksprothese 107
h) Geburtsbeendigung bei einem pathologischen CTG 107
i) Unterlassen einer Bestrahlung vor Krebs-Op: Schmerzensgeld 107
j) Bluttransfusion bei einer reanimierten Patientin/Schmerzensgeld 107
k) Circumcision (Vorhautbeschneidung) bei Phimose (Vorhautverengung) 107
3. Aufklärung/Einwilligung 108
a) Aufklärung über einzig lebensrettende Therapieoption: Lysetherapie 108
b) Implantation einer Radiuskopfprothese/Handschriftlich ausgefüllter Aufklärungsbogen 108
c) Kombination zweier Eingriffe (Katarakt-OP unter gleichzeitiger Astigmatismuskorrektur) 108
d) Informationspflichten zu Behandlungskosten 108
4. Kein Schmerzensgeldanspruch eines Ehegatten 109

5. Sachverständige: Besorgnis der Befangenheit 109
a) Kritik der fehlenden Nachvollziehung durch den Prozessbevollmächtigten 109
b) Beendigung der Instanz/Publizistische Tätigkeit 109
c) Erstinstanzliche Ablehnung eines Befangenheitsgesuchs: Kontrolle durch Berufungsgericht 109
6. Keine Kosten für Privatgutachten nach rechtskräftiger Abweisung der Hauptforderung 110
7. Zahnärztliche Behandlung 110
a) Grober Behandlungsfehler: Slicen von Milchzähnen und Abtrag von Zahnschmelz 110
b) Herausnehmbare Teilprothesen im Ober- und Unterkiefer 110
c) BOI-Implantate bzw. Disk-Implantate 110

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel 110
1. BVerfG: Abschlag auf Herstellerabgabepreis 110
2. BVerwG: Erwerb eines Betäubungsmittels in tödlicher Dosis zum Zweck der Selbsttötung 111
3. Apotheken 111
a) Bundesgerichtshof (BGH) 111
aa) Ausloben und Gewähren von Zuwendungen („Freunde werben Freunde“) 111
bb) Verletzung einer Marke wegen Verwechslungsgefahr (Medicon-Apotheke/MediCo Apotheke) 111
b) Approbation: Pflicht zur Bewertung eines vom Strafgericht festgestellten Sachverhalts 112
c) Versandhandelsapotheke 112
aa) Pflicht zur Vorratshaltung 112
bb) Niederländische Versandapotheke: Geltung der ApBetrO/Angabe einer Telefonnr. 112
d) Wegfall d. Exklusivverträge f. Zytostatika mit Apotheken erst nach dreimonatiger Übergangsfrist 112
e) Krankenhausversorgungsvertrag 113
aa) Entfernung zwischen Apotheke und Krankenhaus 113
bb) Bestimmtheit der Ausschreibung 113
f) Internetauftritt als „Tattoo-Apotheke“ 113
g) Bruttopreisabrede: Keine Rückerstattung der Umsatzsteuer 113
h) Befreiung v. Rentenversicherungspfl.: Notwendige Apothekereigenschaft (Manager Auditing) 113
4. Berufsbild des Hörgeräteakustikers (Eintragung in die Handwerksrolle) 114
5. Hilfsmittel: Beratungspflicht beim Verkauf eines tragbaren Sauerstoffkonzentrators 114
6. Vergabeverfahren für Versorgung mit Kontrastmitteln im Sprechstundenbedarf 114
7. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht 114
a) Unzulässige ärztliche Empfehlung 114
b) Unentgeltliche Abgabe einer Spritze über den Arzt keine Zuwendung 115
c) Werbeangabe: Ausschluss schädlicher Wirkungen 115
d) Ausschluss schädlicher Wirkungen eines Heilmittels 115
e) Geltung der Werbeverbote für jeden Werbetreibenden (Botulinumtoxin) 116
f) Produkt mit pharmakologischer Wirkung ohne arzneimittelrechtliche Zulassung 116
g) „Unübertroffene Wirksamkeit im 10. Jahr“ 116
h) Äquipotenzbehauptung 117
i) Langwirksamer Bronchodilatator: „Mehr Luft von Anfang an“ 117
j) „21-Tage-Stoffwechselkur“ zum Abnehmen 117
8. Beihilfe 118
a) Fehlende wissenschaftliche Anerkennung (Idebenone bei Friedreich-Ataxie) 118
b) Festbetragsregelung verfassungsgemäß 118
c) Keine Beihilfe über Festbetrag nach langjähriger Behandlung (Aromasin, Wirkstoff: Exemestan) 118
d) Praena-Test 118
e) Mistelpräparat Helixor bei Prostatakrebs 118
f) HPV(Humane Papillomviren)-Impfung 119
g) Hörgeräteversorgung über Festbetrag: Vergleichbar schwerwiegender Sachverhalt 119
h) Medizinprodukte: Unzulässige dynamische Verweisung auf GBA-RL 119

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe 119
1. Privatbehandlung 119
a) Ärztlicher Honoraranspruch trotz Eintrittsverpflichtung der Unfallversicherung 119
b) Strahlentherapeutische Behandlung (IMRT/IGRT-Bestrahlungsverfahren) analog Ziff. 5855 GOÄ 120
c) Wahlleistungen: Gesonderte Vereinbarung des Liquidationsrecht des Krankenhausträgers 120
d) Umsatzsteuer bei Behandlung in Privatklinik 120
2. Private Krankenversicherung 121
a) BGH: Keine künstliche Befruchtung mittels Eispende in Tschechischer Republik 121
b) IMRT-Strahlentherapie bei Prostata-Karzinom 121
c) LASIK-Operation: Operation durch angestellten Arzt einer Firma nicht versichert 121
d) Erstattung für verbundene Einrichtungen gemäß § 17 KHG 121
e) Einrichtung in räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus (§ 17 KHG) 122
f) Keine Erstattung der Umsatzsteueranteile für Zytostatika 122
g) Keine Rückforderung der Umsatzsteuer für Medikamente 122
h) Erstattung von Kosten einer physiotherapeutischen Behandlung 122
i) Zahnärztliche Behandlung 122

aa) Titanimplantate anstatt Behandlung mit Keramikimplantaten 122
bb) Nachlass für zahnärztliche Kollegin als Patientin entlastet nicht Krankenversicherung 123
cc) Nachlass des Zahnarztes für zahnärztliche Kollegin als Patientin 123
dd) Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Behandlung 123
3. Beihilfe 124
a) Beihilfefähigkeit wissenschaftlich nicht anerkannter Methode 124
aa) Keine Beihilfefähigkeit einer Galvanotherapie bei Mammakarzinom 124
bb) Eigenbluttherapie (ACP-Therapie) 124
cc) Galvanotherapie/Electro-Cancer-Therapie 124
dd) Protonentherapie: Keine allgemein wissenschaftliche Heilmethode 124
b) Aufwendungen für die 3D-Sonografie 124
c) Früherkennungstest Prostatakarzinom (PCA3-Test): Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahme 125
d) Maßnahmen der künstlichen Befruchtung 125
e) Stationäre Behandlung eines psychosomatischen Krankheitsbilds 125
f) Unzulässige dynamische Verweisung auf BhV 125
g) Postbeamtenkrankenkasse: Mitwirkungsverpflichtung/Gutachtendienst 126
h) Vergütungshöhe/Steigerungssatz 126
aa) Empfehlung der Bundesärztekammer zur Abrechnung einer Analogziffer der GOÄ 126
bb) Beschränkung der Beihilfe auf die Gebührensätze im Basistarif 126
cc) Überschreitung des 3,5-fachen Steigerungssatzes (Ziff. 476 u. 2599 GOÄ) 127
dd) Angemessenheit der Kosten: Lasergestützten Kataraktoperation 127
ee) Unangemessene Vergütung für extrakorporale Stoßwellenlithotripsie 127
i) Allgemeine Voraussetzungen 127
aa) Keine Beihilfe für Pflichtversicherte 127
bb) Kein subsidiärer Anspruch bei Sachleistungsanspruch gegenüber GKV 127
cc) Fristbeginn für Ausschlussfrist: Datum der Rechnungsausstellung 128
dd) Wiedereinsetzung bei Versäumnis der Jahresfrist für Beihilfeantrag 128
ee) Beihilfeausschluss für eine vom Schwiegersohn durchgeführte Heilbehandlung 128
j) Zahnärztliche Behandlung 128
aa) Zahnfarbbestimmung/Foto- und Videoaufnahmen 128
bb) Abzug aufgrund eines Festzuschusses der gesetzlichen Krankenversicherung 129
cc) Überschreitung des Schwellenwertes: Besonderheiten bei Behandlung 129

V. Verschiedenes 129
1. EuGH: Aus Plasma gewonnene Arzneimittel 129
2. Bundesverfassungsgericht (BVerfG) 129
a) Bedeutung und Umfang eines ärztlichen Attests vor Abschiebung (Reisefähigkeit) 129
b) Keine Vaterschaftsfeststellung für Embryo 130
3. Bundesgerichtshof (BGH) 130
a) Schmerzensgeldbemessung: Wirtschaftliche Verhältnisse des Schädigers und Geschädigten 130
b) Uneinigkeit der Eltern bei Schutzimpfung eines Kindes 130
c) Anrechnung von Schadensersatzleistungen Dritter auf Blindengeld: Keine Regressmöglichkeit 131
d) Schutzpflichten für Leben und Gesundheit: Beweislastumkehr (Hausnotrufvertrag) 131
e) Bestellung des Sachverständigen in Betreuungssache vor Untersuchung 131
f) Partnerschaftsregistersache: Eintragungsfähigkeit von Doktortiteln 131
g) Neue Angriffsmittel: Beweisantritt ohne Einzahlung des Auslagenvorschusses 131
h) Beweiskraft des auf Schriftsatz aufgebrachten Eingangsstempels des Gerichts 132
4. Krankenhäuser 132
a) BVerwG: Festsetzung der Krankenhauspflegesätze/Intensivmedizinische Komplexbehandlung 132
b) Krankenhausplanung 132
aa) Krankenhausplan NRW: Gemeinsame integrative Planung von Psychiatrie u. Psychosomatik 132
bb) Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den 6. Thüringer Krankenhausplan 133
cc) Neues Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ 133
c) Voraussetzungen für Sicherstellungszuschlag 133
d) Sozialversicherungspflicht: Freier Mitarbeiter-Vertrag mit Fachärzten 134
e) Sozialversicherungspflicht einer Krankenschwester 134
aa) Tätigkeit als OP-Schwester 134
bb) Krankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin 135
5. Krankenkassen: Übermittlung einer Kundenliste hinsichtlich bestimmter Hüftendoprothesen 135
6. Pflegedienst: Sozialversicherungspflicht 135
a) Keine Selbständigkeit einer Pflegefachkraft im Seniorenzentrum 135
b) Keine Selbständigkeit einer Pflegefachkraft: Keine weitere Beschäftigung 136
c) Keine Selbständigkeit eines Altenpflegers in stationärer Pflegeeinrichtung 136
d) Kooperationsvertrag einer Pflegefachkraft mit ambulantem Pflegedienst 136
e) Pflegekraft bei einem ambulanten Pflegedienst 137
7. Rettungsdienst 137
a) Vergabe von Rettungsdienstleistungen durch ein unzuständiges Kommunalorgan 137
b) Keine Arbeitnehmereigenschaft eines ehrenamtlichen Rettungsassistenten 137

8. Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Hebamme“ 137
9. Heilpraktiker 138
a) Heilpraktikererlaubnis für Physiotherapie nicht ohne Kenntnisprüfung 138
b) Beschränkte Heilkundeerlaubnis für Podologin 138
10. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche 138
a) Körperschäden und Funktionsbeeinträchtigungen. Maßgeblicher Zeitpunkt der Geburt 138
b) Später aufgetretener Schaden führt nicht zur Neubewertung der Schwere des Körperschadens 138
11. Sozialrecht 139
a) Eingliederungshilfe: Petö-Therapie/Abgrenzung zur medizinischen Rehabilitation 139
b) Impfschaden 139
aa) Anerkennung postvakzinaler Enzephalopathie/Ausforschungsbeweis 139
bb) Sechsfachimpfung (Impfstoff Hexavac) 139
cc) Sechsfach-Impfung mit Infanrix®hexa 140
c) HIV-Hilfegesetz: Aufhebung eines Bewilligungsbescheids 140
d) OEG: Operation zur Herstellung ausschließlich weiblicher Geschlechtsmerkmale 140
e) Blindengeld 140
aa) Halbierung des Blindengeldes 140
bb) Aufhebung des Landesblindengeldes nach Spracherwerb 141
cc) Aufhebung nach Wohnsitzwechsel: Fehlendes grobes Verschulden 141
dd) Berücksichtigung von aus Blindengeld angespartem Vermögen 141
12. Verhältnismäßigkeit der Zwangsbehandlung im Rahmen einstweiliger Unterbringung 141
13. Reinigung von Arbeitskleidung im Pflegeheim für Demenzkranke 141
14. Steuerrecht 142
a) Einkommensteuerrecht 142
aa) BFH: Erwerb einer Vertragsarztpraxis durch BAG: Vertragsarztsitz für BAG-Gesellschafter 142
bb) BFH: Vorteil aus Vertragsarztzulassung bei bloßer Sitzübernahme 142
cc) BFH: Zuordnung der Anschaffungskosten für wirtschaftl. Vorteil aus Vertragsarztzulassung 142
dd) BFH: Fahrtkostenpauschale bei Belegarzttätigkeit und Praxis - Einheitliche Betriebsstätte 143
ee) Verzicht auf Ersatzansprüche wegen Beitragsrückerstattung des Krankenversicherers 143
b) Umsatzsteuer 143
aa) Steuerfreiheit von variablen Prämien im Rahmen der integrierten Versorgung 143
bb) Keine Umsatzsteuerbefreiung für Privatklinik 144
c) Gewerbesteuer 144
aa) BFH: Ausbildung und Verkauf von Blindenführhunden führt zu gewerblichen Einkünften 144
bb) BFH: Durchführung klinischer Studien durch Fachkrankenschwester 144

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT 145

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG 152

Redaktion

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank **www.sozialgerichtsbarkeit.de** wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 13.08.2017 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

Nach BSG, Urt. v. 02.08.2017 - ***B 6 KA 16/16 R*** - muss eine KV auch bei einer hohen Überversorgung im Rahmen der Honorarverteilung dem nicht durch die Zuweisung eines ‑ für alle unterdurchschnittlichen Praxen erhöhten ‑Punktzahlvolumens Rechnung tragen. Nach BSG, Urt. v. 02.08.2017 - ***B 6 KA 3/17 R*** - (Parallelverfahren: ***B 6 KA 9/17 R***, ***B 6 KA 18/17 R***) ist es für eine unterdurchschnittliche Praxis ausreichend, dass sie den Fachgruppendurchschnitt innerhalb von fünf Jahren erreichen kann. Dass die Erhöhung des RLV von Fallzahlsteigerungen abhängig gemacht wird, ist nicht zu beanstanden. Dagegen kann d. Kl. nicht mit Erfolg einwenden, dass ihm eine Steigerung der Fallzahlen wegen einer erheblichen Überversorgung mit Ärzten seiner Fachgruppe nicht möglich sei. Die dauerhafte Stützung kleiner Praxen mit niedrigen Patientenzahlen über besondere Regelungen zur Honorarverteilung wäre mit dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit außerhalb von Härtefallregelungen grundsätzlich nicht zu vereinbaren. Nach BSG, Urt. v. 02.08.2017 - ***B 6 KA 7/17 R*** - (Parallelverfahren: ***B 6 KA 13/17 R***, ***B 6 KA 21/17 R***) ist eine vorläufig RLV-Zuweisung vor Quartalsbeginn mit der Begründung zulässig, dass die für die Berechnung erforderlichen Vereinbarungen mit den Verbänden der Krankenkassen noch nicht zustande gekommen seien. Das Eingreifen der Regelung des § 87b V 4 SGB V, nach der das der Arztpraxis im Vorquartal zugewiesene RLV bis zur Zuweisung eines neuen RLV fortgilt, wenn ein RLV nicht rechtzeitig vor Beginn des Geltungszeitraums zugewiesen werden kann, kann die KV unter diesen Umständen durch eine vorläufige RLV-Zuweisung vor Beginn des entsprechenden Quartals vermeiden. Allerdings wäre es mit dem in § 87b V SGB V a.F. zum Ausdruck kommenden Prinzip der zukunftsbezogenen RLV-Festsetzung nicht zu vereinbaren, das vorläufig festgesetzte RLV noch einmal rückwirkend zu reduzieren. Nach BSG, Urt. v. 28.06.2017 - ***B 6 KA 36/16 R*** - (Parallelverfahren: ***B 6 KA 29/17 R***) ist es grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass der **Bewertungsausschuss** (BewA) bei der Bemessung der Vergütung für **psychotherapeutische Leistungen** stets nur die **Daten** verwendet, die für eine prospektive Beurteilung hätten zugrunde gelegt werden können. Der **Betriebskostenansatz** für das Jahr **2007** war mithin auf der Basis der im Jahr 2006 vorliegenden Daten festzusetzen. Wenn später neue Erkenntnisse erzielt werden, hat das nicht zur Folge, dass die Honorare rückwirkend korrigiert werden müssen. Der BewA durfte sich für die Ermittlung der Betriebsausgaben auf Daten des **Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung** (ZI) stützen. Dem steht nicht entgegen, dass andere Studien, die im Verfahren vorgelegt worden sind, insbesondere hinsichtlich der tatsächlichen Personalkosten der psychotherapeutischen Praxen niedrigere Werte ausweisen als das ZI. Im Rahmen der ihm zukommenden Gestaltungsfreiheit darf der BewA sich solange auf die Daten des ZI beziehen, wie nicht auf der Hand liegt, dass diese nicht zutreffend sein können. Die Höhe der empirisch ermittelten **Personalkosten** nach der ZI-Erhebung 2005, die für das **Jahr 2008** herangezogen wurde, hält der Senat in der Gesamtbetrachtung nicht für unplausibel. Keine Bedenken bestehen gegen das Vorgehen des BewA, die Betriebskosten der Praxen bei seinen Berechnungen in die Bereiche **Sach- und Personalkosten aufzuteilen**, die empirisch ermittelten Personalkosten von den Betriebskosten abzuziehen und durch einen **normativ ermittelten Betrag für eine Halbtagsbeschäftigung** einer Mitarbeiterin zu ersetzen. Soweit die empirisch ermittelten Personalkosten niedriger sind als die normativ errechneten, sind letztere zu berücksichtigen. Sind die tatsächlichen Personalkosten höher als die normativ berechneten, müssen indessen die tatsächlichen Kosten berücksichtigt werden. Dies hat der BewA bei seinem Beschluss bezogen auf das **Jahr 2007** nicht beachtet und damit seinen Gestaltungsspielraum überschritten. Schon 2006 lagen Daten des ZI aus den Jahren 2002 bis 2004 vor, aus denen sich höhere Betriebsausgaben als vom BewA berücksichtigt ergaben. Nach BSG, Urt. v. 25.01.2017 - ***B 6 KA 6/16 R*** - verstößt es nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz, dass die **Grenze**, bis zu der Leistungen mit einem **festen Punktwert** vergütet werden, bei **psychotherapeutischen Leistungen personenbezogen**, bei den dem Regelleistungsvolumen (RLV) unterworfenen Arztgruppen dagegen praxisbezogen ermittelt wird. Das für psychotherapeutische Leistungen geltende System der Leistungsbewertung unterscheidet sich grundlegend vom System der RLV. Das RLV erfasst nicht notwendig alle wesentlichen Leistungen des jeweiligen Fachgebiets in jedem Behandlungsfall. Dagegen werden die von psychologischen Psychotherapeuten erbrachten, überwiegend antrags‑ und zeitgebundenen Leistungen bis zu einer typisierend ermittelten ‑ auf den einzelnen Therapeuten bezogenen ‑ Grenze der Vollauslastung mit festen Punktwerten vergütet. Dem liegt der Gedanke zu Grunde, dass der einzelne Therapeut die Menge der erbrachten Leistungen aufgrund der starren Zeitvorgaben nur in engen Grenzen ausweiten kann. Nach BSG, Urt. v. 30.11.2016 - ***B 6 KA 4/16 R*** - ist eine KV grundsätzlich berechtigt, Steuerungsmaßnahmen hinsichtlich der Leistungen, die außerhalb von Regelleistungsvolumina (RLV), aber innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet wurden (**Vorwegleistungen**), zu ergreifen. Dazu durfte für diese Leistungen ein Honorarkontingent gebildet und eine **Quotierung** eingeführt werden. Die Bildung gesonderter Kontingente, insbesondere für überweisungsgebundene Leistungen, war nicht zwingend erforderlich. Voraussetzung für die Quotierung war auch nicht, dass eine Mengenausweitung bei den Vorwegleistungen konkret nachgewiesen wurde. Verlagerungen zwischen dem hausärztlichen und fachärztlichen Bereich in Folge der Laborreform 2008 hat die KV zum Quartal I/10 berücksichtigt, indem sie die allgemeinen Laborleistungen unquotiert vergütet hat. Für die beiden Vorquartale war die Honorarverteilung insofern unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung gerechtfertigt.

I. Honorarverteilung

1. Vergütung ab 2012

a) Vergütung der Psychotherapieleistungen (Quartale I u. II/13)

SG Marburg, Urteil v. 22.03.2017 - S 11 KA 8/15 **RID 17-03-1**
Sprungrevision anhängig: B 6 KA 35/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 87 IIc 6, 87b II 3

Leitsatz: 1. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22.09.2015 „zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen mit Wirkung ab dem 1.1.2013“ ist rechtswidrig, soweit er **fiktive Personalkosten** aus der Bemessung des EBM- Punktwertes ausklammert.
2. Die als Kompensation geschaffene **Strukturpauschale** verstößt gegen den Gleichheitsgrundsatz aus Art. 3 GG. Daneben entspricht die der Zuschlagsziffer immanente Quotierung nicht der Kalkulationssystematik des EBM und führt zu einer nicht rechtmäßigen, individualisierten Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen.
3. Die im HVM 2013 vorgesehene **quotierte Auszahlung** der psychotherapeutischen Leistungen (mit Ausnahme der probatorischen Sitzungen nach der GOP 35150 inkl. Suffix und der Leistungen des Kapitels 35.2 EBM) und der Leistungen nach den GOP 22220 und 23220 EBM entspricht nicht den gesetzlichen Vorgaben zur angemessenen Vergütung von Psychotherapeuten.

Das ***SG*** verpflichtete die Bekl., über die Vergütung für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen in den Quartalen I/13 und II/13 nach Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden und über die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen nach Rechtsauffassung des Gerichts nach entsprechender Änderung des EBM neu zu entscheiden.

Parallelverfahren:
SG Marburg, Urteil v. 22.03.2017 - S 11 KA 27/15 **RID 17-03-2**
Sprungrevision anhängig: B 6 KA 36/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SG Marburg, Urteil v. 22.03.2017 - S 11 KA 26/15 **RID 17-03-3**
Sprungrevision anhängig: B 6 KA 37/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

b) Sog. Strukturzuschlag auch für psychotherapeutische Ausbildungsambulanz

SG Berlin, Urteil v. 24.05.2017 - S 83 KA 934/16 **RID 17-03-4**
Sprungrevision anhängig: B 6 KA 41/17 R
juris
SGB V §§ 117 II, 120; PsychThG § 6

Für Leistungen einer **psychotherapeutischen Ausbildungsambulanz** ist der sog. **Strukturzuschlag** (Nr. 35251-35253 EBM) zu gewähren.

Die Kl. ist eine staatlich anerkannte Berliner Ausbildungsstätte für Psychotherapie gemäß § 6 PsychThG, die eine Ausbildungsambulanz betreibt. Die Beteiligten streiten über die Abrechenbarkeit des sog. Strukturzuschlages (EBM-Ziffern 35251-35253) für das Quartal IV/14 i.H.v. 111,84 €. Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an d. Kl. 111,84 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Bezirksübergreifende BAG: Keine Verrechnung von RLV und QZV

LSG Hamburg, Urteil v. 01.06.2016 - L 5 KA 10/15 **RID 17-03-5**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b; Ärzte-ZV § 33 III 2

RLV und QZV einer **überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft** mit Vertragsarztsitzen in **mehreren Zulassungsbezirken** einer KV sind nicht miteinander zu verrechnen. Entsprechende Regelungen in einem HVM sind mit § 6 II der KV-übergreifenden Berufsausübungs-Richtlinie vereinbar, wonach eine KV bei Erlass des Honorarbescheides nicht auch die von einer anderen KV zugewiesenen RLV und QZV zu berücksichtigen hat.

Die Kl. begehrt die Neubescheidung ihrer Honorarabrechnung für das Quartal II/11. ***SG Hamburg***, Urt. v. 24.04.2015 - S 3 KA 109/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

d) Kostenerstattung: Einmalmundstücke, Einmalfilter und Einmalnasenklemmen

SG München, Urteil v. 21.06.2017 - S 38 KA 1012/16 **RID 17-03-6**
juris
EBM Nr. 13650

Leitsatz: Sachkosten für Einmalmundstücke, Einmalfilter und Einmalnasenklemmen im Zusammenhang mit der Erbringung der GOP 136550 EBM (Quartal 3/2015) sind nicht erstattungsfähig, da hierfür eine Rechtsgrundlage fehlt und für die Vertragspartner der Gesamtverträge konkret keine Verpflichtung besteht, eine **Kostenerstattung** im Gesamtvertrag vorzusehen.
Der Leistungslegende der GOP 13650 EBM ist weder zu entnehmen, dass mit dieser Leistung zusammenhängende Sachkosten mit abgegolten sind, noch dass diese Sachkosten daneben erstattungsfähig sind.
Der Gesamtzusammenhang und die Abfolge von I. Allgemeine Bestimmungen 7.1 und 7.3 EBM legt es nahe, I. **Allgemeine Bestimmungen** 7.1 als vorrangig anzusehen. Im Zweifel ist davon auszugehen, dass Sachkosten nicht erstattungsfähig sind.
Sind die Leistungen selbst nicht mehr kostendeckend zu erbringen, weil die Kosten höher als die Vergütung sind oder führen die Kosten zu einer erheblichen Reduzierung der Vergütung, fehlt der finanzielle Anreiz, die Leistung zu erbringen oder es besteht die Gefahr, dass zur Kostenreduzierung die Einhaltung an sich notwendiger Standards vernachlässigt wird. In diesen Fällen liegt auch ein Verstoß gegen den **Grundsatz auf leistungsproportionale Vergütung** vor. Hier besteht für die Partner der Gesamtverträge die Pflicht, dem durch geeignete Maßnahmen Rechnung zu tragen.

Das ***SG*** wies die Klage einer BAG (Internisten/Pneumologie) gegen den Honorarbescheid III/15 ab.

2. Vergütung Quartal I/09 bis IV/11

a) Regelleistungsvolumen

aa) 10%iger RLV-Zuschlag für fach- und schwerpunktgleiche BAG (Quartale I u. II/09)

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 09.05.2017 - L 4 KA 93/14 **RID 17-03-7**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Der 10%ige **RLV-Zuschlag** setzt auch in den Quartalen I/09 und II/09 allein das Bestehen einer **fach- und schwerpunktgleichen BAG im abzurechnenden Quartal** voraus. Entscheidend ist, dass der Wortlaut der Regelung im Beschluss des Bewertungsausschusses v. 17.10.2008 einen Bezug auf das Vorjahresquartal nicht enthält. Da das Vorjahresquartal nach den allgemeinen Regelungen bloßer Anknüpfungspunkt für die Fallzählung, nicht aber für die Bildung des RLV insgesamt ist und der zehnprozentige Zuschlag nach Addition der arztindividuellen RLV zu einem praxisbezogenen RLV gewährt wird, spricht dies dafür, dass die tatbestandlichen Voraussetzungen der Regelung, hier das Bestehen einer arztgruppen – und schwerpunktgleichen BAG, **im abzurechnenden Quartal vorliegen** müssen.

SG Kiel, Gerichtsb. v. 26.11.2014 - S 14 KA 37/14 - wies die Klage der aus zwei Nephrologen bestehenden BAG ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. für das Quartal II/09 ein um 10 % erhöhtes RLV zuzuweisen und unter Berücksichtigung des erhöhten RLV ein höheres Honorar für dieses Quartal zu zahlen.

bb) Sonderregelung nur bei Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes/Vergleichsquartal

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.02.2017 - L 11 KA 61/16 **RID 17-03-8**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V a.F. § 106

Eine durch eine **Überschreitung** des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % des durchschnittlichen Fallwertes der Fachgruppe gekennzeichnete Praxisbesonderheit liegt nicht vor, wenn der praxisspezifische Fallwert den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe nur um 1,3 % überschreitet oder sogar unterschreitet.

Es ist nicht zu beanstanden, wenn bei der Prüfung der Überschreitungshöhe auf die Werte des **Vorjahres** (hier: 2008) abgestellt wird.

SG Dortmund, Urt. v. 16.04.2014 - S 16 KA 64/11 - verurteilte die Bekl., unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts die RLV der Kl., einer hausärztlich tätigen Fachärztin für Innere Medizin, für die Quartale I/09 bis IV/09 durch Anerkennung von Praxisbesonderheiten im Bereich der GOP 33022 EBM zu erhöhen und dementsprechend Honorar für diese Quartale nachzuzahlen, das ***LSG*** wies die Klage ab.

b) Keine Zuschläge auf QZV

SG Düsseldorf, Urteil v. 06.07.2017 - S 33 KA 414/12 **RID 17-03-9**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Die als Praxisbesonderheiten beanspruchten Leistungen der **Akupunktur** und der **Chirotherapie** stellen keine Tätigkeitsbereiche dar, die die Gewährung eines Zuschlags auf den **RLV-Fallwert** der Fachgruppe der Allgemeinmediziner rechtfertigen könnten, wenn diese Leistungen **außerhalb der RLV vergütet** werden.
Die Gewährung von **Zuschlägen auf die QZV** sehen weder die Bestimmungen des HVV bzw. HVM noch der zu Grunde liegende Beschluss des Bewertungsausschusses vor. Dahingehender Regelungen bedarf es nach Auffassung der Kammer auch nicht, da die **QZV ihrerseits bereits Zuschläge** auf das RLV wegen spezieller Tätigkeitsbereiche darstellen.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Bescheide über die Zuweisung der RLV und QZV für die Quartale III/10 und II/11 bis II/12. Der Kl. ist als Facharzt für Allgemeinmedizin zugelassen. Das ***SG*** wies die Klage ab.

3. Vergütung bis 2008

a) Psychotherapeuten

aa) Fehlerhafte Kostenstrukturanalyse für das Quartal I/07, nicht jedoch I/08

LSG Bayern, Urteil v. 01.06.2016 - L 12 KA 150/14 **RID 17-03-10**
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde: B 6 KA 29/17 R - Urt. v. 28.06.2017
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 72 85 IV, IVa 1, 87 I 1, IV

Der **Bewertungsausschuss** hat sich mit seiner Berechnung der **Betriebskosten** für das Quartal I/08 noch im Rahmen seines Gestaltungsspielraums gehalten, nicht aber hinsichtlich des Quartals I/07. Es ist bezüglich beider Quartale zunächst nicht zu beanstanden, dass der (einheitliche) Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 31.08.2011 grundsätzlich bzgl. der Betriebskosten auf die diesbezüglichen **Erhebungen des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung** abstellt, hinsichtlich der Personalkosten modifiziert durch einen normativen Betriebskostenbeitrag für die Personalkosten. Der Bewertungsausschuss war rechtlich nicht verpflichtet, für seine Entscheidung auf andere Unterlagen zurückzugreifen, insb. auf die Daten der Prime Networks-Studie.
Die - für die Psychotherapeuten ausschließlich günstige - Festsetzung eines höheren **normativen Personalkostenbetrages** dient gerade dem auch von Klägerseite anerkannten Ziel, psychotherapeutischen Praxen einen gewissen Spielraum für die Anstellung von Praxispersonal zu geben.
Der erweiterte Bewertungsausschuss verlässt aber seinen Gestaltungsrahmen insoweit, als er für das **Quartal I/07** - anders als für das Quartal I/08 - als Grundlage für die Festlegung der Betriebskosten in psychotherapeutischen Praxen in seinem Beschluss vom 31.08.2011 **nicht auf die aktuellste Kostenstrukturanalyse** des ZI von 2005 für den Zeitraum 2003 bis 2005 zurückgegriffen hat, sondern ältere Daten des ZI verwendet hat. Dies wird allein mit dem formalen Gesichtspunkt begründet, dass der Bewertungsausschuss nur die Daten berücksichtigen kann, die bei rückwirkender Betrachtung hätten vorliegen können. Damit wird aber das wesentliche Ziel einer nachträglichen Überprüfung der Betriebskosten einer psychotherapeutischen Praxis, nämlich deren möglichst zutreffende, auf zeitnahen Daten beruhende Festlegung, schon im Ansatz verfehlt.

Strittig zwischen den Beteiligten ist die Vergütung zeitgebundener genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen des Kapitels 35.2 EBM für die Quartale I/07 u. I/08, insb. die Frage, in welcher Höhe die Betriebskosten zu berücksichtigen sind. ***SG München***, Urt. v. 23.07.2014 - S 38 KA 262/13 -

RID 14-04-17 wies die Klage bzgl. des Jahres 2007 ab, ***SG München***, Urt. v. 23.07.2014 - S 38 KA 263/13 - bzgl. des Quartals I/08, das ***LSG*** verpflichtete die Bekl., über den Honoraranspruch der Kl. für das Quartal I/07 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden und wies die Berufung der Kl. bzgl. des Quartals I/08 zurück. ***BSG***, Urt. v. 28.06.2017 - B 6 KA 29/17 R - wies sowohl die Revision der Kl. hinsichtlich des Quartals I/08 als auch die Revision der bekl. KV hinsichtlich des Quartals I/07 zurück.

bb) Keine Anpassung des Betriebskostenbetrags im Jahr 2007

SG Magdeburg, Urteil v. 16.11.2016 - S 13 KA 173/12 WA **RID 17-03-11**
Sprungrevision anhängig: B 6 KA 32/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87

Der **Bewertungsausschuss** konnte von einer Anpassung der in der 96. Sitzung (DÄ 2005, A 459) festgesetzten Unkostengröße im Jahr 2007 absehen, nachdem der tatsächliche **Betriebskostenbetrag** in der höchsten Umsatzklasse mit einem Umsatz über 70.000 € bei einem Betrag von 38.546 € und damit unter dem für die Mindestpunktwertberechnung veranschlagten Betriebskostenbetrag lag. Auch war es nicht geboten, **aktuellere Daten** zu ermitteln und eine Ex-post-Beurteilung vorzunehmen.

Streitig ist der Honorarbescheid für das Quartal IV/07. Das ***SG*** wies die Klage ab.

b) Honorar der Fachärzte für Neurologie (KV Hessen, Quartale II/05 bis I/07)

SG Marburg, Urteil v. 05.04.2017 - S 12 KA 546/14 **RID 17-03-12**
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 14/17 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Leitsatz: Die **Honorarverteilung** der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in **den Quartalen II/05 bis I/07** bzgl. der Fachgruppe der Fachärzte für **Neurologie** ist nach den Neubescheidungen aufgrund der sozialgerichtlichen Rechtsprechung nicht zu beanstanden.

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

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

LSG Hessen, Urteil v. 16.05.2017 - L 4 KA 21/15 **RID 17-03-13**
SGB V a.F. § 85 IV; SGB X §§ 31 S. 1, 35

Eine **Kürzung nach Ziff. 7.5 HVV** stellt nur ein - **unselbständiges - Berechnungselement** für die Höhe des festzusetzenden Honorars dar und kann nicht isoliert angegriffen werden. Eine zweistufige Vorgehensweise - erst die Rückzahlung des Kürzungsbetrages, dann die Neuberechnung des Honorars - kommt insoweit nicht in Betracht.

Die Beteiligten streiten um den Honorarbescheid für das Quartal IV/06 und hierbei insb. darum, ob der ursprüngliche Kürzungsbetrag aufgrund der Regelung nach Ziff. 7.5 HVV in Höhe von 4.215,93 € abzüglich Verwaltungskosten der Kl., einer Fachärztin für Allgemeinmedizin, im Rahmen der Neuberechnung gesondert „zurückzuzahlen“ ist. ***SG Marburg***, Urt. v. 18.03.2015 - S 12 KA 328/14- RID 15-02-14 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

4. Verwaltungsgebühr wegen Pfändung nach Abrechnungsordnung

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 16.06.2017 - L 5 KA 24/15 **RID 17-03-14**
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 40/17 R
juris
Abrechnungsordnung KV Rheinland-Pfalz

Eine **Sondergebühr** nach einer Abrechnungsordnung der KV, wonach für notwendige Sonderzahlungen im Rahmen der Honorarauszahlung **Verwaltungsgebühren** berechnet werden wegen Pfändung, Insolvenzverfahren oder Forderungsabtretung (wenn Zahnarzt nicht Zahlungsempfänger bleibt), ist nicht zu beanstanden.

SG Mainz, Gerichtsb. v. 17.07.2015 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 16.06.2016 - L 5 KA 11/15 **RID 17-03-15**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 39/17 R

juris

5. Beschränkung der Abtretung von Honoraransprüchen an Dritte

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 16.06.2016 - L 5 KA 8/15 **RID 17-03-16**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 38/17 R

juris

SGG § 54 IV; SGB X § 31

Mit einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage kann nicht die **Beachtung einer privatrechtlichen Abtretungserklärung** bei der Auszahlung des im Honorarbescheid festgesetzten vertragszahnärztlichen Honorars begehrt werden, weil dies keinen **Verwaltungsakt** i.S.d. § 31 S. 1 SGB X beinhaltet. Erforderlich ist insoweit keine Entscheidung der Behörde auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts, sondern lediglich die interne Prüfung der Wirksamkeit der zivilrechtlichen Abtretung sowie – bei positivem Ergebnis – die Auszahlung an den Zessionar.

Eine KV kann in einer satzungsrechtlichen Abrechnungsordnung die **Abtretung von Honoraransprüchen an Dritte** beschränken, insb. auf Kreditinstitute (zur Wirksamkeit dieser Regelung s. Urt. v. 21.08.2014 - L 7 KA 35/13 -). Eine gegen ein Abtretungsverbot vorgenommene Abtretung ist unwirksam.

SG Mainz, Gerichtsb. v. 26.02.2015, wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

6. Wirksame Ermächtigung zur Abbuchung von Versicherungsbeiträgen vom Honorarkonto

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 04.05.2016 - L 24 KA 36/13 **RID 17-03-17**

BGB §§ 133, 157

Ermächtigt ein **Vertragszahnarzt** seinen Versicherungsnehmer, mit der die KZV einen Gruppenversicherungsvertrag unterhält, zur **Abbuchung** der Beiträge von seinem Honorarkonto, so gilt dies auch für ein neues Abrechnungskonto wegen Gründung einer BAG, wenn dieses bereits bei der ersten Abbuchung besteht. Wird die Abbuchung auf den Honorarbescheiden vermerkt, müssen die übrigen Gesellschafter der BAG die Abbuchung im Wege der Anscheinsvollmacht hinnehmen.

SG Potsdam, Urt. v. 20.02.2013 - S 1 KA 24/10 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung, ***BSG***, Beschl. v. 30.11.2016 - B 6 KA 50/16 B - juris die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

7. Zahnärzte: Degressionsregelung

a) Degressionsregelung verfassungsgemäß/Sozialrechtlicher Herstellungsanspruch

SG Mainz, Urteil v. 15.02.2017 - S 3 KA 38/16 **RID 17-03-18**

SGB V §§ 85 IVb ff.

Die Regelungen in § 85 IVb ff. zum degressiven Punktwert sind **verfassungsgemäß** auch nach Einführung des Gesundheitsfonds.

Der **sozialrechtliche Herstellungsanspruch** ist im Vertragszahnarztrecht grundsätzlich nicht anwendbar.

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

b) Degressionsregelung für Oralchirurgen in sozial schwachem Gebiet

SG Berlin, Urteil v. 22.02.2017 - S 83 KA 449/14 **RID 17-03-19**

SGB V § 85 IVb bis IVf

Die **Degressionsregelungen** des § 85 IVb bis IVf sind **verfassungsrechtlich** nicht zu beanstanden. Dies gilt auch für Besonderheiten einer Lage einer **oralchirurgischen** Praxis in einem **sozial schwachen Gebiet** mit der beschränkten Möglichkeit, Privatpatienten zu akquirieren.

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

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 28.06.2017 - ***B 6 KA 12/16 R*** - können die Gesamtvertragsparteien keine Vereinbarung treffen, nach der allein **Vertragsärzte im Bereitschaftsdienst** Anspruch auf eine **zusätzliche Vergütung** in Höhe von 4,70 € (am Tag) bzw. 8,33 € (in der Nacht) pro Stunde haben, da dies gegen Art. 3 I GG verstößt. Mit der Beschränkung auf Vertragsärzte werden **Krankenhäuser**, die eine Notfallambulanz betreiben, **diskriminiert**. Gleichwohl war die bekl. KV nicht zu verurteilen, über die Honoraransprüche der Kl. neu zu entscheiden. Die **regionalen Vertragspartner** sind nicht berechtigt, entsprechende Vergütungstatbestände zu regeln und damit die Bestimmungen zur Notdienstvergütung aus dem bundesweit geltenden EBM für vertragsärztliche Leistungen zu modifizieren. Weil die Kl. keinen Anspruch auf „Gleichbehandlung im Unrecht" hat, konnte ihre Klage trotz des Gleichheitsverstoßes keinen Erfolg haben. Nach BSG, Urt. v. 10.05.2017 - ***B 6 KA 9/16 R*** - ist für **Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung** gesetzlich ausdrücklich geregelt, dass für die Krankenkassen dieselben Rechtsbehelfe gelten wie für die betroffenen Ärzte, weshalb ein **Widerspruchsverfahren durchzuführen** ist. Auch für Konstellationen, in denen für die Entscheidung über einen Regress kein paritätisch besetztes Gremium, sondern die KZV zuständig ist, gilt nichts Anderes. Die Versorgung mit implantatgestütztem Zahnersatz in den in der Zahnersatz-Richtlinie genannten Ausnahmefällen gehört zur **Regelversorgung**. Die entsprechende Regelung in der Zahnersatzrichtlinie ist wirksam. Deshalb kann der Regressanspruch hier nicht damit begründet werden, dass es sich bei dem Zahnersatz um eine andersartige Versorgung handeln würde, die nicht über die beklagte KZÄV hätte abgerechnet werden dürfen. Steht bei der **Genehmigung des Heil- und Kostenplans** für die kl. Krankenkasse fest, dass in dem Rechnungsbetrag Verbindungselemente enthalten sein müssen, ohne die der implantatgestützte Zahnersatz nicht eingegliedert werden kann, steht einem Berichtigungsbegehren der Krankenkasse das **Verbot des Venire contra factum proprium entgegen**, wenn sie später geltend macht, dass in dem Rechnungsbetrag Kosten (hier: für Verbindungselemente) enthalten seien, die nicht dem Zahnersatz, sondern dem Implantat zuzuordnen seien. Die **Bindungswirkung des genehmigten Heil- und Kostenplans** würde entwertet, wenn der Krankenkasse die Möglichkeit eingeräumt würde, einen maßgeblichen Teil der - in Übereinstimmung mit den normativen Vorgaben abgerechneten - Kosten nachträglich für nicht über den Festbetrag abrechnungsfähig zu erklären. Nach BSG, Urt. v. 30.11.2016 - ***B 6 KA 17/15 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.

1. Plausibilitätsprüfung

a) Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung eines Psychotherapeuten

LSG Thüringen, Urteil v. 25.08.2016 - L 11 KA 1372/14 **RID 17-03-20**
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 43/17 R
juris
SGB V § 106a

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach die von dem Bewertungsausschuss für die psychotherapeutischen Leistungen festgelegten **Prüfzeiten** von jeweils **70 Minuten** die Vor- und Nachbereitung bzw. den im Zusammenhang damit aufzuwendenden Dokumentations- und Auswertungsaufwand berücksichtigen und wonach ein Psychotherapeut, der in der Regel **täglich** zehn bis zwölf und **wöchentlich** 50 bis 55 therapeutische Sitzungen abhält, die Leistungen nicht ordnungsgemäß erbringt, ist nicht zu beanstanden.

SG Gotha, Urt. v. 28.05.2014 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:
LSG Thüringen, Urteil v. 25.08.2016 - L 11 KA 690/14 **RID 17-03-21**
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 42/17 R
juris

b) Patientenbezogene Plausibilitätsprüfung: Vorabeinlesung der Versichertenkarte/Schätzungsermessen

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 10.08.2017 - S 12 KA 136/17 WA **RID 17-03-22**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V a.F. § 106a

Leitsatz: 1. Ein Einlesen und Speichern der Daten der Krankenversichertenkarte vor Erbringung einer Leistung (**Vorabeinlesung**) im Rahmen einer Praxisgemeinschaft ist, wenn es nicht nur in ganz vereinzelten Fällen vorkommt, ein deutliches und **kaum zu widerlegendes Indiz** für das Vorliegen einer tatsächlichen **Berufsausübungsgemeinschaft** (Gemeinschaftspraxis).
2. Es kann offenbleiben, ob mit LSG Hessen, Urt. v. 30.11.2016 - L 4 KA 22/14 -, Umdruck S. 25, es ausreicht, dass die Kassenärztliche Vereinigung in ihre Ermessenserwägungen bei einer Honorarberichtigung im Rahmen einer patientenbezogenen Plausibilitätsprüfung die Größenordnung der gegenseitigen Vertretung von unter 10% im Fachgruppendurchschnitt in Hessen einstellt und

dieser Wert mit der Kürzung nicht unterschritten wird. Jedenfalls dann, wenn wie hier Vertretungen bei stundenweiser Abwesenheit des Gemeinschaftspraxispartners und insb. in größerem Umfang Vorabeinlesungen erfolgt sind, kann ein **Schätzungsermessen** auch unter die Grenze von 20 % gemeinsamer Fälle ausgeübt werden.

Die Beteiligten streiten um Honorarrückforderungen in Höhe von 12.426,00 € aufgrund von patientenbezogenen Plausibilitätsprüfungen der Honorarabrechnungen der zwei Quartale IV/10 und I/11, die die Bekl. insb. mit Hilfe eines Praxisabgleichs innerhalb der Praxisgemeinschaft des Kl. mit Dr. X, beides Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, mit einem Anteil gemeinsamer Patienten von 25,95 % und 27,43 % durchgeführt hat. Das ***SG*** wies die Klage ab.

c) Schmerztherapeut. Versorgung: Keine Nebeneinanderabrechnung der Nr. 30702 u. 30708 EBM

SG München, Urteil v. 21.07.2017 - S 38 KA 1012/15, S 38 KA 1013/15 **RID 17-03-23**
juris
SGB V §§ 87 I, 106a

Leitsatz: 1. Die **Auslegung einer Gebührenordnungsposition** orientiert sich in erster Linie an dem Wortlaut der Leistungslegende, jedoch bei bestimmten Konstellationen nicht ausschließlich. Dann können auch andere Auslegungsregelungen wie die systematische Auslegung und die historische Auslegung zur Anwendung gelangen.
2. Die systematische und die historische Auslegung legen es zwingend nahe, dass für den Ansatz der **GOP 30702** eine Dauer von mindestens 60 Minuten vorauszusetzen und in diesem Zeitraum nicht zusätzlich die GOP 30708 abrechnungsfähig ist.

Gegenstand der Klagen sind die Plausibilitätsprüfungen in den Quartalen II/11-II/13 (18.972,65 €; S 38 KA 1012/15) und im Quartal III/13 (3.389,10 €; S 38 KA 1013/15). Das ***SG*** wies die Klage ab.

2. Fachfremde Leistungen

a) Bindung des Vertreters an eigene Fachgebietsgrenzen

LSG Bayern, Urteil v. 05.04.2017 - L 12 KA 34/15 **RID 17-03-24**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a

Leitsatz: 1. Die in einer BAG tätigen Ärzte sind nicht von den für alle Vertragsärzte geltenden **Fachgebietsbegrenzungen** und Qualifikationsanforderungen befreit.
2. Von **Vertretern** sind grundsätzlich alle Regelungen in den Abrechnungsbestimmungen zu beachten, die die Fachgebietsgrenzen und die gesetzliche Trennung der Versorgungsbereiche hausärztliche Versorgung und fachärztliche Versorgung umsetzen (Anschluss an BSG, Urt. v. 14.12.2011 - B 6 KA 31/10 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 8).

SG München, Urt. v. 16.10.2014 - S 43 KA 563/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Vertrauensschutz durch Genehmigung für fachfremde Leistung (Akupunktur)

LSG Hamburg, Urteil v. 15.03.2017 - L 5 KA 16/15 **RID 17-03-25**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a; SGB X § 39 II

Die Erbringung von Akupunkturleistungen nach Nr. 30790 und 30791 EBM ist für einen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe **fachfremd**. Eine im Februar 2007 erteilte bestandskräftige Genehmigung bleibt aber wirksam und begründet **Vertrauensschutz**.
Mit der Abrechnung ist eine der in den Nr. 30790 und 30791 genannten **Diagnosen** mitzuteilen.

SG Hamburg, Gerichtsb. v. 07.09.2015 - S 27 KA 159/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. unter Abänderung des Honorarbescheids für das Quartal IV/13 weiteres Honorar in Höhe von 980,36 € zu zahlen. Im Übrigen wies es die Berufung zurück.

Parallelverfahren:
LSG Hamburg, Urteil v. 15.03.2017 - L 5 KA 17/15 **RID 17-03-26**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

3. Beschäftigung eines Arztes ohne Genehmigung: Berechnung des Berichtigungsbetrages

LSG Hessen, Urteil v. 31.05.2017 - L 4 KA 27/16 **RID 17-03-27**
SGB V §§ 95 IX 1 u. 2, 106a; Ärzte-ZV § 32

Nicht zu beanstanden ist die **Berechnung des Berichtigungsbetrages** im Rahmen einer sachlich-rechnerischen Berichtigung wegen Beschäftigung eines Arztes ohne Genehmigung, wenn die KV im Rahmen ihres Schätzungsermessens den Leistungsanteil abschöpft, der im Quartal auf Leistungen jenseits der zeitlichen **Grenze von 780 Stunden (Quartalsprofil)** entfällt. Es besteht insb. keine Verpflichtung, bei der Neuberechnung nur das Honorar für bestimmte (geringer vergütete) Abrechnungsziffern in Abzug zu bringen oder zugunsten des Kl. mehr als 780 Stunden pro Quartal an Arbeitszeit zugrunde zu legen. Auch eine rechtliche Verpflichtung, pauschaliert nur 25 % der Leistungen zu kürzen, besteht nicht.

SG Marburg, Gerichtsb. v. 01.04.2016 - S 12 KA 466/15 - RID 16-02-14 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

4. Kein rechtzeitiger Nachweis der erforderlichen Fortbildungspunktzahl

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 30.11.2016 - L 3 KA 111/14 **RID 17-03-28**
juris
SGB V § 95d III

Leitsatz: Der Vertragsarzt kann und muss das Erreichen der erforderlichen **Fortbildungspunktzahl** bis zum letzten Tag des Vorquartals **nachweisen**, um eine Honorarkürzung im anschließenden Quartal zu vermeiden; solange dauert auch seine persönliche Verantwortung für die Erbringung des Nachweises.

Der Kl. ist als Facharzt für Anästhesie und Rettungsmedizin niedergelassen. Die bekl. KV verminderte sein vertragsärztliches Honorar für die Quartale III und IV/09 sowie I und II/10 wegen eines nicht erbrachten Fortbildungsnachweises jeweils um 10 v.H. Die entsprechenden Honorarbescheide sind bestandskräftig geworden. Aus demselben Grund kürzte die Beklagte seine Honorarabrechnungen für die Quartale III und IV/10 jeweils um 25 v.H. (III/10: 11.188,36 €; IV/10: 10.079,74 €). Nach dem Widerspruchsbescheid hat der Kl. bis zum 30.06.2009 nach einem von ihm am 19.05.2011 eingereichten Auszug aus dem bei der Ärztekammer geführten Online-Fortbildungspunktekonto nur 196 von insgesamt mindestens 250 Fortbildungspunkten erlangt. Bis zum Ende des Quartals IV/10 seien 59 weitere Fortbildungspunkte erbracht worden. Da die Honorarkürzung aber erst mit Ablauf des Quartals ende, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis geführt werde, verbleibe es auch bei der Honorarkürzung für das Quartal IV/10. ***SG Hannover***, Gerichtsb. v. 26.11.2014 - S 24 KA 5/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück. ***BSG***, Beschl. v. 20.04.2017 - B 6 KA 13/17 B - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

5. Postoperativer Bereitschaftsdienst anästhesistischer BAG u. unvorhergesehene Inanspruchnahme

SG München, Urteil v. 15.05.2017 - S 38 KA 305/15 **RID 17-03-29**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V a.F. § 106a

Der Ansatz der **Nr. 01100 EBM** (**Unvorhergesehene Inanspruchnahme** des Vertragsarztes durch einen Patienten zwischen 19:00 Uhr und 22:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 7:00 und 19:00 Uhr) ist nicht möglich, wenn zwar die Inanspruchnahme des Arztes durch den Patienten zu den in der Leistungslegende genannten Zeiten stattfindet, jedoch innerhalb der Sprechstunde.

Eine **überörtliche anästhesistische Gemeinschaftspraxis**, die keine Sprechstunden abhält und die ihre Leistungen alio loco in verschiedenen Praxen, Zentren und Kliniken, in denen Operationsleistungen stattfinden, erbringt, hat **keine Sprechstunden** im eigentlichen Sinne und keine Möglichkeit, die Patienten auf eine Inanspruchnahme zu normalen Sprechstundenzeiten zu verweisen. Bietet sie einen postoperativen Bereitschaftsdienst an, so liegt darin keine solche Dienstsituation vor, die mit der eines normalen Bereitschafts-/Notfalldienstes vergleichbar wäre. Es handelt sich um ein bloßes Serviceangebot und an sich um eine Selbstverständlichkeit in unmittelbarem und engem Zusammenhang mit der operativen Tätigkeit, die den operierten Patienten zu Gute kommt, falls nach

dem Eingriff Komplikationen entstehen. In diesem Lichte ist der Begriff „unvorhersehbare Inanspruchnahme“ zu interpretieren und deshalb hier weiter auszulegen. Demjenigen, der selbst keine Sprechstunden abhält, kann deshalb auch nicht der Vorwurf gemacht werden, er halte eine faktische Sprechstunde ab, indem er den Patienten für den Fall, dass Komplikationen nach der Operation auftreten, die Information mit Angabe einer Mobiltelefonnummer gibt, er sei erreichbar.

Das ***SG*** hob die Honorarrückforderungsbescheide aus den Plausibilitätsprüfungen II/08 bis II/11 auf.

6. Klinisch-neurologische Basisdiagnostik nicht neben Nr. 01210 EBM

LSG Bayern, Urteil v. 05.04.2017 - L 12 KA 49/16 **RID 17-03-30**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a

Die Nr. 27311 (klinisch-neurologische Basisdiagnostik) und 27320 EBM (elektrokardiographische Untersuchung) können nicht **neben der Nr. 01210 EBM** - „Obligater Leistungsinhalt - persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser, Fakultativer Leistungsinhalt - in Anhang 1, Spalte GP, aufgeführte Leistungen, - funktioneller Ganzkörperstatus“ - abgerechnet werden, da nach deren Leistungslegende die im Anhang 1, Spalte GP aufgeführten Leistungen zum fakultativen Leistungsinhalt der Nr. 01210 gehören und damit nicht gesondert berechnet werden können.

Zwischen den Beteiligten ist die Absetzung der Nr. 27311 und 27320 neben der Nr. 01210 in den Quartalen IV/10, I u. IV/11, I u. II/12 mit einer Gesamtkürzung in Höhe von 12.119,73 € streitig. ***SG München***, Urt. v. 14.04.2016 - S 38 KA 582/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

7. Nachträgliche Information zur Korrektur der Abrechnung ohne Satzungsgrundlage (KV Hessen)

SG Marburg, Urteil v. 31.05.2017 - S 12 KA 33/16 **RID 17-03-31**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V a.F. § 106a

Leitsatz: Mit **der „Information über vorgesehene Korrekturen zur Abrechnung des Quartals“** eröffnet die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen** nicht generell neue **Abrechnungsfristen** oder Abrechnungsmöglichkeiten. Diese wesentliche Verbesserung des Abrechnungswesens ist kein bloßer „Zusatzservice“ hinsichtlich der 10-Tages-Frist zur Korrektur der Abrechnung durch den Vertragsarzt, sondern eine **Abänderung der Abrechnungsrichtlinie**, wofür eine **Satzung erforderlich** ist.

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

8. Zahnärzte: Fehlender Leistungsnachweis in der Patientendokumentation

SG Schwerin, Beschluss v. 07.03.2017 - S 3 KA 57/15 ER **RID 17-03-32**
SGB V § 106a; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Grundsätzlich ist für die **Erbringung einer zahnärztlichen Leistung** der Vertragszahnarzt als Leistungserbringer **nachweispflichtig**. Im vertragszahnärztlichen Leistungssystem reicht hierfür im Regelfall der Nachweis durch die Angaben des Vertragszahnarztes auf dem Behandlungsausweis aus. Bestehen allerdings Zweifel an der ordnungsgemäßen und/oder vollständigen Erbringung der Leistung, so ist der Vertragszahnarzt wiederum nachweispflichtig. Ein Mittel für den Nachweis der Leistungserbringung sind seine Aufzeichnungen in der Karteikarte, die auch elektronisch geführt werden kann, oder die angefertigten technischen Aufzeichnungen wie z. B. Röntgenbilder.
An einem **Nachweis** fehlt es, wenn in der **Patientendokumentation** für den abgerechneten Behandlungstag kein Eintrag vorhanden ist oder sich für die Abrechnungspositionen keine passende Leistungsbeschreibung in der Behandlungsdokumentation des entsprechenden Tages findet.

SG Schwerin, Beschl. v. 07.03.2017 - S 3 KA 57/15 ER - lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage S 3 KA 58/15 gegen eine Berichtigung der konservierend-chirurgischen Leistungen in den Quartalen IV/10 bis III/11 in Höhe von 51.454,06 € ab.

III. Genehmigung

Nach BSG, Urt. v. 15.03.2017 - ***B 6 KA 18/16 R***, ***B 6 KA 13/16 R*** u. ***B 6 KA 20/16 R*** - gilt die **Praxisbezogenheit von Versorgungsaufträgen für Dialyseleistungen** bereits seit Inkrafttreten der Neufassung der sog. Dialysevereinbarung im Jahr 2002. Ärzte, die bereits zuvor in der Dialyseversorgung tätig waren und auf Grundlage von Übergangsbestimmungen eine Genehmigung nach neuem Recht erhalten haben, sind in das neu strukturierte Versorgungssystem integriert worden und können sich nicht darauf berufen, der Versorgungsauftrag stehe ihnen persönlich zu und könne bei Ausscheiden aus der Praxis mitgenommen werden. Allein dieses Verständnis wird dem Konzept der Dialysevereinbarung gerecht, das unter anderem auf die **Qualitätssicherung durch Regulierung des Marktzugangs** und den **Schutz der bestehenden Versorgungsstrukturen** durch eine Begrenzung der Versorgungsaufträge auf das Maß des wirtschaftlich Gebotenen abzielt. Die Dialysevereinbarung ist unter Berücksichtigung der mit ihr verfolgten wichtigen Gemeinwohlinteressen und der Besonderheiten der Dialyseversorgung mit **höherrangigem Recht vereinbar**. Nach BSG, Urt. v. 15.03.2017 - ***B 6 KA 35/16 R*** - bezog sich die Rspr. des Senats zur Anwendung **wettbewerbsrechtlicher Bestimmungen** auf das **Verhältnis von Leistungserbringern** i.S.d. SGB V **untereinander** auf besondere Fallgestaltungen, in denen effektiver Rechtsschutz anders nicht zu gewährleisten war. Nachdem inzwischen eine **gefestigte Rechtsprechung zur Gewährleistung effektiven Rechtsschutzes gegen die rechtswidrige Begünstigung konkurrierender Leistungserbringer** besteht, gibt es grundsätzlich **keine Rechtfertigung mehr für die an sich systemfremde Heranziehung wettbewerbsrechtlicher Grundsätze** in Konstellationen, in denen Leistungserbringer gegenüber den zuständigen Körperschaften bzw. Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung Rechtsschutz erreichen können. Soweit nach den in st. Rspr. entwickelten vertragsarztrechtlichen Grundsätzen kein Drittrechtsschutz gegenüber der als rechtswidrig angesehenen Begünstigung eines Konkurrenten geltend gemacht werden kann, kann ein abweichendes Ergebnis auch nicht über die entsprechende Anwendung von Vorschriften des UWG erreicht werden. Nicht die Vorschriften des UWG, sondern die **vertragsarztrechtlichen Bestimmungen sollen die Leistungserbringung im Geltungsbereich des SGB V steuern**. **Schadensersatzansprüche** der Kl. hätten hier im Übrigen auch nach wettbewerbsrechtlichen Grundsätzen nicht bestanden, weil der Bekl. die Nebenbetriebsstätte nach Auskunft der für die Genehmigung zuständigen KV betreiben durfte, sodass es jedenfalls an dem erforderlichen Verschulden fehlt. Soweit die Klägerin **Unterlassungsansprüche** geltend macht, besteht die Gefahr einer Fortsetzung der Rechtsverletzung nicht mehr, nachdem der Senat am heutigen Tag in dem Verfahren zum Az.: B 6 KA 20/16 R entschieden hat, dass der Versorgungsauftrag für den Hauptsitz der Praxis nicht auf den Bekl: übergegangen ist und dass er in dieser Praxis deshalb nach Ablauf einer Übergangsfrist (31.12.2017) keine Dialyse als vertragsärztliche Leistung mehr erbringen und abrechnen darf. Damit steht auch fest, dass die damit verbundene, hier streitgegenständliche Nebenbetriebsstätte nach Ablauf der genannten Frist nicht mehr betrieben werden darf. Nach BSG, Urt. v. 15.03.2017 - ***B 6 KA 30/16 R*** u. ***B 6 KA 22/16 R*** - kann eine BAG die einem MVZ gewährte Verlängerung der Nebenbetriebsstätte anfechten. Nach den maßgeblichen Vorschriften des **Abs. 3 des Anhangs 9.1.5 der Anlage 9.1 BMV-Ä** hängt die **Verlängerung** einer zunächst bedarfsunabhängig erteilten **Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte** für Dialyseleistungen um weitere 10 Jahre davon ab, ob diese Nebenbetriebsstätte in der **Versorgungsregion** einer anderen Praxis liegt oder nicht. Ist das nicht der Fall, ist die Genehmigung ohne weitere Prüfung zu verlängern. Befindet sich die Nebenbetriebsstätte in der Versorgungsregion einer anderen Praxis, kann die Genehmigung nur verlängert werden, wenn die Zweigstelle „die wohnortnahe Versorgung" der Versicherten mit den verschiedenen Dialyseleistungen „gewährleistet". Das kann die KV nur unter **Berücksichtigung der Versorgungslage** in der jeweiligen Region beurteilen, und deshalb ist von einer Entscheidung der KV auch die Praxis rechtlich betroffen, in deren Versorgungsregion die Nebenbetriebsstätte gelegen ist. Das reicht für **den (auch) drittschützenden Charakter** der Vorschrift und damit für eine **Anfechtungsberechtigung** aus. Dass die anderen Voraussetzungen für eine Drittanfechtung - übereinstimmende Leistungsangebot und tatsächliche Konkurrenz - gegeben sind, steht außer Frage. Der Anfechtungsberechtigung der Kl. steht nicht entgegen, dass die Nebenbetriebsstätte des zu 1. beigeladenen MVZ schon länger betrieben wird als die Hauptpraxis der Klägerin. Die Erteilung eines Versorgungsauftrags für Dialyseleistungen an eine Praxis in einer bisher nur über Zweigpraxen betreuten Versorgungsregion kann zur Folge haben, dass der **Bedarf für das Angebot der Nebenbetriebsstätte künftig entfällt**. Das LSG wird nunmehr zu prüfen haben, ob die Praxis der Klägerin zum maßgeblichen Zeitpunkt „hinreichend ausgelastet" war. Nur wenn das nicht der Fall war, erweist sich die Verlängerung der Genehmigung zu Gunsten des beigel. MVZ als rechtswidrig. Der Auffassung, eine Verlängerung der Genehmigung um weitere 10 Jahre scheide schon deshalb aus, weil die Beigel. den Standort der Nebenbetriebsstätte innerhalb von N verlegt hat, folgt der Senat für die hier zu beurteilende Fallgestaltung nicht. Nach BSG, Urt. v. 30.11.2016 - ***B 6 KA 38/15 R*** - SozR 4-2500 § 75 Nr. 18 **verletzt** ein Vertragsarzt seine **vertragsärztlichen Pflichten** dadurch schuldhaft, dass er wiederholt seine Praxis während der Sprechstundenzeiten schließt, um an einem vertragsärztlichen **„Warnstreik" teilzunehmen**. Ein Recht der Vertragsärzte, Forderungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen im Wege von „Arbeitskampfmaßnahmen" durchzusetzen, ist in verfassungsrechtlich nicht zu beanstandender Weise durch die Bestimmungen des Vertragsarztrechts beschränkt worden.

1. Keine Vorbereitungsassistentin für MVZ mit angestellten Zahnärzten

SG Düsseldorf, Beschluss v. 16.05.2017 - S 2 KA 76/17 ER **RID 17-03-33**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95; Zahnärzte-ZV § 32 III, IV; SGG § 86b II

Den **Anforderungen an die Ausbildung von zahnärztlichen Vorbereitungsassistenten** genügt nur eine Ausbildereignung als Praxisinhaber bzw. bei einem MVZ als Vertragszahnarzt. Nur diese Personen bieten die Gewähr, die spezifisch vertragszahnärztlichen Belange in die Ausbildung im Rahmen der Vorbereitungszeit einzubringen. **Angestellte Zahnärzte** erfüllen die notwendige Eignung nicht. Mit dem gegenüber dem Praxisinhaber reduzierten Kreis von Rechten und Pflichten des angestellten Zahnarztes verträgt es sich nicht, dem angestellten Zahnarzt die Ausbildung eines

Vorbereitungsassistenten zu gestatten. § 32 IV Zahnärzte-ZV sieht ausdrücklich vor, dass der „Vertragszahnarzt", also der Praxisinhaber und damit Träger aller Rechte und Pflichten, Assistenten zur Erfüllung der vertragszahnärztlichen Pflichten anzuhalten hat. Für eine den Wortlaut übersteigende Auslegung besteht keine Veranlassung.

Streitig ist die Genehmigung zur Beschäftigung einer Vorbereitungsassistentin in einem zahnärztlichen MVZ. Die Ast. zu 1) ist ein MVZ. Ihm gehören neben dem ärztlichen Leiter sechs angestellte Zahnärzte an, unter ihnen auch B2 L. Die Ast. zu 2) ist approbierte Zahnärztin, deren Anstellung als Vorbereitungsassistentin die Ag. ablehnte, weil bereits eine Vorbereitungsassistentin beschäftigt werde und die Ausbildung eines weiteren in Vollzeit tätigen Assistenten nicht auf einen angestellten Zahnarzt übertragen werden könne. Hiergegen richtet sich zum Az. S 2 KA 77/17 erhobene Klage in der Hauptsache. Das ***SG*** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück.

2. Aufhebung einer Ultraschallgenehmigung wegen Nichtabrechenbarkeit der Leistungen

SG München, Urteil v. 15.05.2017 - S 38 KA 1082/15 **RID 17-03-34**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 73 I, Ia, 87a II; SGB X §§ 44, 45 I, 47, 48

Die Prüfungskommission nach der Ultraschallvereinbarung stellt nur die **fachliche Befähigung** fest und beurteilt nicht, ob die **Voraussetzungen nach dem EBM** für eine Abrechnung vorliegen. Ärzte für Allgemeinmedizin können die Nr. 33070, 33072 und 33077 EBM, die mit den Anwendungsbereichen der Ultraschallvereinbarung korrelieren, unbeschadet deren fachlicher Befähigung nur abrechnen, wenn sie sich für die Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung entschieden haben.

Der Kl., seit April 2014 zugelassener Facharzt für Allgemeinmedizin, ist hausärztlich tätig. Er erhielt im Oktober 2014 nach einem fachlichen Kolloquium die von ihm beantragte Ultraschallgenehmigung. Mit seiner Klage wandte er sich gegen die Aufhebung der Genehmigung. Das ***SG*** wies die Klage ab.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 10.05.2017 - ***B 6 KA 15/16 R*** - ist in der Rechtsprechung geklärt, dass ein Regressanspruch in Fällen, in denen ein **Mangel des Zahnersatzes** durch Nachbesserung beseitigt werden kann, nur besteht, wenn dem Versicherten die Nachbesserung durch den bisher behandelnden Zahnarzt nicht zugemutet werden kann, weil das erforderliche Vertrauensverhältnis (z.B. nach mehreren erfolglosen Nachbesserungsversuchen) nicht mehr besteht. Für Fallkonstellationen, in denen eine Nachbesserung nicht möglich, sondern eine **Neuanfertigung** des Zahnersatzes **erforderlich** ist, hat der Senat bezogen auf Zeiträume vor der Einführung der Gewährleistung u.a. für Zahnersatz im SGB V entschieden, dass es für den Regressanspruch nicht auf die Zumutbarkeit für den Versicherten ankommt. **Daran hält der Senat nicht mehr fest:** Auch wenn der Mangel nur durch Neuanfertigung des Zahnersatzes behoben werden kann, setzt ein Regressanspruch voraus, dass es dem Versicherten **unzumutbar** ist, den Mangel durch den erstbehandelnden Zahnarzt beheben zu lassen. Das Recht der freien Arztwahl des Versicherten ist insoweit beschränkt. **Allerdings ist bei der Beurteilung der Zumutbarkeit für den Versicherten der besonderen Bedeutung des Vertrauensverhältnisses zwischen Zahnarzt und Patient Rechnung zu tragen.** Nach BSG, Urt. v. 25.01.2017 - ***B 6 KA 7/16 R*** - sind die **Prüfgremien**, unabhängig davon, ob Impfleistungen zur vertragsärztlichen Versorgung gehören oder nicht und ob eine Zuständigkeit der Prüfgremien für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der **Verordnung von Impfstoffen** in Bayern begründet ist, **zuständig**, wenn der Arzt die Impfstoffe als Arzneimittel für einzelne Versicherte vertragsärztlich verordnet hat und der Beschwerdeausschuss nicht die Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Impfstoffen beurteilt, sondern die Zulässigkeit dieser Verordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit Arzneimitteln. Diese hat er zu Recht verneint, wenn nach der Vereinbarung zu Schutzimpfungen sowie zur Verordnung von **Sprechstundenbedarf** der Bezug der hier betroffenen Impfstoffe gesondert im Rahmen des Sprechstundenbedarfs zu erfolgen hat. Damit war die Verordnung auf einem vertragsärztlichen Verordnungsblatt zu Lasten der zuständigen KK auf den Namen eines einzelnen Patienten unzulässig. Sprechstundenbedarfs-Verordnungen und Einzelverordnungen sind wegen der zwischen ihnen bestehenden Unterschiede nicht austauschbar. Ob der beigeladenen KK konkret ein Schaden entstanden ist, ist im Hinblick auf den im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung geltenden normativen Schadensbegriff unerheblich. Nach BSG, Urt. v. 30.11.2016 - ***B 6 KA 29/15 R*** - sind die Prüfgremien im Rahmen einer auf **einzelne Gebührenordnungspositionen** (GOP) bezogenen **statistischen Vergleichsprüfung** zwar grundsätzlich berechtigt, die **Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis** je nach GOP **unterschiedlich** festzusetzen. Sie sind auch nicht gehindert, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis nicht – wie vom Senat „typisierend" angenommen – beim Doppelten des Vergleichsgruppendurchschnitts anzusetzen, sondern ggf. deutlich zu unterschreiten. Dies kommt insb. dann in Betracht, wenn es sich bei der geprüften GOP um eine typische Grundleistung handelt. Ungeachtet dessen muss die zutreffende Anwendung der einschlägigen Beurteilungsmaßstäbe jedoch erkennbar und nachvollziehbar sein. Daher muss der Bescheid die Erwägungen erkennen lassen, die den Beschwerdeausschuss bei seiner Entscheidung, den Grenzwert niedriger anzusetzen, geleitet haben. Eine Prüfung nach Durchschnittswerten ist auch zulässig, wenn die Leistungslegende neben einem obligatorischen einen fakultativen Leistungsinhalt aufweist.

1. Vereinbarung individueller Richtgrößen: Grundsatz der Verhältnismäßigkeit

SG Dresden, Urteil v. 26.07.2017 - S 18 KA 11/14 **RID 17-03-35**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V a.F. § 106 Vd

Die **Vereinbarung individueller Richtgrößen** bindet den Vertragsarzt und nimmt ihm im Falle der Überschreitung dieser Richtgröße die Möglichkeit, diese nachträglich in Zweifel zu ziehen; auch die nachträgliche Geltendmachung von Praxisbesonderheiten ist ausgeschlossen. Außerdem ist nach dem eindeutigen Wortlaut des Gesetzes der komplette Mehraufwand ohne „Toleranzbereich" zu erstatten (vgl. BSG, Urt. v. 28.08.2013 - B 6 KA 46/12 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 42, juris Rn. 18)
Ausgehend davon, dass der Bekl. letztlich Umstände berücksichtigen wollte, die dem Kl. auch bei sonst weiterhin unwirtschaftlichem Verordnungsverhalten nicht subjektiv vorzuwerfen sind, liegt es nach Auffassung der Kammer näher, die **Reduzierung** um 234.246,08 € der eigentlich geschuldeten „**Regressforderung** ab dem ersten Euro der Überschreitung von individuellen Richtgrößen" der Umsetzung des verfassungsmäßig garantierten **Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit** allen staatlichen Handelns im Einzelfall zuzuordnen. Denn auch dann, wenn ein Anspruch auf Anpassung der Vereinbarung individueller Richtgrößen nach § 59 SGB X nicht besteht, also der Vertrag letztlich bestehen bleibt, kann der eigentliche Regressbescheid, mit dem die Verletzung des Vertrags sanktioniert wird, im Einzelfall doch unverhältnismäßig sein.

Der Kl. ist Facharzt für Haut-und Geschlechtskrankheiten. Nach einer Richtgrößenprüfung für 2007 unterschrieb er am 14.12.2009 die ihm angebotene Vereinbarung praxisindividueller Richtgrößen, wonach Richtgrößen für 2010 festgesetzt wurden. Er wendet sich gegen einen Regressbescheid wegen der Überschreitung von individuellen Arzneimittelrichtgrößen im Kalenderjahr 2010, mit der der Bekl. insgesamt die Zahlung von 86.764,08 € fordert. Das ***SG*** wies die Klage ab.

2. Rücknahme eines Prüfantrags

LSG Hamburg, Urteil v. 15.03.2017 - L 5 KA 16/16 **RID 17-03-36**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106; SGB X § 39 II

Wird ein **Prüfantrag zurückgenommen**, ist die Berufung des Beschwerdeausschusses gegen einen gerichtlichen Entscheid zur Aufhebung eines Beschlusses unzulässig, denn es fehlt an der erforderlichen Beschwer als spezieller Form des Rechtsschutzbedürfnisses für die Rechtsmittelinstanz. Einer Klage fehlt auch nach Rücknahme der Prüfanträge nicht das Rechtsschutzbedürfnis. Es tritt keine **Erledigung** auf andere Weise ein.

SG Hamburg, Gerichtsb. v. 14.07.2016 - S 27 KA 52/15 WA - hob die angefochtenen Beschlüsse des Beklagten auf, das ***LSG*** verwarf die Berufung mit der Maßgabe als unzulässig, dass die Entscheidungen im Tenor zu 2 und 3 der Beschl. des Bekl. (Kostenquotelung, Notwendigerklärung der Hinzuziehung eines Rechtsanwalts) hinsichtlich der Quartale I/08, III/09 und IV/09 aufrechterhalten bleiben.

Vorausgehende Parallelverfahren: LSG Hamburg, Urt. v. 01.04.2015 - L 5 KA 34/12 - RID 15-03-29 u.a.

Parallelverfahren:
LSG Hamburg, Urteil v. 15.03.2017 - L 5 KA 17/16 **RID 17-03-37**
www.sozialgerichtsbarkeit.de

3. Auslegung eines Vergleichs über die Reduzierung eines Richtgrößenregresses

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 31.05.2017 - L 3 KA 22/16 **RID 17-03-38**
juris
SGB V § 106 Ve; BGB §§ 133, 157; SGG § 101

Leitsatz: Zur Auslegung eines **Vergleichs** über die Reduzierung eines **Richtgrößenregresses** im Hinblick auf die Frage, ob damit die Überschreitung des Richtgrößenvolumens nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten um mehr als 25 % als solche unangetastet geblieben ist (vgl. BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 48).

SG Hannover, Urt. v. 03.02.2016 - S 78 KA 153/15 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

4. Keine Benzodiazepine bei einer Abhängigkeitserkrankung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 05.04.2017 - L 11 KA 72/14 **RID 17-03-39**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Benzodiazepine sind bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankung kontraindiziert.

Streitig sind Regresse wegen unzulässiger Verordnung von Arzneimitteln in den Quartalen IV/07 bis III/08. Der Kl. ist praktischer Arzt. ***SG Düsseldorf***, Urt. v. 15.01.2014 - S 14 KA 45/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

5. Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Impfungen

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 07.03.2017 - L 4 KA 81/14 **RID 17-03-40**
Revision anhängig: B 6 KA 31/17 R
juris
SGB V a.F. §§ 20d, 20i, 106 II 4

Eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnung von **Impfleistungen** durch die Prüfgremien ist zulässig. Die Regelung **„Arzneimittel“** in einer Prüfvereinbarung ist auf die **Impfstoffe** anzuwenden. Dies folgt aus der Definition nach § 2 I Nr. 2a AMG (vgl. bereits LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 08.12.2015 - L 4 KA 44/13 - RID 16-04-37; Urt. v. 17.11.2009 - L 4 KA 24/08 - RID 11-01-33).
Es ist nicht zu beanstanden, wenn die Prüfgremien darauf abstellen, dass der Arzt sich bei der Anforderung von Impfstoffen an **den Impfungen des Vorjahres** zu orientieren hat, zzgl. eines **Zuschlags von 15 %** im Hinblick auf Schwankungen in der Zahl der Impfwilligen.
Es ist Aufgabe von Vertragsärzten, ihre Patienten auf die Sinnhaftigkeit und den erwartbaren **Nutzen von Impfungen hinzuweisen**. Dazu gehört, die Patienten auf den fehlenden Zusammenhang zwischen der normalen saisonalen Grippe und der Vogelgrippe H5 N1 hinzuweisen, anstatt einer panikartigen Nachfrage nach Schutzimpfungen kritiklos zu begegnen oder diese durch gezielte Abfragen noch zu fördern.

SG Kiel, Urt. v. 04.06.2015 - S 16 KA 387/11 - verurteilte die Bekl., d. Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes erneut zu entscheiden., das ***LSG*** wies die Klage ab. Zur **Zulassung der Revision** weist der Senat darauf hin, dass die Frage, ob Impfleistungen zur vertragsärztlichen Versorgung gehören, unterschiedlich beantwortet wird und BSG, Urt. v. 25.01.2017 - B 6 KA 7/16 R - nach dem Terminbericht Nr.2/17 die Frage offen gelassen hat.

6. Zahnärztliche Behandlung

a) Genehmigung des Heil- und Kostenplans und Geltendmachung von Planungsfehlern

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.03.2017 - L 11 KA 72/15 **RID 17-03-41**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Die **Genehmigung des Heil- und Kostenplans** durch die Krankenkasse steht der **Wirtschaftlichkeitsprüfung** bzw. der Prüfung eines sonstigen Schadens nicht entgegen. Die nachträgliche Geltendmachung von Planungsfehlern ist nur dann ausgeschlossen, wenn diese im Vorhinein aus dem von dem Vertragszahnarzt vorgelegten Heil- und Kostenplan nebst ggf. beigefügten Unterlagen erkennbar waren.

SG Münster, Urt. v. 21.09.2015 - S 2 KA 6/14- verurteilte den Bekl., der auf Widerspruch der beigel. Vertragszahnärztin den Bescheid der Prüfungsstelle aufgehoben hatte, auf Klage der Krankenkasse, den Widerspruch der Beigel. zurückzuweisen; das ***LSG*** verurteilte den Bekl. zur Neubescheidung unter Beachtung seiner Rechtsauffassung.

b) Zuständigkeit KZV: Andersartige Versorgungen im Ersatzkassenbereich

SG Potsdam, Urteil v. 07.12.2016 - S 1 KA 55/15 **RID 17-03-42**
Berufung zugelassen
juris
SGB V § 106; EKVZ § 21 II

Anders als in § 75 I i.V.m. § 73 II SGB V und im BMVZ umfasst im Bereich der **Ersatzkassen** gem. § 2 I Nr. 2 EKVZ die vertragszahnärztliche Versorgung die **Versorgung mit Zahnersatz** gemäß § 55 SGB V. Explizit haben die Vertragspartner hier keine Einschränkung auf Leistungen nach § 55 I SGB V (Regelversorgung) oder § 55 IV SGB V (gleichartige Versorgung) vereinbart. Vielmehr zählen nach diesem Vertrag alle Leistungen nach § 55 SGB V - somit auch die **andersartigen Versorgungen** nach § 55 V SGB V - zur vertragszahnärztlichen Versorgung, so dass die KZV gemäß § 21 II EKVZ im vorliegenden Fall für die inhaltliche Prüfung des Antrages der Krankenkasse zuständig ist.

Das ***SG*** verpflichtete die bekl. KZV, über den Antrag der kl. Krankenkasse auf Festsetzung eines Schadensersatzanspruches gegenüber dem beigel. Vertragszahnarzt eine Sachentscheidung zu treffen.

c) Fachzahnarzt für Oralchirurgie: Kein Vergleich mit allen Zahnärzten

SG München, Urteil v. 05.07.2017 - S 38 KA 5178/16 **RID 17-03-43**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 83 S. 1, 106 II 2

Leitsatz: Ist Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung die Gesamtabrechnung, sind die Prüfgremien grundsätzlich verpflichtet, einen Fachzahnarzt für **Oralchirurgie** mit Zahnärzten mit der Gebietsbezeichnung „Oralchirurgie“ zu **vergleichen**. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Facharzt für Oralchirurgie ausschließlich oder fast ausschließlich chirurgische Leistungen erbringt und auf Überweisung hin tätig wird.

Das ***SG*** verpflichtete zur Neubescheidung.

d) Mangelhafter Zahnersatz/Nachbesserung

aa) Unzumutbarkeit einer Nachbesserung: Gründe aus dem Behandlungsverhältnis

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 19.05.2017 - L 3 KA 108/12 **RID 17-03-44**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V a.F. § 106; EKV-Z § 1

Leitsatz: Die **Unzumutbarkeit der Nachbesserung** eines mangelhaft erstellten Zahnersatzes durch den verantwortlichen Zahnarzt kann diesem nur zugerechnet werden, wenn die hierfür maßgeblichen Gründe aus dem Behandlungsverhältnis stammen. Dies ist z.B. nicht der Fall, wenn einer betagten **Versicherten** die Nachbesserung durch ihren ursprünglichen Zahnarzt nicht zuzumuten ist, weil sie inzwischen in ein anderes Bundesland **verzogen** ist.

SG Bremen, Urt. v. 19.09.2012 - S 30 KA 70/10 - gab der Klage statt und hob den Bescheid auf, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

bb) Unzumutbarkeit einer Neuanfertigung/Kronenrandschluss auf Röntgenbild

SG Berlin, Urteil v. 22.02.2017 - S 83 KA 4709/15 **RID 17-03-45**
SGB V § 106

Ein **unzureichender Kronenrandschluss** kann jedenfalls dann auf einem **Röntgenbild** gesehen werden, wenn er offensichtlich ist.
Auch im Falle einer erforderlichen **Neuanfertigung** einer Krone muss für einen Regress die Mängelbehebung durch den Vertragszahnarzt **unzumutbar** sein. Dies ist der Fall, wenn der Vertragszahnarzt weiterhin davon ausgeht, der Zahnersatz sei mangelfrei, und ein Jahr nach diversen Behandlungen vergangen ist.

Das ***SG*** wies die Klage gegen eine Regressforderung in Höhe von 151,93 € wegen mangelhafter prothetischer Versorgung ab.

cc) Unzumutbarkeit: Annahme der Fehlerfreiheit trotz Nachbesserungsmöglichkeit

SG Gotha, Urteil v. 26.10.2016 - S 2 KA 1718/11 **RID 17-03-46**
SGB V § 106

Bei einer bestehenden **Nachbesserungsmöglichkeit** ist von einer **Unzumutbarkeit** für den Patienten nicht nur dann auszugehen, wenn eine Vielzahl von Nachbesserungsversuchen fehlgeschlagen ist, sondern auch dann, wenn der Zahnarzt zweifelsfrei zum Ausdruck bringt, dass er von der **Fehlerfreiheit** der prothetischen Versorgung ausgeht und eine Nachbesserung nicht erfolgen wird.

Das ***SG*** wies die Klage ab. Berichtigungsbeschl. v. 23.01.2017.

dd) Insuffizienter Kronenrand/Verschulden/Nachbesserung

SG Mainz, Urteil v. 15.02.2017 - S 3 KA 36/14 **RID 17-03-47**
SGB V § 106

Ein **insuffizienter Kronenrand** führt zu einer erhöhten Kariesgefahr und einer Gefahr der Entmineralisierung und damit zu einer Unbrauchbarkeit des Zahnersatzes.
Wenn die übrigen Voraussetzungen des Schadensregresses vorliegen, ist damit auch ein **Verschulden** des Vertragszahnarztes indiziert (vgl BSG, Urt. v. 27.06.2012 - B 6 KA 35/11 R - SozR 4-5545 Allg. Nr. 1, juris Rn 20).
Auf die **Zumutbarkeit** einer etwaigen Nachbesserung kommt es bei Unmöglichkeit nicht an.

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

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 28.06.2017 - ***B 6 KA 28/16 R*** - hat der Berufungsausschuss vor einer Entscheidung über eine **Sonderbedarfszulassung Ermittlungen** zu der Frage durchzuführen, ob in Berlin (Planungsbereich) ein Versorgungsdefizit bezogen auf das vom Ast. angebotene Richtlinienverfahren der Verhaltenstherapie besteht. Der Bekl. wird **deshalb** (mit Hilfe der KV) **Psychotherapeuten** im Planungsbereich zu den bei ihnen bestehenden **Wartezeiten** für eine Verhaltenstherapie befragen und außerdem ermitteln müssen, ob die in Berlin zugelassenen Psychotherapeuten mit Angeboten im Bereich der Verhaltenstherapie **tatsächlich im Umfang ihrer Zulassung tätig** sind. Die beigel. Krankenkassenverbände werden mitzuteilen haben, in welchem Umfang die von ihnen repräsentierten Kassen die Behandlung bei nicht zugelassenen Psychotherapeuten mit Sitz in Berlin im Wege der **Kostenerstattung** übernehmen. Ausschlaggebend für den Anspruch des Klägers auf Sonderbedarfszulassung sind Angebot und Bedarf im Bereich der Verhaltenstherapie. Auf die Frage, ob ein ungedeckter Bedarf allein im Bereich der Verhaltenstherapie oder darüber hinaus auch bezogen auf andere Therapieverfahren besteht, kommt es für einen Anspruch des Klägers auf Sonderbedarfszulassung nicht an. Nach BSG, Urt. v. 25.01.2017 - ***B 6 KA 11/16 R*** - können nach **§ 5 II BMV-Ä** Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen gleichberechtigt und nebeneinander ohne Bedarfsprüfung zur Durchführung dieser Leistung - Nr 01780 EBM („Planung der Geburtsleistung durch den betreuenden Arzt der Entbindungsklinik“) - ermächtigt werden. Diese Umstände schließen es hier aus, der persönlichen Ermächtigung von Ärzten den Vorrang vor der **Ermächtigung einer ärztlich geleiteten Einrichtung** zu geben. Der Ermächtigung steht auch nicht entgegen, dass sie für Leistungen begehrt wird, für die **besondere Qualifikationsanforderungen** bestehen. Der Senat hat bislang die Erteilung einer Institutsermächtigung für grundsätzlich unzulässig gehalten, wenn die Leistungserbringung den Nachweis einer speziellen Qualifikation voraussetzt. In Fortentwicklung dieser Rechtsprechung sieht der Senat eine Institutsermächtigung dann als zulässig an, wenn **in der Ermächtigung sichergestellt wird**, dass die qualifikationsabhängigen Leistungen **ausschließlich von entsprechend qualifizierten Ärzten erbracht** werden. Hierzu ist erforderlich, dass der Krankenhausträger mitteilt, welche Ärzte die von der Institutsermächtigung umfassten qualifikationsabhängigen Leistungen erbringen werden und über welche Qualifikationen sie verfügen. In jedem Leistungs- und Abrechnungsfall muss durch eine geeignete Kennzeichnung - etwa durch die Vergabe einer Arztnummer - für die KÄV kenntlich gemacht werden, welcher der Ärzte mit der erforderlichen Qualifikation die konkrete Leistung erbracht hat. Eine solche Inhaltsbestimmung hat der Bekl. vorzunehmen. Die Erteilung der bedarfsunabhängigen Ermächtigung steht nicht im Ermessen des Beklagten. Nach BSG, Urt. v. 25.01.2017 - ***B 6 KA 2/16 R*** - 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 EBM (**Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung**) rechtswidrig, weil für den Ausschluss von Krankenhausambulanzen ein sachlicher Grund nicht vorhanden ist. Ein sächlicher und personeller Mehraufwand für die Beobachtung und Betreuung der Patienten entsteht im Rahmen der onkologischen Behandlung sowohl in Arztpraxen als auch in Krankenhausambulanzen. Auch der Gedanke einer Strukturförderung trägt den Ausschluss der Krankenhausambulanzen hier nicht. Der Gedanke, generell die Leistungserbringung durch niedergelassene Vertragsärzte oder Praxiskliniken zu fördern, ist nicht geeignet, die Vergütung einer Leistung auf diese Leistungserbringer zu beschränken. Der BewA wird

insofern zeitnah eine Neuregelung zu treffen haben. Nach BSG, Urt. v. 30.11.2016 - **B 6 KA 3/16 R** - SozR 4-1500 § 54 Nr. 42 ist **§ 31 II Ärzte-ZV** als Rechtsgrundlage für § 11 III Anl. 9.1 BMV-Ä **wirksam**. Die Norm findet ihre gesetzliche Grundlage in § 98 II Nr. 11 SGB V. Ein niedergelassener Nephrologe kann eine an und für sich bedarfsunabhängige **Ermächtigung** zur bloßen Mitbehandlung i.S.d. **§ 11 III Anl. 9.1 BMV-Ä anfechten**, wenn eine umfassende ambulante Dialyse-Behandlung einer nicht begrenzten Zahl von CAPD-Patienten ausgesprochen und eine Ermächtigung erteilt wurde, die jedenfalls nicht mit der erforderlichen Klarheit auf die bloße Mitbehandlung von Dialysepatienten begrenzt war, sondern als Behandlung im Umfang eines vollen Versorgungsauftrags verstanden werden kann. Die Ermächtigung hätte dem beigel. Krankenhausarzt deshalb nur bei Vorliegen eines entsprechenden Bedarfs erteilt werden dürfen.

1. Zulassung

a) Auswahlentscheidung: Berücksichtigung der Tätigkeit nach aufgehobener sofortiger Vollziehung

LSG Thüringen, Urteil v. 25.08.2016 - L 11 KA 928/15 **RID 17-03-48**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 33/17 R

juris

SGB V §§ 95, 101

Eine **Tätigkeit** in eigener Praxis **auf der Grundlage einer rechtswidrigen Zulassungsentscheidung** ist bei einer Auswahlentscheidung nicht zu berücksichtigen, weil ein Konkurrent gegenüber den anderen aus einer rechtswidrigen Auswahlentscheidung keine Vorteile erlangen darf.

Der Berufungsausschuss darf keine Aufgaben des zuständigen Planungsausschusses wahrnehmen und auch **nicht die grundsätzliche Öffnung des Planungsbereiches** für einen Vertragsarztsitz **in Frage stellen**.

Der 1961 geb. Kl. ist Facharzt für Chirurgie und besitzt seit September 2005 die Anerkennung als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Die 1966 geb. Beigel. ist Fachärztin für Orthopädie. Der Bekl. ließ nach teilweiser Entsperrung des Planungsbereichs im August 2011 den Kl. zu und wies den Widerspruch der Beigel. zurück. ***SG Gotha***, Urt. v. 11.01.2012 wies die Klage der Beigel. ab, ***LSG Thüringen***, Urt. v. 18.09.2013 - L 11 KA 608/12 - verurteilte zur Neubescheidung, ***BSG***, Beschl. v. 02.07.2014 - B 6 KA 15/14 B - RID 14-04-79 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück. Der Bekl. ließ im November 2014 die Beigel. zu und ordnete die sofortige Vollziehung an. ***SG Gotha***, Beschl. v. 22.12.2014 wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage zurück, ***LSG Thüringen***, Beschl. v. 12.02.2015 - L 11 KA 1626/14 B ER - RID 15-02-56 stellte die aufschiebende Wirkung der Klage wieder her. Den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen die Nr. 1 des Beschlusses (Aufhebung der früheren Zulassung des Bf. zur vertragsärztlichen Tätigkeit) wies es zurück. ***SG Gotha***, Urt. v. 13.05.2015 verurteilte zur Neubescheidung, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

b) Facharztprüfung erst nach Zulassungsmoratorium

SG München, Urteil v. 24.05.2017 - S 38 KA 440/16 **RID 17-03-49**

juris

SGB V §§ 95, 101, 103 I; Bedarfspl-RL § 48 II; Ärzte-ZV § 18

Eine Ast., die einen Zulassungsantrag vor dem **Zulassungsmoratorium** nach § 48 II Bedarfspl-RL zum 06.09.2012 stellt, jedoch die **Facharztprüfung** erst **nach dem Stichtag** absolviert, ist so zu stellen, als hätte sie den Antrag erst nach dem Stichtag gestellt. Die Weiterbildung ist nicht schon mit der Ableistung der Weiterbildungszeiten, sondern erst dann beendet, wenn der Arzt erfolgreich an der Prüfung teilgenommen hat. Der Abschluss der Weiterbildung ist materiell-rechtliche Voraussetzung der Zulassung. Art. 12 GG schützt nicht die Sicherung von Rechtspositionen zu einem Zeitpunkt, in dem die materiell-rechtlichen Voraussetzungen für eine Eintragung ins Arztregister noch gar nicht vorliegen.

Die kl. Strahlentherapeutin meldete sich im Juni 2012 zur Facharztprüfung an, die am 11.09.2012 stattfand. Sie stellte am 05.09.2012 den Zulassungsantrag. Am 05.12.2012 reichte sie die Arztregistereintragung und das polizeiliche Führungszeugnis nach. Nach Sperrung des Planungsbereichs wegen eines Versorgungsgrads von 161,6 % lehnte der Bekl. den Antrag ab. Das ***SG*** wies die Klage ab.

c) Bestimmbarkeit der Bewerbungsfrist nach teilweiser Entsperrung eines Planungsbereichs

SG Marburg, Beschluss v. 21.06.2017 - S 12 KA 424/17 ER **RID 17-03-50**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95, 101, 103; Bedarfspl-RL § 26; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: Die **Frist** für die Einreichung einer **Bewerbung** nach **teilweiser Entsperrung eines Planungsbereichs** muss mit Datum bestimmt oder bestimmbar sein. Es reicht nicht aus, lediglich eine Frist von sechs Wochen nach Veröffentlichung zu benennen, wenn sich dem Veröffentlichungsblatt nicht das Erscheinungsdatum entnehmen lässt (vgl. BSG, Urt. v. 19.10.2011 - B 6 KA 20/11 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 10, juris Rdnr. 24 ff.).

Der Zulassungsausschuss ließ die Ast. zur vertragsärztlichen Tätigkeit, beschränkt auf die Hälfte eines Versorgungsauftrags, zu. Die beiden übrigen Anträge lehnte er ab, da sie nach Ablauf der Bewerbungsfrist eingegangen seien. Die Beigel. zu 8) legte Widerspruch ein. Das ***SG*** lehnte die Anordnung der sofortigen Vollziehung des Beschlusses ab.

d) Zulassung nach fünfjähriger Tätigkeit in MVZ (§ 103 IVa 2 SGB V)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 03.05.2017 - L 11 KA 76/14 **RID 17-03-51**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95, 103 IVa

Im Rahmen des § 103 IVa 2 SGB V muss es sich nicht um einen Arzt handeln, der vor seiner Tätigkeit für das MVZ nach Satz 1 der Norm auf seine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zugunsten einer Tätigkeit im MVZ **verzichtet** hat. Es geht auch nach der Gesetzesbegründung nicht um denselben Vertragsarzt, der zuvor bereits freiberuflich tätig war und dann auf seine Zulassung zu Gunsten einer Tätigkeit im MVZ verzichtet hat (ebs. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 26.02.2016 - L 24 KA 68/14 - RID 16-02-45).

Erfolgte die damalige Zulassung in rechtswidriger Weise, sind grundsätzlich **Vertrauensschutzgesichtspunkte** zu berücksichtigen (vgl. BSG, Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 21/15 R - BSGE 121, 143 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 20).

Der Kl. war ab 1996 als angestellter Arzt in der Medizinischen Klinik des Krankenhauses T GmbH und ab 1999 an der Radiologischen Klinik der Universität C tätig. Er ist seit 2004 Facharzt für Diagnostische Radiologie und wurde mit Wirkung zum 19.05.2005 ins Arztregister eingetragen. Ende 2005 gründeten Dr. L1 und das Universitätsklinikum C das MVZ W (später MVZ W GmbH). Dr. M, Facharzt für Radiologie, und Dr. M1, Fachärztin für Strahlentherapie brachten ihre vertragsärztlichen Sitze ein. M wurde zu 10 Stunden pro Woche (25 %), der Kl. zu 30 Stunden pro Woche (75 %) sowie M1 zu 40 Stunden pro Woche beschäftigt (Beschl. des Zulassungsausschusses vom 26.10.2005). Im Dezember 2006 beendete M seine Tätigkeit und übernahm der Kl. dessen Stunden und arbeitete fortan Vollzeit. Der Zulassungsausschuss genehmigte auch diese Änderung (Beschl. vom 24.01.2007). Im Januar 2011 beantragte der Kl. erfolglos eine eigene Zulassung als Facharzt für Diagnostische Radiologie, weil er über fünf Jahre in einem MVZ als Arzt tätig geworden sei und somit die Anspruchsvoraussetzungen nach § 103 IVa SGB V erfülle. ***SG Köln***, Urt. v. 23.05.2014 - S 26 KA 17/11 - verurteilte zur Neubescheidung, das ***LSG*** wies die Berufung der Beigel. zu 7) zurück.

e) Sonderbedarfszulassung

aa) Differenzierung einer Arztgruppe (Nervenärzte u.a.)

SG München, Urteil v. 24.05.2017 - S 38 KA 321/16 **RID 17-03-52**

juris

SGB V §§ 95, 101; BedarfsplRL § 36

Leitsatz: Die Zusammenfassung mehrerer **Facharztbezeichnungen** zu einer **Arztgruppe** kann intern zu einer mangelnden Ausgewogenheit und Unschärfen führen, erschwert auf jeden Fall eine Bedarfsanalyse.

Wenn die Ergebnisse der **befragten Ärzte** im Rahmen der Bedarfsanalyse nicht eindeutig sind, ist der Beklagte in besonderem Maße gehalten, **zusätzliche Ermittlungen** anzustellen. Es genügt dabei nicht,

wie dies gehandhabt wurde, den **Sonderbedarf** pauschal mit dem Hinweis auf bestehende Kapazitäten zu verneinen, ohne konkrete Zahlen zu benennen.
Bei der Arztgruppe der **Nervenärzte, Neurologen, Psychiater** und der **Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie**, in der diese Facharztbezeichnungen zusammengefasst sind, ist eine **Differenzierung** nach der Zahl der von den bereits zugelassenen Ärzten erbrachten neurologischen Leistungen und den psychiatrischen Leistungen, sowie den psychotherapeutischen Leistungen geboten. Nur dann ist es bei dem großen Leistungsspektrum der Arztgruppe möglich, festzustellen, ob in einem „Teilbereich" Versorgungsdefizite bestehen, die eine Sonderbedarfszulassung auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie rechtfertigen.
Selbst in Fachgebieten, die überwiegend der sog. „sprechenden Medizin" zuzuordnen sind, kann der **Aspekt der gleichen Sprache und/oder Herkunft** des Behandlers mit einer erheblichen Anzahl von Patienten im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung nicht berücksichtigt werden. Ansonsten würde eine solche Berücksichtigung eine Bedarfsplanung angesichts der Vielzahl von Patientengruppen aus unterschiedlichen Herkunftsländern, mit unterschiedlichen Sprachen und Kulturen unmöglich machen.

Der bekl. Berufungsausschuss lehnte den Antrag des Kl. (Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie) auf Sonderbedarfszulassung nach Widerspruch der beigel. KV ab. Das ***SG*** verpflichtete den Bekl., unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über den Widerspruch der KV erneut zu entscheiden.

bb) Lokaler Versorgungsbereich/Überweisungsfälle

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 06.02.2017 - L 11 KA 62/16 B ER **RID 17-03-53**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG §§ 86 III, 86b I 1 Nr. 1; SGB V §§ 95, 101

Es kann auf den **lokalen Versorgungsbereich** ankommen, wenn es den Patienten nicht zumutbar ist, ggf. weit entfernte Arztpraxen im Planungsbereich aufzusuchen. Die Spezifika der Leistungen nach Nr. 13400 EBM (Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie) sind zu berücksichtigen und können weite Entfernungen tendenziell relativieren.
Der hohe Anteil der **Überweisungsfälle** besagt zunächst wenig. Es ist zu bedenken, dass Überweisungen vielfältige Gründe haben können. Das Spektrum reicht von „Anlocküberweisungen" über Überweisungen zu spezialfachärztlichen Leistungen bis zu Überweisungen aus pekuniären Gründen oder Kapazitätsgründen.

SG Duisburg, Beschl. v. 11.07.2016 - S 19 KA 4/16 ER -. Das ***LSG*** lehnte auf Beschwerde der beigel. KV den Antrag auf sofortige Vollziehung des Beschlusses des Ag. ab.

cc) Berücksichtigung von Zweigpraxen

SG München, Urteil v. 23.03.2017 - S 43 KA 419/15 **RID 17-03-54**
SGB V §§ 95, 101

Bei der Beurteilung der Abdeckung des Versorgungsbedarfs vor Ort ist die Versorgung mit **Zweigpraxen** zu berücksichtigen (vgl. BSG, Urt. v. 08.12.2010 - B 6 KA 36/09 - BSGE 107, 147 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 9).

Das ***SG*** wies die Klage der Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ab.

dd) Einziger Pneumologe in weitem Umkreis

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 11.07.2017 - L 24 KA 42/15 **RID 17-03-55**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 95, 101; BedarfsplRL § 36

Es ist auf die Ausführungen der Vorinstanz zu verweisen, wonach eine **Sonderbedarfszulassung** für einen **Pneumologen** mit hälftigem Versorgungsauftrag nicht zu beanstanden ist, wenn die weiteren Pneumologen im Versorgungsbereich in 35 km Entfernung bei einer Busfahrstrecke von ca. 70 Minuten bzw. in einer Entfernung mit öffentlichen Verkehrsmitteln von zwei bis drei Stunden ihren Vertragsarztsitz haben.

Der kl. fachärztliche Internist greift eine dem Beigel. erteilte Sonderbedarfszulassung mit einem halben Versorgungsauftrag für eine vertragsärztliche Tätigkeit als fachärztlicher Internist mit Schwerpunkt Pneumologie an. ***SG Potsdam***, Urt. v. 01.07.2015 - S 1 KA 78/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

ee) Spezialisierte fachärztliche Versorgung u. größere Wegstrecken

LSG Bayern, Urteil v. 11.01.2017 - L 12 KA 20/16 **RID 17-03-56**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 101 I Nr. 3, 103 I, II; BedarfsplRL §§ 5, 7, 13

Leitsatz: 1. Mit der **Flexibilisierung der Planungsbereiche** gemäß GKV-Versorgungsstrukturgesetz durch die ab 01.01.2013 geltenden Bedarfsplanungs-Richtlinie wird auch eine **Differenzierung nach Arztgruppen** ermöglicht.
2. Die **Neudefinition der Planungsbereiche** ist auch bei der Definition der **zumutbaren Wegstrecke** für Versicherte zur Erreichung eines medizinischen Versorgungsangebotes zu berücksichtigen.
3. Im spezialisierten fachärztlichen Versorgungsbereich sind **größere Wegstrecken** in Kauf zu nehmen.

Der Kl. ist Facharzt für Diagnostische Radiologie und in Gemeinschaftspraxis mit einem Facharzt für Diagnostische Radiologie tätig. Im Februar 2014 beantragte er erfolglos die Anstellung eines Facharztes für Diagnostische Radiologie im Wege einer Sonderbedarfszulassung bei einem Versorgungsgrad von 121,4 %. ***SG München***, Urt. v. 13.01.2016 - S 38 KA 525/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

Aus den Urteilsgründen:

„29 (..) Die **Neudefinition der Planungsbereiche** ist nunmehr auch bei der **Definition einer zumutbaren Wegstrecke zu berücksichtigen**. Aus der Begründung des GBA zur Zuordnung zu den Versorgungsebenen und damit unterschiedlich großen Planungsbereichen (vgl. Tragende Gründe S. 11, www.g-ba.de) folgt, dass in der Zuordnung zu den Versorgungsebenen, abgesehen von den dort genannten Ausnahmen, auch eine Definition des Bedarfs zu sehen ist. Insofern liegt es gerade innerhalb der vom Gesetzgeber dem GBA eingeräumten Konkretisierungsbefugnis, Vorgaben für die erwünschte Versorgungsdichte zu machen, was insofern auch mit der Entwurfsbegründung zum GKV-VStG übereinstimmt. Danach soll aufgrund der unterschiedlichen Bedeutung der Wohnortnähe für verschiedene ärztliche Angebote ermöglicht werden, bei der Größe der Planungsbereiche nach Arztgruppen zu differenzieren (vgl. BT-Drucks. 17/6906, S. 74). Auch wenn nach der unterschiedlichen Gestaltung der Planungsbereiche zwar grundsätzlich am Bezug auf den gesamten Planungsbereich festzuhalten ist, ist mit dem Absehen von Landkreisen als Planungsbereich für alle Arztgruppen vom Gesetzgeber eine unterschiedliche Versorgungsdichte intendiert. Gerade im spezialisierten fachärztlichen Versorgungsbereich sind damit wesentlich größere Wegstrecken in Kauf zu nehmen (vgl. Pawlita in juris Praxiskommentar, SGB V § 101 Rdnr. 78). Daher ist eine Modifizierung der bisherigen Rechtsprechung zur Zumutbarkeit der Wegstrecken im Hinblick auf die Zuordnung zu den Versorgungsbereichen veranlasst, die die Zumutbarkeit einer Wegstrecke auch an den Begriff des Bedarfs knüpft.

30 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in § 13 Abs. 1 Nr. 4 Bedarfspl-RL die Fachgruppe der **Radiologen** der **spezialisierten fachärztlichen Versorgung** und nicht der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (§ 12 Bedarfspl-RL) zugeordnet. Maßgeblicher Planungsbereich ist damit die Raumordnungsregion (Raumordnungsregion 907 A-Stadt) und nicht die kreisfreie Stadt, der Landkreis bzw. die Kreisregion. Diese Zuordnung, die der Gemeinsame Bundesausschuss **in nicht zu beanstandender Umsetzung** der Aufgabe der Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben in § 101 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB vorgenommen hat, ist bei der Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen für die Anerkennung eines Sonderbedarfes zu berücksichtigen (vgl. § 36 Abs. 4 Satz 4 Bedarfspl-RL).

31 Ausgehend von diesen Grundsätzen hält sich die Entscheidung des Beklagten vom 17.04.2015 zur Ablehnung einer Anstellungsgenehmigung des Beigeladenen zu 8) im Rahmen eines Sonderbedarfes noch im Rahmen des dem Beklagten zustehenden Beurteilungsspielraums.

32 Die Beklagte hat zunächst die Versorgung in der Raumordnungsregion A-Stadt mit 18 zugelassenen bzw. angestellten Radiologen in 4 Praxen bzw. MVZ festgestellt, wobei diese Radiologen - wie sich aus den Häufigkeitsstatistiken ergibt - sämtliche radiologischen Untersuchungen, insbesondere auch CT- und MRT-Leistungen erbringen. Die Befragung u. a. der am nächsten gelegenen radiologischen Praxen bzw. Betriebsstätten in E. und A-Stadt ergab auch eine dort bestehende ausreichende Behandlungskapazität (5 Tage Wartezeit für CT-Leistungen, 2 bis 3 Wochen für MRT-Leistungen). Die Beklagte hat diese Angaben bzw. freien Behandlungskapazitäten auch hinterfragt und hat diese anhand der Fallzahlen zu Recht als für nachvollziehbar gehalten.

33 Es ist aber auch nicht zu beanstanden, dass der Beklagte eine **Entfernung für die nächstgelegenen CT- und MRT-Angebote** von B-Stadt aus in E. mit **31 km** und in A-Stadt mit **35 km** für die Patienten noch **als zumutbar** angesehen hat. Zwar hat das BSG bisher (vgl. Urteil vom 23.06.2010, B 6 KA 22/09 R, juris Rdnr. 23) MRT-Leistungen als allgemeine Leistungen angesehen, für die eine Verweisung auf Versorgungsangebote in mehr als 25 km Entfernung ausgeschlossen sei. Diese Rechtsprechung gilt auch nach Änderung der Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Sonderbedarfszulassung mit Wirkung ab 04.07.2013 durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16.05.2013, BAnZ AT 03.07.2013 im Grundsatz fort, wobei aber gewisse Modifikationen im Hinblick auf die Zuordnung der Fachgruppe der Radiologen zur spezialisierten fachärztlichen Versorgung und der damit bezweckten differenzierten Versorgungsdichte unter Wahrung des Anspruchs jedes Versicherten auf Realisierbarkeit möglich sind. Dem wird die Entscheidung des Beklagten gerecht. Die gegenüber der Grenze von 25 km leicht erhöhten Entfernungen nach E. (31 km), nach A-Stadt (35 km) werden zunächst dadurch relativiert, dass wegen der sehr günstigen Anbindung von B-Stadt die Fahrzeiten mit dem Pkw nur 30 bzw. 32 Minuten betragen. Aber auch bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel ergibt sich keine für Versicherte unzumutbare Wegstrecke. Zwischen B-Stadt und E. besteht eine direkte Busverbindung mit einer Hinfahrzeit von 58 Minuten und einer Rückfahrzeit ab 1 Stunde und 6 Minuten. Auch zwischen B-Stadt und A-Stadt besteht eine direkte Busverbindung mit einer Fahrzeit von 54 Minuten. (…)“

2. Keine Anstellung eines Arztes mit voller vertragsärztlicher Zulassung

SG Düsseldorf, Beschluss v. 20.10.2015 - S 33 KA 299/15 ER **RID 17-03-57**

SGB V § 95; Ärzte-ZV § 20 I 1; SGG § 86b II

Ein Vertragsarzt, der einen **vollen Versorgungsauftrag (Anrechnungsfaktor 1,0)** ausfüllt, kann nicht von einem anderen Vertragsarzt angestellt werden, auch nicht im Umfang von 13 Wochenstunden.

Das ***SG*** lehnte den Antrag, den Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung nach § 86b II 2 SGG zu verpflichten, die Fachärztin mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 13 Stunden (Anrechnungsfaktor 0,5) in der

Vertragsarztpraxis der Ast. bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens über die beantragte Anstellung vorläufig zu genehmigen, ab.

Vgl. auch SG Düsseldorf, Beschl. v. 28.09.2016 - S 2 KA 1445/16 ER - RID 16-04-53.

3. Zulassungsentziehung

a) Verletzung der Fortbildungspflicht

aa) Bewertung der Psychotherapeutenkammer und Ergebnis eines Verwaltungsrechtsstreits

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 24.08.2016 - L 3 KA 29/14 **RID 17-03-58**

juris

SGB V § 95d

Leitsatz: Bei Beurteilung der Frage, ob ein Vertragspsychotherapeut sich in ausreichendem Umfang i.S.v. § 95d SGB V fortgebildet hat, haben die Sozialgerichte regelmäßig die **Bewertung der Psychotherapeutenkammer** und das Ergebnis eines hierüber geführten **Verwaltungsrechtsstreits** zugrunde zu legen.

SG Hannover, Gerichtsb. v. 05.02.2014 - S 65 KA 789/12 - wies die Klage ab. Nach einem Hinweis des Senats auf einen Anhörungsmangel entzog der Bekl. erneut die Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung und erklärten die Beteiligten den Rechtsstreit bzgl. des ersten Entziehungsbescheids für erledigt. Das ***LSG*** wies die Klage gegen den Ersetzungsbescheid ab. ***BSG***, Beschl. v. 10.05.2017 - B 6 KA 72/16 B - RID 17-03-110 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

bb) Ausschlussfrist/Grundpflicht/Disziplinarmaßnahmen im weiteren Sinn

SG München, Urteil v. 24.05.2017 - S 38 KA 205/16 **RID 17-03-59**

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 12 KA 96/17 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95d

Leitsatz: Eine Nachreichung von Fortbildungspunkten ist nicht möglich, da es sich bei § 95d Abs. 3 S. 4 SGB V um eine gesetzliche **Ausschlussfrist** handelt (vgl. BSG, Beschluss vom 11.02.2015, Az. B 6 KA 37/14 B - RID 15-02-99; BayLSG, Urteil vom 11.03.2015, Az. L 12 KA 56/14 - RID 17-03-59).
Die Fortbildungspflicht des Vertragsarztes gehört zu den **Grundpflichten** vertragsärztlicher Tätigkeit. Die Tatsache, dass der Gesetzgeber in § 95d SGB V die Fortbildungspflicht so detailliert geregelt hat, spricht für den hohen Stellenwert der Fortbildungspflicht. Dieser findet insbesondere seinen Ausdruck in § 95d Abs. 3 Satz 6 SGB V.
Grundsätzlich ist vor dem Hintergrund des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes das **gesamte Verhalten** des Vertragsarztes außerhalb des Pflichtverstoßes mit zu reflektieren.
Bei den Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 S. 3 SGB V handelt es sich nicht um Disziplinarmaßnahmen im engeren Sinn (§ 81 Abs. 5 SGB V). Die Auswirkung ähnelt aber der von Geldbußen, die als Disziplinarmaßnahmen vorgesehen sind. Insofern lassen sich die Honorarkürzungen als **Disziplinarmaßnahmen im weiteren Sinn** verstehen.

Dem 1940 geb. Kl. wurde wegen fehlender Fortbildung die vertragsärztliche Zulassung entzogen. Das ***SG*** wies die Klage ab.

b) Abrechnungsmanipulationen und Kenntnis der KV: Pflichtverletzung/Schadensumfang

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 24.05.2017 - S 12 KA 137/17 **RID 17-03-60**

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 24/17 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95 VI, 98

Leitsatz: 1. Die **Mitglieder des Berufungsausschusses** müssen ihren Wohnsitz nicht in dessen Bezirk haben.
2. Erhält eine KV von Abrechnungsmanipulationen **Kenntnis**, ohne den Vertragsarzt wegen eines laufenden Plausibilitätsverfahrens hierüber sogleich zu informieren, entfällt nicht der Vorwurf der gröblichen Pflichtverletzung und hat dies keine Auswirkungen auf den Schadensumfang.

Das **Landgericht** verurteilte den Kl. im Mai 2015 wegen gemeinschaftlichen Betruges in 14 Fällen sowie des versuchten gemeinschaftlichen Betruges in 7 Fällen zu einer **Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren**, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde. Nach den Urteilsgründen stimmten die Ärzte der Praxis des Kl. mit den Ärzten einer weiteren BAG ihre **Urlaubszeiten** direkt aufeinander ab, so dass die Praxen grundsätzlich durchgehend geöffnet und nicht ganztäglich oder gar längerfristig geschlossen gewesen seien. Soweit dennoch ein Vertretungsbedarf entstanden sei, hätten sich die Gemeinschaftspraxen über viele Jahre regelmäßig gegenseitig vertreten. Die Zusammenarbeit hätten sie im Laufe der Zeit dahingehend entwickelt, dass **Vertretungen** durch die jeweilige andere Praxis auch dann übernommen worden seien, wenn die Ärzte aus der vertretenden Praxis nur **halbtags oder stundenweise abwesend** gewesen seien. Auch im Voraus geplante **Vertretungen bei Hausbesuchen** seien durch die Praxen gegenseitig übernommen worden. Der Kl. und ein weiterer Arzt der anderen BAG hätten schließlich gemeinsam den Plan entwickelt, die **Fallzahlen** ihrer jeweiligen Praxen dadurch zu steigern, dass sie untereinander die **Daten von gesetzlich krankenversicherten Patienten austauschten** und so zusätzliche fiktive Vertretungsfällte gegenüber der KV abrechnen zu können. Ein solcher Austausch von Versichertendaten zwischen den beiden Praxen habe in den Abrechnungsquartalen I/07 bis I/12 durchgehend stattgefunden. Hierfür hätten sie **Vertretungsscheine und mobile Kartenlesegeräte** eingesetzt. In beiden Praxen seien nach Anweisung des Kl. bzw. seines Kollegen durch das Praxispersonal für zahlreiche Patienten in der Praxis Vertretungsscheine für die jeweils andere Praxis vorbereitet worden, die mit den Versichertendaten bedruckt worden seien, und auf den Vertretungsscheinen sei regelmäßig die Gebührenordnungsposition 01430 teilweise in Kombination mit Pseudoziffern für die Praxisgebühr eingetragen worden, um den Anschein zu erwecken, für die Patienten sei in der Praxis in Vertretung ein Wiederholungsrezept oder eine Überweisung ausgestellt worden. Da es sich nicht um reguläre Vertretungen gehandelt habe, seien die Vertretungsscheine den betroffenen Versicherten nicht zur Unterschrift vorgelegt worden. Die Vertretungsscheine seien in der Praxis, die angeblich vertreten worden sei, gesammelt worden. Am **Ende des Quartals hätten die beiden Ärzte die Vertretungsscheine untereinander zwecks Abrechnung der tatsächlich nicht erbrachten Vertretungsleistungen ausgetauscht**. Zusätzlich seien **mobile Kartenlesegeräte** dazu verwendet worden, die Krankenversichertenkarten der Patienten für die angeblich vertretende Praxis einzulesen. Nach Umstellung auf eine vollständige elektronische Abrechnung ohne Vertretungsscheine in Papierform seien die mobilen Lesegeräte das einzige Mittel gewesen, um die Versichertendaten zwischen den Praxen auszutauschen. Die **mobilen Kartenlesegeräte seien zwischen den Praxen ausgetauscht worden**, wenn die Speicher der Geräte voll gewesen seien oder das Quartalsende erreicht worden sei. Die Übergabe bzw. Abholung der Geräte sei entweder durch die Ärzte persönlich oder auf deren Veranlassung hin durch das Praxispersonal erfolgt. Pro Quartal seien zwei bis drei Lesegeräte pro Praxis ausgetauscht worden. Die Speicherkapazität der Lesegeräte habe von etwa 200 bis 500 Datensätzen pro Gerät variiert. Die Versichertendaten seien nach Austausch der Lesegeräte in der jeweiligen Praxis, die angeblich die Vertretungsleistungen erbracht haben sollte, in die Praxis-EDV übertragen worden. In den elektronischen Abrechnungsdaten sei für diese ausgetauschten Patientendaten jeweils ein Vertretungsfall erfasst und regelmäßig ausschließlich Gebührenordnungsposition 01430 eingetragen worden, um den Anschein zu erwecken, die Abrechnung der Praxis habe in Vertretung ein Wiederholungsrezept oder eine Überweisung für die betroffenen Versicherten ausgestellt. Tatsächlich seien für einen Teil der Patienten, deren Versichertenkarten für die jeweils andere Praxis eingelesen worden sei, auch Rezepte durch die angeblich vertretende Praxis im Namen der angeblich vertretenden Praxis ausgestellt worden. In den Praxen seien **Blankorezepte** mit den Praxisdaten der anderen Praxis aufbewahrt worden. Teilweise hätten diese Blankorezepte bereits die Unterschrift des Arztes der anderen Praxis getragen. Für Patienten, die ihre Rezepte zeitnah benötigten, seien bereits unterschriebene Rezeptvordrucke verwendet worden. Für andere Patienten seien **nichtunterschriebene Rezeptvordrucke** verwendet worden. Die Ärzte hätten diese Rezepte dann unterschrieben und diese seien zu einem späteren Zeitpunkt an die Patienten ausgehändigt worden. Durch den gegenseitigen Austausch der Versichertendaten und die Abrechnung der fiktiven Vertretungsfälle hätten die Ärzte eine **erhebliche Steigerung der Fallzahlen ihrer jeweiligen Praxis** in jeder Quartalsabrechnung bewirkt. Obwohl die in den irregulären Vertretungsfällen abgerechnete Gebührenordnungsposition 01430 für sich genommen keinen hohen Wert gehabt habe, hätte die Steigerung der Fallzahlen im Tatzeitraum zur Folge gehabt, dass ihnen auf Grund einer mit den steigenden Fallzahlen einhergehenden Erhöhung des Regelleistungsvolumens bei der jeweiligen Praxis in jedem Quartal ein wesentlich **höheres Gesamthonorar** durch die KV zuerkannt worden sei. In der Praxis des anderen Arztes seien in der Zeit vom I/07 bis I/12 in jedem Quartal 472 bis 690 Vertretungsscheine immer mit der Gebührenordnungsposition 01430 zur Abrechnung gebracht worden. In der Praxis des Klägers seien im gleichen Zeitraum in jedem Quartal 416 bis 671 Vertretungsscheine nur mit der Gebührenordnungsposition 01430 zur Abrechnung gebracht worden. Der Kl. und sein Kollege hätten den festgestellten Sachverhalt in vollem Umfang eingeräumt und die Tat in objektiver und subjektiver Hinsicht entsprechend den getroffenen Feststellungen geschildert. Sie hätten den im Sachverhalt festgestellten wirtschaftlichen Mindestschaden anerkannt. Die Honoraransprüche der Praxis des Kollegen seien durch die Abrechnung von insgesamt 11.335 Vertretungsfällen, in denen nur die Gebührenordnungsposition 01430 angesetzt worden sei, um insgesamt 305.777,17 Euro erhöht gewesen. Bei einem Sicherheitsabschlag von 20 % belaufe sich der wirtschaftliche Mindestschaden durch unrechtmäßig abgerechnete Vertretungsfälle für die Praxis auf 244.621,74 Euro. Für die Praxis des Klägers

belaufe sich der Schaden auf 335.425,62 Euro bzw. abzüglich des Sicherheitsabschlags auf 268.043,50 Euro. Insgesamt hätten sie einen **wirtschaftlichen Schaden in Höhe von 512.962,24 Euro** verursacht. Der Bundesgerichtshof verwarf mit Beschl. v. 26.04.2016 - 2 StR 357/15 - die Revision der beiden Ärzte gegen das Urteil des Landgerichts als unbegründet. Im Februar beantragte die KV die Zulassungsentziehung. Der Zulassungsausschuss gab dem Antrag statt, der Bekl. wies den Widerspruch im Februar 2017 zurück. Das ***SG*** wies die Klage ab.

c) Unzulässige Anordnung der sofortigen Vollziehung nach Betrug

SG Dortmund, Beschluss v. 30.11.2016 - S 52 KA 127/16 ER **RID 17-03-61**
juris = GesR 2017, 301
SGB V § 95 VI; SGG § 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2

Das den **Sofortvollzug** tragende **öffentliche oder individuelle Interesse** muss mehr als das den Erlass des Verwaltungsaktes rechtfertigende Interesse sein, denn die gesetzlichen Voraussetzungen für den Erlass des Verwaltungsaktes reichen für die Begründung des Sofortvollzugs nicht aus (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 16.06.2015 - L 11 KA 76/13 B ER - RID 16-01-63 m.w.N.). Gehen vom Vertragsarzt konkret und aktuell **keine Gefahren** für das vertragsärztliche System aus, so kann die sofortige Vollziehung einer Zulassungsentziehung nicht angeordnet werden. Ein in der Vergangenheit liegendes Fehlverhalten lässt eine solche Schlussfolgerung nicht ohne weiteres zu.

Der 1960 geb. Ast. ist als praktischer Arzt/Hausarzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Von 2001 bis Anfang 2012 war er in einer überörtlichen Praxisgemeinschaft mit Standorten in E, J, V und C vertragsärztlich tätig. Durch Plausibilitätsprüfungen wurden in der Zeit vom 01.07.2007 bis zum 30.09.2011 in den Praxen Abrechnungen **von bis zu 70 Prozent identischer Behandlungsfälle** festgestellt. In allen kooperierenden Praxen waren zudem die **Krankenversichertenkarten der Patienten taggleich eingelesen** worden. Die Ag. errechnete dadurch einen Schaden in Höhe von 3.059.801,62 €. Von dem Ast. wurde 2012 Honorar (nach Abzug der Verwaltungskostenumlage) in Höhe von insgesamt 509.912,01 € zurückgefordert. Diesen Betrag zahlte der Ast. bis Juli 2015 zurück. In der Zeit vom 01.10.2012 bis zum 31.03.2013 war der Ast. als angestellter Arzt in der Praxis seiner ebf. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ehefrau tätig. Seit dem 01.04.2013 besteht eine überörtliche BAG der Eheleute an zwei Standorten in E. Mit rechtskräftigem Strafbefehl verurteilte das Amtsgericht Dortmund den Ast. wegen Betruges in einem besonders schweren Fall (§§ 263 I, III Nr. 1, 53 StGB) zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von neun Monaten, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde. Zugrunde gelegt wurden vier selbstständige Handlungen im Zeitraum von Januar bis Oktober 2011. Im April 2015 beantragte die Beigel. erfolgreich die Zulassungsentziehung. Der Ag. wies den Widerspruch zurück und ordnete die sofortige Vollziehung der Entscheidung an. Das ***SG*** ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Beschluss des Ag. an.

d) Sofortige Vollziehung nach Falschabrechnung als Präventivmaßnahme

SG Schwerin, Beschluss v. 07.12.2016 - S 3 KA 26/15 ER **RID 17-03-62**
SGB V § 95 VI; SGB X § 42 S. 1; Ärzte-ZV § 41 II 1

Verlässt ein Beisitzer des Berufungsausschusses in einem Zulassungsentziehungsverfahren nach der Anhörung eines Sachverständigen die **mündliche Verhandlung** - um diesen zum Bahnhof zu fahren -, so kann dies, selbst wenn hierin ein Verfahrensfehler erblickt werden könnte, weil § 41 II 1 Ärzte-ZV eine vollständige Besetzung verlangt, für die Rechtmäßigkeit des angefochtenen Beschlusses nach § 42 S. 1 SGB X folgenlos bleiben.
Ist mit einer hohen Wahrscheinlichkeit der Vorwurf der **Falschabrechnung** zutreffend und hat eine Vertragszahnärztin in erheblichen Umfang Leistungen abgerechnet, die sie tatsächlich nicht erbracht hat, und besteht damit eine Vielzahl der Verstöße gegen das **Gebot der peinlich genauen Abrechnung**, dann hat das Interesse einer Vertragszahnärztin an der aufschiebende Wirkung der Klage gegen eine Zulassungsentziehung zurückzustehen, wenn ihr jede **Unrechtseinsicht** fehlt, weil dann nicht sicher angenommen werden kann, dass sie in Zukunft die Regeln strikt einhält. In diesem Sinne ist die Maßnahme schon vor Rechtskraft des Hauptsacheverfahrens als **Präventivmaßnahme** zur Abwehr konkreter Verfahren für wichtige Gemeinschaftsgüter erforderlich.

Das ***SG*** lehnte den Antrag, die Anordnung der sofortigen Vollziehung der Zulassungsentziehung aufzuheben und die aufschiebende Wirkung der Klage gegen die Zulassungsentziehung anzuordnen, für die Zeit ab dem 19.12.2016 ab. Der Hängebeschluss vom 23.06.2015 verliert mit Ablauf des 18.12.2016 seine Wirksamkeit.

4. Ermächtigung

a) Begründungsanforderung an Ermächtigung

LSG Bayern, Beschluss v. 03.04.2017 - L 12 KA 39/16 **RID 17-03-63**
SGB V § 116

Bei Prüfung einer **Ermächtigung** nach § 116 SGB V reicht es nicht aus, lediglich pauschal auf eine nicht hinreichende Darlegung des Arztes hinzuweisen. Notwendig ist vielmehr eine auf den konkreten Krankheitsbereich bezogene Auseinandersetzung und Bewertung der ärztlicherseits vorgetragenen **besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** bzw. Kenntnisse.
Ein **Vorrang der Leistungserbringung gem. § 115b II 1 SGB V** besteht nicht nur dann, wenn der die Ermächtigung begehrende Krankenhausarzt in diesem Krankenhaus arbeitet, sondern auch dann, wenn ein existierendes Leistungsangebot auch in einem anderen Krankenhaus besteht.
Hochschulambulanzen sind bei der Frage des **Bedarfs** für eine Ermächtigung in vollem Umfang zu berücksichtigen (vgl. BSG, Urt. v. 02.09.2009 - B 6 KA 34/08 R - BSGE 104, 116 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 7, Rn. 18).

SG Nürnberg, Urt. v. 07.04.2016 - S 1 KA 26/15 - verpflichtete den Bekl. zur Neubescheidung über die Ermächtigung des Kl. nach § 116 SGB V. Nach Einlegung der Berufung erklärten Kl. und Bekl. vor dem LSG den Rechtsstreit für erledigt. Das ***LSG*** verpflichtete den Kl. zur Kostentragung zu 4/5, den Bekl. zu 1/5.

b) Augenärztliche Ermächtigung zur intravitrealen Medikamenteneingabe

LSG Sachsen, Beschluss v. 05.07.2017 - L 1 KA 1/17 B ER **RID 17-03-64**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 116

Leitsatz: 1. Hinsichtlich der Frage, ob eine Versorgungslücke aufgrund eines **qualitativ-speziellen Bedarfs** besteht, die eine Ermächtigung gemäß § 116 SGB V rechtfertigt, stehen den Zulassungsinstanzen verschiedene **Ermittlungsmöglichkeiten** zur Verfügung. Zurückgegriffen werden kann u.a. auf Umfragen unter den betroffenen Fachärzten.
2. Solche **Umfrageergebnisse** sind von den Zulassungsinstanzen sorgfältig **auszuwerten**, ggf. durch weitere Ermittlungen zu ergänzen (z.B. durch Hinzuziehung von Statistiken) und kritisch zu würdigen. Angaben in einer Umfrage zu freien Kapazitäten dürfen jedoch nicht ohne eine vertretbare Begründung verworfen werden.

Die KV (Ast.) wendet sich im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes gegen die dem zu 7) beigel. Krankenhausarzt erteilte Ermächtigung zur Erbringung von Leistungen der intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM) in der vertragsärztlichen Versorgung. Die ambulant durchgeführte IVM ist eine ärztliche Leistung, die erstmals zum Oktober 2014 in den EBM aufgenommen wurde (insb. Nr. 31371 bis 31373) und deren Abrechnung eine Genehmigung der KV erfordert. Bis dahin waren IVM-Leistungen in Sachsen überwiegend von Krankenhausärzten, u.a. von Ärzten des Universitätsklinikums Y, auf Grundlage einer Vereinbarung mit den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen erbracht worden. Der Bewertungsausschuss empfahl den Zulassungsausschüssen, Fachärzte für Augenheilkunde, die in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V tätig sind, gem. § 116 SGB V soweit und solange zur Erbringung von IVM-Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen, wie dies zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich sei. Dementsprechend wurde der Beigel. zu 7), Facharzt für Augenheilkunde am Universitätsklinikum Y, neben vier weiteren Ärzten ermächtigt. Auf den Widerspruch der augenärztlichen Gemeinschaftspraxis X begrenzte der Ag. die Ermächtigung des Beigel. zu 7) sowie die eines weiteren Arztes auf 170 Behandlungsfälle pro Quartal. Der Zulassungsausschuss erteilte Folgeermächtigungen für zwei Ärzte im Umfang von 150 Behandlungsfällen pro Quartal und für einen Arzt im Umfang von 400 Behandlungsfällen pro Quartal, für einen weiteren Arzt und den Beigel. zu 7) lehnte er sie ab. Der Ag. ermächtigte den Beigel. zu 7) unter Anordnung der sofortigen Vollziehung befristet bis zum 30.06.2018 begrenzt auf 100 Behandlungsfälle pro Quartal auf Überweisung von Fachärzten für Augenheilkunde sowie unbegrenzt auf Überweisung von Fachärzten für Augenheilkunde, die selbst IVM-Leistungen erbringen, jeweils als Definitionsauftrag. ***SG Dresden***, Beschl. v. 13.12.2016 - S 18 KA 194/16 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** stellte die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Beschluss des Ag. betreffend die Ermächtigung des Beigel. zu 7) (S 18 KA 184/16) wieder her.

c) Anordnung der sofortigen Vollziehung eines Ermächtigungsbeschlusses

SG Hamburg, Urteil v. 24.07.2017 - S 27 KA 179/17 ER **RID 17-03-65**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 116; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Das für die **Anordnung der sofortigen Vollziehung** eines **Ermächtigungsbeschlusses** zu fordernde **öffentliche Interesse** geht über das Interesse hinaus, das schon in § 116 II SGB V gefordert wird, um überhaupt einem Krankenhausarzt eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu erteilen. Es reicht also zur Begründung des öffentlichen Interesses an der sofortigen Vollziehung nicht aus, wenn in der Bedarfsermittlung die überwiegende Zahl der befragten Ärzte und Ärzteverbände die Ermächtigung des Ast. befürwortet hat oder wenn allgemein auf eine steigende Zahl der Geburten und damit auf eine steigende Zahl von Säuglingen hingewiesen wird, die wegen angeborener Fehlbildungen der Haut und Hautanhangsgebilde (Hämangiome) behandlungsbedürftig seien könnten.

Das ***SG*** lehnte den Antrag auf Anordnung der sofortigen Vollziehung des Ermächtigungsbeschl. des Ag. ab.

5. Fachärztliche Leistungen eines hausärztlich tätigen Internisten (Gastroskopie)

SG Duisburg, Beschluss v. 11.07.2017 - S 19 KA 4/16 ER **RID 17-03-66**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 73 Ia 3

Den Zulassungsgremien kommt bei einer Entscheidung gem. § 73 Ia 3 SGB V ein **Beurteilungsspielraum** zu (vgl. BSG, Urt. v. 19.03.1997 - 6 RKa 43/96 - SozR 3-2500 § 101 Nr. 1; BSG, Urt. v. 10.05.2000 - B 6 KA 9/99 R - SozR 3-2500 § 101 Nr. 4; BSG, Urt. v. 28.06.2000 - B 6 KA 35/99 R - BSGE 86, 242 = SozR 3-2500 § 101 Nr. 5).
Die Zulassungsgremien können im Rahmen der Entscheidung nach § 73 Ia 3 SGB V ähnlich wie bei der Sonderbedarfszulassung auf den **lokalen Bereich** abstellen und müssen nicht den **Planungsbereich** prüfen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.05.2004 - L 11 KA 163/03 - RID 04-03-43, juris Rn. 26).
Patienten ist es nicht zuzumuten, für eine **Gastroskopie räumlich entfernte Praxen** (hier: in 16,2, 19 bzw. 31,2 km Entfernung) aufzusuchen.

Der Ast., hausärztlich tätiger Internist, beantragte die weitere Genehmigung zur Erbringung der Leistungen nach Nr. 13400 EBM (Ösophago-Gastroduodenoskopie) gemäß § 73 Ia 3 SGB V. Der Zulassungsausschuss erneuerte die Ausnahmeregelung befristet bis zum 31.12.2018. Hiergegen legte die KV erfolglos Widerspruch ein. Die KV erhob Klage (S 19 KA 4/15). Das ***SG*** ordnete auf Antrag des Ast. die sofortige Vollziehung des Beschl. des Berufungsausschusses an.

6. Gebühr für Erweiterung einer (überörtlichen) BAG

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.04.2017 - L 5 KA 3701/15 **RID 17-03-67**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Ärzte-ZV § 46 I Buchst. c

Leitsatz: Für den Antrag auf Genehmigung einer (überörtlichen) Berufsausübungsgemeinschaft fällt nur eine Gebühr gem. § 46 Abs. 1 Buchst. c Ärzte-ZV an. Dafür spricht u.a. auch das aus Art. 3 GG herzuleitende Äquivalenzprinzip.

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Gebührenforderung nach § 46 I 1 Buchst. c Ärzte-ZV für die Genehmigung einer überörtlichen BAG. Die Kl. 1) bis 5) führten eine überörtliche BAG. Sie und der Kl. zu 6) beantragten die Erweiterung der überörtlichen BAG, woraufhin der Zulassungsausschuss pro Arzt eine Antragsgebühr in Höhe von 120 € von jedem Arzt forderte. Die Widersprüche mit dem Ziel, es dürfe insgesamt nur eine Gebühr anfallen, blieben erfolglos. ***SG Freiburg***, Urt. v. 05.08.2015 - S 1 KA 5331/12 - hob die Widerspruchsbescheide des Bekl. auf und verurteilte den Bekl., über die Widersprüche der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden, das ***LSG*** verwarf die Berufung des Bekl. als unzulässig (wegen Verfristung) und wies diejenige der Beigel. zu 1) zurück.

VI. Gesamtvergütung/KVen/SPZ/GBA

Nach BSG, Urt. v. 10.05.2017 - ***B 6 KA 5/16 R*** - hat das bekl. Schiedsamt nach umfassender Auswertung aller ihm verfügbaren Daten vertretbar angenommen, dass wegen der Situation in Hamburg mit - in Relation zum Bundesdurchschnitt - **deutlich höheren Miet- und Personalkosten die Voraussetzungen für einen Zuschlag zum bundesweiten Orientierungswert gegeben sind**. Er hat sich ausdrücklich damit auseinandergesetzt, dass die Attraktivität des Standortes Hamburg auch in einer Überversorgung mit Vertragsärzten zum Ausdruck kommt, und deshalb die Zuschläge nicht so bemessen, dass sie die Differenz bei den für die Praxisführung maßgeblichen Kosten in Hamburg - im Vergleich zum Bundesdurchschnitt - voll ausgleichen. Wenn es gleichwohl eben wegen dieser deutlichen Differenz **einen begrenzten Ausgleich der höheren Kosten für geboten gehalten hat, ist der ihm zukommende Gestaltungsspielraum nicht verlassen**. Entgegen der Auffassung der klagenden Krankenkassen ist der Schiedsspruch nicht deshalb aufzuheben, weil er zu einer Erhöhung der Vergütungen **über die Veränderungsrate des § 71 Abs. 3 SGB V hinaus** führt und insoweit mit dem Gebot der Wahrung der Beitragssatzstabilität kollidieren kann. Der Gesetzgeber hat sich von der Vorstellung leiten lassen, dass ein System von Zu- und Abschlägen im Hinblick auf regionale Besonderheiten gerade nicht zur Folge haben muss, dass bei Betrachtung des gesamten Bundesgebietes die Punktwerte zwangsläufig über den Orientierungswert ansteigen. Die Auswirkungen dieser gesetzesimmanenten **Relativierung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität** sind im Übrigen auch deshalb begrenzt, weil die für ein Jahr vereinbarten oder vom Schiedsamt festgesetzten **Zuschläge** nicht sockelwirksam werden, sich also nicht über die Jahre hinweg automatisch fortschreiben, sondern jeweils bei Bedarf neu verhandelt werden müssen. Nach BSG, Urt. v. 10.05.2017 - ***B 6 KA 14/16 R*** - ist ein Schiedsamt an **Beschlüsse des Bewertungsausschusses** und des erweiterten Bewertungsausschusses **gebunden**. Für Besonderheiten bei der **Kosten- und Versorgungsstruktur** im Rahmen einer Vereinbarung von Zuschlägen nach § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V **gilt insoweit der Grundsatz der Vorjahresanknüpfung nicht**. Soweit der Grundsatz der Vorjahresanknüpfung bei diesen Zuschlägen nicht eingreift, hat das auch zur Folge, dass solche Zuschläge nicht sockelwirksam werden. Ob sie gerechtfertigt sind, muss für jedes Jahr neu verhandelt werden. Nach BSG, Urt. v. 10.05.2017 - ***B 6 KA 10/16 R*** - kann eine Schiedsstelle eine zusätzliche Pauschale gem. § 120 Abs. 1a SGB V für eine pädiatrische Spezialambulanz für zurückliegende Jahre festsetzen, wenn der Krankenhausträger die Pauschale erst nach Ende des jeweiligen Jahres geltend gemacht hat. Vom Krankenhausträger kann erwartet werden, dass **er jedenfalls im Kalenderjahr nach Abschluss des Wirtschaftsjahres gegenüber den Kostenträgern eine zusätzliche Pauschale einfordert**, wenn er sie für notwendig erachtet. Nach Ablauf des Folgejahres müssen sich die Krankenkassen darauf verlassen können, dass sie nicht für längere Zeiträume rückwirkend auf die Zahlung von Pauschalen in Anspruch genommen werden, andernfalls ist von einer **Verwirkung** auszugehen. Die Verpflichtung zur Rücksichtnahme auf die berechtigten Belange der anderen Seite im Rahmen der Dauerrechtsbeziehung zwischen Krankenhausträger und Krankenkassen **schließt aus, bis zum Ablauf der vierjährigen Verjährung mit der Antragstellung zu warten** und den Krankenkassen damit keinen Hinweis auf die Notwendigkeit von Rückstellungen zu geben, wenn und soweit mit der Aufstellung der Jahresrechnung für ein abgeschlossenes Wirtschaftsjahr alle Umstände feststehen, aus denen sich überhaupt der Anspruch nach § 120 Abs. 1a SGB V ergeben kann.

1. Gesamtvergütung

a) Honorarkürzung wg. Nichterfüllung der Fortbildungspflicht: Anspruch der Krankenkasse

SG Gotha, Teilurteil v. 09.11.2016 - S 2 KA 4928/15 **RID 17-03-68**
SGB V §§ 85, 95d, 106a

Der Anwendung des **öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs** steht nicht entgegen, dass in § 95d SGB V keine Regelung zur Erstattung der Kürzungsbeträge an die gesetzlichen Krankenkassen getroffen worden ist.
Entsteht der **Honoraranspruch** wegen Verletzung der Fortbildungspflicht nach § 95d III SGB V nur in **geminderter Höhe**, so steht der **Krankenkasse** bei einer Einzelleistungsvereinbarung nur in dieser Höhe ein Gesamtvergütungsanteil zu, soweit nichts anderes vereinbart ist.
Bei § 95d III 3 SGB V handelt es sich systematisch um einen speziell geregelten Anwendungsfall einer **sachlich-rechnerischen Berichtigung**. Die Regelung geht § 106a SGB V als lex specialis vor. Der disziplinarische Charakter steht dem nicht entgegen. Im Schwerpunkt handelt es sich um eine Qualitätssicherungsmaßnahme.

Das ***SG*** verurteilte die bekl. KZV, d. kl. Krankenkasse unter namentlicher Benennung der betroffenen Vertragszahnärzte Auskunft über die Höhe der seit dem 01.01.2011 vorgenommenen Honorarkürzungen nach § 95d III 3 SGB V zu erteilen, soweit sie anteilig auf die Kl. entfallen.

b) Ausgleichsverfahren zwischen West- und Ost-KVen

LSG Bayern, Urteil v. 24.05.2017 - L 12 KA 157/15 **RID 17-03-69**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 51/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
GKV-SolG Art. 14a

Leitsatz: 1. Der **Ausgleichsanspruch** zwischen den KÄVen des früheren Bundesgebietes („West-KÄVen“) und den KÄVen des Beitrittsgebiets („Ost-KÄVen“) nach Art. 14 Abs. 1a GKV-SolG unterliegt in entsprechender Anwendung der §§ 45 SGB I und 113 Abs. 1 SGB X einer vierjährigen **Verjährungsfrist**.
2. Zur Berechnung des **Ausgleichsanspruchs** bei einer Gesamtvergütung nach § 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V (i.d.F. des GKV-SolG), die sich sowohl aus **Kopfpauschalen** als auch aus **Einzelleistungsvergütungen** zusammensetzt.

Im Streit steht ein Auskunfts- und ggf. Zahlungsanspruch der Kl. gegen die Bekl. im Zusammenhang mit dem im Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz - GKV-SolG - vom 19.12.1998, BGBl I 3853) geregelten Ausgleichsverfahren zwischen den KVen des früheren Bundesgebiets („West-KVen“) und den KVen des Beitrittsgebiets („Ost-KVen“). Die Kl. begehrt nach Umstellung ihres ursprünglichen Klageantrags Auskunft, ob - und falls ja, in welcher Höhe - im Bereich der Bekl. hinsichtlich der vereinbarten und gezahlten Gesamtvergütungen in den Quartalen I bis IV/99 eine über 1,34 % hinausgehende Veränderungsrate erreicht wurde, begrenzt durch die gem. Art. 18 GKV-SolG festgestellte Veränderungsrate in Höhe von 1,66 %. ***SG München***, Urt. v. 10.07.2015 - S 28 KA 296/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

2. Kassenärztliche Vereinigungen

a) Unzulässigkeit eines telefonischen ärztlichen Triage-Services

SG München, Beschluss v. 17.07.2017 - S 28 KA 94/17 ER **RID 17-03-70**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 75 I 1, Ib 1

Leitsatz: Zur Vereinbarkeit eines **telefonischen ärztlichen Triage-Services** mit dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Verbot ausschließlicher Fernbehandlung.

Die Ast. ist die KV Bayern. Der Ag. zu 1) ist eine Gesellschaft, die Dienstleistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens erbringt. Sie wurde im Jahr 2003 von dem Ag. zu 4) gegründet. Der Ag. zu 4), das Praxisnetz, ist ein Zusammenschluss von über 430 niedergelassenen Ärzten aller Fachrichtungen. Der Ag. zu 2) ist eine Gesellschaft, die Rechtsträgerin der Bayerischen F-Firma ist. Der Ag. zu 3) ist als Facharzt für Allgemeinmedizin zu vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und Geschäftsführer sowohl der Ag. zu 1) als auch der Ag. zu 2). Zudem ist er Erster Vorsitzender des Ag. zu 4) und für diesen vertretungsberechtigt. Die Ag. zu 1) u. 4) boten Patienten mit akuten gesundheitlichen Problemen in der Region 10 ab dem 12.12.2016 einen kostenlosen, telefonischen ärztlichen Beratungsservice namens „G-Firma“ an. Das ***SG*** verbot es den Ag. zu 1), 3) u. 4) u.a., gesetzlich Krankenversicherte telefonisch im Rahmen des Services „G-Firma“ zu beraten oder beraten zu lassen, insb. während der Bereitschaftsdienstzeiten gemäß der Bereitschaftsdienstordnung der KV, und/oder diese von in Bayern tätigen Ärzten beraten und/oder behandeln zu lassen, ohne dass es zu einem unmittelbaren Kontakt der Personen mit einem Arzt, insb. einer persönlichen körperlichen Untersuchung durch einen Arzt, kommt. Im Übrigen lehnte es den Antrag ab.

b) Spiegelbildlichkeit bei Besetzung beratender Fachausschüsse/Listen statt Fraktionen

SG Marburg, Urteil v. 31.05.2017 - S 12 KA 100/17 **RID 17-03-71**

Sprungrevision zugelassen (Beschl. v. 16.08.2017)
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 79c, 80; Satzung der KV Hessen

Leitsatz: Der **Grundsatz der Spiegelbildlichkeit** (vgl. BSG, Urt. v. 11.02.2015 - B 6 KA 4/14 R - SozR 4-42500 § 80 Nr. 1, juris Rdnr. 27 ff. m.w.N. zur Rechtsprechung des BVerwG) gilt für die Besetzung von beratenden Fachausschüssen einer Vertreterversammlung einer Kassenärztlichen

Vereinigung (und des Beirats für die Erweiterte Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen) unabhängig davon, ob **Fraktionen** gebildet werden. Im heilberufsrechtlichen Bereich übernehmen sog. **Listen**, die im Regelfall mit eigenem Programm zur Wahl antreten, die Funktion von Fraktionen.

Das ***SG*** erklärte die am 11.01.2017 durchgeführte Wahl der Mitglieder zum beratenden Fachausschuss für hausärztliche Versorgung gem. § 11c und der Mitglieder des Beirats für die Erweiterte Honorarverteilung gemäß § 11d der Satzung der KV Hessen i. d. F. v. Februar 2016 für ungültig und wies im Übrigen die Klage (bzgl. des beratenden Fachausschusses EHV) ab.

c) Erhebung von Daten im Rahmen des Rettungsdienstes

SG München, Urteil v. 21.06.2017 - S 38 KA 1792/14 **RID 17-03-72**

juris

SGB V §§ 294, 295; RDG Bayern Art. 46 II, III, 47

Leitsatz: Ist ein vorausgegangenes Klageverfahren durch beidseitige **Erledigterklärung** abgeschlossen, kann mit dem gleichen Klagegegenstand **erneut** eine **Klage** erhoben werden. Das Rechtsschutzbedürfnis ist deshalb nicht zu verneinen.

Die **Erforderlichkeit der Datenerhebung** nach Art. 47 Abs. 1 BayRDG ist von dem Grundsatz der **Datensparsamkeit** zu unterscheiden. Letzterer ist ausdrücklich in § 3a Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) genannt. Dieser Grundsatz der Datensparsamkeit gilt jedoch im Zusammenhang mit der Erhebung von Daten im Rahmen des **Rettungsdienstes** (BayRDG) nicht.

Mit **Datenschutzrecht** nicht vereinbar ist, wenn personenbezogene Daten zu noch nicht bestimmbaren Zwecken, quasi auf Vorrat gesammelt werden (vgl. Kasseler Kommentar, Rn 7 zu § 284 SGB V).

Je mehr Stellen die Daten zugänglich gemacht werden bzw. zugänglich zu machen sind, umso mehr besteht die **Gefahr des Datenmissbrauchs**. Deshalb sind bei dieser Konstellation an die Erforderlichkeit der Datenerhebung äußerst strenge Maßstäbe zu stellen.

Der Kl. ist Vertragsarzt und als Psychosomatiker und Psychotherapeut tätig. Er wandte sich gegen die Datenerhebung im Rahmen von „emDoc“ (emergency documentation). Das ***SG*** stellte fest, dass d. Kl. nicht verpflichtet ist, nachfolgend bezeichnete Daten zum Zwecke der Abrechnung, Qualitätssicherung oder für Forschungszwecke im Regelfall an die Bekl. zu übermitteln, so wie sie durch „emDoc“ seitens der Bekl. derzeit erhoben werden: Nummer des Kreisverbands, Wache des Rettungswagens, Alarmzeit, Zeit des Einsatzendes, Postleitzahl, Einsatzstraße, Einsatzort, Auftragsnummer der Leitstelle für den Rettungswagen.

3. Vergütung eines SPZ: Steigerungen der Vergütungen über Veränderungsrate

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 27.06.2017 - L 24 KA 35/17 KL ER **RID 17-03-73**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 119 II, 120 II; KHG § 18a; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Die Schiedsstelle konnte konstatieren, dass das **Sozialpädiatrische Zentrum** bis einschließlich 2014 auf 15% der ihr gegenüber den Kassen zustehenden **Vergütung verzichtet** hat, weil die Vertragspartner der Annahme waren, die Sozialhilfeträger würden hierfür - aus welchen Gründen auch immer - aufkommen. Nach BSG, Urt. v. 13.05.2015 - B 6 KA 20/14 R - BSGE 119, 43 = SozR 4-2500 § 120 Nr. 4, juris Rn. 32, 35 sind Steigerungen der Vergütungen auch über die bloße **Veränderungsrate** aufgrund gestiegener Lohn- und Sachkosten etc. hinaus u.a. dann möglich, wenn in den Vorjahren fehlerhaft kalkuliert wurde und jetzt höhere Kostensätze verwendet werden.

Das ***LSG*** ordnete auf Antrag des Sozialpädiatrische Zentrums die sofortige Vollziehung des Beschlusses der Schiedsstelle (Ag.) an.

4. GBA: Streichung von der Liste der stellungnahmeberechtigten wissenschaftl. Fachgesellschaften

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 28.06.2017 - L 9 KR 89/15 KL **RID 17-03-74**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 92 VIId 1; SGB X §§ 45, 48

Leitsatz: 1. Ein die Interessen seiner ärztlichen Mitglieder wahrnehmender **Berufsverband** ist nicht automatisch eine **wissenschaftliche Fachgesellschaft**.

2. Der Gemeinsame Bundesausschuss darf die Aufnahme in den Kreis der stellungnahmeberechtigten wissenschaftlichen Fachgesellschaften nach § 92 Abs. 7d Satz 1 SGB V davon abhängig machen, dass die Organisation eine primär **wissenschaftliche Zielsetzung** verfolgt.

Das ***LSG*** wies die Klage ab.

VII. Kosten/Verfahrensrecht

Vgl. Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit/Streitwertkatalog, 5. Aufl. 2017, www.sozialgerichtsbarkeit.de (rechts unten auf der Startseite ist link vorhanden); Die Sozialgerichtsbarkeit Nordrhein-Westfalen; Kompendium zum kostenrechtlichen Symposium am 11. Juni 2008, http://www.lsg.nrw.de/aktuelles/kompendium_symposium.pdf; s.a. *Wenner/Bernard*, NZS 2006, 1; NZS 2003, 568; NZS 2001, 57; *Straßfeld*, SGb 2008, 119 u. 191.

1. Kosten: Erledigungserklärung als verdeckte Klagerücknahme

SG Marburg, Beschluss v. 28.06.2017 - S 12 KA 120/15 **RID 17-03-75**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b; SGG § 197a; VwGO § 161

Leitsatz: Wird ein Widerspruchsbescheid, der mehrere Widerspruchsverfahren gegen verschiedene Honorarbescheide umfasst, angefochten, so wird jeder Honorarbescheid streitgegenständlich (vgl. SG Marburg, Beschl. v. 18.09.2015 - S 12 KA 120/15 - RID 15-04-61, juris sowie LSG Hessen, Beschl. v. 30.11.2015 - L 4 KA 40/15 B - RID 16-01-69). Wird im Nachhinein erklärt, Klage habe gar nicht erhoben werden sollen, so handelt es sich bei einer Erledigungserklärung der Klägerseite um eine **verdeckte Klagerücknahme** (vgl. BVerwG, Beschl. vom 24.06.2008 - 3 C 5/07 - juris Rdnr. 3) und hat diese die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Das ***SG*** verpflichtete die Kl., die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

2. Wirksame Klagerücknahme in Sitzung des Disziplinarausschusses

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 06.09.2016 - L 5 KA 1613/14 **RID 17-03-76**

SGG §§ 102 I 2, 202; ZPO § 269 I

Vor dem Disziplinarausschuss einer KZV kann die **Rücknahme einer Klage** erklärt werden. Erklärungsempfänger ist das Gericht. Mit der Einreichung der Sitzungsniederschrift über die Sitzung des Disziplinarausschusses wird die Klagerücknahme als **Prozesshandlung** wirksam. Als Prozesshandlung kann sie weder widerrufen noch angefochten werden.

SG Stuttgart, Urt. v. 17.01.2014 - S 10 KA 1940/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück mit der Maßgabe, dass die Urteilsformel wie folgt neu gefasst wird: Es wird festgestellt, dass die Klage im Verfahren S 10 KA 1376/11 (neues Az. S 10 KA 1940/13) zurückgenommen und das Klageverfahren beendet ist.

3. Klageverzicht vor Abschluss des Verwaltungsverfahrens (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 06.09.2016 - L 5 KA 1612/14 **RID 17-03-77**

SGG § 90; FG O § 50 I

Ein **Klageverzicht** kann vor Abschluss des Verwaltungsverfahrens, auch des Widerspruchverfahrens, grundsätzlich nicht wirksam ausgesprochen werden. Er kann aber vor einer Entscheidung des Beschwerdeausschusses rechtsgeschäftlich **vereinbart** werden, was auch Absprachen der vorliegenden Art - „Gegen den Bescheid des Beschwerdeausschusses aufgrund meines Widerspruchs gegen den Prüfbescheid werde ich kein Rechtsmittel einlegen“ - im Rahmen eines Disziplinarverfahrens ermöglicht. Mit Vorlage der Sitzungsniederschrift beim Gericht wird der Verzicht als Prozesshandlung wirksam.

SG Stuttgart, Urt. v. 17.01.2014 - S 10 KA 4283/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

4. Wiedereinsetzung in den vorigen Stand (Datenlöschung nach Zulassungsentziehung)

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 28.06.2017 - L 11 KA 3/17 **RID 17-03-78**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG § 67

Aus der **pauschalen Angabe** eines Kl., er sei „von Mitte Dezember bis etwa 10. Januar arbeitsunfähig erkrankt", ergibt sich kein Hinweis auf die gesundheitliche Unfähigkeit, eine Berufung einzulegen.

Der Kl. begehrt die Verpflichtung des Beklagten, Daten zu löschen bzw. Bestandteile aus den über ihn geführten Akten zu entfernen. Dem Kl., der als Facharzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen war, wurde wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit 2012 die Zulassung entzogen. In den Jahren 2011 und 2012 bemühte er sich mehrfach in anderen KV-Bezirken erfolglos um Zulassungen. Im Rahmen der entsprechenden Verfahren stellte der Bekl. die ihm vorliegenden Akten den auswärtigen Zulassungsgremien zur Verfügung. Die Akten enthalten u.a. Informationen aus mehreren Strafverfahren sowie aus Verfahren über die Anordnung des Ruhens der Approbation und Entscheidungen des Zulassungs- und des Berufungsausschusses aus den Jahren ab 2000. Darunter befinden sich Mitteilungen der KV Nordrhein, dass der Kl. mehrfach bzw. kontinuierlich seine vertragsärztlichen Pflichten verletzt habe. ***SG Düsseldorf***, Urt. v. 12.10.2016 - S 33 KA 625/12 - wies die Klage ab. Weder die für die Aktenführung des Bekl. in erster Linie maßgebliche Ärzte-ZV noch das SGB X oder das Datenschutzgesetz NRW enthielten Regelungen, die nach Ablauf bestimmter Fristen einen Anspruch auf Löschung von Daten vorsähen. Die Begründung von Mindestaufbewahrungsfristen in § 43 Ärzte-ZV sei nicht gleichzusetzen mit einer Verpflichtung zur Löschung von Daten bzw. Vernichtung von Akten nach Fristablauf. Auch § 84 SGB X sowie § 19 Datenschutzgesetz NRW enthielten keine Regelung, nach der Daten oder Aktenbestandteile nach Ablauf konkreter Fristen auf Antrag zu löschen wären. Aus den beiden Vorschriften ergebe sich allein, dass die speichernde Stelle Daten dann zu löschen habe, wenn sie die Kenntnis zur Aufgabenerfüllung nicht mehr benötige. Zulassungsgremien müssten jederzeit in der Lage sein, das Vorliegen bzw. Fortbestehen der Zulassungsvoraussetzungen, namentlich der Geeignetheit des Vertragsarztes, zu überprüfen. Dabei seien sie auf die möglichst umfassende Kenntnis aller relevanten Umstände angewiesen. Ein Rechtssatz, dass einzelne Informationen nach Ablauf bestimmter Fristen für diese Beurteilung keine Relevanz mehr hätten, existiere nicht. Ob und welche rechtlich vertretbaren Schlüsse aus länger zurück liegenden Sachverhalten gezogen werden könnten, sei vielmehr in Abhängigkeit von den konkreten Umständen des Einzelfalles zu beurteilen und daher Gegenstand des jeweiligen, die Zulassung betreffenden Verfahrens. Auch § 58a Heilberufsgesetz NRW begründe den geltend gemachten Anspruch des Kl. nicht. Die Regelung beziehe sich allein auf die Verfahren zur Ahndung berufsrechtswidrigen Verhaltens von Angehörigen der Kammern für Heilberufe. Die spezialgesetzliche Regelung beanspruche keine Allgemeingültigkeit und könne nicht auf andere Rechtsbereiche übertragen werden. Das ***LSG*** verwarf die Berufung.

5. Anhörungsrüge und Entscheidungserheblichkeit (Zahlungsfähigkeit nach Honorarberichtigung)

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 06.07.2017 - L 7 KA 32/17 B ER RG **RID 17-03-79**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG § 178a

Leitsatz: 1. Stützt ein Gericht seine Entscheidung auf mehrere voneinander unabhängige Gründe, ist eine **Verletzung des rechtlichen Gehörs** nur dann **entscheidungserheblich**, wenn sich die Verletzung auf alle die Entscheidung tragenden Erwägungen des Gerichts bezieht.
2. In diesem Fall muss der **Rügende** schlüssig **aufzeigen**, dass das Gericht hinsichtlich aller seine Entscheidung tragenden Erwägungen das Recht des Rügenden auf rechtliches Gehör verletzt hat.

Vorausgehend: ***SG Berlin***, Beschl. v. 04.10.2016 - S 83 KA 1070/16 ER -. Das ***LSG*** verwarf die Anhörungsrüge des Ast. gegen den Beschl. des Sen. v. 28.04.2017 als unzulässig.

6. Beschwerdewert bei beschränkter Berufung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 05.04.2017 - L 11 KA 21/16 **RID 17-03-80**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG §§ 144, 158

Der **Beschwerdewert** bestimmt sich allein nach dem Geldbetrag, den das erstinstanzliche Gericht versagt hat, soweit er vom Berufungsführer weiter verfolgt wird. Maßgebend ist dabei die Leistung, die bei Einlegung der Berufung im Streit steht.
Wird ein Prüfbescheid nur angegriffen, soweit „Beiverordnungen" von Benzodiazepinen bei gleichzeitiger Opiatsubstitution regressiert wurden, und wird wegen der Regresse aufgrund von „Verordnungen von Substitutionsmitteln zur Behandlung von Opioidabhängigkeit" ausdrücklich **keine Entscheidung** im Rahmen der Berufung beantragt, sondern die **Zulassung der Sprungrevision** unter „Umgehung der Berufungsinstanz" begehrt, dann beläuft sich der Wert des Beschwerdegegenstandes nur nach den „Beiverordnungen".

Streitig sind Regresse wegen unzulässiger Verordnung von Arzneimitteln in den Quartalen I bis III/07. Der Regress betreffend Quartal IV/06 ist Gegenstand des Verfahrens L 11 KA 71/14. Der Kl. ist praktischer Arzt. ***SG Düsseldorf***, Urt. v. 15.01.2014 - S 14 KA 111/08 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verwarf die Berufung als unzulässig.

Parallelverfahren:
LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 05.04.2017 - L 11 KA 71/14 **RID 17-03-81**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

VIII. Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV)

1. Rederecht des weiteren Stellvertreters des Vorsitzenden des Beirats

SG Marburg, Urteil v. 31.05.2017 - S 12 KA 704/15 **RID 17-03-82**
Sprungrevision zugelassen (Beschl. v. 16.08.2017)
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
KVHG Hessen § 8; Art. 4 § 1 II GKAR; GEHV i.d.F. der Beschl. v. 13.12.2014 u. 30.05.2015, 14.03.2015 u. 30.05.2015

Leitsatz: 1. Das **Rederecht des weiteren Stellvertreters des Vorsitzenden des Beirats** für die Erweiterte Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen nach § 11d Abs. 7 der **Satzung** kann nicht durch die **Geschäftsordnung** der Vertreterversammlung eingeschränkt werden.
2. Die Leistungen aus der Erweiterten Honorarverteilung für den **Zeitraum 01.07.2015 bis 30.06.2016** müssen auf der Grundlage der Einbeziehung des Honorars aus **Sonderverträgen** berechnet werden (Festhalten an SG Marburg, Urt. v. 05.11.2014 - S 12 KA 84/13 - RID 14-04-63, juris, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 85/14 -).
3. Der sog. **paritätische Defizitausgleich** nach § 8 Abs. 1 GEHV in der bis zum 30.06.2012 geltenden Fassung als auch in Gestalt des § 5 Abs. 2 GEHV in der ab 01.07.2012 geltenden Fassung ist für den Leistungszeitraum 01.07.2015 bis 30.06.2016 nicht zu beanstanden.
4. Bei der Festsetzung der **Verwaltungskostenumlage** ist auch nach der Neufassung der GEHV zum 01.07.2012 nicht zwischen aktiven Vertragsärzten und EHV-Beziehern zu unterscheiden (Festhalten an SG Marburg, Urt. v. 05.11.2014, a.a.O.).

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Anspruchs auf Teilnahme an der EHV für den Zeitraum 01.07.2015 bis 30.06.2016. Es handelt sich um eine von vier Musterklagen. Das ***SG*** verurteilte die Bekl., den Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes neu zu bescheiden und wies im Übrigen die Klage ab.

Parallelverfahren:
SG Marburg, Urteil v. 31.05.2017 - S 12 KA 727/15 **RID 17-03-83**
Sprungrevision zugelassen (Beschl. v. 16.08.2017)
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SG Marburg, Urteil v. 31.05.2017 - S 12 KA 706/15 **RID 17-03-84**
Sprungrevision zugelassen (Beschl. v. 16.08.2017)
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SG Marburg, Urteil v. 31.05.2017 - S 12 KA 705/15 **RID 17-03-85**
Sprungrevision zugelassen (Beschl. v. 16.08.2017)
www.sozialgerichtsbarkeit.de juris

2. Keine Verzinsung von EHV-Nachzahlungen

SG Marburg, Urteil v. 31.05.2017 - S 12 KA 760/16 **RID 17-03-86**
Berufung anhängig: L 4 KA 28/17
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB I §§ 11 I, 44; KVHG Hessen § 8; Art. 4 § 1 II GKAR; GEHV

Leitsatz: Ansprüche aus der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen einschließlich von **Nachzahlungen** sind nicht zu **verzinsen**.

Die Beteiligten streiten um die Verzinsung der Nachvergütung von Leistungen aus der EHV für die 24 Quartale III/06 bis II/12. Das ***SG*** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:
SG Marburg, Urteil v. 31.05.2017 - S 12 KA 771/16 **RID 17-03-87**
Berufung anhängig: L 4 KA 31/17
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SG Marburg, Urteil v. 31.05.2017 - S 12 KA 770/16 **RID 17-03-88**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SG Marburg, Urteil v. 31.05.2017 - S 12 KA 769/16 **RID 17-03-89**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

3. Aufhebung bestandskräftiger EHV-Bescheide

SG Marburg, Urteil v. 31.05.2017 - S 12 KA 648/16 **RID 17-03-90**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB X §§ 44 I, II; SGB I §§ 11 I, 44; KVHG Hessen § 8; Art. 4 § 1 II GKAR; GEHV

Leitsatz: Als Rechtsgrundlage für die **Aufhebung bestandskräftiger Bescheide** über **Leistungen aus der Erweiterten Honorarverteilung (EHV)** der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen kommt ausschließlich **Absatz 2**, nicht Absatz 1 des **§ 44 SGB X** in Betracht. Eine Kassenärztliche Vereinigung gehört nicht zu den Leistungsträgern nach § 12 SGB I und die EHV-Leistungen dienen nicht der Verwirklichung ihrer **sozialen Rechte** im Sinne des § 11 SGB I.

Die Beteiligten streiten um die Neufeststellung der Leistungen aus der EHV für die 14 Quartale I/12 bis II/12 und III/12 bis II/15 nach § 44 SGB X. Es handelt sich um eine von zwei Musterklagen. Das ***SG*** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:
SG Marburg, Urteil v. 31.05.2017 - S 12 KA 775/16 **RID 17-03-91**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

IX. Bundessozialgericht (BSG)

1. Honorarverteilung

a) Wachstumsmöglichkeiten für sog. Jungpraxen

BSG, Beschluss v. 28.06.2017 - B 6 KA 89/16 B **RID 17-03-92**
juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 24.11.2016 - L 24 KA 25/15 - RID 17-01-5 wird zurückgewiesen.

Nach st. Rspr. müssen umsatzmäßig unterdurchschnittliche Praxen - typischerweise insb. neu gegründete Praxen - die Möglichkeit haben, durch Erhöhung der Zahl der von ihnen behandelten Patienten den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Daraus folgt, dass Honorarbegrenzungsregelungen grundsätzlich nicht so ausgestaltet werden müssen, dass ein Erreichen des **Durchschnittsumsatzes** unabhängig von der **Fallzahl** erreicht werden kann. Dies gilt auch für umsatzmäßig unterdurchschnittliche Praxen in der **Aufbauphase**. Der Unterschied zu anderen unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen besteht lediglich darin, dass Praxen in der Aufbauphase die Möglichkeit haben müssen, den durchschnittlichen Umsatz nicht erst „in absehbarer Zeit“ und damit innerhalb von fünf Jahren zu erreichen, sondern dass ihnen die Steigerung auf den Durchschnittsumsatz sofort ermöglicht werden muss.

Soweit der Senat in einigen Urteilen formuliert hat, dass neu gegründete Praxen für die Zeit des Aufbaus von der Wachstumsbegrenzung „völlig freizustellen“ sind, handelte es sich um eine Formulierung, die sich in erster Linie auf die **Möglichkeit zur Steigerung der Fallzahl** bezog. Auf die Möglichkeit zu einem Wachstum allein durch eine **Steigerung des Fallwerts** hat der Senat diese Aussage hingegen nie bezogen. Soweit der Senat in einer Entscheidung vom 28.01.2009 (B 6 KA 5/08 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 45 Rn. 27) erwogen hat, ob eine Steigerungsmöglichkeit auch in der Form gewährt werden kann oder muss, dass anstelle eines Fallzahlzuwachses (oder zumindest gleichberechtigt daneben) auch Fallwertsteigerungen zu berücksichtigen sind, hat er in seiner Entscheidung v. 17.02.2016 (B 6 KA 4/15 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 85 Rn. 35) klargestellt, dass eine solche Verpflichtung nur in besonderen Fallkonstellationen in Betracht kommt, etwa im Zusammenhang mit einer Änderung der Praxisausrichtung. Liegen die Voraussetzungen für QZV und Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten nicht vor, dann kann nicht beansprucht werden, dass einer Jungpraxis - unabhängig von der tatsächlichen Fallzahl - ein RLV mindestens in Höhe des Durchschnitts der Fachgruppe zugebilligt wird.

b) Zuschläge oder Abschläge von den Orientierungswerten

BSG, Beschluss v. 28.06.2017 - B 6 KA 16/17 B **RID 17-03-93**
juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 20.12.2016 - L 5 KA 1867/12 - wird zurückgewiesen.

In dem vom Kläger in Bezug genommenen Urteil des Senats vom 11.12.2013 (B 6 KA 4/13 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 5) hat der Senat bekräftigt, dass die fehlende Vorgabe von Indikatoren durch den EBewA die Vertragspartner auf regionaler Ebene nicht gehindert hat, nach eigener Entscheidung **Zuschläge oder Abschläge von den Orientierungswerten** zu vereinbaren (so schon BSG, Urt. v. 21.03.2012 - B 6 KA 21/11 R - BSGE 110, 258 = SozR 4-2500 § 87a Nr. 1 Rn. 33 ff.), die **Vertragsärzte** durch die fehlenden Vorgaben mithin **nicht beschwert** waren. Die Vertragspartner durften nach § 87a II 2 SGB V a.F. solche Zuschläge nur nicht unter Verwendung von Kriterien vereinbaren, die denen widersprachen, die der BewA (unterstellt) festgelegt hatte (BSG SozR 4-2500 § 87b Nr. 5 Rn. 27). Ebenso hat der Senat sich mit der Berücksichtigung des Kriteriums „Geschlecht“ befasst und die Feststellungen des EBewA für ausreichend gehalten (SozR 4-2500 § 87b Nr. 5 Rn. 29). Wenn der Senat keine Ausführungen zur Verfassungsmäßigkeit gemacht hat, beruhte dies darauf, dass insofern keine Zweifel bestanden.

Parallelverfahren:
BSG, Beschluss v. 28.06.2017 - B 6 KA 17/17 B **RID 17-03-94**
juris

c) Schmerztherapeutisch tätige Fachärztin für Anästhesiologie: Kein QZV Akupunktur

BSG, Beschluss v. 28.06.2017 - B 6 KA 84/16 B **RID 17-03-95**
juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. gegen ***LSG Hessen***, Urt. v. 28.09.2016 - L 4 KA 53/13 - 17-01-11 wird zurückgewiesen.

Nach st. BSG-Rspr. ist eine Rechtsnorm, bei der es sich um ausgelaufenes Recht handelt, regelmäßig nicht von **grundsätzlicher Bedeutung**. Mit dem **GKV-Versorgungsstrukturgesetz** v. 22.12.2011 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 auch für die **Zuerkennung von QZV** auf die für die RLV maßgebliche Arztgruppeneinteilung abzustellen ist, keine grundsätzliche Bedeutung zukommt. Die bloße Behauptung, es sei noch eine erhebliche Anzahl von **Altfällen** nicht bestandskräftig abgeschlossen, genügt regelmäßig nicht. Soweit der aktuelle HVM der Bekl. die entsprechenden Regelungen weiterführt, weist die Bekl. zutreffend darauf hin, dass sie nunmehr auf anderen bundesrechtlichen Grundlagen basieren.

Es ist nicht erkennbar, dass der Begriff der Arztgruppe für die Zuerkennung von QZV anders auszulegen war als für die Zuweisung von RLV. In der Sache leuchtet ein, dass der

Bewertungsausschusses für die Arztgruppe der ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätigen Vertragsärzte keine QZV vorgesehen hat, weil **QZV** das **unterschiedliche Leistungsspektrum der Ärzte einer Arztgruppe** abbilden sollten und bei dieser Gruppe von einer hinreichenden Homogenität ausgegangen wurde.

2. Zuständigkeit des Bewertungsausschusses und der Bundesmantelvertragspartner (Humangenetik)

BSG, Urteil v. 03.08.2016 - B 6 KA 42/15 R **RID 17-03-96**
SozR 4-2500 § 87 Nr. 33

Leitsatz: Die **Bundesmantelvertragspartner** waren jedenfalls vor dem 23.7.2015 befugt, die Vergütung bestimmter vertragsärztlicher Leistungen auf der Grundlage von **Euro-Beträgen** zu regeln.

3. Verwaltungskostenumlage auch von Sachkosten operativ tätiger Augenärzte

BSG, Beschluss v. 28.06.2017 - B 6 KA 85/16 B **RID 17-03-97**
juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 26.10.2016 - L 5 KA 760/14 - wird zurückgewiesen.

Der Umstand, dass **Sachkosten** u.a. bei operativ tätigen Augenärzten und den Vertragsärzten, die Dialyseleistungen erbringen, **gesondert ausgewiesen und erstatten** werden, rechtfertigt keine von der Behandlung derjenigen Arztgruppen, bei denen gesondert ausgewiesene Sachkosten nicht anfallen, abweichende Heranziehung bei den Verwaltungskosten.

Geklärt hat der Senat auch, dass unter dem Aspekt des **„Vorteils“** der allen Vertragsärzten aus der Tätigkeit der KV erwächst, **nicht zwischen einzelnen Schwerpunkten der Verwaltungstätigkeit** der KV differenziert werden kann bzw. muss. Im Übrigen hat der Senat darauf hingewiesen, dass die Verwaltungstätigkeit der KV nicht allein darin besteht, die Leistungen der Vertragsärzte abzurechnen und diesen das Honorar für ihre Leistungen zuzuweisen, sondern auch darin, in Kooperation mit den Krankenkassen und mit ihren Verbänden die Grundlagen für die vertragsärztliche Leistungserbringung zu schaffen, die Kostenanteile für die mit Vertretern der Ärzten und Krankenkassen besetzten Gremien aufzubringen und die Arbeit der Vertragsärzte gegenüber der Öffentlichkeit darzustellen.

Soweit die Kl. schließlich unter dem Gesichtspunkt der grundsätzlichen Bedeutung die **unterschiedliche Höhe** des Verwaltungskostenabzugs bei **Dialysesachleistungen** und den in ihrer **augenärztlichen Praxis** anfallenden Sachkosten problematisiert, verleiht auch dieser Aspekt der Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung. Aus einem - unterstellt - zu niedrigen Verwaltungskostensatz für die Dialysesachkosten würde kein Anspruch der Klägerin folgen, die in ihrer Praxis anfallenden Sachkosten bei der Erhebung von Verwaltungskosten wie Dialysesachleistungen zu behandeln.

4. Sachlich-rechnerische Berichtigung

a) BVerfG: MKG-Chirurgen/Splittingverbot

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 09.02.2017 - 1 BvR 2230/16 **RID 17-03-98**

Die **Verfassungsbeschwerde** gegen ***BSG***, Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 16/15 R - SozR 4-5532 Allg. Nr. 2 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

b) Kein Honoraranspruch für nicht persönlich erbrachte Leistungen

BSG, Beschluss v. 28.06.2017 - B 6 KA 73/16 B **RID 17-03-99**
juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Bayern***, Urt. v. 01.06.2016 - L 12 KA 136/14 - wird zurückgewiesen.

Der Umstand, dass nicht der Kl., sondern Dr. M. und andere Ärzte Arzneimittelverordnungen auf dem Rezeptblock des Kl. unterschrieben haben, ist im vorliegenden Verfahren nicht unmittelbar Grund für die Rückforderung, sondern eines von mehreren Indizien, die dafür sprechen, dass der Kl. auch Behandlungen, die er gegenüber der KV abgerechnet hat, nicht selbst erbracht und damit gegen die **Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung** (§ 15 I 1 SGB V, § 32 I 1 Ärzte-ZV, § 15 I 1 BMV-Ä) verstoßen hat. Für nicht persönlich erbrachte Leistungen steht dem Kl. ein **Honoraranspruch** nicht zu.

c) Facettendenervation mittels Vereisung nicht nach Nr. 31131 EBM (Neurochirurgie)

BSG, Beschluss v. 28.06.2017 - B 6 KA 90/16 B **RID 17-03-100**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 28.09.2016 - L 11 KA 55/15 - wird zurückgewiesen.

Der Kläger selbst hat im Verlaufe des gesamten Verfahrens nicht in Frage gestellt, dass er die **Facettendenervationen**, wie sie im OPS-Code 5-830.2 des Anhangs 2 zum EBM in der bis zum 31.3.2013 geltenden Fassung beschrieben werden, **nicht im Rahmen einer offen chirurgischen Operation** durchführt, also nicht mit Hilfe eines medizinischen Instruments (Skalpell) den beschädigten oder in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkten Nerv der Wirbelsäule behandelt. Nach dem insoweit eindeutigen Wortlaut der Präambel 31.2.4 sind jedoch nur solche Facettendenervationen nach GOP 31131 EBM berechnungsfähig, die nach diesem - aus der Sicht des Klägers und in Übereinstimmung mit verschiedenen in dieses Verfahren eingeführten Gutachten - seit langem medizinisch überholten offen chirurgischen Verfahren durchgeführt werden. Die gegenwärtig praktizierten Verfahren der Facettendenervation **mittels Vereisung**, wie sie vom Kläger durchgeführt werden, oder mittels **hyperthermischer Behandlung**, wie sie auch angeboten werden, erfolgen dagegen jeweils in der Form, dass über einen kleinen Schnitt ein medizinisches Gerät in das Gelenk eingeführt wird und dort die Wirkung der Vereisung bzw. der Überwärmung und damit der Stilllegung des Nervs erreicht wird. Diese vom Wortlaut her nahegelegte Sichtweise entspricht auch der Auffassung der Partner des Bewertungsmaßstabs.

Dass nach Auffassung von medizinischen Experten eine bestimmte, nicht als offen chirurgische Operation abrechenbare Leistung wertungsmäßig einer solchen Leistung gleichstehen soll, ist nach gefestigter Senatsrspr. für die Anwendung der vertraglichen Gebührenordnungen ohne Bedeutung (BSG SozR 3-5533 Nr. 2449 BMÄ Nr. 1 S. 3).

5. Konkurrentenklage: Auslastung der Dialysepraxis

BSG, Urteil v. 03.08.2016 - B 6 KA 20/15 R **RID 17-03-101**

SozR 4-5540 Anl. 9.1 Nr. 7 = GesR 2017, 118 = KHE 2016/71

Leitsatz: Die für die Zusicherung und Genehmigung eines weiteren Versorgungsauftrags erforderliche Auslastung bereits bestehender **Dialyseeinrichtungen** muss sowohl im Zeitpunkt der Entscheidung gegeben als auch in Zukunft prognostisch zu erwarten sein.

6. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress

a) Auswirkungen von Praxisbesonderheiten

BSG, Beschluss v. 10.05.2017 - B 6 KA 1/17 B **RID 17-03-102**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 17.11.2016 - L 5 KA 11/16 - wird zurückgewiesen.

Der Senat hat entschieden, dass die **Auswirkungen von Praxisbesonderheiten** bestimmt werden müssen, ehe sich auf der Grundlage der statistischen Abweichung eine verlässliche Aussage über die Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- oder Verordnungsweise treffen lässt (vgl BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 41 S. 224). Wenn damit die **Quantifizierung** des auf Praxisbesonderheiten beruhenden **Mehraufwandes** gefordert wird, impliziert dies auch, dass zu prüfen ist, in welchem Umfang ein

Mehraufwand tatsächlich auf die Praxisbesonderheit zurückzuführen ist. Die Auswirkungen der Praxisbesonderheiten können im Wege der Schätzung ermittelt werden. Ob das Vorgehen des LSG diesen Vorgaben in vollem Umfang entspricht, ist für die Zulassung der Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache nicht maßgeblich.

b) Verordnungsfähigkeit von „LeukoNorm"/Anrufung des Beschwerdeausschusses

BSG, Beschluss v. 10.05.2017 - B 6 KA 75/16 B **RID 17-03-103**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 24.08.2016 - L 3 KA 120/11 - wird zurückgewiesen.

Für die Frage, ob gegen einen Regressbescheid der **Beschwerdeausschuss angerufen** werden muss oder unmittelbar Klage erhoben werden kann, kommt es nicht darauf an, wie der Arzt seinen Rechtsbehelf begründet, insb. ob er einen Ausnahmefall geltend macht, ob er diesen ausreichend begründet und ob ein Ausnahmefall sich aufdrängt oder auch nur möglich erscheint (BSG, Urt. v. 02.07.2014 - SozR 4-2500 § 106 Nr. 45 Rn. 19 ff.). Dass von diesem Grundsatz für den Sonderfall einer fiktiven Zulassung eines Arzneimittels auf der Grundlage des Rechts der früheren DDR eine Ausnahme zu machen sei, ist nicht erkennbar.

Die **Ausnahmeregelung** des § 106 V 8 SGB V greift ein, wenn sich die Unzulässigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung unmittelbar und eindeutig aus dem Gesetz selbst oder aus den Richtlinien des GBA ergibt. Dabei muss sich der Ausschluss aus spezifischen Regelungen des Krankenversicherungsrechts ergeben. Im Hinblick auf die lediglich **fiktive Zulassung von „LeukoNorm"**, das über keine eigene Zulassung nach dem AMG verfügt hat, durfte dieses Mittel zumindest nach der Rspr. aller damit befassten Senate des BSG jedenfalls regelhaft nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt werden. Diese klare, aus der fehlenden Zulassung nach dem AMG und einer darauf Bezug nehmenden Regelung in den AMRL beruhende Rechtsfolge reicht für die Anwendung des § 106 V 8 SGB V aus.

Der Senat hat sich in Übereinstimmung mit dem 1. Senats mit der **Verordnungsfähigkeit von „LeukoNorm"** befasst und diese regelmäßig verneint (BSG, Beschl. v. 28.08.2013 - B 6 KA 27/13 B - juris; zuletzt BSG, Beschl. v. 15.07.2015 - B 6 KA 18/15 B - RID 15-04-69, juris u. - B 6 KA 19/15 B - RID 15-04-70, juris).

c) Abtretung einer Regressforderung an AOK (Unzulässige Revision)

BSG, Beschluss v. 13.07.2017 - B 6 KA 20/17 B **RID 17-03-104**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Bayern***, Urt. v. 09.11.2016 - L 12 KA 70/16 - wird verworfen.

Soweit der Bekl. meint, es bedürfe der **Klärung**, ob nicht aus den rechtskräftigen **Regressen direkt vollstreckt werden könne**, fehlt es sowohl an einer Auseinandersetzung mit den Argumenten der Vorinstanzen, die diese Frage hier verneint haben, als auch mit den gesetzlichen Grundlagen der Vollstreckung sowie der einschlägigen Rechtsprechung des Senats (z.B. BSG, Urt. v. 28.10.2015 - B 6 KA 15/15 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 52 Rn. 16). Auch eine **über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung der Rechtssache** ist nicht dargelegt. Die Behauptung, es drohe eine Vielzahl weiterer Leistungsklagen der AOK aus abgetretenem Recht, ist insofern unzureichend. Anlass für Klagen und die damit verbundenen Kosten hat in seinem Fall der Bekl. im Übrigen selbst dadurch gegeben, dass er nach Bestandskraft der Regressbescheide auf die Zahlungsaufforderung der kl. Krankenkasse nicht reagiert hat.

Die kl. AOK macht gegen den Bekl., der aufgrund einer Sonderbedarfszulassung als Hämatologe und internistischer Onkologe von 1998 bis zur Entziehung seiner Zulassung 2004 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnahm, aus abgetretenem Recht 960.441,58 € geltend. Der Beschwerdeausschuss setzte mit Bescheiden vom Juli 2006 gegen den Bekl. für das Quartal III/01 einen Regress wegen unwirtschaftlicher Verordnung von Sprechstundenbedarf in Höhe von 408.699,38 € und für das Quartal I/02 in Höhe von 551.742,20 € fest. Nachdem die Bescheide 2015 bestandskräftig geworden waren, trat die KV die Regressforderungen an die Kl. ab. Nach erfolgloser Zahlungsaufforderung hat die Kl. eine Zahlungsklage erhoben. ***SG München***, Gerichtsb. v. 06.07.2016 - S 21 KA 1237/15 - verurteilte den Bekl. zur Zahlung. Das ***LSG*** wies die Berufung zurück. Es bestehe ein Rechtsschutzbedürfnis der Kl. für die Zahlungsklage zur Erlangung eines vollstreckbaren Titels. Die Kl., der die KV die Regressforderungen nach § 52 II 2 BMV-Ä

abgetreten habe und zu deren Lasten nach der Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung der Sprechstundenbedarf verordnet werde, sei auch aktiv legitimiert.

7. Zulassungsrecht

a) Anstellungsnachfolge eines Chirurgen mit Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

BSG, Urteil v. 28.09.2016 - B 6 KA 40/15 R **RID 17-03-105**

BSGE = SozR 4-2500 § 103 Nr. 22 = NZS 2017, 219 = KRS 2017, 128 = GesR 2017, 261 = ZMGR 2017, 110 = KrV 2017, 79 = USK 2016-84

Leitsatz: Voraussetzung für die **Nachbesetzung einer Arztstelle** in einem Medizinischen Versorgungszentrum ist, dass der ausscheidende Arzt und der prospektive neue Stelleninhaber derselben **Arztgruppe** im Sinne der Bedarfsplanung angehören.

b) Voraussetzungen einer Sitzverlegung

BSG, Urteil v. 03.08.2016 - B 6 KA 31/15 R **RID 17-03-106**

BSGE (vorgesehen) = SozR 4-5520 § 24 Nr 13 = NZS 2017, 109 = GesR 2017, 113 = ZMGR 2017, 47 = MedR 2017, 412

Leitsatz: 1. Auf die Genehmigung der **Verlegung eines Vertragsarztsitzes** besteht ein **Anspruch**, soweit Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen.

2. **Versorgungsgesichtspunkte** stehen einer Sitzverlegung grundsätzlich entgegen, wenn die Praxis innerhalb einer Stadt von einem schlechter versorgten in einen besser versorgten Stadtteil verlegt werden soll.

3. Bereits zum Zeitpunkt der Zulassung am bisherigen Vertragsarztsitz **bekannte Umstände** vermögen nur in Ausnahmefällen schützenswerte persönliche Interessen an der Sitzverlegung zu begründen.

c) Zulassungsverzicht bei Doppelzulassung auf nur ein Fachgebiet

BSG, Urteil v. 28.09.2016 - B 6 KA 1/16 R **RID 17-03-107**

SozR 4-2500 § 95 Nr. 30 = USK 2016-63

Leitsatz: 1. Auch ein für **zwei Fachgebiete** zugelassener Vertragsarzt verfügt insgesamt nur über einen **Versorgungsauftrag**.

2. **Verzichtet** ein solcher Vertragsarzt auf seine Zulassung für eines der Fachgebiete, erfasst der Verzicht jedoch den vollen Versorgungsauftrag, so endet damit die Zulassung als Vertragsarzt insgesamt.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 28.09.2016 - B 6 KA 32/15 R **RID 17-03-108**

GesR 2017, 256 = USK 2016-82, 256

d) Nichtmehrausüben der vertragsärztlichen Tätigkeit und Unterversorgung

BSG, Beschluss v. 10.05.2017 - B 6 KA 8/17 B **RID 17-03-109**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Hessen***, Urt. v. 30.11.2016 - L 4 KA 29/16 - RID 17-01-48 wird zurückgewiesen.

Nach Wortlaut und systematischer Stellung des § 95 VI 1 SGB V greift der Tatbestand der Entziehung der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung immer dann, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit tatsächlich nicht mehr ausgeübt wird, ganz unabhängig davon ein, ob der Vertragsarztsitz in einem Gebiet gelegen ist, für den der Landesausschuss **Über- oder Unterversorgung** festgestellt hat.

e) Fortbildungspflicht: Nachweis einer „Forschungsarbeit“

BSG, Beschluss v. 10.05.2017 - B 6 KA 72/16 B **RID 17-03-110**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 24.08.2016 - L 3 KA 29/14 - RID 17-03 wird zurückgewiesen.

Es kommt im Rahmen des § 95d III SGB V nicht auf den Nachweis einer **„Forschungsarbeit“** an, sondern auf den Nachweis einer ausreichenden **fachlichen Fortbildung**. Dies setzt die Anerkennung der Fortbildung in der vom Gesetz vorgesehenen Form (§ 95d II SGB V) voraus.

In Bezug auf die vom Kl. verfasste Forschungsarbeit steht aufgrund von VG Göttingen, Urt. v. 28.08.2013 - 1 A 116/12 - RID 14-02-245, Berufung nicht zugelassen durch OVG Niedersachsen, Beschl. v. 24.06.2014 - 8 LA 168/13 - RID 14-03-172 rechtskräftig fest, dass der Kl. **keinen Anspruch auf Neubewertung** dieser - nur mit einem Fortbildungspunkt bewerteten - Forschungsarbeit hat.

Für die **Gröblichkeit der Pflichtverletzung** ist entscheidend, welchen Stellenwert die verletzte Pflicht hat und wie schwer der Verstoß unter Berücksichtigung seiner Eigenart wiegt (BSGE 110, 270 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 24 Rn. 33). Allein Ausmaß und Schwere der Pflichtverletzung sind Maßstab dafür, ob den Institutionen der vertragsärztlichen Versorgung eine Fortsetzung der Zusammenarbeit zuzumuten ist. Diese Maßstäbe gelten auch dann, wenn der Pflichtverstoß des Vertragsarztes in einer **Verletzung der Fortbildungspflicht** besteht (Senatsbeschl. v. 11.02.2015 - B 6 KA 37/14 B - juris Rn. 8). Ebenso ist geklärt, dass der Verstoß gegen § 95d I u. II SGB V grundlegende vertragsärztliche Pflichten betrifft (Senatsbeschl. vom 11.02.2015 - B 6 KA 37/14 B - juris Rn. 10) und dass eine gröbliche Pflichtverletzung grundsätzlich kein Verschulden erfordert.

8. Verordnungsausschluss für nicht verschreibungspflichtiges homöopath. Arzneimittel (Otovowen)

BSG, Urteil v. 28.09.2016 - B 6 KA 25/15 R **RID 17-03-111**

SozR 4 (vorgesehen)

Das Arzneimittel Otovowen fällt 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.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 11.07.2017 - ***B 1 KR 30/16 R*** - besteht kein Anspruch auf eine wöchentliche **zahnärztliche Zahnreinigung**. Rechtmäßig hat weder der GBA eine Versorgung mit Zahnreinigung als neue Behandlungsmethode empfohlen noch der Bewertungsausschuss hierfür Leistungspositionen vorgesehen. Die Zahnreinigung betrifft im Kern nicht spezifisch medizinische, sondern allgemein sinnvolle Vorgehensweisen zur Verhütung von Zahnerkrankungen, die grundsätzlich auch ein Versicherter selbst leisten kann und daher der Eigenverantwortung des Versicherten zugeordnet sind. Die Pflegeversicherung deckt ggf. den Bedarf Pflegebedürftiger und von Menschen mit Behinderungen. Nach BSG, Urt. v. 11.05.2017 - B 3 KR 17/16 R, B 3 KR 6/16 R u. B 3 KR 22/15 R - gehört die Versorgung mit einer zur ärztlichen Behandlung einer Schädelasymmetrie eingesetzten **Kopforthese** nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Zwar kann einer schweren Schädelasymmetrie nicht von vornherein jeder Krankheitswert abgesprochen werden. Die Kopforthese, die darauf zielt, das Wachstum eines Säuglingskopfes in eine symmetrische Form zu lenken, ist aber untrennbarer Bestandteil einer neuen vertragsärztlichen Behandlungsmethode Erst wenn die **Prüfung durch den GBA** positiv ausgefallen ist, sind die für den Einsatz der dann anerkannten Methode notwendigen Hilfsmittel Gegenstand der Leistungspflicht der Krankenkassen. Eine Bewertung durch den GBA ist auch bezüglich bereits anerkannter oder zugelassener Methoden erforderlich, wenn diese Methoden im Hinblick auf ihre diagnostische bzw. therapeutische Wirkungsweise, ihr Anwendungsgebiet, mögliche Risiken und/oder Wirtschaftlichkeitsaspekte eine wesentliche Änderung oder Erweiterung erfahren. Einerseits gibt es mit der Lagerungs- und Physiotherapie anerkannte Behandlungsmöglichkeiten, andererseits fehlen nach medizinischen Studien auch Anhaltspunkte dafür, dass eine unbehandelte Schädelasymmetrie andere schwerwiegende Erkrankungen verursachen könnte. Nach BSG, Urt. v. 11.05.2017 - B 3 KR 30/15 R - kommt nicht jeder **Schädelasymmetrie Krankheitswert** zu. Die **Kopforthese** ist auch nicht als medizinische **Vorsorgeleistung** nach § 23 SGB V zu gewähren. Zwar muss dafür die Schwelle einer Krankheit insbesondere bei Kindern nicht erreicht sein; die erforderliche Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung setzt aber ein über die Bandbreite individueller Verschiedenheiten hinausgehendes rechtlich relevantes Ausmaß voraus. Die drohende Beeinträchtigung für das betroffene Kind muss jedenfalls das erträgliche Maß überschreiten, und es müssen zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Diese Voraussetzungen werden mit einer Kopforthese zur Behandlung einer den Normwerten nahe kommenden leichten Schädelasymmetrie im Säuglingsalter nicht erfüllt. Nach BSG, Urt. v. 13.12.2016 - ***B 1 KR 4/16 R*** - haben Versicherte keinen Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung durch **nicht approbierte, nur als Heilpraktiker zugelassene Diplom-Psychologen**.

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Hyperthermie- und Immunrestorationsbehandlung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.12.2016 - L 5 KR 531/16 **RID 17-03-112**

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

Im Zeitraum Mai 2012 bis November 2014 war die **Hyperthermie** (Beschl. des GBA v. 18.01.2005) als **nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode** von der vertragsärztlichen Versorgung ausdrücklich ausgeschlossen und gab es immer noch keine objektivierbaren medizinischen Erkenntnisse dahingehend, dass die isolierte Hyperthermie einen positiven Einfluss auf irgendeine Form von Tumor- oder Krebserkrankungen hat.

SG Köln, Urt. v. 19.04.2016 - S 12 KR 261/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück, ***BSG***, Beschl. v. 27.04.2017 - B 1 KR 5/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

b) Hyperthermie-Therapie/Colon-Hydro-Therapie

LSG Sachsen, Urteil v. 26.04.2017 - L 1 KR 185/12 **RID 17-03-113**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 39/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I 3, Ia, 12 I, 135 I

Leitsatz: 1. Bietet die **Schulmedizin** bei einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung nur noch eine palliative Therapie an, weil sie jede Möglichkeit kurativer Behandlung als aussichtslos erachtet, kommt eine aus Verfassungsgründen aufgrund einer notstandsähnlichen Situation zu erbringende **Alternativbehandlung** nur dann in Betracht, wenn die auf Indizien gestützte Aussicht auf einen über die palliative Standardtherapie hinaus reichenden Erfolg im Sinne einer Heilung oder wenigstens einer positiven Einwirkung auf den Verlauf der Grunderkrankung selbst besteht (vgl. BVerfG, Beschluss vom 26. Februar 2013 - 1 BvR 2045/12 -

juris Rn. 15, und BSG, Urteil vom 13. Oktober 2010 - B 6 KA 48/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 30, juris Rn. 32).
2. Ob Indizien in diesem Sinne vorliegen, richtet sich nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft. Für die Kosten **experimenteller Behandlungen** aufgrund - ggf. auch wissenschaftlicher - Hypothesen müssen die Krankenkassen nicht aufkommen.
3. Auch bei einer Alternativbehandlung in einer notstandsähnlichen Situation muss der Arzt konkret bezogen auf den Einzelfall Risiken und Nutzen der Therapie nach dem voraussichtlich erreichbaren Behandlungsziel ermitteln, d.h. eine gewissenhafte **Chancen-/Risikoabwägung** durchführen.

SG Chemnitz, Gerichtsb. v. 09.08.2012 - S 7 KR 550/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

c) Therapie mit niedrigdosiertem gepulsten Ultraschall

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 26.04.2017 - L 11 KR 17/17 **RID 17-03-114**
Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I, 92, 135

Eine **Therapie mit niedrigdosiertem gepulsten Ultraschall** ist nach den Richtlinien des GBA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage II, eine **Methode**, die nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf. Bei den Richtlinien des GBA handelt es sich um untergesetzliche Rechtsnormen auf der Ebene des autonomen Rechts (BSG, Urt. v. 20.03.1996 - 6 RKa 62/94 - BSGE 78, 70 = SozR 3-2500 § 92 Nr. 6), die Bindungswirkung für die gesetzlich Versicherten, für die Krankenkassen, für die an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und die zugelassenen Krankenhäuser hat. Ob eine solche Methode im Einzelfall geholfen hat, ist unerheblich.

Die 1936 geb. und bei der Bekl. krankenversicherte Kl. begehrt die Übernahme der Leihkosten für ein Ultraschall-Behandlungsgerät. ***SG Gelsenkirchen***, Urt. v. 29.11.2016 - S 28 KR 515/16 - 17-03-115 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

d) EXOGEN Ultraschall-Behandlungsgerät

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 29.11.2016 - S 28 KR 515/16 **RID 17-03-115**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Bei einem **EXOGEN Ultraschall-Behandlungsgerät** handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode, die der GBA nach Anlage II Nr. 25 der **Richtlinien „Methoden vertragsärztliche Versorgung“** nicht anerkannt hat. Eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ist damit ausgeschlossen.

Das ***SG*** wies die Klage ab, ***LSG Nordrhein-Westfalen***, Beschl. v. 26.04.2017 - L 11 KR 17/17 - RID 17-03-114 die Berufung zurück.

e) Helmtherapie (Kopforthese)

SG Stade, Urteil v. 23.05.2017 - S 29 KR 267/13 **RID 17-03-116**
Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 33 I, 135

Zwar handelt es sich bei der **Kopforthese** auch um ein **Hilfsmittel** i.S.d. § 33 I SGB V. Da jedoch die (ärztliche) Überwachung und Kontrolle im Vordergrund stehen, sind an die gerichtliche Entscheidung die strengeren Kriterien für die Beurteilung als vertragsärztliche, abrechnungsfähige Behandlungsmethode im Sinne des SGB V anzulegen. Es handelt sich um eine **„neue“ Behandlungsmethode** i.S.d. § 135 SGB V.
Ein **Systemversagen** liegt nicht vor (vgl. u.a. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.01.2012 - L 1 KR 342/10 - RID 13-01-99).

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

f) Prophylaktische Mastektomie bei erhöhtem Brustkrebsrisiko

SG Karlsruhe, Urteil v. 22.06.2017 - S 14 KR 3991/16 **RID 17-03-117**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I 1, I 2 Nr. 5, 137c

Leitsatz: Nach dem derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse besteht kein hinreichendes Potential einer erfolgreichen Behandlungsalternative für eine **prophylaktische Mastektomie** bei erhöhtem **Brustkrebsrisiko**, wenn keine BRCA 1 - oder BRCA 2 - Genmutation vorliegt.

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

g) Liposuktion/Fünf-Wochen-Frist nach § 13 IIIa SGB V auch ohne Mitteilung

LSG Hessen, Urteil v. 18.05.2017 - L 8 KR 159/16 **RID 17-03-118**
Revision anhängig: B 1 KR 20/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 27

Ein Anspruch auf eine ambulante **Liposuktion** scheitert daran, dass der GBA die neue Methode der Fettabsaugung nicht positiv empfohlen hat. Zur Qualität und Wirksamkeit der Liposuktion sind zurzeit keine dem Wissenschaftlichkeitsgebot des § 2 I 3 SGB V entsprechenden zuverlässigen, wissenschaftlich nachprüfbaren Aussagen möglich.
Unterrichtet die Krankenkasse entgegen ihrer in § 13 IIIa 2 SGB V normierten Verpflichtung über die Einholung des MDK-Gutachtens nicht unverzüglich den Versicherten, führt dies nicht dazu, dass die Drei-Wochen-Frist anzuwenden ist (Anschluss an die insoweit von der Rspr. des BSG abweichende Auffassung des LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 21.02.2017 - L 11 KR 2090/16 - RID 17-02-127, Revision anhängig: B 1 KR 3/17 R).

SG Kassel, Gerichtsb. v. 31.03.2016 - S 2 KR 97/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:
LSG Hessen, Urteil v. 18.05.2017 - L 8 KR 42/16 **RID 17-03-119**
Revision anhängig: B 1 KR 21/17 R
juris

h) Versorgung mit Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.06.2017 - L 1 KR 467/15 **RID 17-03-120**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 33 I

Der Einsatz einer **Unterkieferprotrusionsschiene** unterliegt über die Voraussetzungen des § 33 I 1 1. Alt SGB V hinaus der Sperrwirkung des in § 135 I 1 SGB V begründeten Leistungsverbots mit Erlaubnisvorbehalt.
Für ein schweres obstruktives **Schlafapnoe-Syndrom** ist die **Wirksamkeit** der Unterkieferprotrusionsschienen-Therapie nicht in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen aufgrund wissenschaftlich einwandfrei geführter Studien und Statistiken belegt.

SG Köln, Urt. v. 02.06.2015 - S 34 KR 1036/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

2. Kryokonservierung befruchteter Eizellen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.04.2017 - L 11 KR 907/16 **RID 17-03-121**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 27, 27a

Leitsatz: Ein Anspruch auf Maßnahmen zur **Herbeiführung einer Schwangerschaft** setzt nach § 27a Abs. 1 Nr. 3 SGB V voraus, dass die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander **verheiratet** sind. Eine Auslegung dahingehend, dass schon vor einer geplanten Ehe die Maßnahmen durchgeführt werden können und eine Kostenerstattung erst nach Eheschluss erfolgen soll, ist nicht möglich. Die **Kryokonservierung** und die Lagerung vorsorglich gewonnener Eizellen gehört nicht zu den Leistungen der GKV. Dies gilt auch, wenn bei der Versicherten eine

lebensbedrohliche Erkrankung diagnostiziert wird, deren sofort notwendig werdende Behandlung zu einer Unfruchtbarkeit führen kann.

SG Heilbronn, Gerichtsb. v. 10.02.2016 - S 15 KR 625/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

3. Zahnärztliche Versorgung

a) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode: Kfo-Behandlung nach Invisalign®-Methode

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 24.05.2017 - L 1 KR 660/15 **RID 17-03-122**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12 I, 29 I, 135 I

Bei der **kieferorthopädischen Behandlung nach der sog. Invisalign®-Methode** handelt es sich um eine **neue** Behandlungsmethode i.S.d. § 135 I 1 Nr. 1 SGB V und nicht lediglich um eine einzelne ärztliche Leistung, die nur Bestandteil eines methodischen Konzepts ist und vom Bewertungsausschuss im Rahmen seiner Entscheidungsfreiheit als im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abrechenbare Leistungen neu in den EBM aufgenommen werden kann, ohne dass es vorab einer Entscheidung des GBA bedarf (zu dieser Abgrenzung siehe BSG, Urt. v. 25.08.1999 - B 6 KA 39/98 R - BSGE 84, 247 = SozR 3-2500 § 135 Nr. 11, juris Rn. 16 ff., Urt. v. 03.04.2001 - B 1 KR 22/00 R - BSGE 88, 51 = SozR 3-2500 § 27a Nr. 2, juris Rn. 23).

SG Düsseldorf, Urt. v. 02.10.2015 - S 34 KR 896/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Implantatversorgung: Würgereiz als vegetativ o. psychomot. bed. Störung der Rachenmuskulatur

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.03.2017 - L 11 KR 3687/16 **RID 17-03-123**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 27/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IIIa, 28 II 9

Leitsatz: Der **Eingang eines Kostenvoranschlages** bei einer Krankenkasse kann als (fiktionsfähiger) Antrag auf Gewährung einer Sachleistung (hier: Versorgung mit Implantaten) zu werten sein.
Die **Versorgung mit Implantaten** betrifft eine Leistung, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt.
Ein solcher Antrag kann **telefonisch abgelehnt** werden.
Ein durch das Tragen einer Zahnprothese ausgelöster **Würgereiz** begründet keine Indikation für eine Versorgung mit Implantaten.

Der Kl. macht einen Anspruch auf Durchführung einer zahnärztlichen Implantatversorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung geltend. ***SG Mannheim***, Urt. v. 26.09.2016 - S 9 KR 2135/15 - gab der Klage statt, das ***LSG*** wies die Klage ab.

c) Behandlung in der Türkei/Genehmigung des Heil- und Kostenplans

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.01.2017 - L 11 KR 256/16 **RID 17-03-124**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IIIa, 16 I Nr. 1

Als **Notfallbehandlung** i.S.d. Abkommens zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Türkei kommen vorliegend allein eine zahnärztliche Schmerzbehandlung und ggf. eine weitere Interimsprothese in Betracht, jedoch keine endgültige Maßnahme in Form eines endgültigen Zahnersatzes (so auch LSG Hamburg, Urt. v. 12.09.2014 - L 1 KR 162/13 - RID 14-04-93; LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 04.07.2007 - L 9 KR 145/04 - RID 07-04-107).
Die Gewährung von zahnärztlichen Leistungen ist in jedem Fall von der vorherigen **Genehmigung des Heil- und Kostenplans** durch die Krankenkasse abhängig (BSG, Urt. v. 30.06.2009 - B 1 KR 19/08 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 21). Fehlt es an der Genehmigung der tatsächlich erfolgten Versorgung, so hat die Krankenkasse keine Leistungen gegenüber dem Versicherten zu erbringen (LSG Hamburg, Urt. v. 12.09.2014 - L 1 KR 162/13 - RID 14-04-93).

SG Dortmund, Urt. v. 01.03.1016 - S 39 KR 1343/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

d) Begutachtung zahnmedizinischer Leistungsfälle ausschließlich durch MDK

LSG Bayern, Urteil v. 27.06.2017 - L 5 KR 170/15 **RID 17-03-125**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 65/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 29 I, 87 I, Ia, 275 I

Leitsatz: Hat eine gesetzliche Krankenkasse einen zahnmedizinischen oder kieferorthopädischen Leistungsfall zu prüfen, ist für die **Begutachtung** ausschließlich der **MDK** zuständig. Die **Beauftragung anderer Gutachter auf der Grundlage des BMV-Z bzw. EKV-Z** verstößt gegen die gesetzliche Aufgabenzuweisung in § 275 Abs. 1 SGB V und ist daher rechtswidrig.

SG Würzburg, Urt. v. 23.01.2015 - S 17 KR 460/12 - verurteilte die Bekl. zur Übernahme der Kosten für die beantragte kieferorthopädische Behandlung, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

II. Stationäre Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 13.12.2016 - ***B 1 KR 1/16 R*** - fehlt es für die Behandlung einer Autoimmunerkrankung der Haut und der inneren Organe mit Immunglobulinen im Rahmen eines **Off-Label-Use** an dem erforderlichen **Wirksamkeitsnachweis**. Es handelt sich auch nicht um eine neue Behandlungsmethode. Denn die Therapie ist im Rechtssinne **keine neue Behandlungsmethode**, sondern betrifft lediglich den zulassungsfremden Einsatz eines Arzneimittels. Ein Anspruch besteht schließlich **auch nicht im Rahmen einer teilstationären Krankenhausbehandlung**. **Für die Arzneimittelversorgung gelten im Krankenhaus grundsätzlich keine von der vertragsärztlichen Versorgung abweichenden Maßstäbe.** Im Übrigen ist teilstationäre Behandlung gegenüber der ambulanten Versorgung nachrangig.

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Qualitätsstandards neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Liposuktion)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 31.08.2016 - L 5 KR 609/16 **RID 17-03-126**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 10/17 R
juris
SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 1 u. 2 Nr. 1 u. 5, 39 I

Die **Liposuktion** bietet nicht das Potenzial einer erfolgreichen **Behandlungsalternative**. Denn die Liposuktion entspricht – schon ganz grundlegend – nicht den erforderlichen **Qualitätsanforderungen**, die an eine zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchzuführende Behandlungsmethode zu stellen sind

SG Mannheim, Urt. v. 19.01.2016 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Liposuktion: Risikovermeidung wegen kardialer Erkrankung

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 18.05.2017 - L 5 KR 95/15 **RID 17-03-127**

Revision anhängig: B 1 KR 22/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 137c

Leitsatz: Das Potential einer erforderlichen **Behandlungsalternative** i.S.d. § 137 Abs. 3 SGB V verlangt das Vorliegen **kontrollierter Studien**, die für die Wirksamkeit der Methode sprechen, wobei auch nicht randomisierte Studien ausreichen können.

SG Koblenz, Urt. v. 19.03.2015 - S 5 KR 50/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

2. Mammareduktionsplastik

a) Konkreter Zusammenhang zum gewünschten Behandlungserfolg

LSG Hamburg, Beschluss v. 29.05.2017 - L 1 KR 60/16 **RID 17-03-128**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I, 39 I

Eine chirurgische Behandlung in Form der **Brustverkleinerung** darf nur die **ultima ratio** sein, zumal ein operativer Eingriff stets mit einem erheblichen Risiko (Narkose, Operationsfolgen wie z.B. Entzündungen, Thrombose bzw. Lungenembolie, operationsspezifische Komplikationen) verbunden

ist. Eine Bewilligung ist nur dann vertretbar, wenn mit besonders hoher Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die Maßnahme tatsächlich auch den gewünschten Behandlungserfolg bringt. Dafür reicht es nicht aus, dass es im Schrifttum Meinungen gibt, nach denen ein Zusammenhang zwischen Rückenbeschwerden und Brustgröße besteht. Vielmehr ist es erforderlich, dass dieser Zusammenhang **in Bezug auf die Versicherte** mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu erkennen ist.

SG Hamburg, Urt. v. 31.03.2016 - S 48 KR 58/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Konkreter Zusammenhang zwischen Brustgröße und Beschwerden

LSG Hessen, Urteil v. 09.02.2017 - L 1 KR 134/14 **RID 17-03-129**

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

Leitsatz: 1. Übermäßig **vergrößerte herabhängende Brüste** stellen für sich genommen unter dem Gesichtspunkt der körperlichen Fehlfunktion **keinen krankhaften Befund** im Sinne eines regelwidrigen Körperzustandes dar.
2. Für eine vom Leistungsanspruch umfasste so genannte **mittelbare Therapie** in Form einer **Mammareduktionsplastik** ist jedenfalls eine schwerwiegende Erkrankung der Wirbelsäule, die erfolglose Ausschöpfung aller konservativen orthopädischen Behandlungsmaßnahmen und die mit an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit, dass die Maßnahme auch den gewünschten Behandlungserfolg bringt, zu fordern.
3. Das **Mehrgewicht der Brüste** ist grundsätzlich nicht dazu geeignet, langfristig belastungsabhängige strukturelle Schäden der Hals- und Brustwirbelsäule herbeizuführen, die eine Mammareduktionsplastik zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung begründen können.

SG Darmstadt, Urt. v. 17.02.2014 - S 8 KR 356/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

c) Operation zur Überwindung der psychiatrischen Erkrankung/Entstellung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 23.05.2017 - L 5 KR 6/15 **RID 17-03-130**

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

Leitsatz: 1. Bei der Beurteilung **Entstellung einer Jugendlichen** im Hinblick auf eine aus diesem Grund begehrte **Brustangleichungsoperation** ist nicht nur auf den bekleideten Zustand abzustellen.
2. Auch eine **psychische Erkrankung** kann einen Anspruch auf eine Brustangleichungsoperation begründen, wenn diese nur dadurch erfolgreich therapiert werden kann i.S.e. „ultima ratio“ der Behandlungsmöglichkeiten.
3. Eine im Rahmen des Kostenerstattungsanspruchs eingereichte **Arztrechnung** ist bei den einzelnen Gebührenziffern nach GOÄ auf den 2,3-fachen Satz zu kürzen, wenn diese für eine höhere Abrechnung keine Begründung enthält. Hierauf ist der Erstattungsanspruch zu begrenzen.

SG Kiel, Urt. v. 10.10.2014 - S 3 KR 174/12 - wies die Klage der 1997 geb. Kl. ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. Kosten für die durchgeführte Brustangleichungsoperation in Höhe von 2.772,66 € zu erstatten, und wies die weitere Klage ab.

3. Primäre Indikation für eine adipositas-chirurgische Maßnahme

SG München, Urteil v. 30.03.2017 - S 44 KR 2/16 **RID 17-03-131**

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

Mit einem **BMI von über 60 kg/m²** liegt eine **primäre Indikation** für eine adipositas-chirurgische Maßnahme vor.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. mit einer minimalinvasiven adipositaschirurgischen Maßnahme (laparoskopische Anlage eines Schlauchmagens) als Sachleistung zu versorgen.

4. Bauchdeckenstraffung und Narbenkorrektur mit Fettunterspritzung

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 10.07.2017 - L 16 KR 13/17 **RID 17-03-132**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12 I, 27 I 2 Nr. 1 u. 5

Kosmetische Beeinträchtigungen sind nicht vollständig ungeeignet zur Begründung einer **Krankheit** im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung, sie müssen aber ein extremes und unzumutbares Ausmaß erreicht haben. Um eine Entstellung annehmen zu können, genügt nicht jede körperliche Anomalität. Vielmehr muss es sich objektiv um eine so erhebliche Auffälligkeit handeln, die naheliegende Reaktionen der Mitmenschen wie Neugier oder Betroffenheit auslöst und die damit zugleich erwarten lässt, dass der Betroffene ständig viele Blicke auf sich zieht, zum Objekt besonderer Beachtung anderer wird und sich deshalb aus dem Leben in der Gemeinschaft zurückzieht und zu vereinsamen droht, sodass die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefährdet ist (BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 45 S. 253 ff.).

SG Lüneburg, Urt. v. 17.11.2016 - S 41 KR 118/16 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

III. Kostenerstattung

Nach BSG, Urt. v. 11.07.2017 - ***B 1 KR 1/17 R*** - kann ein Anspruch auf Zahlung der Kosten, die durch die **fingiert genehmigten Liposuktionen** entstanden sind, bestehen. Hierzu bedarf es weiterer Feststellungen. Der Antrag auf medizinisch erforderliche Liposuktionen wegen Lipödems war hinreichend bestimmt, nicht rechtzeitig verbeschieden und die Behandlung subjektiv erforderlich. Jedenfalls mit der Leistungsablehnung war die Klägerin nicht mehr an zugelassene Leistungserbringer gebunden. Ihr entstanden aber keine Kosten für die Anästhesie, deren Abrechnung nicht der GOÄ entsprach. Nach BSG, Urt. v. 11.07.2017 - B 1 KR 26/16 R - besteht kraft **Genehmigungsfiktion** Anspruch auf Versorgung mit einer **bariatrischen Operation**. Rechtsfolge der Genehmigungsfiktion ist ein **Verwaltungsakt**, der eigenständig einen dem Antrag entsprechenden **Naturalleistungsanspruch** begründet. Er kann mit der **Leistungsklage** durchgesetzt und nach den Regelungen über vertretbare Handlungen vollstreckt werden. Für einen fiktionsfähigen **Antrag** genügt es, dass das Behandlungsziel klar ist. Da die beklagte Krankenkasse über den Antrag nicht **binnen drei Wochen** entschied, ohne hierfür Gründe mitzuteilen, gilt die Leistung als genehmigt. Die telefonische Anforderung von Unterlagen bei der Klägerin erfüllte weder die gesetzlich geforderte Schriftform noch erfolgte eine **taggenaue Fristverlängerung**. Die Beklagte nahm die **Genehmigung** nicht **zurück**, indem sie den Antrag verspätet ablehnte. Dies wäre zudem nur beim **Fehlen von Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion möglich**.

1. Genehmigungsfiktion

a) „Erforderliche“ Leistung

aa) Kenntnis bis zum Eintritt der Genehmigungsfiktion maßgebend

LSG Bayern, Urteil v. 12.01.2017 - L 4 KR 37/15 **RID 17-03-133**
Revision anhängig: B 1 KR 12/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa

Leitsatz: 1. Wird der behauptete Anspruch darauf gestützt, dass die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V eingetreten sei, ist die allgemeine **Leistungsklage** (§ 54 Abs. 5 SGG) statthaft.
2. Der **Beginn der Frist** des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V hängt nicht davon ab, wann der Krankenkasse die für die Entscheidung erforderlichen Unterlagen vorliegen.
3. Der Eintritt der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V bewirkt einen Anspruch auf Gewährung der beantragten Leistung als **Sachleistung**.

SG Regensburg, Urt. v. 19.12.2014 - S 8 KR 400/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. eine Korrektur der cutis laxa beider Oberarme sowie eine Mammareduktionsplastik jeweils in einer Vertragsklinik als Sachleistung zu gewähren.

bb) Bariatrische Operation (Schlauchmagen)/Fristbeginn

LSG Bayern, Urteil v. 12.01.2017 - L 4 KR 295/14 **RID 17-03-134**

Revision anhängig: B 1 KR 14/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa

Ein Versicherter darf eine **bariatrische Operation** für **erforderlich** halten, wenn er an einem Programm „Abnehmen - aber mit Vernunft" teilgenommen und sich damit an gerichtlichen Ausführungen in einem früheren Prozess orientiert hat. Eine bariatrische Operation in Form einer (stationären) Krankenhausbehandlung in einer Vertragsklinik liegt nicht offensichtlich außerhalb des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung (BSG, Urt. v. 16.12.2008 - B 1 KR 2/08 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 20, Rn. 22 m.w.N.).
Der **Beginn der Frist** des § 13 IIIa 1 SGB V hängt nicht davon ab, wann der Krankenkasse die für die Entscheidung erforderlichen Unterlagen vorliegen.
Der Eintritt der Genehmigungsfiktion bewirkt einen Anspruch auf Gewährung der begehrten Operation als **Sachleistung**.

SG Regensburg, Urt. v. 27.02.2014 - S 2 KR 381/13- wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. eine bariatrische Operation in einer Vertragsklinik als Sachleistung zu gewähren.

cc) Bariatrische Operation (Schlauchmagen)

SG München, Gerichtsbescheid v. 21.04.2017 - S 29 KR 270/16 **RID 17-03-135**

juris
SGB V § 13 IIIa

Eine **bariatrische Operation (Schlauchmagen)** kann bei einem Body-Maß-Index von 56 für **erforderlich** gehalten werden.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. - aufgrund des Eintritts der Genehmigungsfiktion des § 13 IIIa 6 SGB V - eine Schlauchmagen-OP als Sachleistung zur Verfügung zu stellen.

dd) Bariatrischer Eingriff (laparoskopische Schlauchmagenanlage)

SG München, Gerichtsbescheid v. 11.05.2017 - S 29 KR 1340/15 **RID 17-03-136**

juris
SGB V § 13 IIIa

Bei einem **Body-Maß-Index** von 50,79 kg/m² kann eine operative Maßnahme nach den interdisziplinären Leitlinien der deutschen Adipositasgesellschaft auch primär und ohne eine präoperative konservative Therapie durchgeführt werden, insb. wenn neben dem hohen Body-Maß-Index auch schwere Begleit- und Folgekrankheiten zu befürchten sind. Umso mehr muss es sich einer **Versicherten** aus entscheidungsrelevanter individueller Laiensicht bei Antragstellung aufgedrängt haben, dass hier nur noch ein operativer Eingriff Hilfe bringen kann.

ee) Bariatrische OP (Magenbypass) bei Adipositas Grad III

SG München, Gerichtsbescheid v. 29.05.2017 - S 29 KR 1740/15 **RID 17-03-137**

juris
SGB V § 13 IIIa

Bei einer **Adipositas Grad III** mit einem **Body-Maß-Index** von 54,5 kg/m² kann eine operative Maßnahme auch nach den interdisziplinären Leitlinien der deutschen Adipositasgesellschaft primär und ohne eine präoperative konservative Therapie durchgeführt werden, so dass eine Versicherte den operativen Eingriff für erforderlich halten kann.

Das ***SG*** verpflichtete die Bekl., d. Kl. die verauslagten Operationskosten in Höhe von 8.381,99 € in Folge der eingetretenen Genehmigungsfiktion nach § 13 IIIa 7 SGB V zu erstatten.

ff) Stationäre Magenbypass-Operation

SG Mannheim, Gerichtsbescheid v. 12.06.2017 - S 7 KR 38/15 **RID 17-03-138**
juris
SGB V § 13 IIIa

Die beantragte stationäre **Magenbypass-Operation** unterfällt ihrer Art nach dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Kl. konnte auch aufgrund der fachlichen Befürwortung ihres Antrags die Behandlung für geeignet und **erforderlich** halten.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. eine stationäre Magenbypass-Operation als Sachleistung zu gewähren.

gg) Schlauchmagen-Operation

SG Mannheim, Gerichtsbescheid v. 19.07.2017 - S 15 KR 3338/15 **RID 17-03-139**
juris
SGB V § 13 IIIa

Eine **Schlauchmagen-Operation** unterfällt grundsätzlich dem Leistungskatalog der GKV, auch wenn die medizinische Erforderlichkeit insbesondere im Hinblick auf das Vorliegen einer ultima ratio Situation individuell bei jedem Versicherten konkret zu überprüfen ist.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. eine stationäre Schlauchmagen-Operation als Sachleistung zu gewähren.

hh) Postbariatrische stationäre Wiederherstellungsoperationen

SG Berlin, Urteil v. 02.05.2017 - S 169 KR 1260/14 **RID 17-03-140**
juris
SGB V § 13 IIIa

Postbariatrische stationäre **Wiederherstellungsoperationen** unterfallen ihrer Art nach dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung; die Klägerin durfte sie aufgrund der **Empfehlung der Ärzte** subjektiv für erforderlich halten.
Die Genehmigungsfiktion begründet einen **Naturalleistungsanspruch**.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. vier stationäre Operationen, nämlich zirkuläre Dermofettresektion (modifiziertes Bodylift nach Lockwood) mit T-Schnitt, Oberschenkelrekonstruktion nach Aly beidseits, Mamma- und laterale Thoraxstraffung beidseits sowie Oberarmrekonstruktion nach Aly beidseits als Sachleistung zu gewähren.

ii) Wiederherstellungsoperation

SG München, Gerichtsbescheid v. 06.04.2017 - S 29 KR 1627/15 **RID 17-03-141**
Berufung anhängig: LSG Bayern - L 4 KR 297/17 -
juris
SGB V § 13 IIIa

Nach einer **enormen Gewichtsabnahme** von 57 Kilo, also mehr als ein Drittel des Körpergewichts, kann eine Versicherte (aus ihrer Laiensicht) eine **Wiederherstellungsoperation** als Abschluss dieser beachtlichen Leistung ohne weiteres subjektiv für erforderlich halten.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. – aufgrund des Eintritts der Genehmigungsfiktion des § 13 IIIa 6 SGB V – fünf postbariatrische Wiederherstellungsoperationen (lateral erweiterte Abdominoplastik inklusive Nabelkorrektur und Extension des alten Nabels sowie Neupositionierung des Nabels und Straffung des mons pubis, angleichende Mamareduktionplastik inklusive lateraler Thoraxstraffung, Oberarmstraffung beidseits inklusive Axilia-Straffung, Oberschenkelstraffung beidseits inklusive Liposuktion und Liposuktion des Rückens) als Sachleistung zu gewähren.

jj) Brustaugmentation

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 02.02.2017 - S 45 KR 1672/15 **RID 17-03-142**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa

Brustaugmentationen sind generell von dem Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung mitumfasst und nicht von vornherein ausgeschlossen.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. eine Mamma-Augmentation beidseits als Sachleistung zu gewähren.

kk) Hautstraffungen als stationäre Krankenhausbehandlung

SG Frankfurt a. M., Urteil v. 23.02.2017 - S 34 KR 1067/14 **RID 17-03-143**
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 8 KR 188/17 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa

Hautstraffungen als **stationäre Krankenhausbehandlung** unterfallen nach ihrer Art dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Gegensatz zu ambulanten Leistungen normiert das SGB V **keinen Erlaubnisvorbehalt**, sondern in § 137c SGB V eine generelle Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die keine negative Bewertung nach § 137c Abs. 1 SGB V vorliegt, dürfen von den Krankenhäusern zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Bei jeder Krankenhausbehandlung muss zuvor geprüft werden, ob die Behandlung medizinisch indiziert und notwendig ist. Eine **Einzelfallprüfung entfällt** jedoch bei den Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion nach § 13 IIIa SGB V, so dass es hier nicht auf die medizinische Notwendigkeit ankommen kann.
Die Genehmigungsfiktion ist nicht auf **Kostenerstattungsverfahren** beschränkt.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. hautstraffende Operationen im Bereich des Bauchs, der Oberarme, der Oberschenkel und der Brust als Sachleistung zu gewähren.

b) Rechtmäßigkeit der Genehmigungsfiktion nach § 13 IIIa SGB V

SG Aachen, Urteil v. 27.04.2017 - S 15 KR 359/15 **RID 17-03-144**
Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KR 449/17 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa

Nach der BSG-Rspr. beurteilt sich die **Rechtmäßigkeit der Genehmigungsfiktion** nach der Erfüllung der Voraussetzungen des § 13 IIIa SGB V und nicht nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. eine Abdominalplastik sowie eine Straffung der Brust, der Oberarme, Oberschenkel und des Gesäßes mit Aspirationslipektomie der Reithosen beidseits als Sachleistung zu gewähren.

c) Beurteilung der Rechtmäßigkeit nach tatbestandlichen Voraussetzungen des § 13 IIIa SGB V

SG Mannheim, Urteil v. 06.07.2017 - S 11 KR 933/17 **RID 17-03-145**
juris
SGB V § 13 IIIa

Nach der BSG-Rspr. beurteilt sich die **Rechtmäßigkeit** in Fällen einer **fiktiven Genehmigung** alleine nach den tatbestandlichen Voraussetzungen des § 13 IIIa SGB V und nicht nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. drei Straffungsoperationen (Abdominalplastik, Bruststraffung beidseits, Oberschenkelstraffung beidseits) unter vollstationären Bedingungen als Sachleistung zu gewähren.

d) Genehmigungsfiktion nur für GKV-Leistungen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 28.03.2017 - L 4 KR 97/15 **RID 17-03-146**

Revision anhängig: B 1 KR 13/17 R
juris
SGB V §§ 13 IIIa, 27 I 1

Diagnostizierte Hautüberschüsse im Bereich der Brust stellen keine **behandlungsbedürftige Krankheit** dar, wenn sich keine Beeinträchtigungen von Körperfunktionen feststellen lassen. Entsprechendes gilt für die Oberbauchstraffung, wenn sich keine dermatologische Problematik im Sinne von ekzematösen Hautveränderungen feststellen lassen. Fettdepots, die nicht im Sinne eines Lipödems oder eines Ödems aufzufassen sind, sind keine Krankheit.
Ein Antrag, der sich auf Leistungen bezieht, die grundsätzlich nicht zum **Leistungskatalog der GKV** gehören, kann Rechtsfolgen aus der Genehmigungsfiktion nach § 13 IIIa SGB V nicht herbeiführen. Die Vorschrift soll nur die Beschleunigung der Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen bezwecken, nicht aber den Leistungskatalog der GKV erweitern. Rechtzeitig zur Verfügung stellen kann eine Krankenkasse nur die Sachleistung, die sie auch zu erbringen hat.

SG Lüneburg, Urt. v. 17.02.2015 - S 16 KR 96/14 - verurteilte die Bekl., d. Kl. hautstraffende Operationen im Bereich der Brüste, der Bauchdecke, der Oberschenkel einschließlich Liposuktion zu gewähren, das ***LSG*** wies die Klage ab.

e) Fristende: Entscheidung, nicht Bekanntgabe

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 28.03.2017 - L 4 KR 22/16 **RID 17-03-147**

Revision anhängig: B 1 KR 11/17 R
juris
SGB V § 13 IIIa

Bei der **Bestimmung des Fristendes** nach § 13 IIIa ist nicht auf die **Bekanntgabe**, sondern auf die Fertigstellung der **Entscheidung** abzustellen.

SG Braunschweig, Urt. v. 03.12.2015 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

f) Keine Unterrichtung über die Einholung eines MDK-Gutachtens

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.06.2017 - L 1 KR 247/16 **RID 17-03-148**

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

Unterrichtet die Krankenkasse die Versicherte nicht über die **Einholung** einer gutachtlichen Stellungnahme des **MDK**, dann gilt nicht eine Frist von fünf, sondern von **drei Wochen**. Im Falle des Bestreitens bedarf es eines **Zustellnachweises**.

SG Frankfurt (Oder), Gerichtsb. v. 12.04.2016 - S 27 KR 166/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. eine Magenbypass-Operation als Sachleistung zu gewähren.

g) Entscheidungsfrist von drei Wochen bei Gutachterverfahren nach BMV-Z/EKV-Z

LSG Bayern, Urteil v. 27.06.2017 - L 5 KR 260/16 **RID 17-03-149**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 66/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IIIa, 28 II 9, 87, 275; SGB X §§ 45, 47; SGG § 96

Leitsatz: Nach § 275 Abs. 1 SGB V ist für die Prüfung der Leistungspflicht in einem zahnmedizinischen Behandlungsfall **allein** der **MDK zuständig**. Führt die Krankenkasse unter Missachtung dieser gesetzlichen Aufgabenzuweisung gleichwohl ein nach dem Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durch, anstatt den MDK zu beauftragen, beträgt die **Entscheidungsfrist** nach § 13 Abs. 3 a SGB V nur **drei Wochen**.

SG Augsburg, Urt. v. 20.01.2016 - S 12 KR 415/15 - verurteilte die Bekl., d. Kl. mit den streitgegenständlichen Implantaten einschließlich Suprakonstruktionen zu versorgen, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

h) Mitteilung über MDK keine Ablehnung/Hinreichender Grund legitimiert nicht Verspätung

SG Darmstadt, Gerichtsbescheid v. 16.06.2017 - S 8 KR 322/16 **RID 17-03-150**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa

Aus der **Mitteilung** der Krankenkasse, dass der MDK die Begutachtung abgebrochen habe, weil dem MDK die gewünschten Unterlagen nicht vorlagen, lässt sich nicht entnehmen, dass die Krankenkasse damit eine **Ablehnung** aussprechen will.
Das Vorliegen eines **hinreichenden Grundes** für eine **verspätete Entscheidung** alleine ist nicht ausreichend, um den Eintritt der Genehmigungsfiktion über die 5-Wochen-Frist hinauszuschieben.
Die Genehmigungsfiktion gemäß § 13 IIIa 6 SGB V tritt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auch nicht nur im Rahmen eines **Kostenerstattungsanspruches** ein.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. eine minimalinvasive adipositaschirurgische Maßnahme (Magenbypass) als Sachleistung zu gewähren.

i) Naturalleistungsanspruch (Mammareduktion)

LSG Saarland, Urteil v. 22.02.2017 - L 2 KR 47/16 **RID 17-03-151**
Revision zurückgenommen (B 1 KR 16/17 R)
juris
SGB V § 13 IIIa

Die Genehmigungsfiktion begründet zugunsten des Leistungsberechtigten einen **Naturalleistungsanspruch**, dem der im Anschluss hieran geregelte, den Eintritt der Genehmigungsfiktion voraussetzende naturalleistungsersetzende Kostenerstattungsanspruch im Ansatz entspricht (vgl. § 13 IIIa 7 SGB V). 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 (vgl. BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33).

SG Saarland, Gerichtsb. v. 02.05.2016 - S 1 KR 799/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer Mammareduktion beidseits zu versorgen.

j) Umfang der Erstattungspflicht in der (tatsächlich) entstandenen Höhe

SG Köln, Urteil v. 20.06.2017 - S 34 KR 125/16 **RID 17-03-152**
juris
SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45

Die beantragten **Liposuktionsbehandlungen** liegen jedenfalls nicht dergestalt offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV, dass dies jedem Versicherten klar sein müsste.
Die Kosten der selbstbeschafften Leistung sind **in der (tatsächlich) entstandenen Höhe** zu erstatten. Soweit der behandelnde Arzt teilweise den 9,0-fachen Satz zum Ansatz gebracht hat, steht dies ebf. nicht entgegen. Es kommt auch insoweit darauf an, ob der Versicherte den Kostenaufwand für angemessen halten durfte. Dies ist dann der Fall, wenn die Krankenkasse gegen einen ihr übersandten Kostenvoranschlag der Höhe nach keine Einwendungen erhoben hat.
Eine **Aufhebung** einer fiktiven Genehmigung kann nur erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach § 13 IIIa SGB V nicht vorliegen.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. für in der Zeit vom 25.01.2016 bis 26.01.2016, vom 25.02.2016 bis 26.02.2016 und vom 24.03.2016 bis 26.03.2016 selbstbeschaffte Liposuktionsbehandlungen der Beine und Arme entstandenen Kosten in Höhe von insgesamt 15.960,05 € zu erstatten.

k) Rücknahme

aa) Keine Rücknahme möglich

SG München, Gerichtsbescheid v. 12.06.2017 - S 39 KR 2349/16 **RID 17-03-153**
juris
SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45

Liegen die **Voraussetzungen des § 13 IIIa SGB V** vor, ist eine **Rücknahme** der fingierten Genehmigung nach § 45 SGB X nicht möglich, weil kein rechtswidriger Verwaltungsakt i.S.d. § 45 I SGB X vorliegt.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. die am 24.11.2015 beantragte adipositaschirurgische Operation (Schlauchmagen) als Sachleistung zu gewähren.

bb) Aufhebung einer fiktiven Genehmigung

SG Aachen, Urteil v. 24.05.2017 - S 1 KR 98/16 **RID 17-03-154**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45

Eine Versicherte darf die begehrte **Schlauchmagen-Operation** aufgrund der fachlichen Befürwortung durch das Krankenhaus und der Allgemeinmediziner nach Teilnahme an den konzeptionellen Modulen subjektiv für geeignet und **erforderlich** halten.
Die **Rechtmäßigkeit** in Fällen einer fiktiven Genehmigung beurteilt sich alleine nach den tatbestandlichen Voraussetzungen des § 13 IIIa SGB V und nicht nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. die mit Schreiben vom 10.05.2015 beantragte bariatrische Operation (Schlauchmagen) als Sachleistung zu gewähren.

cc) Aufhebung bei materieller Rechtswidrigkeit

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 06.04.2017 - L 16 KR 202/16 **RID 17-03-155**
Revision anhängig: B 1 KR 24/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa; SGB X §§ 45 ff.

Es besteht eine grundsätzliche (uneingeschränkte) Anwendbarkeit der §§ 45 ff. SGB X auf die Genehmigungsfiktion. Liegen nämlich die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion von Anfang an nicht vor, tritt diese nicht ein und braucht daher auch nicht zurückgenommen werden. Fiktive Verwaltungsakte sind, sofern gesetzlich nichts Abweichendes geregelt ist, der **Aufhebung** zugänglich; insb. kommt eine Rücknahme der fingierten Genehmigung nach § 45 SGB X bei materieller Rechtswidrigkeit in Betracht.

SG Duisburg, Gerichtsb. v. 24.02.2016 - S 7 KN 307/14 KR - verpflichtete die Bekl., der Kl. eine Bauchfettschürzenresektion zu gewähren, das ***LSG*** wies die Klage ab.

dd) Beurteilung der Rechtmäßigkeit allein nach § 13 IIIa SGB V

LSG Saarland, Urteil v. 17.05.2017 - L 2 KR 24/15 **RID 17-03-156**
Revision anhängig: B 1 KR 15/17 R
juris
SGB V § 13 IIIa

Leitsatz: 1. Eine **Genehmigungsfiktion** im Sinne von § 13 Abs. 3a SGB V kommt auch bei einer **Hautstraffungsoperation** als **Sachleistung** in Betracht.
2. Im Berufungsverfahren wird ein nach Berufungseinlegung erlassener **Bescheid**, der den nach § 13 Abs. 3a SGB V fingierten Verwaltungsakt **zurücknimmt**, **Gegenstand des Verfahrens**.
3. Eine nach § 13 Abs. 3a SGB V fingierte Genehmigung einer Krankenbehandlung kann nicht mit der Begründung zurückgenommen werden, ein Krankenbehandlungsanspruch sei nach § 27 SGB V nicht gegeben (der Senat folgt BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33).

SG für das Saarland, Gerichtsb. v. 11.02.2015 - S 23 KR 1194/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. mit einer Hautstraffungsoperation am Bauch zu versorgen.

ee) Rechtmäßigkeitsvoraussetzungen allein nach § 13 IIIa SGB V

SG Aachen, Urteil v. 18.07.2017 - S 13 KR 450/16 **RID 17-03-157**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa

Die **Rechtmäßigkeit** in Fällen einer fiktiven Genehmigung beurteilt sich allein nach den tatbestandlichen Voraussetzungen des § 13 IIIa SGB V, nicht aber nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs (BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33).

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. eine Liposuktion der Unterschenkel beidseits und eine Bruststraffung beidseits zu gewähren.

Parallelverfahren:
SG Aachen, Urteil v. 18.07.2017 - S 13 KR 364/16 **RID 17-03-158**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. mit einem tragbaren mobilen Sauerstoffkonzentrator, entsprechend dem Gerät „Inogen One G3 High-Flow“ der Fa. OxyCare GmbH zu versorgen.

ff) Aufhebung nicht nach Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs

SG Köln, Urteil v. 28.06.2017 - S 23 KR 1230/16 **RID 17-03-159**
juris
SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45

Die **Rechtmäßigkeit bzw. Rechtswidrigkeit** eines fiktiven Verwaltungsakts beurteilt sich nach der Erfüllung der Voraussetzungen des § 13 IIIa SGB V, nicht jedoch nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs (vgl. BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33).

Das ***SG*** hob den angefochtenen Bescheid auf.

2. GKV-Leistung ohne Abbildung im EBM: Botulinum-Injektion

SG Dresden, Urteil v. 14.09.2016 - S 25 KR 134/15 **RID 17-03-160**
Berufung anhängig: LSG Sachsen - L 1 KR 298/16 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 III 1

Bei der **Botulinum-Injektion** handelt es sich nicht um eine neuartige Behandlungsmethode, für die eine Empfehlung des GBA auf der Grundlage des § 135 I 1 SGB V erforderlich wäre. Das Arzneimittel Botulinumtoxin A ist seit Januar 2013 zur Anwendung bei der hier vorliegenden Erkrankung (idiopathisch überaktiven Blase) zugelassen. Die Applikation von zugelassenen Arzneimitteln durch Injektionen in den menschlichen Körper ist als wissenschaftliches Konzept schon lange bekannt und stellt **keine neue Behandlungsmethode** im Sinne von § 135 I 1 SGB V dar (vgl. BSG, Urt. v. 02.09.2014 - B 1 KR 11/13 R - BSGE 117, 10 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 32, juris Rn. 21).
Eine Botulinum-Injektion ist nicht in Nr. 26310 (**Urethrozystoskopie des Mannes**) bzw. 26311 EBM (**Urethrozystoskopie der Frau**) in Verbindung mit der Grundpauschale enthalten.
Wird eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht von den Gebührenordnungspositionen des EBM und damit von der vertragsärztlichen Behandlung umfasst, so besteht ein **sachleistungsersetzender Freistellungsanspruch** wegen Systemversagens. Nach der BSG-Rspr. sind Leistungen in einem solchen Ausnahmefall in den GKV-Leistungskatalog einbezogen, ohne dass es einer positiven Empfehlung des GBA und einer Aufnahme der Behandlung in den EBM bedarf (vgl. BSG, aaO.)

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. von den Kosten für die Botulinum-Injektion im Rahmen der Abrechnung nach GOÄ freizustellen.

3. Privatärztliche Leistung bei Systemversagen: Barthaarentfernung durch Elektroepilation

SG Berlin, Urteil v. 03.05.2017 - S 89 KR 3924/15 **RID 17-03-161**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 II 1, 13 III

Die **Barthaarentfernung durch Elektroepilation** (Nadelepilation) im Rahmen der Behandlung von Transsexualismus gehört zu den Leistungen der Krankenbehandlung, die vorgesehen sind und einem **Arzt vorbehalten** sind. Wird die Leistung nicht im zumutbaren räumlich erreichbaren Umfeld angeboten, liegt ein sog. **Systemversagen** vor. Die Versorgungslücke kann nach § 13 III SGB V nicht dadurch geschlossen werden, dass Versicherte für die geschuldete Leistung einen nichtärztlichen Leistungserbringer in Anspruch nehmen und dafür einen Anspruch auf Erstattung der Kosten haben (so aber SG Berlin, Urt. v. 15.03.2016 - S 51 KR 2136/13 - RID 16-03-115; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.05.2014 - L 16 KR 453/12 - RID 15-01-112, juris Rn. 48). Es besteht aber ein Anspruch auf Verschaffung der geschuldeten Leistung, der im Fall der allein **privatärztlich** zu erbringenden Leistung in einen Anspruch auf Kostenübernahme vorab mündet.

Die Beteiligten streiten über die Gewährung von Leistungen zur Epilation als Behandlung im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen Mann zu Frau. Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. über die bereits bewilligten Kosten von 69,24 € pro Behandlungsstunde hinaus für die benötigte dauerhafte Haarentfernung im Gesicht mittels ärztlich angeordneter und ärztlich verantworteter Epilationsbehandlung für 50 Stunden weitere 86,76 € und für 50 Stunden im Übrigen 156,00 € pro Stunde, damit insgesamt für 100 Stunden, gemäß der ärztlichen Verordnung zu gewähren.

4. Kostenerstattungswahl: Zustimmung zu nicht zugelassenem Leistungserbringer

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 24.04.2017 - L 11 KR 816/17 ER-B **RID 17-03-162**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 II, IIIa

Leitsatz: Die **Zustimmung einer Krankenkasse** nach § 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V zu einer tagesklinischen Behandlung einer Versicherten kann vom Gericht im Rahmen einer einstweiligen Anordnung ersetzt werden. Die **Ersetzung** kann unter Auflagen oder Bedingungen ausgesprochen werden.

SG Mannheim, Beschl. v. 16.02.2017 - S 6 KR 405/17 ER- wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** verpflichtete die Ag., die Kosten für eine teilstationäre psychiatrische Therapie der Ast. im Familientherapeutischen Zentrum N. zu übernehmen höchstens in Höhe der Vergütung, die bei Erbringung als Sachleistung angefallen wäre und unter der Bedingung, dass die Ast. der Ag. durch Vorlage einer Erklärung des Jugendhilfeträgers nachweist, dass die Kosten für die Unterbringung der Ast. und ihres Sohnes M. in einer geeigneten Einrichtung für die Dauer der Behandlung in N. durch diesen übernommen werden. Im Übrigen lehnte es den Antrag ab.

IV. Arzneimittel: Off-Label-Use

Nach BSG, Urt. v. 13.12.2016 - ***B 1 KR 10/16 R*** - SozR 4-2500 § 2 Nr. 6 besteht kein Anspruch eines „austherapierten“ Versicherten mit Versorgung des Fertigarzneimittels **Avastin** zur Behandlung seines rezidivierenden Glioblastoms, einer regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheit. Ein Versicherter kann dies mangels indikationsgerechter Zulassung weder nach allgemeinen Grundsätzen noch wegen fehlender Studien der Phase III nach denen des **Off-Lable-Use** beanspruchen. Ein Anspruch nach Maßgabe der gesetzlich geregelten **grundrechtsorientierten Auslegung** des Leistungsrechts (§ 2 Ia SGB V) scheitert an der **Unvereinbarkeit mit Wertungen des Arzneimittelrechts**. Der Hersteller verfolgte seinen Antrag auf Zulassung von Avastin zur Behandlung des rezidivierenden Glioblastoms im zwingend bei der **Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA)** durchzuführenden zentralisierten Verfahren nach deren **ablehnender Begutachtung** nicht weiter. Dies entspricht wertungsmäßig einer Ablehnung der Zulassung, um die Gesundheit der Patienten zu schützen. Solche institutionellen Sicherungen dürfen nicht durch eine vermeintlich großzügige richterrechtliche Zuerkennung von Ansprüchen systematisch unterlaufen werden, um für die betroffenen Versicherten inakzeptable unkalkulierbare Risiken von Gesundheitsschäden zu vermeiden.

1. Rituximab bei einer rezidivierenden Myelitis

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 17.07.2017 - L 5 KR 74/17 B ER **RID 17-03-163**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12, 27, 31; SGG § 86b II

Leitsatz: Zur vorläufigen Übernahme der Kosten der Behandlung einer rezidivierenden Myelitis mit **Rituximab** im **Off-Lable-Use** im einstweiligen Rechtsschutz.

SG Kiel, Beschl. v. 12.04.2017 - S 10 KR 5/17 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig, die Kosten für die Behandlung des Ast. mit dem Medikament Rituximab im ersten Jahr zu übernehmen.

2. Rituximab (Handelsnamen „MabThera“, „Rituxan“) bei Sjögren-Syndrom

SG Dresden, Beschluss v. 18.05.2017 - S 45 KR 217/17 ER **RID 17-03-164**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27, 31 I 1, 35c, 92

Das Arzneimittel **Rituximab** (Handelsnamen „MabThera“, „Rituxan“) ist nicht zu der Behandlung des **Sjögren-Syndroms** zugelassen. Weder in Deutschland noch EU-weit liegt die erforderliche **Arzneimittelzulassung** für eine Therapie zur Behandlung eines Sjögren-Syndroms vor. Es handelt sich um keinen durch § 35c I SGB V und untergesetzliche Regelungen gedeckten **Off-Label-Use**. Es bestehen alternative Behandlungsmöglichkeiten jedenfalls hinsichtlich Trockenheit, Entzündungen, der Arthralgien und des Raynaud-Syndroms. Es fehlt weiter an einer aufgrund der Datenlage begründeten Erfolgsaussicht der Therapie mit Rituximab.

Das ***SG*** wies den Antrag ab.

3. Lymphangioleiomyomatosis und Wirkstoff Sirolimus

SG Dortmund, Urteil v. 27.04.2017 - S 63 KR 32/16 **RID 17-03-165**
SGB V §§ 2 I, 12, 27 I 2 Nr. 3, 31

Eine **Lymphangioleiomyomatosis** ist eine schwerwiegende, die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung. Eine andere, ebenso wirksame und im Rahmen der vertraglichen Versorgung erhältliche Therapie als die mit dem **Wirkstoff Sirolimus** ist nicht verfügbar. Es besteht auch eine anhand der wissenschaftlichen Datenlage begründete Erfolgsaussicht, dass mit Sirolimus ein Behandlungserfolg erzielt werden kann.

Die Kl. leidet an Lymphangioleiomyomatosis (LAM). Die Krankheit wurde bei ihr erstmalig im Jahr 2015 diagnostiziert. Es handelt sich um eine seltene Lungenerkrankung, die fast ausschließlich Frauen betrifft und bei der durch eine überschießende Wucherung glatter Muskelzellen in Lymphgefäßen und Bronchialwegen das gesunde Lungengewebe zerstört wird. Hierdurch wird die Sauerstoffaufnahme der Lunge behindert. Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. zukünftig auf entsprechende ärztliche Verordnung mit dem Medikament Rapamune (Wirkstoff Sirolimus) im Wege der Sachleistung zu versorgen.

V. Hilfsmittel

1. Elektrorollstuhl mit Steh- und Liegefunktion

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 24.05.2017 - L 5 KR 10/17 B ER **RID 17-03-166**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I

Leitsatz: Zum Versorgungsanspruch der Neuanschaffung eines **elektrischen Rollstuhls mit Aufsteh- und Liegefunktion** im **einstweiligen Rechtsschutz**.

SG Kiel, Beschl. v. 14.12.2016 - S 19 KR 36/16 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** die Beschwerde zurück.

2. Zweitversorgung mit einer Sitzschale

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 17.05.2017 - L 4 KR 460/14 **RID 17-03-167**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I

Die **Zweitversorgung mit einer Sitzschale** ist erforderlich und steht mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 I SGB V im Einklang, wenn es im Alltag insb. zur Gewährleistung des Kindergartenbesuchs (bzw. nunmehr zur Gewährleistung des Schulbesuches), aber auch für andere altersgerechte Aktivitäten erforderlich ist, aus medizinischen und Sicherheitsgründen ein **schnelles und jederzeit betreutes Umsetzen sicherzustellen**, was allein durch Versorgung mit einer zweiten Sitzschale gewährleistet werden kann.

SG Bremen, Urt. v. 04.09.2014 - S 8 KR 298/10 - wies die auf eine Versorgung gerichtete Klage als unzulässig und die hilfsweise erhobene Fortsetzungsfeststellungsklage als nicht begründet ab, das ***LSG*** stellte die Rechtswidrigkeit des Bescheids, mit dem die Bekl. die Zweitversorgung mit einer individuell angepassten Kunststoffsitzschale abgelehnt hat, fest und wies im Übrigen die Berufung zurück.

3. Therapietandem

a) Therapeutische Nebeneffekte/Familienausflüge

LSG Thüringen, Urteil v. 28.03.2017 - L 6 KR 976/14 **RID 17-03-168**
Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I

Können durch die Nutzung eines sog. Therapietandems allenfalls **therapeutische Nebeneffekte** erzielt werden, so **ist es als Hilfsmittel nicht erforderlich. Soll es dazu dienen, die** Teilnahme an Familienausflügen mit dem Fahrrad bzw. Tandem zu ermöglichen, gehört das Bedürfnis nach sportlicher Betätigung im Familienkreis nicht zu den Grundbedürfnissen eines Versicherten (vgl. BSG, Urt. v. 12.08.2009 - B 3 KR 11/08 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 25, juris Rn. 22).

SG Altenburg, Gerichtsb. v. 23.07.2014 - S 4 KR 3534/12, wies die Klage der Föderschülerin ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Anwesenheit eines Erwachsenen erforderlich

LSG Thürigen, Beschluss v. 02.05.2017 - L 6 KR 1635/14 B **RID 17-03-169**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I

Eine Eingliederung einer 2003 geb. Versicherten in den Kreis der Gleichaltrigen wird durch eine ständige **Anwesenheit eines Erwachsenen**, der aufgrund der Behinderung das **Therapietandem** fortbewegt und lenkt, schwerlich möglich sein.

SG Gotha, Beschl. v. 14.11.2014 - S 38 KR 2183/14 - lehnte den Antrag auf Gewährung von PKH ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

4. Liegedreirad: Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.10.2016 - L 16 KR 59/15 **RID 17-03-170**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I

Bei einem **Liegedreirad** handelt es sich um einen **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens**. Diese sind gemäß § 33 I 1 SGB V von der Leistungspflicht der Krankenkasse nicht mit umfasst.

SG Köln, Urt. v. 12.11.2014 - S 9 KR 351/13 - gab der Klage statt, das ***LSG*** wies die Klage ab, ***BSG***, Beschl. v. 20.04.2017 - B 3 KR 1/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

5. Exoskelett bei Querschnittslähmung: Grundbedürfnis des aufrechten Gehens

SG Dresden, Urteil v. 15.03.2017 - S 25 KR 791/16 **RID 17-03-171**
Berufung anhängig: L 1 KR 247/16
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I

Mit dem **Exoskelett** mit Antrieb kann kein unmittelbarer Behinderungsausgleich erzielt werden (a.A. SG Speyer, Urt. v. 20.05.2016 - S 19 KR 350/15 - RID 16-04-133, juris Rn. 38). Es kann aber im Bereich des **mittelbaren Behinderungsausgleiches** insb. zur Befriedigung des Grundbedürfnisses „Gehen" zur Anwendung kommen. Die **aufrechte Fortbewegung** entspricht der natürlichen Fortbewegung und unterscheidet sich erheblich von der sitzenden Fortbewegung im Rollstuhl. Das Hilfsmittel muss es dem Nutzer aber ermöglichen, relevante Strecken im Nahbereich zurückzulegen. Das Hilfsmittel muss nicht nur in der eigenen Häuslichkeit, sondern auch in anderen Gebäuden und im Außenbereich genutzt werden können, was objektiv der Fall ist.

Das ***SG*** hob den angefochtenen Bescheid auf und verwies das Verfahren zur weiteren Sachaufklärung an die Bekl. zurück.

6. Gitter-Pflegebett

SG Magdeburg, Beschluss v. 20.07.2017 - S 15 KR 206/17 ER **RID 17-03-172**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I

Ein **Gitter-Pflegebett** dient keinem **Grundbedürfnis des täglichen Lebens**, sondern der Vorbeugung vor Selbstverletzungen.

Das ***SG*** lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab.

7. Hörgeräteversorgung

a) Theoretische Verweisung auf anderes Hörgerät unzureichend

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 07.07.2017 - L 1 KR 438/15 **RID 17-03-173**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12, 33

Hören bzw. das Hörempfinden ist eine **subjektive Angelegenheit** und betrifft nicht nur die Möglichkeit, Sprachinformationen aufnehmen zu können.
Der für ein Hilfsmittel festgesetzte **Festbetrag** begrenzt die Leistungspflicht der Krankenkasse dann nicht, wenn er für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht ausreicht (BSG, Urt. v. 21.08.2008 - B 13 R 33/07 R - BSGE 101, 207 = SozR 4-3250 § 14 Nr. 7, juris Rn. 39).
Dass möglicherweise **andere Hörgeräte** – unter Umständen je nach Einstellung durch den Akustiker – ein ähnliches Ergebnis erzielt hätten, vermag die Notwendigkeit der konkreten Beschaffung nicht aufzuheben. Eine entsprechende **Beratung und Begutachtung** des Kl. ist nicht erfolgt.

SG Berlin, Gerichtsb. v. 24.09.2015 - S 73 KR 505/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. 869,24 € zu zahlen.

b) Materielle Beweislast für Zweckmäßigkeit selbstgewählter Hörgeräte

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 13.07.2017 - L 9 KR 60/17 B ER **RID 17-03-174**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I

Leitsatz: Zur **materiellen Beweislast** dafür, dass der Versicherte mit einem **Festbetragsgerät** gleich gut wie mit dem von ihm gewählten Gerät versorgt werden könnte.

SG Berlin, Beschl. v. 11.01.2017 - S 36 KR 2216/16 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, d. Ast. bis zum

rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens mit Hörgeräten Super 440 VSD WIDEX zuzahlungsfrei als Sachleistung zu versorgen.

8. Laser-Langstock

SG Koblenz, Urteil v. 15.03.2017 - S 11 SO 62/15 **RID 17-03-175**
juris
SGB V § 33

Der **Gebrauchsvorteil** eines **Laser-Langstocks** liegt darin, dass sich – anders als beim herkömmlichen Blinden-Langstock – auch Hindernisse wahrnehmen lassen, die sich nicht ausschließlich auf dem Boden befinden. Er bietet einen (zusätzlichen) Ersatz für die durch die Blindheit ausgefallene oder zumindest erschwerte Möglichkeit der Umweltkontrolle. Der Funktionsausgleich betrifft unmittelbar die Behinderung.

9. UV-Teilbestrahlungsgerät (UVB 311 nm)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 06.06.2017 - L 1 KR 103/16 **RID 17-03-176**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 33 I, 135 I

Es spricht viel dafür, dass der Einsatz eines **Teilbestrahlungsgerätes für die Durchführung einer UVB-Phototherapie** in Heimbehandlung dem Verbot mit Erlaubnisvorbehalt nach § 135 I SGB V unterliegt. Obwohl die UVB-Strahlentherapie bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und im EBM enthalten ist (vgl. insoweit BSG, Urt. v. 04.04.2006 - B 1 KR 12/05 R - SozR 4-2500 § 27 Nr. 8, juris Rn. 20 m.w.N.), dürfte es sich um **eine „neue" Behandlungsmethode** handeln, weil die bereits anerkannte Therapieform durch den Einsatz eines UVB-Teilbestrahlungsgerätes in der Heimbehandlung eine wesentliche Erweiterung erfährt, die mit gesundheitlichen Risiken verbunden ist, denen bisher durch den GBA nicht nachgegangen wurde (vgl. zu diesem Gesichtspunkt BSG, Urt. v. 08.07.2015 - B 3 KR 5/14 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 47, juris Rn. 33 f.).
Kann die medizinisch indizierte Behandlung eines atopischen Handekzems mit UVB-Strahlen im Schmalbandbereich der Wellenlänge 311 nm zumutbar auch in einer hautärztlichen Praxis ambulant durchgeführt werden, fehlt es an der **Erforderlichkeit** des Teilbestrahlungsgerätes für die Heimbehandlung im Sinne von § 33 I 1 SGB V.

SG Köln, Urt. v. 15.12.2015 - S 37 KR 169/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

10. Versorgung mit Magnetfeldtherapiesystem 200 F

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 29.09.2016 - L 16 KR 638/15 **RID 17-03-177**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 1, 33 I 1, 135 I

Die Versorgung mit dem **Magnetfeldtherapiesystem 200 F** (komplett mit Kunstledermatte, 16 Spulen und Stecknetzerteil) stellt als sächliches Mittel ein **Hilfsmittel** im Sinne des § 33 I 1 SGB V dar. Ein Sachleistungsanspruch für ein Hilfsmittel zur Sicherung einer Behandlung setzt voraus, dass diese **Behandlung** ihrerseits in den **Leistungskatalog** der gesetzlichen Krankenversicherung fällt. Soll ein Hilfsmittel im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 27 I 2 Nr. 3 SGB V) gemäß § 33 I 1 SGB V den Erfolg sichern, ist seine Verwendung, anders als etwa bei Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich, nicht von dem zugrunde liegenden Behandlungskonzept und den hierfür geltenden Anforderungen nach den §§ 2 I 3, 12 I SGB V i.V.m. § 135 I SGB V zu trennen.
Die nicht-invasive (pulsierende) Magnetfeldtherapie stellt eine **neue Methode** dar, für die der GBA eine negative Bewertung über den Nutzen abgegeben hat (Beschl. vom 14.01.1992, Nr. 9 der Anlage 2 der NUB-RL; nunmehr Anlage II Nr. 9 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung).

SG Detmold, Urt. v. 08.10.2015 - S 24 KR 58/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück, ***BSG***, Beschl. v. 04.05.2017 - B 3 KR 5/17 B - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde.

11. Elektrostimulationssystem „Motionstim 8“

SG Mainz, Urteil v. 22.11.2016 - S 14 KR 223/14 **RID 17-03-178**
juris
SGB V §§ 33, 135

Leitsatz: Das Hilfsmittel „Motionstim 8“ ist aufgrund der funktionellen Elektrostimulation der Muskeln an Beinen oder Armen Teil einer **neuen Behandlungsmethode**. Es dient der Wiederherstellung der Beweglichkeit an Beinen oder Armen und dem Training der Muskeln und geht über den unmittelbaren Behinderungsausgleich hinaus. Bis der **Gemeinsame Bundesausschuss** hierzu eine positive Empfehlung abgegeben hat, ist sie keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung.

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

12. Tragbarer Kardioverter-Defibrillator LifeVest

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.06.2017 - L 11 KR 2703/16 **RID 17-03-179**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 41/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 33

Leitsatz: Ein Anspruch auf **Kostenerstattung** nach § 13 Abs. 3 SGB V setzt voraus, dass der Versicherte wenigstens in Form einer sog. **Sekundärhaftung** einem wirksamen Kostenerstattungsanspruch ausgesetzt ist. Daran fehlt es, wenn die Kostenvereinbarung mit dem Leistungserbringer so ausgestaltet ist, dass der Versicherte in keinem Fall in Anspruch genommen werden kann.
Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Versorgung mit einem LifeVest-System nur für die im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Indikationsbereiche. Eine Versorgung für einen noch nicht im **Hilfsmittelverzeichnis** genannten Indikationsbereich stellt eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** dar.

SG Karlsruhe, Urt. v. 06.06.2016 - S 5 KR 4238/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

13. Unterkieferprotrusionsschiene

SG Hannover, Urteil v. 30.11.2015 - S 69 KR 329/12 **RID 17-03-180**
juris
SGB V § 33

Die Kammer folgt aufgrund eigener Prüfung den überzeugenden und nachvollziehbaren Ausführungen des SG Kiel, Urt. v. 11.04.2013 - S 10 KR 349/10 -, wonach die S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“ (Somnologie, Band 13, Supplement 1, November 2009) den Einsatz von intraoralen **Protrusionsschienen** bei Patienten mit leichter oder mittelgradiger obstruktiver **Schlafapnoe** als Therapieoption benennt und somit die objektive Erforderlichkeit der UPS begründet.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. die Kosten für eine Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene i.H.v. 1.066,22 € zu erstatten.

VI. Rehabilitation/Vorsorgemaßnahmen/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten

1. Rehabilitation

a) Ambulante psychotherapeutische Behandlung vorrangig

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.07.2017 - L 1 KR 208/16 **RID 17-03-181**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 40 II

Auf Leistungen der **stationären Rehabilitation** besteht nur dann Anspruch, wenn die Leistungen der ambulanten Rehabilitation nicht ausreichend sind. Es ist jedoch nicht ersichtlich, dass eine **ambulante** Behandlung nicht ausreichen würde. Soweit sich der Kl. aufgrund seiner **psychischen Verfassung** nicht in der Lage sieht bzw. nicht in der Lage ist, zur psychotherapeutischen Behandlung einen

Therapeuten aufzusuchen, bedarf es zunächst vorrangig einer Behandlung dieser Ängste, um den Kl. in die Lage zu versetzen, erfolgreich eine ambulante traumaspezifische Psychotherapie durchzuführen. Mangelnde Motivation steht einem Anspruch auf Rehabilitation jedenfalls entgegen.

SG Berlin, Gerichtsb. v. 19.04.2016 - S 76 KR 2043/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Rehabilitationssport

LSG Bayern, Urteil v. 20.06.2017 - L 4 KR 399/14 **RID 17-03-182**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 55/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 11 II 1, 13 III 1, 43 I; SGB IX § 44 I Nr. 3

Leitsatz: 1. Hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit für die Teilnahme an einem Reha-Sport in Gruppen ist auf den **Einzelfall** abzustellen und hierbei auf den **Schweregrad der Beeinträchtigung** unter Berücksichtigung des rehabilitativen Zwecks des Gemeinschaftserlebnisses, mit anderen vergleichbar Betroffenen Sportliches leisten zu können.
2. Der Übergang zwischen **Reha-Sport** und **allgemeiner Wirbelsäulengymnastik** in einem Sportverein oder der VHS ist fließend.

SG Landshut, Urt. v. 01.08.2015 - S 4 KR 218/12 - verurteilte die Bekl., die Kosten für die Teilnahme des Kl. am Rehabilitationssport auf Grundlage der Verordnung in Höhe von 250 € zu erstatten, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

2. Erstattung einer medizinischen Vorsorgemaßnahme in Ungarn

LSG Thüringen, Beschluss v. 16.06.2017 - L 6 KR 226/17 NZB **RID 17-03-183**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IV, 20 II 2, 23 II

Soweit die Bekl. meint, es müsse geklärt werden, ob der **Kurkostenzuschuss** ohne die dazugehörige Hauptleistung zu erbringen sei, fehlt es bereits an der Klärungsbedürftigkeit, weil sich die Antwort unmittelbar aus § 23 Abs. 2 SGB V ergibt. Daraus ergibt sich unmittelbar, dass die Erstattung weiterer Kosten im Zusammenhang mit der Leistung stehen muss. Erbringt die Krankenkasse keine Leistung, können auch keine Kosten entstehen, die mit dieser Leistung in Zusammenhang stehen.

SG Altenburg, Urt. v. 12.01.2017 - S 14 KR 2829/15 - verurteilte die Bekl., an den Kl. 462 € zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab. Das ***LSG*** wies die Nichtzulassungsbeschwerde der Bekl. zurück.

3. Häusliche Krankenpflege

a) Betreute Wohnform

aa) Blutzuckermessung und Medikamentengabe/Umfang der Eingliederungshilfe

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 27.06.2017 - L 1 KR 228/17 B ER **RID 17-03-184**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 37 II; SGG § 86b II

Im jeweiligen Einzelfall ist zu prüfen, ob die **Einrichtung** nach ihrem Aufgabenprofil, ihrer Ausrichtung auf eine bestimmte Bewohnerklientel und insb. aufgrund ihrer sächlichen und personellen Ausstattung die fragliche Leistung selbst erbringen kann. Es kann ein Anspruch gegen die Krankenkasse bestehen, wenn der **bewilligte Umfang der Eingliederungshilfe** nicht ausreicht. Sechs Fachleistungsstunden in der Woche geben nicht genügend Raum für zweimal am Tag stattfindende Besuche, in denen neben der **Medikamentengabe** noch weitere Leistungen erbracht werden sollen.

SG Cottbus, Beschl. v. 11.04.2017 - S 18 KR 56/17 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** verpflichtete die Ag., d. Ast. ab sofort bis zum Ergehen einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache, längstens jedoch bis zum 16.12.2017, Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form von Blutzuckermessung einmal täglich, Verabreichen von Medikamenten zweimal täglich sowie Herrichten von Medikamenten einmal wöchentlich zu gewähren. Im Übrigen wies es die Beschwerde zurück.

bb) Verabreichen von 4-mal täglich Augentropfen trotz Eingliederungshilfe

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 19.06.2017 - L 1 KR 229/17 B ER **RID 17-03-185**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 37 II 1

Lebt der Versicherte in einer **Wohnung** und erhält er Leistungen der ambulanten **Eingliederungshilfe**, dann ist für die Erbringung von Leistungen der **häuslichen Krankenpflege** entscheidend, ob die **Medikamentengabe** (Verabreichung von Augentropfen) nach Art und Umfang bereits zu den Leistungen der Eingliederungshilfe gehört. Die Verabreichung von Augentropfen steht ihrem Inhalt nach einer allgemeinen Betreuungsleistung gleich und verlangt keinerlei besondere medizinische Kenntnisse. Müssen diese 4-mal am Tag verabreicht werden, dann reicht der bewilligte Umfang der Eingliederungshilfe indessen nicht aus.

SG Cottbus, Beschl. v. 11.04.2017 - S 18 KR 57/17 ER- wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** verpflichtete die Ag., d. Ast. für die Zukunft, längstens bis zum 31.12.2017 bzw. bis zum Ergehen einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache Leistungen der häuslichen Krankenpflege (Verabreichen von Augentropfen) im Umfang von 4-mal täglich, 7-mal wöchentlich zu gewähren.

b) Schulbegleiter

LSG Thüringen, Beschluss v. 16.05.2017 - L 6 KR 1571/15 B ER **RID 17-03-186**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 37 II 1; SGB XI § 13 II

Auf **häusliche Krankenpflege** in Form der **Krankenbeobachtung während des Schulbesuches** besteht ein Anspruch, wenn die ständige Beobachtung der gesundheitlichen Situation durch eine medizinische Fachkraft wegen der Gefahr von ggfs. **lebensgefährdenden Komplikationen** und die hierdurch erforderliche Möglichkeit der jederzeitigen Intervention erfolgen muss.

SG Gotha, Beschl. v. 12.11.2015 - S 38 KR 3279/15 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** verpflichtete die Krankenkasse, Ag. zu 1), im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. einstweilen bis zum Ablauf des aktuellen Verordnungszeitraumes am 30.06.2017, längstens jedoch bis zum Eintritt der Rechtskraft einer Hauptsacheentscheidung, häusliche Krankenpflege an Schultagen im Umfang von 8 Stunden täglich während ihres Aufenthalts in der Schule in Form kontinuierlicher Beobachtung und Intervention beim Blutzuckerverlauf und zur Vermeidung sowie zur Behandlung von Hypoglykämien durch subkutane Insulingaben mittels Insulinpumpe als Sachleistung zu gewähren. Die Verpflichtung kann auch dadurch erfüllt werden, dass in der Schulklasse der Ast. eine gemeinsame, medizinisch geschulte Fachkraft für alle an Diabetes mellitus erkrankten Mitschüler anwesend ist.

c) Kein Rechtsschutzbedürfnis bei bestandskräftiger Ablehnung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 29.05.2017 - L 11 KR 1417/17 ER-B **RID 17-03-187**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG §§ 66, 86b

Leitsatz: Wird der Bescheid, mit dem eine beantragte Leistung abgelehnt wird, bestandskräftig, entfällt das **Rechtsschutzbedürfnis** für den Erlass einer einstweiligen Anordnung.
Der Zusatz: „Der Widerspruch sollte begründet werden“ macht eine Rechtsbehelfsbelehrung nicht unrichtig.

Der Ast. begehrt die Gewährung von Leistungen zur häuslichen Krankenpflege. ***SG Mannheim***, Beschl. v. 03.04.2017 - S 5 KR 943/17 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, weil Betreuungsbedarf keinen Anspruch auf häusliche Krankenpflege begründe, das ***LSG*** die Beschwerde zurück.

d) Keine Gebührenfreiheit für nicht statthaftes Rechtsmittel

LSG Bayern, Beschluss v. 17.07.2017 - L 20 KR 333/17 B ER **RID 17-03-188**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG §§ 183, 197a

Leitsatz: Bei einem nicht statthaften Rechtsbehelf besteht keine Gerichtskostenfreiheit, auch wenn das Verfahren im Übrigen seiner Art nach gerichtsgebührenfrei ist.

SG Nürnberg, Beschl. v. 16.05.2017 - S 7 KR 250/17 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** die Beschwerde zurück.

4. Fahrkosten

a) Altersbedingte Multimorbidität nicht anspruchsbegründend

SG Leipzig, Teilurteil v. 11.04.2017 - S 8 KR 385/16 **RID 17-03-189**
juris
SGB V § 60 I

Leitsatz: Altersbedingte Multimorbidität begründet noch keinen Anspruch auf ausnahmsweise Übernahme der Fahrkosten für eine ambulante Behandlung.

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

b) Fahrkostenerstattung nur zur nächstgelegen Dialysepraxis

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 19.07.2017 - L 5 KR 99/17 B ER **RID 17-03-190**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 76; SGB X § 45; SGG § 86b II 2

Leitsatz: Ein Anspruch auf vollständige **Fahrkostenerstattung zu Dialysefahrten** besteht grundsätzlich nur zur **nächstgelegen Dialysepraxis**, auch wenn dem Versicherten vorher über einen längeren Zeitraum die Fahrkosten zu einer weiter entfernt liegenden Praxis erstattet wurden. **Medizinische Gründe**, von diesem Grundsatz abzuweichen, sind vom Antragsteller im einstweiligen Rechtsschutzverfahren glaubhaft zu machen.

SG Lübeck, Beschl. v. 18.05.2017 - S 8 KR 202/17 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 23.05.2017 - ***B 1 KR 24/16 R*** - besteht ein Anspruch auf Zahlung einer **Aufwandspauschale** nicht bei einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit wie hier der Kodierung der Beatmungsstunden. Ohne Belang ist, dass der MDK - anders als zuvor die Krankenkasse in ihrer Mitteilung an das Krankenhaus - bei Übermittlung des Prüfauftrags eine **unzutreffende Rechtsgrundlage nannte**. Nach BSG, Urt. v. 23.05.2017 - ***B 1 KR 28/16 R*** - erfasst der Anwendungsbereich der gegen missbräuchliche Prüfbegehren gerichteten, eng auszulegenden Regelung zur Auffälligkeitsprüfung in **§ 275 Ic 3 SGB V** nur Prüfbegehren, die mit Hilfe des MDK die Wirtschaftlichkeit der Behandlung kontrollieren sollen, um eine Rechnungsminderung zu erreichen. Der Senat muss es sich auch versagen, der Gesetzesänderung der Auffälligkeitsprüfung mit Wirkung vom 01.01.2016 Rückwirkung beizumessen. Dies würde die Grenzen richterlicher Rechtsfortbildung verletzen. Nach BSG, Urt. v. 23.05.2017 - ***B 1 KR 27/16 R*** - darf eine **Krankenkasse** nach Ablauf des laufenden und eines weiteren vollen Haushaltsjahres darauf **vertrauen**, dass das **Krankenhaus** keine **Nachforderungen** erhebt. Die Krankenkasse erschüttert die Vertrauensgrundlage nicht selbst dadurch, dass sie die Wirtschaftlichkeit der Behandlung prüft und teilweise verneint. Sie zieht damit nicht die Richtigkeit der Kodierung in Zweifel, sondern legte gerade die Richtigkeit der Schlussrechnung zugrunde. Nach BSG, Urt. v. 28.03.2017 - ***B 1 KR 29/16 R*** - fordert das Wirtschaftlichkeitsgebot, dass die Behandlung eines Versicherten, der nach stationärer Diagnostik entlassen wurde, um sich über den geplanten Eingriff vertragsärztlich beraten zu lassen, und alsbald zur Durchführung des Eingriffs im selben Krankenhaus wieder stationär aufgenommen wurde, als ein nur **durch Beurlaubung unterbrochener Behandlungsfall** zu gelten hat. Entgegenstehendes Landesvertragsrecht ist nichtig. Nach BSG, Urt. v. 28.03.2017 - ***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). Nach BSG, Urt. v. 28.03.2017 - ***B 1 KR 15/16 R*** - gelten die Grundsätze der **Erfüllungsfiktion** des § 107 SGB X nicht für Leistungserbringer und damit nicht in Krankenhausbehandlungsfällen für das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse nach **Zahlung der Vergütung durch eine unzuständige Krankenkasse**. Nach BSG, Urt. v. 28.03.2017 - ***B 1 KR 23/16 R*** - gibt es bei **Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit** einer Krankenhausabrechnung keine Pflicht der Krankenkasse, eine **Aufwandspauschale** zu zahlen; ohne Belang ist es, dass die Krankenkasse bei ihrem Prüfauftrag eine unzutreffende Rechtsgrundlage nennt. Nach BSG, Urt. v. 13.12.2016 - ***B 1 KR 2/16 R*** - stellt die aus der **Transplantationsnachsorge** (hier: Nierentransplantation) sich ergebende Häufigkeit von Behandlungen (Kontrolluntersuchungen) - bis zu vier-, zuletzt zweimal jährlich - keine **hohe Behandlungsfrequenz** im Sinne des § 8 II KrankentransportRL dar.

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Keine rückwirkenden Massenprüfungen nach neuer BSG-Rspr.

SG Regensburg, Urteil v. 12.04.2017 - S 2 KR 654/16 **RID 17-03-191**

juris

SGB V §§ 109 IV, 275 Ic, 301; KHEntgG § 7 I 1 Nr. 1

Eine **sachlich-rechnerische Prüfung** setzt die Prüfung eines konkreten Einzelfalls voraus. Eine **Massenprüfungen** aus Anlass einer bestimmten BSG-Rspr. (hier: BSG, Urt. v. 14.10.2014 - B 1 KR 26/13 R - SozR 4-2500 § 301 Nr. 3) hat mit einer sachlich-rechnerischen Überprüfung nichts zu tun. Ist eine Krankenkasse im Einzelfall der Auffassung, dass eine **Mitteilungspflicht** nicht oder nicht vollständig erfüllt wurde, hat sie dem Krankenhaus bei Beginn der Prüfung konkret darzulegen, worin sie die Nichterfüllung der Mitteilungspflicht sieht. Dies ist für das Krankenhaus von besonderer Bedeutung, da ohne die Mindestangaben nach § 301 SGB V keine Fälligkeit des Vergütungsanspruchs eintritt (vgl. BSG, Urt. v. 16.05.2012 - B 3 KR 14/11 R - BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 24 Rn. 19). Es widerspricht dem Gebot der gegenseitigen Rücksichtnahme, wenn die Krankenkasse rückwirkend Massenprüfungen vornimmt. Sie kann dann aus diesen Prüfungen heraus unter der Behauptung der Verletzung von Mitwirkungspflichten der Krankenhäuser keine öffentlich-rechtlichen Erstattungsansprüche generieren.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.573,40 € nebst Zinsen zu bezahlen.

b) Zulässigkeit einer Nachkodierung

SG Dortmund, Urteil v. 05.05.2017 - S 49 KR 580/16 **RID 17-03-192**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Die Vereinbarung einer **Ausschlussfrist** für eine nachträgliche Rechnungskorrektur in der zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossenen Prüfverfahrensvereinbarung ist **unzulässig**.
Die in **§ 7 V PrüfvV** i.V.m. § 8 S. 1 PrüfvV aufgeführten Fristen stellen **keine Ausschlussfristen** dar.
In Fällen, in denen eine **Prüfung durch den MDK erfolgt** ist, wird die Rspr. des BSG zur Zulässigkeit einer nachträglichen Rechnungskorrektur durch § 7 V PrüfvV nur insoweit modifiziert, als die Rechnungskorrektur den **Gegenstand der MDK-Prüfung** betrifft. Bezieht sich also der Prüfanlass auf einen anderen Sachverhalt als die Rechnungskorrektur, findet die Rechtsprechung des BSG weiterhin uneingeschränkt Anwendung. Eine **Rechnungskorrektur** ist daher in diesen Fällen noch bis zum Ende des auf die Schlussrechnung folgenden Kalenderjahres zulässig.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.877,99 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

c) Keine Ausschlussfristen durch PrüfvV

SG Detmold, Urteil v. 31.03.2017 - S 24 KR 230/16 **RID 17-03-193**

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

Wird der OP-Bericht nicht innerhalb der Frist des § 7 II 3 PrüfvV an den MDK übersandt, folgt daraus weder eine Präklusion in medizinisch-tatsächlicher Hinsicht noch eine eingeschränkte Amtsermittlung durch das Gericht. Die Verbindlichkeit der PrüfvV bezieht sich nur auf das Prüfungsverfahren selbst, nicht auf ein sich hieran anschließendes Gerichtsverfahren. Die PrüfvV als untergesetzliche Norm ist nicht geeignet, den **Vergütungsanspruch des Krankenhauses** nach dem SGB V einzuschränken. Nach der Rechtsprechung des BSG (vgl. etwa Urt. v. 19.04.2016 - B 1 KR 33/15 R - BSGE 121, 101 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 57, juris) sind **materiell-rechtliche Ausschlussfristen** zu Lasten der Versichertengemeinschaft unzulässig, weil sie zur Folge haben, dass Krankenkassen verpflichtet werden, im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot Vergütungen auch für nicht erforderliche Krankenhausbehandlungen zu zahlen, und zudem gehindert sind, eigene Erstattungsansprüche im Falle von ungerechtfertigten Überzahlungen geltend zu machen. Gleiches muss auch für Vergütungsansprüche der Krankenhäuser gelten.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an d. Kl. 23.799,53 € nebst Zinsen zu zahlen.

d) Umfangreiche diagnostische Maßnahmen nur stationär durchführbar

SG Detmold, Urteil v. 31.03.2017 - S 24 KR 83/16 **RID 17-03-194**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27, 39 I, 108

Umfangreiche diagnostische Maßnahmen, wie etwa transösophageale Untersuchungen, das Langzeit-EKG, das Schluck-Echo und die Testung auf Hospitalkeime (MRSA), sind nicht im ambulanten Bereich durchführbar.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an d. Kl. 1.060,44 €nebst Zinsen zu zahlen.

e) Keine Notwendigkeit stationärer Behandlung bei Chemotherapie

LSG Sachsen, Urteil v. 30.05.2017 - L 1 KR 244/16 **RID 17-03-195**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 45/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b; KHEntgG §§ 7, 9 I 1 Nr. 1

Leitsatz: Wurde ein Versicherter in einem Krankenhaus stationär behandelt, obwohl dies nicht im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V **erforderlich** war, weil eine **ambulante Krankenbehandlung** ausgereicht hätte, steht dem Krankenhausträger weder ein **Vergütungsanspruch** nach dem DRG-Fallpauschalensystem noch ein bereicherungsrechtlicher Anspruch zu; dies gilt auch dann, wenn die ambulante Behandlung für die Krankenkasse höhere Kosten als die stationäre Krankenhausbehandlung verursacht hätte.

SG Chemnitz, Gerichtsb. v. 01.09.2016 - S 15 KR 521/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

f) Stationäre Psychotherapie und Belastungsurlaube

LSG Hamburg, Urteil v. 17.05.2017 - L 1 KR 78/16 **RID 17-03-196**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 109

Belastungsurlaube im Rahmen einer **stationären Psychotherapie** sind ein anerkanntes Therapiemittel. Anzahl und Dauer des Einsatzes der Belastungsurlaube machen, wenn die Versicherte die Nächte jeweils auf der Station verbringt, aus einer erforderlichen und im Übrigen auch fachgerecht und erfolgreich durchgeführten stationären Behandlung keine teilstationäre Behandlung.

SG Hamburg, Urt. v. 14.07.2016 - S 2 KR 59/13 - gab der Klage statt und wies die Widerklage ab, das ***LSG*** wies die Berufung der Bekl. zurück.

2. Operationen eines Bauchaortenaneurysmas: Bereitschaftsdienst unzureichend

SG Marburg, Urteil v. 19.04.2017 - S 14 KR 3/16 **RID 17-03-197**
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 8 KR 227/17 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHG § 17b; QBAA-RL §§ 4, 5

Leitsatz: Für die Durchführung von Operationen eines **Bauchaortenaneurysmas** wird vorausgesetzt, dass ein Arzt auf der Station, der zudem Erfahrungen in der Gefäßchirurgie haben muss**, durchgehend anwesend** ist (§ 4 Abs. 2 Satz 1 Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma des Gemeinsamen Bundesausschusses <QBAA-RL>). Diese Sicherstellung der postprozeduralen stationären Versorgung wird nicht durch einen eigenständigen fachärztlichen gefäßchirurgischen Bereitschaftsdienst im Haus oder einen Rufbereitschaftsdienst nach § 4 Abs. 2 Satz 2 QBAA-RL erreicht.

Die Beteiligten streiten nach einer Verrechnung der Bekl. um die restliche Vergütung in Höhe von 7.292,33 € für die stationäre Behandlung des bei der Bekl. versicherten C im September 2015 und hierbei insb. um die Frage, ob das Nachweisverfahren gem. § 6 der Qualitätssicherungsrichtlinie zum Bauchaortenaneurysma erfüllt ist. Das ***SG*** wies die Klage ab.

3. Fallpauschalen

a) Hauptdiagnose nach objektiven Maßstäben

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.12.2016 - L 11 KR 21/15 **RID 17-03-198**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 109 IV 3; KHEntgG § 7 I

Die Beurteilung, ob eine Diagnose als **Hauptdiagnose** zu kodieren ist (hier: ICD J18.0 <Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet> anstatt C91.10 <lymphatische Leukämie>), bemisst sich nach **objektiven Maßstäben**. Sie erfordert kein an eine bestimmte Person gebundenes höchstpersönliches Fachurteil, sondern kann jederzeit durch einen unabhängigen Sachverständigen nachvollzogen werden. Sie unterliegt im Streitfall der vollen **richterlichen Nachprüfung**. Es kommt weder auf die subjektive oder objektiv erzielbare Einweisungs- oder Aufnahmediagnose an, sondern allein auf die objektive ex-post-Betrachtung der Aufnahmegründe am Ende der Krankenhausbehandlung.
Eine **Diagnose**, die sich entwickelt, ist ungeachtet des damit verbundenen Ressourcenverbrauchs zwingend keine Hauptdiagnose.

SG Dortmund, Urt. v. 06.11.2014 - S 8 KR 739/10 - gab der Klage der Krankenkasse statt, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

b) Bestimmung der Hauptdiagnose

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 16.11.2016 - L 6 KR 57/13 **RID 17-03-199**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 15 I; BGB § 242

Leitsatz: 1. Die für die Krankenhausabrechnung maßgebliche **Hauptdiagnose** ist die, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. Dies kann für die gesamte stationäre Behandlung nur eine einzige sein.
2. Bezeichnet eine Diagnose nach der ICD-10 eine **Grundkrankheit**, die nicht unmittelbar selbst behandelt wird, ist sie gleichwohl Hauptdiagnose, wenn sie die sachnächste Bezeichnung für die Umstände bietet, die Veranlassung zur stationären Aufnahme gegeben haben (hier: Abgrenzung der Diagnose E11.70 „nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen: nicht als entgleist bezeichnet“ von der Diagnose T87.4 „Infektion des Amputationsstumpfes“).

SG Halle, Urt. v. 26.06.2013 - gab der Klage statt, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

c) Multimodale Schmerztherapie: Ausschöpfen ambulanter Behandlungsmöglichkeiten

LSG Baden-Württemberg, Teilurteil v. 28.03.2017 - L 11 KR 55/16 **RID 17-03-200**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b; KHEntgG §§ 7, 9 I 1 Nr. 1

Leitsatz: An der Erforderlichkeit einer stationären **Krankenhausbehandlung** fehlt es, wenn diese nur dazu dient, eine auch **ambulant mögliche Anpassung eines multimodalen Schmerztherapie-konzeptes** vorzunehmen.

SG Karlsruhe, Urt. v. 17.12.2015 - S 9 KR 702/14 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 3.872,86 € nebst Zinsen, das ***LSG*** wies die Klage ab.

d) Physio- und Ergotherapie nur bei Einsatz von ausgebildeten Physio- und Ergotherapeuten

SG Mainz, Urteil v. 26.01.2017 - S 14 KR 497/14 **RID 17-03-201**
Berufung anhängig: LSG Rheinland-Pfalz - L 5 KR 53/16 -
juris
SGB V § 124

Leitsatz: Sieht ein für die Krankenhausvergütung relevanter Prozedurenkode (hier OPS 8-981.1) den **Einsatz von Heilmitteln** (hier: Physio- und Ergotherapie) vor, müssen diese von hierzu staatlich

anerkannten **Fachkräften** erbracht werden. Es ist auch am Wochenende nicht ausreichend, hierfür speziell angelerntes Pflegepersonal einzusetzen
Der **Kodierleitfaden** Schlaganfall der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) 2011 entspricht insoweit nicht dem Krankenversicherungsrecht.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.114,10 € sowie Zinsen zu zahlen..

e) Beatmung: Versorgung des Versicherten mittels Masken-CPAP

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 05.04.2017 - L 11 KR 580/15 **RID 17-03-202**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 109 IV, 112 II S. 1 Nr. 1, 301 II; KHEntgG §§ 7, 8, 9; KHG § 17b

Welche DRG zur **Beatmung** maßgebend ist, hängt entscheidend davon ab, welcher zeitliche Umfang an (künstlicher) Beatmung im Rahmen des Groupierungsvorgangs eingegeben wird, weniger als 250 Stunden (dann A13G) oder mehr als 249 Stunden (dann A11F). Nicht berücksichtigt werden können die Stunden der Versorgung des Versicherten **mittels Masken-CPAP**, und zwar weder als **Beatmungszeit** noch als **Zeit einer Entwöhnung** i.S.d. DKR 1001h, wobei dann auch die Zeiträume zwischen der Beatmung mit zu berücksichtigen wären. Das ergibt sich aus der DKR 2010 1001h als Teil des vertragsrechtliche Rahmens für die Behandlung der strittigen DRGs (BSG, Urt. v. 21.04.2015 - B 1 KR 9/15 R - BSGE 118, 225 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 45 m.w.N.).

SG Dortmund, Urt. v. 06.07.2015 - S 40 KR 419/12 - verurteilte den bekl. Krankenhausträger, an d. kl. Krankenkasse 11.879,30 € nebst Zinsen zu zahlen, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

f) Maschinelle Beatmung und Entwöhnung

SG Ulm, Urteil v. 04.05.2017 - S 13 KR 630/16 **RID 17-03-203**

juris

SGB V § 109 IV 3

Die DRG A13D nach FPV 2012 wird nur dann im Groupierungsvorgang angesteuert, wenn eine **Beatmung** von mehr als 95 und weniger als 250 Stunden erfolgt ist. Wie dies zu berechnen ist, ergibt sich aus den DKR 2012, hier dem Teil „Spezielle Kodierrichtlinien“ unter Punkt 10. Bei der **Beatmung mittels CPAP/ASB** handelt es sich um maschinelle Beatmung im Sinne der Definition der DKR 2012. Nach der eng am Wortlaut erfolgten Auslegung der Abrechnungsbestimmungen beginnt eine **Entwöhnung** von der künstlichen Beatmung bereits mit deren Beginn, die jedoch nur dann erfolgreich verläuft, wenn der Patient über (hier) 24 Stunden vollständig ohne maschinelle Unterstützung spontan atmet.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 10.033,41 € nebst Zinsen zu zahlen.

g) „Multimodale Komplexbehandlung“

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.06.2017 - L 9 KR 203/14 **RID 17-03-204**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 39

Leitsatz: 1. Die Abrechnungsbestimmungen des OPS sind streng nach ihrem **Wortlaut auszulegen** und zu handhaben.
2. **„Multimodale Komplexbehandlung“** erfordert mehr als unimodale Behandlungsansätze, die unabhängig voneinander zur Anwendung gelangen. Erforderlich ist eine planende Abstimmung der verschiedenen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen untereinander, die sich in der Dokumentation der wöchentlichen Teambesprechung niederschlagen muss.

SG Potsdam, Urt. v. 08.05.2014 - S 15 KR 62/12 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 6.195,16 € nebst Zinsen, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 5.895,16 € nebst Zinsen zu zahlen.

h) Intravenöse Immunglobulin-Therapie zur Behandlung einer Polyneuropathie

LSG Thüringen, Urteil v. 25.04.2017 - L 6 KR 1870/13 **RID 17-03-205**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 137c; KHG § 17b; KHEntgG § 7 I 1 Nr. 1

Die vom 1. Senat entwickelte Rspr. zu den Grundlagen und Grenzen des Anspruchs auf **Arzneimittelversorgung** gilt nicht nur für den Bereich der vertragsärztlichen, sondern auch für den Bereich der **stationären Versorgung** (vgl. BSG, Urt. v. 13.12.2016 - B 1 KR 1/16 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4 <vorgesehen>). Hat der Versicherte keinen Anspruch auf die durchgeführte Behandlung, besteht auch kein Vergütungsanspruch des Krankenhauses.

Bei der **intravenösen Immunglobulin-Therapie** zur Behandlung einer **chronisch inflammatorischen demyelisierenden Polyneuropathie** hätte es sich im ambulanten Bereich um keinen durch § 35c I SGB V und untergesetzliche Regelungen gedeckten Off-Label-Use gehandelt. Ein Off-Label-Use scheitert hier schon daran, dass mit der intravenösen Applikation von Gamunex® 10% eine andere Therapie objektiv zur Verfügung stand. Für die Arzneimittelversorgung gelten im Krankenhaus grundsätzlich keine von der vertragsärztlichen Versorgung abweichenden Maßstäbe. Aus § 137c III SGB V ergibt sich auch in diesem Rechtsstreit - ungeachtet der Reichweite und des Anwendungsbereichs - vorliegend nichts Abweichendes. Hier geht es im Kern um den Anspruch auf die zulassungsüberschreitende Arzneimittelversorgung, nicht um eine Arzneimittelapplikationsform im Sinne einer neuen Behandlungsmethode.

SG Gotha, Urt. v. 20.11.2013 - S 41 KR 7379/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

i) Traumatisch bedingte intertrochantäre Femurfraktur: Ostheosynthesematerial

LSG Bayern, Urteil v. 08.06.2017 - L 4 KR 579/15 **RID 17-03-206**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 58/17 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 109 IV; KHEntgG § 7; KHG § 17b; BGB §§ 387 ff.

Leitsatz: 1. Bei einer Kombination von **Osteosynthesematerial** zur Versorgung einer **Femurfraktur** sind die Prozeduren 5-794.4f und 5-794.2f, nicht der Zusatzkode 5-786.2 (OPS Version 2013) zu kodieren, wenn die Versorgung mit einer dynamischen Hüftschraube und einer Abstützplatte zur Stabilisierung der Fraktur erforderlich war.

2. Die Abrechnung richtet sich nach dem G-DRG I08E.

SG Landshut, Gerichtsb. v. 05.11.2015 - S 1 KR 41/14 - verurteilte die Bekl., d. Kl. 1.314,22 € zzgl. Zinsen zu bezahlen, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

j) Organische Halluzinose

SG Osnabrück, Beschluss v. 27.11.2015 - S 46 KR 1667/13 **RID 17-03-207**

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

Bei der **organischen Halluzinose** handelt es sich um eine Störung mit ständigen oder immer wieder auftretenden, meist optischen oder akustischen Halluzinationen bei klarer Bewusstseinslage. Sie können vom Patienten als Halluzinationen erkannt werden. Die Halluzinationen können wahnhaft verarbeitet werden, Wahn dominiert aber nicht das klinische Bild. Die Krankheitseinsicht kann erhalten bleiben. Ausgenommen sind Fälle der Alkoholhalluzinose und Schizophrenie.

Ist die **Bewusstseinslage** weder quantitativ noch qualitativ derart eingeschränkt, dass sie nicht als klar zu bezeichnen wäre, dann kann die Diagnose F06.0 abgerechnet werden.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. 1.369,02 € nebst Zinsen zu zahlen.

k) Versehentliche Verletzung der Serosa während einer Operation

SG Mainz, Urteil v. 11.01.2016 - S 14 KR 255/15 **RID 17-03-208**
juris
SGB V §§ 39 I 2, 69, 109 IV 3, 275 Ic 2; KHG § 17b; KHEntgG §§ 7 S. 1 Nr. 1

Leitsatz: Die versehentliche **Verletzung der Serosa** stellt keine Perforation des Dünndarms dar. Daher ist sie mit der Nebendiagnose ICD 10 GM S36.4 und nicht mit T81.2 zu kodieren.

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

l) Untergruppe I97: Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen

SG Reutlingen, Urteil v. 14.06.2017 - S 1 KR 406/16 **RID 17-03-209**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 109 IV, 112 II S. 1 Nr. 1, 301 II; KHEntgG §§ 7, 8, 9; KHG § 17b

Wie bereits aus dem Wortlaut sowohl des Kodes I97.8 als auch aus der Beschreibung der Untergruppe I97 zu entnehmen ist, umfassen die in **Untergruppe I97** enthaltenen Kodes I97.0 bis I97.9 **Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen**. Dies belegt, dass der Kode I97.8 nur dann angesetzt werden darf, wenn es nach medizinischen Maßnahmen zu Kreislaufkomplikationen gekommen ist (vgl. hierzu SG Mainz, Urt. v. 08.09.2015 - S 14 KR 548/12 - RID 16-01-169). Weiter belegt der Wortlaut des Kodes I97.8 („anderenorts nicht klassifiziert“), dass es sich bei diesem Kode um einen **Auffangkode** handelt, der nur dann in Ansatz gebracht werden kann, wenn kein speziellerer Kode zur Verfügung steht.

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

m) Tabelle 2 zu Ziff. D012i

SG Würzburg, Urteil v. 30.03.2017 - S 11 KR 568/16 **RID 17-03-210**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 109 IV 3

Leitsatz: Die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) - hier für das Jahr 2012 - sind streng nach ihrem **Wortlaut auszulegen**; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen. Eine systematische Interpretation der Regelungen kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau ihres inneren Zusammenhangs innerhalb der DKR erfolgen (vgl. BSG, Urteil vom 21.04.2015, B 1 KR 8/15 R, juris; BSG, Urteil vom 18.07.2013, B 3 KR 25/12 R - SozR 4-5562 § 7 Nr. 4, juris).
Die in der **Tabelle 2 zu Ziffer D012i** der DKR für das Jahr 2012 aufgeführten Diagnosen sind obligat, d.h. sie müssen bei ihrem Vorliegen grundsätzlich auch dann als Nebendiagnosen kodiert werden, wenn die Voraussetzungen der Ziffer D003i der DKR 2012 nicht vorliegen. Wegen ihrer „Natur“ als „Ausrufezeichenkodes“ gilt dies gem. Ziffer D012i der DKR 2012 jedoch nur dann, wenn ein Primärkode kodiert werden darf, dem sie zugeordnet werden können. Ob der Primärkode als Nebendiagnose kodiert werden darf, richtet sich nach der DKR, insbesondere nach Ziffer D003i. Kann der Primärkode nicht kodiert werden, darf auch der Ausrufezeichenkode aus der Tabelle 2 zu Ziffer D012i der DKR für das Jahr 2012 nicht kodiert werden.

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

4. Keine Rückforderung der Umsatzsteuer auf Zytostatika

SG Reutlingen, Urteil v. 14.06.2017 - S 1 KR 3399/14 **RID 17-03-211**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 129a; BGB §§ 812 ff.

Nach BFH, Urt. v. 24.09.2014 - V R 19/11 - RID 15-01-297 steht fest, dass keine entsprechende Zahlungsverpflichtung – jedenfalls hinsichtlich von **Zytostatika** – bestand. Allerdings wurde das BFH-Urteil erst am 10.12.2014 und erst im September 2016 im Bundessteuerblatt veröffentlicht. Erst mit Veröffentlichung im Bundessteuerblatt wurde diese Entscheidung des BFH über die Beteiligten des dortigen Rechtsstreits hinaus allgemein verbindlich und entfaltete damit auch erst

Bindungswirkung zwischen den Beteiligten des vorliegenden Rechtsstreits. Aus diesem Grunde steht die in § 814 BGB enthaltene Regelung, dass das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete nicht zurückgefordert werden kann, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war, dem Rückforderungsbegehren der Krankenkasse nicht entgegen.
Dem Rückforderungsbegehren steht allerdings entgegen, dass das Krankenhaus um die auf die Herstellungspauschalen bezahlte **Umsatzsteuer** wegen der Abführung der Steuer **nicht mehr bereichert** ist.
Es bestehen keine entsprechenden **vertraglichen Nebenpflichten**, bei der Finanzverwaltung die Erstattung zu viel gezahlter Umsatzsteuer geltend zu machen (entgegen SG Hannover, Urt. v. 24.02.2017 - S 2 KR 871/13 -).

Nach teilweiser Klagrücknahme und -änderung ist nunmehr noch im Streit die Erstattung der von der Kl. in den Jahren 2010 bis 2014 gezahlten Umsatzsteuer auf individuell in der von der Bekl., einer Krankenhausträgerin, betriebenen Krankenhausapotheke hergestellten Arzneimittel, die im Rahmen einer ambulant durchgeführten ärztlichen Heilbehandlung an Versicherte der Kl., einer gesetzlichen Krankenkasse, abgegeben worden waren. Das ***SG*** wies die Klage ab.

5. Aufwandspauschale

a) Aufwandspauschale nach gesetzlicher Neuregelung

SG Trier, Urteil v. 09.02.2017 - S 1 KR 116/16 **RID 17-03-212**
juris
SGB V § 275 Ic

Leitsatz: Mit Einführung der Regelung des § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V ist es für den Anspruch auf die **Aufwandspauschale** unerheblich, ob der MDK eine **sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung** oder eine **Auffälligkeitsprüfung** durchgeführt hat.
§ 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V schließt den **Einwand der Krankenkasse** aus, das Krankenhaus habe die Prüfung durch fehlerhafte Kodierung veranlasst.
Erst auf der **letzten Stufe** des vom BSG entwickelten 3-stufigen Prüfschemas als Grundlage der Prüfung von Krankenhausabrechnungen wird die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c SGB V ausgelöst.

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

b) Zur Aufwandspauschale unter Berücksichtigung der Neuregelung

SG Trier, Urteil v. 09.05.2017 - S 3 KR 123/16 **RID 17-03-213**
juris
SGB V § 275 Ic

Leitsatz: Mit **Einführung der Regelung des § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V** ist es für den Anspruch auf die Aufwandspauschale unerheblich, ob der MDK eine sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung oder eine Auffälligkeitsprüfung durchgeführt hat.
Liegen die tatbestandlichen Voraussetzungen des § 275 Abs. 1c SGB V vor, kommt es grundsätzlich nicht darauf an, ob die **Angaben des Krankenhauses** möglicherweise fehlerhaft oder unvollständig waren.

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

c) Keine Zurückforderung bereits gezahlter Aufwandspauschale

SG Aachen, Urteil v. 18.07.2017 - S 13 KR 159/17 **RID 17-03-214**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 275 Ic

Die vom 1. Senat des BSG erstmals in drei Urteilen vom 01.07.2014 (B 1 KR 29/13 R - BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 § 301 Nr. 4, B 1 KR 1/13 R und B 1 KR 48/12 R) vorgenommene Unterscheidung einer „Auffälligkeitsprüfung“ und einer Prüfung der „sachlich-rechnerischen Richtigkeit“ von Krankenhausabrechnungen **findet im Gesetz keine Stütze**. Insb. fehlt es für eine Prüfung der

„sachlich-rechnerischen Richtigkeit“ von Krankenhausrechnungen durch den MDK unter Erhebung von Daten beim Krankenhaus außerhalb des Prüfregime des § 275 I Nr. 1, Ic SGB V an jeglicher gesetzlichen oder sonstigen rechtlichen Grundlage.
Zahlt eine Krankenkasse die **Aufwandspauschale**, entsteht beim Krankenhausträger ein **Vertrauen** auf die Rechtmäßigkeit und das Behaltendürfen der Aufwandspauschale.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. 2.700 € nebst Zinsen zu zahlen.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 29.06.2017 - ***B 3 KR 31/15 R*** - ist es den Gerichten solange verwehrt, über **die Höhe der Vergütung** zu entscheiden, wie der Preis für die Leistungen der Intermittierenden transurethralen **Einmalkatheterisierung** (ITEK-Leistungen) noch nicht durch eine unabhängige **Schiedsperson** festgelegt worden ist (§ 132a II 6 SGB V a.F.). Die allgemeine **Leistungsklage** (§ 54 V SGG) ist deshalb allerdings nicht unzulässig. Die **Einrede der Schiedsgerichtsbarkeit** (§ 1032 I ZPO) findet keine Anwendung. Die hier geschlossene Schiedsordnung ist keine Schiedsvereinbarung im Sinne von § 1029 I ZPO. Im Bereich der **häuslichen Krankenpflege** hat die Schiedsperson die Funktion eines **Vertragshelfers**, der die Leistung für die Vertragspartner im Streitfall bestimmt (§§ 317, 319 BGB, § 69 I 3 SGB V). Die vor einem solchen Schiedsspruch verfrüht erhobene Klage ist im Sozialrechtsstreit ‑ in entsprechender Anwendung allgemein anerkannter zivilprozessrechtlicher Grundsätze ‑ als „zur Zeit unbegründet“ abzuweisen. Die Vergütungshöhe war nicht anstelle eines Schiedsspruchs durch ergänzende bzw. dynamische Vertragsauslegung (§§ 133, 157 BGB) von den Gerichten festzusetzen. Im Fall von Änderungen der HKP-Richtlinien durch den GBA haben die Vertragspartner ausdrücklich vereinbart, neue Verhandlungen aufzunehmen. Ein **Krankenpflegeunternehmen** hat das Recht, als Einzelleistungserbringerin die **Preisbestimmung** durch eine **Schiedsperson** selbst herbeizuführen. Nach BSG, Urt. v. 29.06.2017 - ***B 3 KR 16/16 R*** - kommt die **Festsetzung einer Vertragsstrafe** durch die **Krankenkasse** gegenüber einer **Apothekerin** im Wege eines **Verwaltungsaktes** nicht in Betracht. Bereits nach der bisherigen Senatsrspr. gilt, dass zwar ‑ soweit vorgesehen ‑ die Erteilung einer Zulassung in Ausübung hoheitlicher Befugnisse erfolgt und daher in Form eines Verwaltungsakts ergeht. Demgegenüber entscheiden die Krankenkassen bzw. ihre Verbände über Fragen der Abgabe und Abrechnung bestimmter Leistungen im **Gleichordnungsverhältnis** und nicht durch Verwaltungsakt. Die hier streitige Vertragsstrafe berührt jedenfalls allgemein nach ihrer Eingriffsintensität nicht die „Zulassung“ selbst und verletzt auch nicht den durch Art 12 GG gewährleisteten Bereich der Berufsfreiheit. Nach BSG, Urt. v. 16.03.2017 - ***B 3 KR 24/15 R***, ***B 3 KR 14/16 R*** u. ***B 3 KR 15/16 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, nicht aber ausgebildete Masseure und medizinische Bademeister, wenn sie eine Weiterbildung in dieser Behandlungstechnik absolviert und eine Abschlussprüfung bestanden haben, rechtmäßig. Nach BSG, Urt. v. 13.12.2016 - ***B 1 KR 29/15 R*** - und - ***B 1 KR 25/16 R*** - ist eine **Berufsgenossenschaft** als vorleistender Träger hinsichtlich ihrer eigenen, gegenüber dem Versicherten nachträglich erlassenen Leistungsablehnung nicht vergleichbar schutzwürdig wie ein auf Erstattung in Anspruch genommener vorrangiger oder zuständiger Leistungsträger hinsichtlich seiner Entscheidung über die Leistung. Eine Berufsgenossenschaft verursacht mit ihrer ursprünglichen Bewilligung und späteren Ablehnung den **Erstattungsstreit**. Wäre ihre spätere Ablehnung zu beachten, schränkte dies den Rechtsschutz des in Anspruch genommenen Trägers unangemessen ein und wäre missbrauchsanfällig.

1. Mischpreisbildung für Arzneimittel rechtswidrig (Wirkstoff: Albiglutid)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 28.06.2017 - L 9 KR 213/16 KL **RID 17-03-215**

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 130b

Leitsatz: 1. Das **Merkmal des „Zuschlag(es) auf die Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie“** ist zentrales Element der Bildung des Erstattungsbetrages und von der Schiedsstelle nach § 130b Abs. 5 SGB V in einem Schiedsspruch besonders sorgsam zu bedenken; in der schriftlichen **Begründung des Schiedsspruchs** ist daher nachvollziehbar darzustellen, mit welchen Erwägungen und anhand welcher rechnerischen Implikationen die Schiedsstelle den „Zuschlag“ gebildet hat. Fehlt es daran, ist der Schiedsspruch rechtswidrig, weil gerichtlich nicht überprüfbar ist, welchen Sachverhalt die Schiedsstelle ihrer Entscheidung zugrunde gelegt hat.
2. Zur **Rechtswidrigkeit der Mischpreisbildung** in der Konstellation unterschiedlich nutzenbewerteter Patientengruppen.
3. Zum **Risiko des Arzneikostenregresses** infolge einer **Mischpreisbildung** bei unterschiedlich nutzenbewerteten Patientengruppen.

Der pharmazeutische Unternehmerin brachte im Oktober 2014 das GLP-1-Analogon Eperzan® (Wirkstoff: Albiglutid, 30 mg bzw. 50 mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung; einmal wöchentlich zu injizieren) in Deutschland in den Verkehr. Der GBA sah bei seiner Bewertung ausschließlich in der Fallgruppe b1 (Kombinationstherapie mit Metformin gegenüber der Vergleichstherapie mit Metformin + Sulfonylharnstoff [Glibenclamid oder Glimeperid]) einen „Hinweis für einen geringen Zusatznutzen“. In dem

Schiedsverfahren beantragte das Unternehmen die Festsetzung eines Erstattungsbetrages von 21,41 € je Bezugsgröße, der Kl. 6,7079 €. Die verschiedenen Positionen resultierten aus einem unterschiedlichen Umgang mit dem Umstand, dass der GBA einen Zusatznutzen nur in einer von fünf Patientengruppen zuerkannt hatte, sowie auf unterschiedlichen Vorstellungen zu den Elementen der Preisbildung wie Monetarisierung des Zusatznutzens, Stellenwert europäischer Vergleichspreise und Jahrestherapiekosten vergleichbarer Arzneimittel. Der Schiedsspruch setzte den Erstattungsbetrag für das Arzneimittel Albiglutid pauschal und auch für die Patientengruppen, für die der GBA keinen Zusatznutzen anerkannt hatte, ab Oktober 2015 auf 20,01 € je Bezugsgröße fest. Außerdem unterwarf die Bekl. das Unternehmen der Verpflichtung, „Albiglutid ausschließlich in der Zusatznutzenpopulation b1) in der Kombination mit Metformin gemäß GBA-Beschluss vom 19. März 2015 zu bewerben und jegliche Bewerbung von Albiglutid außerhalb dieser Patientenpopulation zu unterlassen". Als § 2b II u. III der Vereinbarung setzte die Bekl. fest: „(2) Albiglutid soll durch den Vertragsarzt ausschließlich in der Zusatznutzenpopulation b1 in der Kombination mit Metformin gemäß GBA-Beschluss vom 19.03.2015 zulasten der Krankenversicherung verordnet werden. (3) Die erstmalige Einstellung eines Patienten auf Albiglutid soll in der Regel durch einen Diabetologen/in DDG erfolgen." Dem Vertrag wurde eine Laufzeit von zwei Jahren beigemessen. Das ***LSG*** hob den Schiedsspruch auf Klage des GKV-Spitzenverbands auf.

2. Hilfsmittelerbringer

a) Hilfsmittelverzeichnis: Darlegungs- und Beweispflichten des Herstellers

LSG Thüringen, Urteil v. 28.03.2017 - L 6 KR 1809/13 **RID 17-03-216**

Revision anhängig: B 3 KR 13/17 R
juris
SGB V § 139

Der Gesetzgeber hat ausschließlich dem **Hersteller** die Aufgabe zugewiesen, zu den von ihm hergestellten Produkten ausreichende und nachvollziehbare Unterlagen beizubringen. Dies ist sachgerecht. Produktprüfungen zum Nachweis der Qualitätsanforderungen oder des medizinischen Nutzens sind daher weder vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen noch von den Tatsachengerichten zu verlangen. Vielmehr ist § 139 SGB V eine klare Trennung der Verantwortungsbereiche zu entnehmen (BSG, Urt. v. 23.06.2016 - B 3 KR 20/15 R - BSGE 121, 230 = SozR 4-2500 § 139 Nr. 8). Damit unterfallen alle **Darlegungs- und Beweispflichten** im Zusammenhang mit der Behauptung der Kl., die Orthese sei auch zur Stabilisierung des schwer und/oder komplex instabilen Kniegelenkes geeignet, allein deren Verantwortungsbereich.

SG Altenburg, Urt. v. 10.10.2013 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Einstweilige Anordnung: Versorgung mit Blutzuckerteststreifen

LSG Bayern, Beschluss v. 10.07.2017 - L 4 KR 89/17 B ER **RID 17-03-217**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 31, 33, 127; SGG § 86b II; GG Art. 12 I

Leitsatz: Zur Begründetheit eines Antrags auf einstweilige Anordnung, gerichtet auf die Berechtigung, **Blutzuckerteststreifen** an die Versicherten der Antragsgegnerinnen auch ohne Beitritt zur „Rahmenvereinbarung Blutzuckerstreifen" abzugeben und entsprechend der Rahmenvereinbarung abzurechnen.

SG München, Beschl. v. 20.01.2017 - S 44 KR 2013/16 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** stellte fest, dass d. Ast. bis 31.07.2018 berechtigt ist, Blutzuckerteststreifen an die Versicherten der Ag. auch ohne einen Beitritt zur „Rahmenvereinbarung Blutzuckerteststreifen" und ohne Abschluss eines entsprechenden Rahmenvertrages nach § 127 II SGB V abzugeben und entsprechend der „Rahmenvereinbarung Blutzuckerteststreifen" abzurechnen, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

3. Heilmittelerbringer

a) Raumhöhe für physiotherapeutische Praxis

LSG Thüringen, Urteil v. 20.04.2017 - L 6 KR 936/14 **RID 17-03-218**

Revision anhängig: B 3 KR 16/17 R
juris
SGB V § 124 II 1 Nr. 2; GG Art. 12 I; ArbStättV §§ 3 I, 3a I 2

Nach § 3 Abs. 1 der Arbeitsstättenverordnung 2004 i.V.m. der Anlage Nr. 1.2 wird **keine Mindesthöhe** mehr, sondern lediglich eine „in Abhängigkeit von der Größe der Grundfläche der Räume, ausreichende lichte Höhe“ verlangt, „so dass die Beschäftigten ohne Beeinträchtigung ihrer Sicherheit, ihrer Gesundheit oder ihres Wohlbefindens die Räume nutzen oder ihre Arbeit verrichten können“. Ein **Physiotherapeut** erfüllt auch dann die Voraussetzungen für eine Zulassung nach § 124 SGB V, wenn die **Raumhöhe** seiner Praxis 2,50 m (hier: durchschnittliche Raumhöhe von 2,26 m) unterschreitet.

SG Gotha, Gerichtsb. v. 16.07.2014 - S 38 KR 2720/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verpflichtete die Bekl., d. Kl. zur Erbringung physiotherapeutischer Leistungen in ihren Praxisräumen zuzulassen.

b) Untersagungsverfügung gegen nicht mehr zugelassene Logopädin

LSG Bayern, Beschluss v. 19.05.2017 - L 5 KR 244/17 B ER **RID 17-03-219**

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 124; SGG § 86b II

Eine **nicht mehr zugelassene** Logopädin ist nicht berechtigt, Versicherte zu behandeln. Werden weiterhin Logopädieleistungen erbracht, begründet dies die **Eilbedürftigkeit** für eine **Untersagungsverfügung**.

Die Ag. war nach dem SGB V zugelassene Leistungserbringerin auf dem Gebiet der Logopädie. Ihr wurde aufgrund des Fehlens der Voraussetzungen die Zulassung entzogen/widerrufen zum 12.10.2010. Die Klage dagegen war in allen drei Instanzen erfolglos, ein Überprüfungsantrag nach § 44 SGB X hatte keinen Erfolg (SG München, Gerichtsb. v. 03.07.2015 - S 29 KR 586/14 -, Berufung anhängig: LSG Bayern - L 5 KR 353/15 -). Weil die Ag. gleichwohl Versicherte der Ast. behandelte, verpflichtete ***SG München***, Beschl. v. 06.04.2017 die Ag. vorläufig, es zu unterlassen, vertragsärztliche Verordnungen bzw. Bescheinigungen von Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen von Versicherten der Ast. für Leistungen der Logopädie (logopädische Heilmittelverordnungen) anzunehmen, soweit und solange sie keine gültige Zulassung nach § 124 SGB V hat, Leistungen der Logopädie an Versicherte der Ast. abzugeben, die diese durch Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung bzw. Bescheinigung eines Krankenhauses oder einer anderen medizinischen Einrichtung als Sachleitung im Sinne des SGB V beziehen wollen, soweit und solange sie keine gültige Zulassung nach § 124 SGB V hat. Im Übrigen wurde der Antrag abgelehnt. Das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

4. Häusliche Krankenpflege: Bewilligung gegenüber Versicherten ausreichend

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 28.06.2017 - L 1 KR 146/17 B ER **RID 17-03-220**

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

Ausreichend für den **Vergütungsanspruch** ist, dass die Leistung gegenüber dem Versicherten bereits mit Bescheid **bewilligt** worden ist. Dabei ist unerheblich, dass die Bewilligung einem anderen Pflegedienst mitgeteilt worden ist und der andere Pflegedienst nach der Vorstellung der Krankenkasse die Leistungen erbringen sollte. Denn für die Wirksamkeit der Bewilligung reicht aus, dass sie **gegenüber dem Versicherten** erklärt worden ist.

SG Potsdam, Beschl. v. 08.03.2017 - S 15 KR 427/16 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** verpflichtete die Ag., an d. Ast. 59.861,36 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

1. Elektronische Gesundheitskarte und Ruhen des Anspruchs auf Leistungen

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 18.07.2017 - L 9 KR 274/17 B ER **RID 17-03-221**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 15, 16, 291

Leitsatz: 1. Eine **Krankenkasse** kann ihrer Pflicht nach § 15 Abs. 6 S. 2 SGB V, einem Missbrauch der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken, bei **ruhenden** Leistungsansprüchen systemkonform nur durch die entsprechende **Kennzeichnung** der eGK gerecht werden. Für die von Krankenkassen bei ruhenden Leistungsansprüchen verwendeten Berechtigungsscheine auf der Grundlage von Muster 85 der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (Anlage 2 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) gibt es angesichts des Wortlauts von § 15 Abs. 2 SGB V keine parlamentsgesetzliche Grundlage.
2. Eine Krankenkasse darf einem Versicherten die **Ausstellung einer eGK** nicht deshalb verweigern, weil sein Anspruch auf Leistungen **ruht**.

SG Frankfurt (Oder), Beschl. v. 24.05.2017 - S 27 KR 117/17 ER - lehnte den Antrag ab, die Ag. zur Ausstellung und Übergabe einer elektronischen Gesundheitskarte mit Foto zu verpflichten, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück (Fehlen eines Anordnungsgrunds).

2. Zusätzliche Vergütungsbestandteile einer Vorstandsvergütung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.06.2017 - L 5 KR 1700/16 KL **RID 17-03-222**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV § 35

Entscheidender Ausgangspunkt für die Bewertung einer „**angemessenen" Vergütung eines Vorstands** einer gesetzlichen Krankenkasse ist ein **Vergleich** mit Vorstandsvergütungen anderer **Krankenkassen** mit jeweils vergleichbarer Größe, d.h. in erster Linie der jeweiligen Versichertenzahlen.

Das ***LSG*** wies die Klage ab.

3. Erstattungsansprüche

a) Rückerstattung der Aufwendungen des Sozialhilfeträgers/Hemmung der Verjährung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 12.07.2017 - L 5 KR 2817/15 **RID 17-03-223**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 264; SGB X §§ 112, 113; BGB § 203

Leitsatz: Für die **Rückerstattung** der Aufwendungen, die der **Sozialhilfeträger** einer Krankenkasse für die Gewährung von Krankenbehandlung an einen hilfebedürftigen Leistungsempfänger nach Maßgabe des § 264 Abs. 7 SGB V zu Unrecht erstattet hat, gilt § 112 SGB X. Erstattungspflichtig nach § 264 Abs. 7 Satz 1 SGB V ist, unabhängig von der An- oder Abmeldung des Hilfeempfängers, der (materiell-rechtlich) zuständige Sozialhilfeträger.
Geht bei (Rück-)Erstattungsfällen der Phase kontroverser Auseinandersetzung der Leistungsträger zunächst eine Phase kooperativer Ermittlungen auf der Grundlage einer (stillschweigenden) „Überprüfungsvereinbarung" (vgl. BGH, Urteil vom 30.10.2007, - X ZR 101/06 -, juris) voraus, wird während der Ermittlungsphase grundsätzlich (noch) - die **Verjährung** hemmend - „verhandelt" i.S.d. § 203 Satz 1 BGB (i.V.m. § 113 Abs. 2 SGB X); die während der Ermittlungsphase verstrichene Zeit wird der spätere (Rück-)Erstattungsschuldner regelmäßig nicht als Verjährungszeit zur Anspruchsabwehr geltend machen können, namentlich, wenn sich die kooperativen Ermittlungen wegen in der Sphäre des (Rück-)Erstattungsschuldners liegender Umstände verzögert haben.

SG Reutlingen, Urt. v. 20.05.2015 - S 11 KR 4156/10 - verurteilte die Bekl., an d. Kl. 77.370,59 € zzgl. Arzt- und Verwaltungspauschalen i.H.v. 840 € zu zahlen, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

b) Verjährung von Erstattungsansprüchen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.06.2017 - L 11 KR 1377/16 **RID 17-03-224**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB X § 113; BGB § 202

Leitsatz: Erstattungsansprüche, bei denen keine Entscheidung des als erstattungspflichtig in Anspruch genommenen Leistungsträgers zu ergehen braucht, **verjähren** in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind.
Für eine **Hemmung** der Verjährung genügt es bei einer Erstattungsforderung nicht, dass der in Anspruch genommene Leistungsträger bei dem die Erstattung geltend machenden Träger Verwaltungsakten und Rechnungen anfordert, um die Forderung prüfen zu können.

SG Reutlingen, Urt. v. 25.02.2016 - S 6 KR 3364/14 - wies die Klage des Unfallversicherungsträgers ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

c) Privatversicherung

aa) Kein Kostenerstattungsanspruch einer privaten Auslands-Krankenversicherung

SG München, Gerichtsbescheid v. 05.05.2017 - S 29 KR 1910/15 **RID 17-03-225**
juris
BGB §§ 426, 677 ff., 812 ff.; VVG § 78

Eine **private Auslands-Krankenversicherung** hat keinen Kostenerstattungsanspruch gegen eine gesetzliche Krankenkasse.

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

bb) Rechtsweg/Auskunfts- und Erstattungsanspruch

SG München, Urteil v. 26.07.2017 - S 39 KR 1907/15 **RID 17-03-226**
juris
SGG §§ 51 I Nr. 2, 57 I; BGB §§ 426, 812 ff.; VVG § 78; SGB V § 69 I 3 u. 4

Für die (Stufen-)Klage eines privaten Auslandsreisekrankenversicherungsunternehmens auf Auskunft und Erstattung gegen eine gesetzliche Krankenversicherung von an Versicherungsnehmer gezahlte Leistungen für Heilbehandlungen im Ausland ist der **Rechtsweg zur Sozialgerichtsbarkeit** eröffnet (§ 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG).
Eine **private Auslands-Krankenversicherung** hat keinen Kostenerstattungsanspruch gegen eine gesetzliche Krankenkasse.

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

cc) Auskunfts- und Erstattungsanspruch/Rechtsweg

SG München, Gerichtsbescheid v. 27.06.2017 - S 55 KR 2264/16 **RID 17-03-227**
juris
SGG § 53 I Nr. 2; BGB § 812

Leitsatz: Für die (Stufen-)Klage eines privaten **Auslandsreisekrankenversicherungsunternehmens** auf Auskunft und Erstattung gegen eine gesetzliche Krankenversicherung von an Versicherungsnehmer gezahlte Leistungen für Heilbehandlungen im Ausland ist der **Rechtsweg** zur Sozialgerichtsbarkeit eröffnet (§ 53 Abs. 1 Nr. 2 SGG).
Ein **Auskunfts- und Erstattungsanspruch** ergibt sich weder nach den Grundsätzen für eine Gesamtschuldnerschaft, noch aus ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 BGB) bzw. dem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch. Ein bereicherungsrechtlicher Durchgriff gegen die GKV scheidet aus.

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

dd) Zivilrechtsweg für Klage einer Privatversicherung auf Auskunft

SG München, Beschluss v. 30.03.2016 - S 2 KR 1912/15 **RID 17-03-228**
juris
GVG §§ 13, 17, 17a, 23; ZPO § 17 I; SGG § 51 I Nr. 2

Leitsatz: 1. Zwischen **privaten Auslandskrankenversicherungen** und **gesetzlichen Krankenversicherungen** bestehen keine Rechtsbeziehungen, insbesondere stellt der privatrechtliche Versicherungsvertrag für Auslandskrankenversicherungen kein Vertrag zu Lasten Dritter dar.
2. Die Vorschriften des VVG und des SGB X finden auf die **Rechtsbeziehungen** zwischen privater (Auslands-) Krankenversicherung und gesetzlicher Krankenkasse keine Anwendung.
3. Für Streitigkeiten ist der **ordentliche Rechtsweg** eröffnet.

Gegenstand der Klage ist, ob die bekl. gesetzliche Krankenkasse Auskunfts- und Leistungspflichtig gegenüber der kl. privaten Versicherungsgesellschaft ist. Die Kl. hat mit Frau C. einen privaten Auslandskrankenschutzversicherungsvertrag abgeschlossen und aus diesem Vertrag 979,87 € für Arztrechnungen aus der Türkei an die Versicherte erstattet. Das ***SG*** erklärte den Rechtsweg zu den Sozialgerichten für unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das Amtsgericht Bielefeld.

Parallelverfahren:
SG München, Beschluss v. 21.06.2017 - S 2 KR 2284/16 **RID 17-03-229**
juris

X. Bundessozialgericht (BSG)

1. Elektronische Gesundheitskarte (eGK): Voraussetzung einer Nichtzulassungsbeschwerde

BSG, Beschluss v. 24.05.2017 - B 1 KR 79/16 B **RID 17-03-230**
juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 21.06.2016 - L 11 KR 2510/15 - RID 16-03-180 wird zurückgewiesen.
Wer sich auf die Verfassungswidrigkeit der Regelungen zur **elektronischen Gesundheitskarte** beruft, darf sich nicht auf die Benennung der angeblich **verletzten Rechte** - hier die informationelle Selbstbestimmung - beschränken, sondern muss unter Berücksichtigung der Rspr. des BVerfG und des BSG darlegen, woraus sich **im konkreten Fall** die Verfassungswidrigkeit ergeben soll. Hierzu muss er den Bedeutungsgehalt der in Frage stehenden einfachgesetzlichen Normen aufzeigen, die Sachgründe ihrer jeweiligen Ausgestaltung erörtern und die Verletzung der konkreten Regelung des GG darlegen.

2. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Fälligkeit nach Pflegesatzvereinbarung und nicht erforderliche Krankenhausbehandlung

BSG, Urteil v. 25.10.2016 - B 1 KR 6/16 R **RID 17-03-231**
SozR 4-2500 § 109 Nr. 59 = KRS 2017, 114 = KHE 2016/68 = USK 2016-74

Leitsatz: 1. **Sozialleistungsträger** werden kraft Gesetzes wie eine Vertragspartei in die **Pflegesatzvereinbarung** einbezogen, wenn sie gesetzlich vom Vertragsschluss ausgeschlossen sind.
2. Ein **Krankenhaus** kann aus der Pflegesatzvereinbarung keinen Anspruch auf **Vergütung** nicht erforderlicher Krankenhausbehandlung eines gesetzlich Krankenversicherten ableiten.
3. Das **Revisionsgericht** hat die Sache an einen anderen Senat **zurückzuverweisen**, wenn es aufgrund der besonderen Umstände befürchten muss, dass es dem Vordergericht schwerfallen wird, sich die rechtliche Beurteilung, die zur Aufhebung des tatrichterlichen Urteils führt, voll zu eigen zu machen.

b) Kein Ausschluss einer Aufrechnung/Fälligkeit von Forderungen

BSG, Urteil v. 25.10.2016 - B 1 KR 7/16 R **RID 17-03-232**
SozR 4-7610 § 366 Nr. 1 = KRS 2017, 66 = KHE 2016/69 = WzS 2017, 183 = USK 2016-71

Leitsatz: 1. Eine **Krankenkasse** kann mit einem bestrittenen fälligen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gegenüber Vergütungsforderungen eines Krankenhauses **aufrechnen**.

2. Vertragsparteien können in **Pflegesatzvereinbarungen** weder **Aufrechnungsverbote** noch die **Fälligkeit** öffentlich-rechtlicher Erstattungsansprüche regeln.
3. Die **Fälligkeit von Forderungen** im Leistungserbringungsverhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern richtet sich nach den Grundsätzen bürgerlichen Rechts.

c) AOP-Vertrag: Anspruch auf eine Grundpauschale

BSG, Beschluss v. 28.03.2017 - B 1 KR 66/16 B **RID 17-03-233**
juris = ZMGR 2017, 211

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 22.06.2016 - L 5 KR 3594/14 - wird zurückgewiesen.

Krankenhäuser sind bei Vergütung **ambulanter Leistungen** wie niedergelassene Fachärzte der entsprechenden Fachrichtung einzustufen (§ 7 I 1 AOP-Vertrag). In der Vereinbarung nach § 115b I SGB V können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen (vgl § 115b V SGB V). Diese Leistungen sind mit den Krankenkassen nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen des EBM und des § 7 AOP-Vertrag abzurechnen (vgl. BSGE 116, 146 = SozR 4-2500 § 115b Nr. 5 Rn. 15).
Anspruch auf eine **Grundpauschale** schon am Operationstag entsteht dann, wenn der Arzt-Patienten-Kontakt i.S. von 4.3.1 Abs. 1 EBM vorliegt (vgl BSGE 116, 146 = SozR 4-2500 § 115b Nr. 5 Rn. 21; BSG SozR 4-2500 § 115b Nr. 7 Rn. 15).

d) Aufwandspauschale und Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit

BSG, Urteil v. 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R **RID 17-03-234**
BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 301 Nr. 7 = KrV 2017, 19 = KRS 2017, 94 = NZS 2017, 145 = KHE 2016/79 = GuP 2017, 110 = USK 2016-76

Leitsatz: 1. Krankenkassen haben das Recht, Krankenhausrechnungen über die Behandlung von Kassenpatienten auf **sachlich-rechnerische Richtigkeit** unabhängig von dem Rechtsregime der **Auffälligkeitsprüfung** zu überprüfen.
2. Prüfen Krankenkassen nach dem vor dem 1.1.2016 geltenden Recht Krankenhausrechnungen über die Behandlung von Kassenpatienten auf sachlich-rechnerische Richtigkeit, löst dies keinen Anspruch auf Zahlung einer **Aufwandspauschale** aus.

Parallelverfahren:
BSG, Urteil v. 25.10.2016 - B 1 KR 18/16 R **RID 17-03-235**
KHE 2016/76 = GuP 2017, 110 = USK 2016-80
BSG, Urteil v. 25.10.2016 - B 1 KR 16/16 R **RID 17-03-236**
KHE 2016/81 = GuP 2017, 110
BSG, Urteil v. 25.10.2016 - B 1 KR 19/16 R **RID 17-03-237**
juris
BSG, Urteil v. 28.03.2017 - B 1 KR 23/16 R **RID 17-03-238**
juris

3. Risikostrukturausgleich: Jahresausgleichsbescheid u. Zuweisungen für Auslandsversicherte

BSG, Urteil v. 25.10.2016 - B 1 KR 11/16 R **RID 17-03-239**
SozR 4-2500 § 269 Nr. 1 = Die Beiträge Beilage 2017, 97 = NZS 2017, 380 = USK 2016-75 = USK 2016-98

Leitsatz: Das **Bundesversicherungsamt** darf eine nach Ablauf des Ausgleichsjahres in Kraft getretene gesetzliche Deckelung der Zuweisungen aus dem **Gesundheitsfonds** für die Auslandsversicherten nachfolgend bereits in Festlegungen und im endgültigen Jahresausgleich für das Vorjahr berücksichtigen, ohne gegen das rechtsstaatliche Rückwirkungsverbot zu verstoßen.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Widerruf der Approbation

aa) Fortsetzung eines (strafbaren) Verhaltens: Faltenunterspritzungen durch Zahnarzt

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 17.05.2017 - 13 A 168/16 **RID 17-03-240**
juris
ZHG §§ 2 I 1 Nr. 2, 4 II 1

Weder die Approbation als Zahnarzt noch das Vorhandensein entsprechender fachlicher Kompetenzen berechtigen einen **Zahnarzt**, **Faltenunterspritzungen im Hals- und Gesichtsbereich** außerhalb des Lippenrots vorzunehmen.
Unzuverlässigkeit liegt vor, wenn ein Zahnarzt sein **(strafbares) Verhalten** trotz bestandskräftiger Ordnungsverfügung und trotz strafrechtlicher Verurteilungen **fortsetzt**.

bb) Eigenständige Ermittlung/Gefährlicher Umgang mit Untergebenen und Patienten

VG Köln, Urteil v. 30.05.2017 - 7 K 1352/17 **RID 17-03-241**
juris
BÄO § 1 I

Verwaltungsbehörde und -gericht sind bei ihrer Entscheidung über den Widerruf nicht auf eine **strafgerichtliche Verurteilung** angewiesen oder an staatsanwaltliche oder an strafgerichtliche Einstellungsentscheidungen gebunden, sondern **ermitteln eigenständig** die relevanten Sachverhalte und bewerten diese nach der einschlägigen Rechtslage. Denn die gefahrenabwehrrechtliche Beurteilung eines Sachverhalts ist mit anderen Voraussetzungen und Rechtsfolgen verknüpft als die strafrechtliche. Deshalb ist im Verwaltungsverfahren auch nicht der Grundsatz der Unschuldsvermutung (Art. 6 II EMRK) anwendbar, wonach ein Verdächtigter bis zum gesetzlichen Beweis seiner Schuld als unschuldig gilt. Der Approbationswiderruf stellt keine (repressive) Strafe dar und enthält auch keine individuelle Schuldzuweisung, sondern dient ausschließlich (präventiv) der Abwehr behandlungsspezifischer Gefahren (vgl. VG Köln, Beschl. v. 06.02.2017 - 7 K 10953/16 - RID 17-03-245).
Ein Arzt (Chirurg) ist unwürdig, den Arztberuf auszuüben, wenn er über lange Zeiträume Verhaltensweisen an den Tag legt, die ihn als hochgefährlich im **Umgang mit** im Allgemeinen und mit **Patienten** im Besonderen zeigen, in seinen Beziehungen zu Mitarbeiterinnen und Kindern grenztestend und -überschreitend vorgeht.

Vorausgehend: VG Köln, Urt. v. 31.05.2016 - 7 K 257/16 - RID 16-03-203 wies die Klage bzgl. des Ruhens der Approbation ab, das OVG Nordrhein-Westfalen verurteilte den Kl. zur Tragung der Kostenlast in beiden Instanzen; VG Köln, Beschl. v. 15.02.2016 - 7 L 100/16 - RID 16-02-192 lehnte den Eilantrag bzgl. des Ruhens ab, OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.05.2016 - 13 B 275/16 - RID 16-02-193 stellte die aufschiebende Wirkung der Klage wieder her. Das ***VG*** wies nun die Klage gegen den Widerruf der Approbation ab.

cc) Fehlende gesundheitliche Eignung eines Zahnarztes (Epilepsie)

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 23.06.2017 - 13 A 2455/16 **RID 17-03-242**
juris
ZHG §§ 2 I 1 Nr. 3, 4 II Nr. 2

Löst schon der drohende Widerruf der Approbation keine Therapiebereitschaft aus, besteht kein Anlass zur Annahme, die bloße Anordnung des Ruhens der Approbation hätte zur Aufnahme einer ärztlicherseits **dringend angeratenen Behandlung** einer Epilepsie veranlassen können.

VG Köln, Urt. v. 25.10.2016 - 7 K 3024/15 - RID 16-04-196 wies die Klage ab, das ***OVG*** lehnte den Antrag auf Zulassung der Berufung ab.

Zum einstweiligen Anordnungsverfahren s. VG Köln, Beschl. v. 14.07.2015 - 7 L 1343/15 - RID 15-04-169.

b) Ruhen der Approbation

aa) Ruhen der Approbation wegen wahnhafter Störung: Vorläufiger Rechtsschutz

VG Aachen, Beschluss v. 25.04.2017 - 5 L 291/17 **RID 17-03-243**
juris
BÄO §§ 3 I Nr. 3, 6 I Nr. 2; VwGO § 80 V

Leitsatz: Erfolgloser Antrag auf Gewährung **vorläufigen Rechtsschutzes** gegen Anordnung des Ruhens der Approbation wegen **wahnhafter Störung**.

bb) Sofortvollzug: Erneutes Strafverfahren nach Verurteilung wg. kinderpornograph. Dateien

VG Magdeburg, Urteil v. 07.04.2017 - 3 B 296/16 **RID 17-03-244**
juris
BÄO § 6; StGB § 184; VwGO § 80 V

Leitsatz: Das mit **Sofortvollzug** angeordnete **Ruhen der Approbation** ist gerechtfertigt bei einem Assistenzarzt, der nach dem Auffinden von 25.701 **kinderpornographischen Dateien** rechtskräftig zu einer **Freiheitsstrafe** von 7 Monaten auf Bewährung verurteilt worden war und bei dem erneut ein **Strafverfahren** eingeleitet wurde, nachdem neuerlich weitere 12.685 kinderpornographische Dateien auf anderen Speichermedien gefunden wurden.

c) Aussetzung der Erteilung der Approbation wegen strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens

VG Köln, Beschluss v. 06.02.2017 - 7 K 10953/16 **RID 17-03-245**
juris
BÄO § 3 V

Nach § 3 V BÄO kann die Entscheidung über den Antrag auf Erteilung der Approbation bis zur Beendigung des Verfahrens **ausgesetzt** werden, wenn gegen den Ast. ein **Strafverfahren eingeleitet** ist wegen des Verdachts einer Straftat, aus der sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergeben kann. Die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens reicht aus. Es ist nicht erforderlich, dass das Strafgericht bereits das Hauptverfahren eröffnet hat oder eine rechtskräftige Verurteilung vorliegt.
Anders als bei Approbationsrücknahme, -widerruf oder Ruhensanordnung ist für eine Aussetzungsentscheidung nicht erforderlich, dass die Approbationsbehörde konkrete Tatumstände und die Verurteilungswahrscheinlichkeit nach Beiziehung der Strafakten eigens beurteilt. Weiß sie, dass und wegen welchen Straftatbestands gegen den Approbationsbewerber ein Strafverfahren anhängig ist, muss sie lediglich entscheiden, ob der im Raum stehende **Straftatbestand abstrakt geeignet** ist, den Approbationsbewerber unwürdig oder unzuverlässig erscheinen zu lassen. Diese relativ geringen Anforderungen folgen aus dem Wortlaut sowie dem Sinn und Zweck der Norm und der mit ihr verbundenen Eingriffsintensität.
Aus der **Unterstützung einer terroristischen Vereinigung** im Ausland kann sich sowohl die Unzuverlässigkeit als auch die Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergeben.

d) Rücknahme der Zulassung zur ärztlichen Vorprüfung

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 19.06.2017 - 9 S 168/15 **RID 17-03-246**
juris
GG Art. 2 I, 12 I; VwVfG § 48

Leitsatz: 1. Die Entscheidung über die **Zulassung zur Prüfung** ist von der Entscheidung über das **Bestehen der Prüfung** zu trennen.

2. Zur Bedeutung des **Zeitablaufs** bei der **Rücknahme einer Zulassung zu einer Prüfung** bei erfolgreichem Studienabschluss.

2. BVerwG: Studium der Stomatologie (Zahnmedizin) am staatlichen Institut für Medizin Smolensk

BVerwG, Beschluss v. 06.06.2017 - 3 B 42/16 **RID 17-03-247**
juris
ZHG § 2; EGRL 36/2005; EURL 55/2013 Art. 14; EUV 1024/2012

Leitsatz: Die nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 HeilBerG NW für die berufliche Fortbildung zuständige **Zahnärztekammer** ist eine Stelle im Sinne von § 2 Abs. 2 Satz 5 ZHG zur **formellen Anerkennung** der in ihrem Zuständigkeitsbereich durch lebenslanges Lernen erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten.

Vorausgehend: OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.07.2016 - 13 A 897/15 - RID 16-03-207.

3. Strafrecht

a) BGH: Voraussetzungen eines Berufsverbots (pädophiler Pädiater)

BGH, Beschluss v. 23.02.2017 - 1 StR 362/16 **RID 17-03-248**
juris
StGB § 70

Ein **Missbrauch von Beruf oder Gewerbe** i.S.d. § 70 StGB liegt nur dann vor, wenn der Täter unter bewusster Missachtung der ihm gerade durch seinen Beruf oder sein Gewerbe gestellten Aufgaben seine Tätigkeit ausnutzt, um einen diesen Aufgaben zuwiderlaufenden Zweck zu verfolgen. Dazu genügt ein bloß äußerer Zusammenhang in dem Sinne, dass der Beruf dem Täter lediglich die Möglichkeit gibt, Straftaten zu begehen, nicht. Die strafbare Handlung muss vielmehr **Ausfluss der jeweiligen Berufs- oder Gewerbetätigkeit** sein und einen **berufstypischen Zusammenhang** erkennen lassen (st. Rspr.); sie muss **symptomatisch für die Unzuverlässigkeit des Täters im Beruf** erscheinen.
Eine **Verletzung der mit dem Beruf oder Gewerbe verbundenen Pflichten** i.S.d. § 70 StGB liegt nur dann vor, wenn der Täter bei Tatbegehung gegen eine der speziellen Pflichten, die ihm bei der Ausübung seines Berufs oder Gewerbes auferlegt sind, verstößt. Auch dafür bedarf es eines **berufstypischen Zusammenhangs** der Tat zu der beruflichen Tätigkeit, der beim Angekl. bislang nicht festgestellt wurde. Hierfür genügt es nicht, dass der Angekl. bei einigen der Taten **zur Betäubung der Opfer Medikamente eingesetzt** hat, auf die er möglicherweise als Arzt Zugriff hatte. Insoweit besteht lediglich ein äußerer Bezug zur Tätigkeit des Angeklagten als Arzt. Auch ließe sich durch ein Berufsverbot die Ausnutzung der medizinischen Kenntnisse des Angeklagten zu Straftaten außerhalb seines beruflichen Umfelds nicht verhindern.

b) Delegation von Speziallaborleistungen kein Abrechnungsbetrug

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 20.01.2017 - III 1 WS 482/15 **RID 17-03-249**
juris = GesR 2017, 181 = ZWH 2017, 207 = MedR 2017, 557
GOÄ § 4 II 1; StGB § 263

Es liegt durchaus nahe, dass der Verordnungsgeber mit der damit einhergehenden **Änderung des § 4 II 2 GOÄ** das **Ziel** verfolgt hat, die in Laborgemeinschaften erbrachten Speziallaborleistungen einer Liquidationsberechtigung durch den anweisenden Arzt fortan vollständig zu entziehen. Sollte das der Fall gewesen sein, so hat diese Zielsetzung in der GOÄ allerdings keinen Ausdruck gefunden. Durch die - entgegen anfänglichen politischen Bestrebungen einer weitgehenden Ausgliederung des Labors aus der GOÄ erfolgte - Beibehaltung des Laborkapitels als ärztliches Leistungssegment blieb nämlich weiterhin der die Abrechenbarkeit ärztlicher Leistungen allgemein regelnde § 4 II 1 GOÄ anwendbar, ohne dass der Verordnungsgeber klargestellt hat, wodurch sich das erforderliche „persönliche Gepräge“ der ärztlichen Leistung in diesem zunehmend von automatisierten Arbeitsabläufen

bestimmten Bereich auszeichnet. Diese **mangelnde Konturierung** hat Auslegungsspielräume eröffnet, die in der Folgezeit weidlich genutzt wurden.
Falsch ist die mit der Rechnungslegung verbundene Behauptung einer ärztlichen Leistungserbringung nur dort, wo sie **keinen Bezug zu tatsächlichen Vorgängen** mehr aufweist, weil sie sich als Missachtung des eindeutigen und klaren Kernbereichs der in Bezug genommenen GOÄ-Norm darstellt. Ist diese **Vorschrift** allerdings in ihren Randbereichen **mehrdeutig** und kann die Privatliquidation insoweit auf eine vertretbare Auslegung zurückgeführt werden, so enthält sie keine unwahre Tatsachenäußerung im Sinne von § 263 I StGB, sondern eine bloße Rechtsbehauptung, der keine strafrechtliche Relevanz zukommt.
Der eindeutige und **klare Kernbereich** des § 4 II 1 GOÄ (in seinem Zusammenspiel mit dem durch die GOÄ-Novelle geänderten Satz 2 der Vorschrift) liegt im Verbot einer Abrechnung von Speziallaboranalysen, bei denen sich die ärztliche „Mitwirkung" im **bloßen „Bezug" („Einkauf")** der Leistung unter Nutzung der Strukturen einer Laborgemeinschaft erschöpft. Ein Arzt, der solche Leistungen selbst liquidiert, täuscht über Tatsachen und macht sich des Abrechnungsbetruges schuldig (so die Sachverhaltskonstellation bei BGHSt 57, 95, 97 f., 111). Im vorliegenden Fall hat der Angeschuldigte als Mitglied der ÄAG jedoch **Mitwirkungshandlungen** erbracht, die über den bloßen Bezug der Laborleistung hinausgehen und bezüglich derer er in vertretbarer Auslegung der insoweit nicht eindeutigen GOÄ-Regelungen die Ansicht vertritt, dass sie die Abrechnungsfähigkeit der Leistung als eigene im Sinne von § 4 II 1 GOÄ begründen. Hierin liegt keine Täuschung, sondern eine bloße Rechtsbehauptung zu medizinischen und gebührenrechtlichen Zweifelsfragen, die bislang weder durch den Verordnungsgeber noch höchstrichterlich geklärt worden sind und deren Klärung das Strafverfahren voraussetzt, nicht jedoch leisten kann.

c) Unzulässige Beschäftigung eines wissenschaftlichen Mitarbeiters in (zahnärztl.) Privatambulanz

LG Düsseldorf, Urteil v. 31.01.2017 - 14 KLs-130 Js 55/11-18/13 **RID 17-03-250**
juris
StGB § 263

Ein **wissenschaftlicher** und als solcher vorrangig für **Forschung und Lehre** vorgesehener **Mitarbeiter** wird bei einer Gesamtwochenstundenzahl von 41 bzw. 42 Stunden und einer Einteilung für die Privatambulanz von 32,75 Stunden schwerpunktmäßig für die Behandlung in der **Privatambulanz** tätig. Dies erfüllt den **Untreuetatbestand**.

d) Rezept kein Gesundheitszeugnis i.S.d. § 278 StGB

AG Köln, Beschluss v. 17.06.2016 - 503 Gs 1078/16 **RID 17-03-251**
juris
StGB § 278

Das wiederholte Ausstellen von (Folge-)**Rezepten** ohne vorherige ärztliche Untersuchung ist nicht von dem Tatbestandsmerkmal des inhaltlich unrichtigen „Gesundheitszeugnisses" erfasst. Zwar liegt nach der überwiegenden Rechtsprechung die Ausstellung eines unrichtigen Gesundheitszeugnisses bereits dann vor, wenn durch einen Arzt ein Zeugnis über einen Befund erstellt wird, ohne dass zuvor eine ärztliche Untersuchung stattgefunden hat. Allerdings handelt es sich bei den hier verfahrensgegenständlichen Rezepten schon nicht um **Gesundheitszeugnisse i.S.d. § 278 StGB**, da es seiner Zweckbestimmung nach nicht dem Nachweis einer bestimmten medizinischen Diagnose gegenüber einer Behörde oder einer Versicherungsgesellschaft dient, sondern dem Nachweis gegenüber der Apotheke, dass seitens des ausstellenden Arztes dem Rezeptempfänger ein bestimmtes rezeptpflichtiges Medikament verordnet worden ist.

e) Zeugnisverweigerungsrecht einer Arzthelferin

OLG Köln, Beschluss v. 19.12.2016 - 2 Ws 772/16 **RID 17-03-252**
juris
StPO §§ 53 I Nr. 3, 53a I, 70 I

Es besteht ein abgeleitetes **Zeugnisverweigerungsrecht** aus der Tätigkeit als **Arzthelferin** in einer Arztpraxis gemäß §§ 53 I Nr. 3, 53a I StPO zu. Das Zeugnisverweigerungsrecht erstreckt sich dabei grundsätzlich auf alles, was dem **Arzt** in seiner Eigenschaft bei der Untersuchung oder Heilbehandlung anvertraut oder bekannt geworden ist. Dazu gehört neben der Identität des Patienten auch die Tatsache seiner Behandlung. Das Zeugnisverweigerungsrecht erstreckt sich insofern auch auf die Anbahnung des Beratungs- und Behandlungsverhältnisses, z.B. auf die Begleitumstände einer Krankenhausaufnahme eines Patienten bzw. darauf, ob überhaupt ein Behandlungsverhältnis bestanden hat. Nicht von einem Zeugnisverweigerungsrecht umfasst sind hingegen Tatsachen, von denen der Arzt bzw. dessen Gehilfen zwar bei Gelegenheit der Berufsausübung erfahren haben, insofern jedoch nicht in der Eigenschaft als Arzt bzw. Gehilfe/in des Arztes.
Die Frage des Strafkammervorsitzenden, ob es Situationen gegeben habe, in denen der Angeklagte B **Krankenversicherungskarten anderer Personen**, deren Namen nicht von Interesse seien, in der Praxis dabei gehabt habe, unterfällt dem Zeugnisverweigerungsrecht des sog. Hauptberufsträgers gem. § 53 I Nr. 3 StPO.

4. Berufspflichten

a) Unzulässige Verschreibung von Arzneimitteln

OVG Hamburg, Urteil v. 11.04.2017 - 6 Bf 81/15.HBG **RID 17-03-253**
juris
BÄO §§ 3 I, 5 II; MRK Art. 6 I

Leitsatz. 1. Die **Einstellung eines Strafverfahrens** gegen Zahlung einer **Geldbuße** nach § 153a StPO stellt keine „Strafe oder Ordnungsmaßnahme“ i.S.v. § 14 Abs. 4 HeilBG dar. § 16 Abs. 1 HmbDG findet aufgrund der spezielleren Regelung in § 14 Abs. 4 HeilBG keine Anwendung.
2. Das „Vorschubleisten“ einer **„missbräuchlichen Anwendung der Verschreibung“** nach § 34 Abs. 4 Berufsordnung der Hamburger Ärzte vom 27. März 2000 setzt voraus, dass der Arzt die Kontrolle über den Patienten aus der Hand gibt, indem er diesem die Möglichkeit eröffnet, ein Medikament zu Zwecken zu verwenden, die ärztlich nicht indiziert sind (und die der Verordnung nicht entsprechen) oder das Medikament (wiederholt und über einen längere Zeiträume) in deutlich höheren Dosen einzunehmen, als es die Verordnung vorsieht.
3. Die Rechtsfigur der „Einheit des Dienstvergehens“ des Disziplinarrechts findet aufgrund der Verweisungsnorm des § 13 HeilBG auf das Disziplinarrecht auch auf berufsrechtliche Verstöße von Ärzten i.S. einer **„Einheit des Berufsvergehens“** Anwendung (Bestätigung der bisherigen Rechtsprechung des Gerichtshofs, Urteil vom 3. Januar 2006, 6 Bf 82/05, n.v.). Die Verjährungsregelungen in § 4 HeilBG stellen insoweit keine abschließende speziellere Regelung dar.
4. Ein berufsgerichtliches Verfahren stellt eine „Streitigkeit in Bezug auf zivilrechtliche Ansprüche und Verpflichtungen“ i.S.v. Art. 6 Abs. 1 EMRK dar. Bei der Beurteilung, ob eine unangemessen lange **Verfahrensdauer** vorliegt, sind die Dauer eines Strafverfahrens und eines sich anschließenden berufsgerichtlichen Verfahrens aufgrund ihrer Selbständigkeit und der grundlegend verschiedenen Verfahrensziele einander nicht zuzurechnen.
5. Die Feststellung, dass ein Arzt wegen eines Verstoßes gegen seine berufsrechtlichen Pflichten nach § 3 Abs. 1 lit. c) HeilBG **unwürdig** ist, seinen Beruf auszuüben, unterliegt demselben Beurteilungsmaßstab wie beim Widerruf der ärztlichen Approbation gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BÄO.

Hamburgisches Berufsgericht für die Heilberufe, Urt. v. 25.03.2015 - 41 H 4/13 - auferlegte dem Beschuldigten wegen eines Berufsvergehens eine Geldbuße von 25.500 € und stellte fest, dass er **unwürdig** sei, seinen Beruf auszuüben. Das ***OVG*** hob auf die Berufung des Beschuldigten das Urteil auf und dem Beschuldigten eine Geldbuße von 25.500 €. Außerdem wird ihm ein Verweis erteilt. Des Weiteren wird dem Beschuldigten für die Dauer von 5 Jahren ab Verkündung dieses Urteils das aktive und passive Berufswahlrecht entzogen. Im Übrigen wird die Berufung des Beschuldigten zurückgewiesen.

b) Angemessenheit der Honorarforderung

LandesberufsG für Heilberufe NRW, Beschluss v. 18.01.2017 - 6t 1515/15.T **RID 17-03-254**
www.justiz.nrw.de/nrw = GesR 2017, 266
HeilBerG NRW § 29 I; GOÄ § 5 II

Leitsatz: 1. Nicht jede Abweichung von Abrechnungsvorschriften der GOÄ stellt bereits einen Verstoß gegen dem Arzt obliegende **Berufspflichten** dar; vielmehr ist erst eine vorsätzlich fehlerhaft vorgenommene oder sich offensichtlich außerhalb jeder vertretbaren rechtlichen Meinung befindende Abrechnungspraxis geeignet, auf einen ahndungswürdigen Berufspflichtverstoß zu führen.
2. Dem **2,3-fachen des Gebührensatzes** kommt die Funktion eines Schwellenwertes zu. Es stellt keinen Fehlgebrauch des Ermessens dar, wenn persönliche ärztliche Leistungen, die sich in einem Bereich durchschnittlicher Schwierigkeit befinden, zum Schwellenwert abgerechnet werden.
3. **Überschreitet** eine berechnete **Gebühr** nach § 12 Abs. 2 Nr. 2 GOÄ das 2,3-fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich **zu begründen** (§ 12 Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 1 GOÄ). Die vom Arzt gegebene - auf die einzelne Leistung bezogene - Begründung muss geeignet sein, das Vorliegen solcher Umstände verständlich und nachvollziehbar zu machen, welche eine Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen. Die Begründung muss hinreichende Anhaltspunkte für einen Vergleich mit dem Durchschnittsfall enthalten, aus dem deutlich wird, dass die erbrachte Leistung überdurchschnittlich schwierig und/oder überdurchschnittlich zeitaufwendig war.
4. Die **persönliche Qualifikation des Arztes** berechtigt ihn nicht, generell über dem **Schwellenwert** liegende Gebühren für persönlich-ärztliche Leistungen in Ansatz zu bringen. § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ umschreibt die zulässigen Bemessungskriterien (Schwierigkeit und Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie der Umstände der Ausführung) abschließend.

5. Notdienst

a) Befreiung vom zahnärztlichen Notfalldienst aus gesundheitlichen Gründen

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 14.07.2017 - 13 A 2528/16 **RID 17-03-255**
juris
HeilBerG NRW § 30 Nr. 2

Allein das Vorliegen einer **Erkrankung** rechtfertigt die Annahme, die persönliche Teilnahme am Notdienst sei dem (Zahn-)Arzt nicht zumutbar, nicht.
In der Senatsrechtsprechung ist geklärt, dass die (Zahn-)Ärztekammer bei ihrer **Ermessensentscheidung** die **wirtschaftliche Zumutbarkeit** einer **Vertreterbestellung** berücksichtigen darf, insb. insoweit auch die Erwägungen der BSG-Rspr. entsprechend heranziehen können. Geklärt ist damit zudem, dass die Pflicht zur Teilnahme dauerhaft durch einen anderen (Zahn-)arzt als Vertreter erfüllt werden kann, es sich mithin nicht um eine höchstpersönlich zu erfüllende Verpflichtung handelt. Die Regelungen des Heilberufsgesetzes stehen dem nicht entgegen.

b) Dreijährige praktische Tätigkeit in der unmittelbaren Patientenversorgung

VG Köln, Beschluss v. 11.05.2017 - 7 L 771/17 **RID 17-03-256**
juris
HeilBerG NRW § 31 I

Eine Regelung in einer **Notdienstordnung**, wonach eine Vertretungstätigkeit voraussetzt, dass der Arzt eine **dreijährige praktische Tätigkeit in der unmittelbaren Patientenversorgung** als Arzt unter Aufsicht eines zur Weiterbildung befugten Arztes absolviert und am Kurs „Arzt im Rettungswesen“ teilgenommen hat, ist nicht zu beanstanden.

6. Inspektion einer Zahnarztpraxis/Zuständigkeit

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 06.01.2017 - 13 B 1235/16 **RID 17-03-258**
juris
MPG § 26

Eine Verpflichtung, die **Inspektion** in der Arztpraxis **anzukündigen**, besteht nach § 26 MPG nicht.
Die **Zuständigkeit der Bezirksregierung** für die Durchführung der Inspektion folgt aus § 1 II Nr. 6 der Verordnung über Zuständigkeiten im Arzneimittelwesen und nach dem Medizinproduktegesetz. Dass die Bezirksregierung offenbar Routinekontrollen (auch) durch **Sachverständige der Zahnärztekammer** in ihrem Auftrag durchführen lässt, führt nicht dazu, dass die Zuständigkeit für Inspektionen entgegen der verordnungsrechtlichen Vorgabe auf die Zahnärztekammer übertragen worden wäre.

OLG Karlsruhe, Beschluss v. 28.06.2017 - 1 Rb 8 Ss 540/16 **RID 17-03-257**
juris
BDSG § 4a I 3

Die **Datenweitergabe** an den **Arbeitgeber eines Patienten** aus der Erhebung und Verarbeitung der Daten aus dem **Drogenscreening** bedarf der schriftlichen Zustimmung des Patienten (§ 4a I 3 BDSG). Dieser soll nicht übereilt zustimmen, sondern die Chance erhalten, sich seiner Entscheidung bewusst zu werden. Der Ausnahmecharakter der Vorschrift gebietet daher eine restriktive Auslegung.
Jedoch ist die **Einwilligung im datenschutzrechtlichen Sinne** (§ 4 I BDSG). von der rechtfertigenden Einwilligung im **ordnungswidrigkeitsrechtlichen Sinne** zu unterscheiden. Das allgemeine Persönlichkeit stellt ein anerkanntes individuelles Rechtsgut dar, so dass eine rechtfertigende Einwilligung grundsätzlich möglich ist und zwar unbeschadet eines datenschutzrechtlichen **Schriftformerfordernisses** (§ 4a I 3 BDSG), zumal ein Verstoß hiergegen letztendlich nur zu einem Anspruch auf Löschung der Daten führt.

Das ***Amtsgericht*** hat den Betroffenen - einen niedergelassen Arzt - mit Urteil vom 02.05.2016 wegen eines vorsätzlichen Verstoßes gegen das Bundesdatenschutzgesetz in zwei Fällen zu zwei Geldbußen von je 500 € verurteilt, weil er am 25.02.2014 im Rahmen seiner Arztpraxis in W. bei R. auf Veranlassung von dessen Arbeitgeber ein Drogenscreening durchgeführt und das Ergebnis dieser Untersuchung an diesen weitergeleitet hatte, ohne dass der Patient zuvor sein schriftliches Einverständnis mit der Untersuchung und der Datenweitergabe erklärt hatte. Hiergegen wendet sich der Betroffene mit der Rechtsbeschwerde, mit welcher er die Verletzung sachlichen Rechts rügt. Die Generalstaatsanwaltschaft Karlsruhe hat auf Aufhebung des Urteils angetragen. Das ***OLG*** hob das Urteil auf und gab die Sache an das Amtsgericht zurück.

7. Anspruch des Patienten auf Herausgabe einer Kopie seiner Patientenakte

OLG Hamm, Beschluss v. 02.01.2017 - 3 W 43/16 **RID 17-03-259**
juris = MedR 2017, 480
BGB §§ 174, 630g II; ZPO § 91a I; BDSG § 1 III 1

Ein **Patient** hat einen Anspruch auf Herausgabe einer Kopie seiner **Patientenakte** Zug um Zug gegen Erstattung der der Klinik entstandenen Kosten gem. § 630g II BGB. Die Vorschriften des **Bundesdatenschutzgesetzes** stehen dem nicht entgegen. Denn gem. § 1 III BDSG gehen andere Rechtsvorschriften des Bundes, soweit sie auf personenbezogene Daten einschließlich deren Veröffentlichung anzuwenden sind, den Vorschriften des BDSG vor. Ein **Prozessbevollmächtigter** des Patienten ist **kein Dritter** i.S.d. BDSG.

8. Gesellschafterstellung für MVZ-Gesellschaft nur bei Eignung nach § 95 Ia SGB V

LG Köln, Urteil v. 01.12.2016 - 5 O 236/15 **RID 17-03-260**
www.justiz.nrw.de
SGB V § 95 Ia; BGB § 134; InsO § 133 I

Gesellschafter, die keine der in **§ 95 Ia 1 SGB V genannten Qualifikationen** erfüllen, dürfen nicht Gesellschafter einer GmbH sein, die ein MVZ im Sinne der Vorschrift betreibt. Der Verstoß gegen die Vorschrift des § 95 Ia 1 SGB V führt zur **Nichtigkeit des Rechtsgeschäfts** gemäß § 134 BGB. In der

Rechtsprechung ist anerkannt, dass ein Verstoß gegen gesetzliche Zulassungsbestimmungen im ärztlichen Bereich zur Nichtigkeit des zugrundeliegenden Rechtsgeschäfts gem. § 134 BGB führt. Nicht anders ist der Fall einer **Übertragung von Geschäftsanteilen** an einer GmbH, die ein MVZ betreibt, an Personen bzw. Gesellschaften, die die Qualifikation nach § 95 Ia 1 SGB V nicht erfüllen, zu beurteilen, da die Vorschrift des § 95 Ia 1 SGB V andernfalls leerlaufen würde. Entsprechendes gilt für eine **Treuhandvereinbarung**.

9. Keine Unterlassungs- und Widerrufsansprüche gegen betriebsärztliche Diagnose

OLG Dresden, Beschluss v. 03.07.2017 - 4 U 806/17 **RID 17-03-261**

juris
ASiG § 8 I 3; BGB § 253

Leitsatz: Die fachliche Einschätzung eines **Betriebsarztes** bei der arbeitsmedizinischen Begutachtung eines Arbeitnehmers ist als privilegierte Äußerung grundsätzlich nicht mit Unterlassungs- und Widerrufsansprüchen angreifbar.

10. Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik: Schwerwiegende Erbkrankheit

VG München, Urteil v. 10.05.2017 - M 18 K 16.1738 **RID 17-03-262**

juris
ESchG § 3a; PIDV §§ 4, 5, 6

Leitsatz: Der **Bayerischen Ethikkommission** für Präimplantationsdiagnostik steht bei der Beurteilung des Tatbestandsmerkmals **„schwerwiegende Erbkrankheit“** in § 3a Abs. 2 Satz 1 ESchG ein **Beurteilungsspielraum** zu, der gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbar ist.

11. BVerfG: Auf positive Stellungnahme der Ethik-Kommission gerichtete Klage ist unzulässig

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 17.07.2017 - 1 BvR 3210/14 **RID 17-03-263**

juris
BO Bay § 15; VwGO § 124 II: BVerfGG § 90 II1; VwGO § 124a IV 4

Die Verfassungsbeschwerde gegen ***VGH Bayern***, Beschl. v. 23.05.2014 - 21 ZB 14.117 - RID 14-03-183 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Die Verfassungsbeschwerde ist nicht zur Entscheidung anzunehmen, wenn eine Bf. nicht **alle** ihr zumutbar zur Verfügung stehenden **Möglichkeiten** nutzt, eine etwaige **Rechtsverletzung** im Verfahren vor den Fachgerichten zu beseitigen. Sie hat den **Antrag auf Zulassung der Berufung** nicht im Hinblick auf alle ernsthaft in Betracht kommenden Zulassungsgründe in der prozessual gebotenen Art und Weise begründet und damit den Anforderungen des § 124a IV 4 VwGO nicht genügt.

12. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Geschäftliche Handlung im Rahmen eines wissenschaftlichen Fachbeitrags

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 11.05.2017 - 6 U 76/16 **RID 17-03-264**

juris
UWG §§ 2 Nr. 1, 5

Leitsatz: Nimmt ein **Wissenschaftler** im Rahmen eines Aufsatzes in einer Fachzeitschrift einen **Vergleich zwischen zwei Erzeugnissen** vor, der zu Lasten eines dieser Erzeugnisse geht, liegt darin grundsätzlich keine die Anwendbarkeit der Vorschriften des UWG eröffnende geschäftliche Handlung im Sinne von § 2 Nr. 1 UWG, da es in der Regel an dem erforderlichen Absatzförderungszusammenhang zu Gunsten eines Dritten fehlt. Etwas anderes kann allerdings dann gelten, wenn die Darstellung in dem Fachaufsatz objektiv derart falsch oder schlechterdings

unvertretbar ist, dass dem Wissenschaftler das Anliegen, seine wissenschaftliche Meinung mitzuteilen, nicht mehr abgenommen werden kann (im Streitfall verneint).

b) Bewerbung einer Behandlung durch „CoolSculpting“

OLG Celle, Beschluss v. 27.03.2017 - 13 U 199/16 **RID 17-03-265**
juris = Magazindienst 2017, 606
UWG §§ 3 I, 5 I 2 Nr. 1

Leitsatz (Magazindienst): 1. Die **Bewerbung einer Behandlung** durch **„CoolSculpting“** - bei dem das Behandlungsziel durch ein Ansaugen des Fettgewebes und die nachfolgende Zerstörung von Fettzellen durch Einfrieren erreicht werden soll -, die den Anwendern eine gezielte Reduktion von Körperfett und aufgrund der daraus resultierenden Veränderung der Körperformen einen konkreten Einfluss auf deren körperliche Beschaffenheit verspricht, ist **gesundheitsbezogen**. Zudem wird dem angesprochenen Verkehr mit einer entsprechenden Werbung nicht nur die positive Auswirkung der angebotenen Behandlungsmethode auf das äußere Erscheinungsbild des Anwenders vermittelt, sondern - unausgesprochen - auch auf dessen Gesundheit, da die Reduzierung von Übergewicht und überflüssigem Körperfett auch gesundheitsfördernde Wirkung hat. Die beworbene Maßnahme weist auch deshalb Gesundheitsbezug auf, weil ihre vorrangig ästhetischen Ziele durch Maßnahmen erreicht werden, die in die körperliche Integrität eingreifen.
2. Eine entsprechende Bewerbung ist zur **Irreführung** geeignet, sofern der Werbende die wissenschaftliche Absicherung der Werbeaussagen nicht darzulegen vermag.

13. BGH: Haftung des Betreibers eines Bewertungsportals

BGH, Urteil v. 04.04.2017 - VI ZR 123/16 **RID 17-03-266**
juris
GG Art. 2 I, 19 III; BGB §§ 823 I, 1004 I 2

Leitsatz: 1. Der **Betreiber eines Bewertungsportals haftet** für von Dritten in das Portal eingestellte Äußerungen als unmittelbarer Störer, wenn er sich diese **Äußerungen zu eigen gemacht** hat. Von einem Zu-Eigen-Machen ist dabei dann auszugehen, wenn der Portalbetreiber nach außen erkennbar die inhaltliche Verantwortung für die auf seiner Internetseite veröffentlichten Inhalte übernommen hat, was aus objektiver Sicht auf der Grundlage einer Gesamtbetrachtung aller relevanten Umstände zu beurteilen ist. Für ein Zu-Eigen-Machen spricht es, wenn der Portalbetreiber eine inhaltlich-redaktionelle Überprüfung der auf seinem Portal eingestellten Nutzerbewertungen auf Vollständigkeit und Richtigkeit vornimmt (vgl. Senatsurteile vom 1. März 2016, VI ZR 34/15, BGHZ 209, 139 Rn. 18 und vom 27. März 2012, VI ZR 144/11, AfP 2012, 264 Rn. 11; BGH, Urteile vom 19. März 2015, I ZR 94/13, AfP 2015, 543 Rn. 25 m.w.N. und vom 12. November 2009, I ZR 166/07, AfP 2010, 369 Rn. 24, 27).
2. Ein **Portalbetreiber**, der die in das Portal eingestellten Äußerungen eines Dritten auf die Rüge des von der Kritik Betroffenen inhaltlich **überprüft** und auf sie Einfluss nimmt, indem er selbständig - insbesondere ohne Rücksprache mit dem Dritten - entscheidet, welche Äußerungen er abändert oder entfernt und welche er beibehält, macht sich diese Äußerungen zu eigen. Nach außen erkennbar ist die Übernahme der inhaltlichen Verantwortung jedenfalls dann, wenn er dem von der Kritik Betroffenen seinen Umgang mit der Bewertung kundgetan hat.

14. Preisvergleichsportal: Unzulässige Aufnahme von Zahnärzten

LG Düsseldorf, Urteil v. 07.09.2016 - 12 O 339/15 **RID 17-03-267**
juris
UWG §§ 7 II Nr. 3, 8 I

Ein **Portalbetreiber** hat es zu **unterlassen**, Werbe-E-Mails mit **Behandlungsanfragen** von Patienten an Zahnärzte zu versenden, ohne dass die vorherige ausdrückliche Einwilligung des Adressaten vorliegt, ebs., im Zusammenhang mit Angeboten zahnärztlicher Dienstleistungen einen Zahnarzt im Rahmen des Portal-Internetauftritts **als Zahnarzt aufzuführen** und hierdurch den Eindruck zu erwecken, er sei registrierter Teilnehmer des Portals.

15. Speicherung des Namens des Kinderarztes bei Früherkennungsuntersuchung

VG Gelsenkirchen, Urteil v. 26.01.2017 - 17 K 415/14 **RID 17-03-268**

juris

VwGO § 42; HeilBerG NRW § 32a

Leitsatz: 1. Der **Name des Kinderarztes**, den das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen im Rahmen des Einladungs- und Erinnerungswesen über **Kinderfrüherkennungsuntersuchungen** nach der UTeilnahmeDatVO i.V.m. § 32a Heilberufsgesetz zu den Daten über ein Kind speichert, ist kein **personenbezogenes Datum der gesetzlichen Vertreter des Kindes**.
2. Dem gesetzlichen Vertreter eines Kindes, zu dem das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen im Rahmen des Einladungs- und Erinnerungswesen über Kinderfrüherkennungsuntersuchungen nach der UTeilnahmeDatVO i.V.m. § 32a Heilberufsgesetz den Namen des Kinderarztes speichert, fehlt die **Klagebefugnis** für eine auf Löschung des Arztnamens gerichtete Klage.

16. Unzulässigkeit des sog. Partner-Factorings im Bereich von Zahnarztabrechnungen

LG Hamburg, Urteil v. 30.05.2017 - 406 HKO 214/16 **RID 17-03-269**

juris

UWG § 3a, 8, 9; BGB §§ 242, 249; GOZ § 9

Das **Partner-Factoring**, welches dazu führt, dass das **Fremdlabor** in Höhe der abgerechneten Laborkosten die mit dem Zahnarzt vereinbarte prozentuale **Gebühr für das Factoring übernimmt** und der Zahnarzt in dieser Höhe von der vereinbarten Factoring-Gebühr entlastet wird, knüpft nicht an die Abrechnung des Dentallabors gegenüber dem Zahnarzt, sondern an die Abrechnung des Zahnarztes an. Gegenstand ist nicht eine zusätzliche Dienstleistung der Beklagten für das Labor, die sich auch in einer zusätzlichen Vergütung niederschlagen müsste. Der Vertrag dient vielmehr allein der Einkleidung einer Kostenbeteiligung des Labors an den Factoringkosten des Zahnarztes, die wirtschaftlich gesehen zu einer Preisreduzierung für die Laborleistung führt. Diese einem Skonto nicht vergleichbare Preisreduzierung muss nach § 9 Abs. 1 **GOZ an den Patienten weitergegeben** werden, weil dem Zahnarzt hier tatsächlich nur die um diesen Vorteil reduzierten Laborkosten entstanden sind. Der Verstoß gegen § 9 GOZ unterfällt dem Rechtsbruchtatbestand des § 3a UWG.

17. Sozialversicherungspflicht

a) Praxistätigkeiten

aa) Scheinselbständigkeit einer Juniorpartnerin

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.11.2016 - L 5 R 1176/16 **RID 17-03-270**

lrbw.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung

SGB V § 5 I Nr. 1; Ärzte-ZV § 32 I; SGB VI § 1 S. 1 Nr. 1; SGB IX § 20 I 2 Nr. 1; SGB III § 25 I

Leitsatz: Die rechtlichen **Einordnungen des Vertrags(zahn)arztrechts** und des (zahn-)ärztlichen Berufsrechts sind für die **sozialversicherungsrechtliche Statusbeurteilung** nach § 7 Abs. 1 SGB IV nicht bindend. Sie stellen (nur) einen Gesichtspunkt in der Abwägung aller für und gegen eine Beschäftigung bzw. selbstständige Erwerbstätigkeit sprechenden Indizien dar; eine strikte Parallelität findet insoweit grundsätzlich nicht statt.

Der Kl. ist Zahnarzt; er nimmt an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil. Die 1965 geb. Beigel. ist Zahnärztin und ebf. zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. Der Kl. und die Beigel. schlossen im April 2005 einen als „Gesellschaftsvertrag“ bezeichneten Vertrag. Nach einer Betriebsprüfung gab die Bekl. dem Kl. im Aug. 2012 auf, für die von der Beigel. zu 1) während der Zeit von 2008 bis 2011 verrichtete Tätigkeit als Zahnärztin Sozialabgaben (Beiträge zur Arbeitslosenversicherung und Umlagen) i.H.v. 13.379,26 € nachzuzahlen. ***SG Freiburg***, Urt. v. 30.01.2015 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

Aus den Gründen:

„(…) 74 Entgegen der Ansicht des Klägers richtet sich die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung der von der Beigeladenen zu 1) verrichteten Tätigkeit als (Vertrags-)Zahnärztin nicht ausschließlich nach dem Vertragszahnarztrecht bzw. dem zahnärztlichen Berufsrecht, sondern nach § 7 Abs. 1 SGB IV, wobei die Bewertungen des Vertragszahnarztrechts freilich - nach Maßgabe der eingangs dargestellten Rechtsgrundsätze - als Abwägungsgesichtspunkte zu berücksichtigen sind. Die Entscheidungen der vertragszahnärztlichen Zulassungsgremien, wie die Erteilung einer **Genehmigung für eine Berufsausübungsgemeinschaft** (Gemeinschaftspraxis, § 33 Abs. 3

Zahnärzte-ZV) haben für die **sozialversicherungsrechtliche Statusbeurteilung** bzw. die Nachforderung von Sozialabgaben keine Bindungswirkung. (…)

76 Die Regelungen des **Gesellschaftsvertrags** im Übrigen sprechen wesentlich für das Vorliegen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses; das SG hat das in seinem Urteil im einzelnen zutreffend dargelegt. Ins Gewicht fällt zunächst, dass der Kläger, wie es für den Arbeitgeber typisch ist, der Beigeladenen zu 1) die in seinem **Sondervermögen bleibenden Betriebsmittel** (die Praxiseinrichtung) für ihre Berufsausübung zur Verfügung gestellt hat, und dass er hierfür allein - ohne Kostenbeteiligung der Beigeladenen zu 1) - aufzukommen hat. Er ist verpflichtet, die Praxiseinrichtung auf dem jeweils aktuellen Stand zu halten; die Beigeladene zu 1) ist am Inventar der Praxis (rechtlich) nicht beteiligt (§ 5 Satz 2 bis 5 Gesellschaftsvertrag) und sie zahlt dem Kläger kein Nutzungsentgelt; die **Praxiskosten** trägt der Kläger allein. Diese werden von dem ihm nach Abzug des Anteils der Beigeladenen zu 1) (30% des von ihr veranlassten Honorars) verbleibenden Einnahmeüberschuss abgezogen (§ 3 Gesellschaftsvertrag). Ein den sozialversicherungsrechtlichen Status prägendes Kapitalrisiko hat die Beigeladene zu 1) daher nicht getragen. (Wagnis-)Kapital hat sie nicht eingesetzt, weshalb sie auch nur einen geringen Honoraranteil von 30% an den von ihr veranlassten Honoraren erhalten hat. Der Einsatz von Kleininventar genügt für die Annahme eines Unternehmerrisikos nicht. Dass Anschaffungen oder Renovierungen in der Praxis (bislang) einvernehmlich besprochen und beschlossen worden sind, ist unerheblich; maßgeblich ist, was gilt, wenn, aus welchen Gründen auch immer, kein Einvernehmen mehr herrschen sollte (näher: BSG, Urteil vom 29.08.2012, - B 12 KR 25/10 R - und - B 12 R 14/10 R -, jeweils in juris, zur so genannten „Schönwetterselbstständigkeit“). Die Beigeladene zu 1) hat auch die **eigene Arbeitskraft nicht mit den Verlustrisiken** (und den Gewinnaussichten) des selbstständig erwerbstätigen (freien) Dienstleisters eingesetzt. Daran ändert es nichts, dass ihr für ihre Arbeitsleistung ein (arbeitnehmertypisches) Festgehalt nicht gezahlt worden ist, ihre Vergütung vielmehr in einem - festen - Anteil (30%) des von ihr erzielten zahnärztlichen Honorars bestanden hat. Diese Vergütungsregelung ist für die Tätigkeit des abhängig beschäftigten Arbeitnehmers zwar nicht typisch, prägt das Gesamtbild der Tätigkeit der Beigeladenen zu 1) aber in sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht nicht, zumal auch (etwa) auf Abruf tätige oder unständig beschäftigte Arbeitnehmer über ein gleichbleibendes festes Arbeitsentgelt nicht verfügen und auch Arbeitnehmer die Aussicht haben können, durch Mehrarbeit ein höheres Arbeitsentgelt zu erzielen. Im Vertragszahnarztrecht angelegte Vergütungsrisiken (wie Honorarkürzungen) begründen ein für die sozialversicherungsrechtliche Statusbeurteilung beachtliches Unternehmerrisiko nicht (vgl. auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 12.12.2004, - L 4 R 1333/13 -, in juris). Dass die Beigeladene zu 1) die zahnärztliche Tätigkeit **frei von (Fach-)Weisungen** verrichtet hat, ist in der Eigenart der Tätigkeit als Leistung höherer Dienste begründet; die Freiheit des selbstständig erwerbstätigen Unternehmers (Dienstleisters) tritt darin nicht hervor. Im **Außenverhältnis** - gegenüber den Patienten (der Sache nach den „Kunden“ des „Unternehmens“ bzw. der Praxis) und den Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen - ist die Beigeladene zu 1) insoweit nicht als selbstständige Dienstleisterin in Erscheinung getreten, als die **Honorarabrechnung** (auch) ihrer Behandlungsleistungen allein Aufgabe des Klägers gewesen ist (§ 8 Gesellschaftsvertrag). Dass sie Behandlungsverträge mit Privatpatienten kraft ihrer Vertretungsmacht hat abschließen können, ändert nichts. Auch im Übrigen spricht die ihr gemäß § 7 Gesellschaftsvertrag erteilte **Alleinvertretungsmacht** nur schwach für das Vorliegen einer selbstständigen Erwerbstätigkeit, zumal ihre **Geschäftsführungsbefugnis** im Innenverhältnis nach Maßgabe der genannten Vertragsbestimmung beschränkt worden ist. Sie bedarf (schon) für Rechtsgeschäfte mit einem Verpflichtungsvolumen über 2.500,- EUR und für alle Maßnahmen jenseits des normalen Geschäftsbetriebs der Zustimmung des Klägers. Das unterstreicht zusätzlich, dass das „Unternehmen“ - die Praxis - nicht nur rechtlich, sondern auch wirtschaftlich hinsichtlich der Befugnis zur Bestimmung über die Geschicke des „Unternehmens“ wesentlich dem Kläger und nicht (auch) der Beigeladenen zu 1) zugeordnet ist. Eine gleichberechtigte Sozietät soll folgerichtig nach § 2 Gesellschaftsvertrag auch nur für die Zukunft (bei Vertragsschluss für die Zeit nach dem 31.08.2008) angestrebt werden. Die Beigeladene zu 1) soll die Praxis nunmehr nach Ausscheiden des Klägers im Jahr 2020 übernehmen; vorher soll eine Kapitalbeteiligung aber aus steuerrechtlichen Gründen nicht stattfinden (so die Angaben in der mündlichen Verhandlung des SG vom 30.01.2015). Diese - steuerrechtliche - Gestaltung steht im Zusammenwirken mit den übrigen Umständen des Einzelfalls der - sozialversicherungsrechtlichen - Einstufung der streitigen Tätigkeit als selbstständige (unternehmerische) Erwerbstätigkeit im Wege. Die Regelungen zu **Urlaub und Krankheit** geben der Tätigkeit der Beigeladenen zu 1) ebenfalls nicht das Gepräge der selbstständigen Erwerbstätigkeit einer freien Dienstleisterin. Dagegen spricht insbesondere die ausschließlich dem Kläger zustehende Befugnis, bei über sechswöchiger Erkrankung der Beigeladenen zu 1) zu Lasten ihres Gewinnanteils einen Vertreter einzustellen (§ 13 Gesellschaftsvertrag). Dass die Beigeladene zu 1) - anders als bei LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 12.12.2014, - L 4 R 1333/13, in juris - im Innenverhältnis von Haftungsansprüchen nicht freigestellt ist, fällt auch nach Auffassung des Senats nicht (mehr) ausschlaggebend ins Gewicht, zumal auch Arbeitnehmer - wenngleich (unstreitig nur) eingeschränkt - für Schlechtleistung haften müssen (vgl. dazu auch BSG, Urteil vom 28.09.2011, - B 12 R 17/09 R -, in juris).

77 Die Umstände im Übrigen, unter denen die Beigeladene zu 1) ihre Tätigkeit (während der streitigen Zeit) verrichtet hat, ändern am Gesamtbild einer abhängigen Beschäftigung nichts. Insoweit sind, wie eingangs dargelegt, hier vor allem die Bewertungen des Vertragszahnarztrechts in die Abwägung aller Einzelfallumstände einzubeziehen. Nach Auffassung des Senats hat eine Tätigkeit der Beigeladenen zu 1**) „in freier Praxis“** i.S.d. § 32 Abs. 1 Satz 1 Zahnärzte-ZV (ebenfalls) nicht vorgelegen; es besteht hier ein **Gleichklang zwischen der sozialversicherungsrechtlichen und der vertragszahnarztrechtlichen Bewertung**, so dass nicht darüber entschieden zu werden braucht, was gilt, wenn ein solcher Gleichklang nicht vorliegt. Die rechtliche Gestaltung, die der Kläger und die Beigeladene zu 1) mit dem Gesellschaftsvertrag vom 08.04.2005 für ihre Zusammenarbeit gewählt haben, lässt es nicht zu, die Beigeladene zu 1) in vertragszahnarztrechtlicher Hinsicht als frei praktizierende Zahnärztin einzustufen. Dafür fehlt es an der nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 23.06.2010, - B 6 KA 7/09 R -, in juris) erforderlichen wirtschaftlichen Komponente, nämlich an der **Tragung des wirtschaftlichen Risikos** wie auch an der **Beteiligung an den wirtschaftlichen Erfolgen** der Praxis. Hinsichtlich des wirtschaftlichen Risikos gelten die vorstehenden Ausführungen zur Frage des Unternehmerrisikos im Wesentlichen entsprechend. Da die festgestellten Umstände, unter denen die Beigeladene zu 1) ihre zahnärztliche Tätigkeit (während der streitigen Zeit) verrichtet hat, in ihrer Gesamtheit - auch ohne den Gesichtspunkt fehlenden Kapitaleinsatzes - ein ausreichendes wirtschaftliches (Verlust-)Risiko nicht begründen können und die für eine abhängige Beschäftigung (als angestellte Ärztin) sprechenden Gesichtspunkte auch im Übrigen deutlich überwiegen, kommt es ausschlaggebend nicht darauf an, ob aus vertragszahnärztlicher Sicht für das Merkmal der Tätigkeit „in freier Praxis“ (i.S.d. § 32 Abs. 1 Satz 1 Zahnärzte-ZV) der Einsatz von (Wagnis-)Kapital verzichtbar ist und eine so genannte „Nullbeteiligungsgesellschaft“ genügen kann; der Senat muss hierüber nicht entscheiden. Das gilt auch für die Frage, ob die Abfindungsregelung in § 10 Gesellschaftsvertrag eine i.S.d. der genannten Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 23.06.2010, a.a.O., in juris) hinreichende Beteiligung der Beigeladenen zu 1) am immateriellen Praxiswert begründen würde (zur Bedeutung einer Abfindungsregelung der in Rede stehenden Art auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 12.12.2014, - L 4 R 1333/13 -, in juris). Unerheblich ist schließlich, dass die an die seinerzeit noch bestehenden Zulassungssperren anknüpfende Regelung in § 10 Gesellschaftsvertrag seit dem Jahr 2007 keinen praktischen Anwendungsbereich mehr hat. Es kommt für das Gesamtbild der streitigen Tätigkeit der Beigeladenen zu 1) ausschlaggebend hierauf ebenfalls nicht an. (…)“

bb) Zahnarzt mit Erlösanteil ohne Vermögens- und Gewinnbeteiligung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 17.05.2017 - L 2 R 427/15 **RID 17-03-271**
juris
SGB IV §§ 7 I 1, 7a I; SGB III §§ 24 I, 25 I

Leitsatz: Ein **Zahnarzt**, der in einer fremden Praxis bei der Behandlung der dortigen Patienten mitwirkt und mit einem **prozentualen Anteil** an den aus seinen Behandlungsmaßnahmen herrührenden **Erlösen** entlohnt wird, ohne an dem Vermögen und dem Gewinn der Praxis beteiligt zu sein, wird regelmäßig **abhängig beschäftigt**.

cc) Schriftliche Befundung radiologischer Bilder durch Fachärztin für Radiologie

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.02.2017 - L 11 R 2433/16 **RID 17-03-272**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB III § 25 I; SGB IV §§ 7 I, 7a I 1; SGB VI § 1 S. 1 Nr. 1

Leitsatz: Die **schriftliche Befundung radiologischer Bilder** durch eine Fachärztin für Radiologie in einer radiologischen Praxis erfolgt im Rahmen einer **selbständigen Tätigkeit**, wenn die als Urlaubsvertretung tätig gewordene Fachärztin frei entscheiden kann, an welchen Tagen sie eine Urlaubsvertretung wahrnimmt, sie nach Anzahl der geleisteten Stunden honoriert wird, aber nicht das Zeiterfassungssystem der Praxis nutzen muss und auch sonst nicht in die Praxisorganisation eingebunden ist.

dd) Psychotherapeutin: Vertrag über freie Mitarbeit

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 17.02.2016 - L 16/4 KR 346/12 **RID 17-03-273**
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 KR 11/17 R
juris
SGB III § 25 I; SGB IV § 7 I 1, 24 II 1, 28p I; SGB V § 5 I Nr. 1; SGB VI § 1 I Nr. 1; SGB XI § 20 I 2 Nr. 1

Leitsatz (juris): 1. Zur Sozialversicherungspflicht von in einer fremden, zur Leistungserbringung zugelassenen Praxis tätigen Psychotherapeutinnen auf der Basis eines **Vertrags über freie Mitarbeit**. 2. Zu den Anforderungen an eine **„unverschuldete" Unkenntnis des Beitragsschuldners** von seiner Zahlungspflicht im Sinne des § 24 Abs. 2 SGB IV.

b) Krankenhaustätigkeiten

aa) Vertragsarzt mit Vertrag über die Durchführung stationärer Operationen

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 17.05.2017 - L 1 KR 118/16 **RID 17-03-274**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 KR 56/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV § 7

Ganz allgemein ist mit der Tätigkeit eines **Arztes im Krankenhaus** bereits strukturell eine für ein Arbeitsverhältnis **typische Eingliederung** in die betriebliche Arbeitsorganisation verbunden. Erbringt eine Person - wie der Arzt im Krankenhaus als Operateur - seine Leistung letztlich als Mitglied eines Teams, das eine Gesamtleistung erbringt, ist von einer Eingliederung in einer von fremder Seite vorgegebene Arbeitsorganisation (des Krankenhauses) auszugehen. Entscheidend ist, dass eine Eingliederung in den Arbeitsprozess erfolgt.

Die Kl. betreibt ein Krankenhaus, das nicht über eine Belegarztabteilung verfügt. Der Kl. ist seit 2013 als niedergelassener Arzt in einer BAG tätig. Bis Dezember 2012 war er als angestellter Oberarzt in der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Kl. beschäftigt. Im Januar 2013 schlossen die Kl. einen „Vertrag über die Durchführung stationärer Operationen/Eingriffe". Aufgrund dieses Vertrages führt der Kläger als „Honorararzt" Operationen in der Klinik der Kl. im Wesentlichen im zweiwöchigen Rhythmus für wenige Stunden am (Freitag-)Vormittag durch. Die Patienten stammen aus seiner eigenen Praxis. Diese werden in seiner Praxis aus chirurgischer Sicht vorbereitet, sofern sie sich von ihm operieren lassen wollen. Die Operationen erfolgten bzw. erfolgen durch ihn selbst und ggf. in Assistenz der Beschäftigten der Kl. Nach der Operation informiert der Kl. die Patienten über die durchgeführte Operation. Die weitere Betreuung erfolgt durch die Kl.

Wenn die Patienten aus dem Krankenhaus entlassen werden, werden sie durch den Kl. ambulant weiter behandelt und betreut. Die Kl. rechnet als Krankenhaus die erbrachten Leistungen mit den Patienten bzw. mit den Kostenträgern ab. Verantwortlich für die Behandlung der Patienten ist der jeweilige Chefarzt, der auch bei auftretenden Komplikationen das Letztentscheidungsrecht hat. Der Kl. hat keinen Zugriff auf die Patientensoftware der Kl. bis auf die Software zur Eintragung der maßgeblichen DRG und OPS. Der Kl. diktiert nach durchgeführtem Eingriff den Operationsbericht, unterschreibt diesen sowie den Vermerk zur Operationsaufklärung. Auf Antrag der Kl. stellte die Bekl. im Mai 2013 fest, dass die Tätigkeit des Kl. als Chirurg bei der Kl. im Rahmen eines **abhängigen Beschäftigungsverhältnis** ausgeübt werde und dass Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung bestehe. Der Widerspruch blieb erfolglos. ***SG Potsdam***, Urt. v. 28.01.2016 - S 3 KR 380/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

bb) Keine Sozialversicherungspflicht einer Notärztin

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.02.2017 - L 8 R 162/15 **RID 17-03-275**

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB IV §§ 7 I, 7a

Besteht zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer keine Dauerbeziehung, sondern wird der Auftragnehmer auf der Grundlage von Einzelaufträgen für den Auftraggeber tätig, sind nur diese am Maßstab der von der Rechtsprechung für die Abgrenzung zwischen selbständiger Tätigkeit und Beschäftigung entwickelten Grundsätze zu bewerten (BSG, Urt. v. 30.10.2013 - B 12 KR 17/11 R - USK 2013-171, juris Rn. 25). Ein **Dauerschuldverhältnis** ergibt sich nicht aus einem Rahmenvertrag, wenn dieser eine auf Dauer angelegte Geschäftsbeziehung eröffnet, jedoch (im Voraus) nicht bestimmte Einzelheiten künftig abzuschließender Verträge festlegt, sondern nur ein allgemeines Heranziehungsrecht vorsieht. Soll keine Verpflichtung zu einer Rufbereitschaft bestehen, kraft derer der Arbeitgeber innerhalb einer vereinbarten Dienstzeit über die Erbringung von Arbeitsleistungen der beigel. Notärztin nach konkretem Arbeitsanfall einseitig bestimmen darf, sondern wird vereinbart, dass Notärztin ihre Dienste freiwillig anbietet und der Arbeitgeber diese Angebote zunächst annehmen muss, dann liegt kein Dauerschuldverhältnis vor. Es bestehen keine Verpflichtung zur Ableistung einer bestimmten Anzahl von Notarztdiensten und auch kein Anspruch des Notarztes auf Bestellung durch den Arbeitgeber.
Ist die Notärztin nicht in einer Form **weisungsgebunden** oder in den **Betrieb eingegliedert**, wie dies für eine abhängig Beschäftigte typisch ist, führt angesichts dessen das weitgehende Fehlen eines **unternehmerischen Risikos** und einer eigenen Betriebsstätte nicht zur Annahme einer abhängigen Beschäftigung und besteht keine Versicherungspflicht zur Arbeitslosenversicherung.

cc) Notarzttätigkeit keine abhängige Beschäftigung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.03.2017 - L 11 R 2534/16 **RID 17-03-276**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV § 7a; RettDG § 10

Leitsatz: Beteiligt sich eine in Vollzeit bei einem Krankenhaus angestellte **Anästhesistin** an der vom Deutschen Roten Kreuz durchgeführten **Notarztversorgung**, folgt aus dem Umstand, dass die Krankenhausträger nach § 10 Abs. 1 Gesetz über den Rettungsdienst Baden-Württemberg (RDG) verpflichtet sind, **Ärzte für den Rettungsdienst** gegen Kostenausgleich zur Verfügung zu stellen, noch nicht, dass die Tätigkeit als Notärztin im Rettungsdienst im Rahmen einer **abhängigen Beschäftigung** mit dem Krankenhaus erfolgt.
Es kommt auch insoweit nur auf die konkrete **vertragliche Ausgestaltung im Einzelfall** an.
Allein aus der sich nach dem RDG ergebenden **Mitverantwortung der Krankenhausträger** für das Rettungswesen lässt sich nicht herleiten, dass der gesamte Betrieb des Rettungswesens in einem einheitlichen Sinn verstanden und letztlich hinsichtlich der Tätigkeit der Notärzte dem Krankenhausträger zugerechnet werden müsste.

dd) Bereitschaftsärzte in psychosomatischer Akut-Klinik: Nachtdienst

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.05.2017 - L 11 R 771/15 **RID 17-03-277**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV §§ 7, 28p

Leitsatz: Bereitschaftsärzte, die in einer psychosomatischen Akut-Klinik auf der Grundlage eines Vertrages über freie Mitarbeit den **Nachtdienst** (nur) für allgemein-medizinische Notfälle übernehmen und als Vergütung einen Pauschalbetrag (Einsatzpauschale) erhalten, üben **keine abhängige sozialversicherungspflichtige Beschäftigung** aus.

ee) Anästhesist: „Schönwetterweisungsfreiheit", Dienstplansystem u. Unternehmerrisiko

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 07.07.2017 - L 1 KR 101/14 **RID 17-03-278**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV § 7

Für die **Annahme einer abhängigen Beschäftigung** spricht hier, dass der beigel. Facharzt für Anästhesie schon nach dem **Honorarvertrag** nicht völlig frei von der Verpflichtung war, Weisungen in Bezug auf seine Tätigkeit nachzukommen. Insoweit liegt hier ein Fall der **„Schönwetterweisungsfreiheit"** vor, in dem das Krankenhaus nur für den Fall auf die Ausübung des Weisungsrechtes verzichtet, dass es seinen Einsatz nicht für erforderlich hält.
Auf eine abhängige Beschäftigung deutet hin, wenn der Arzt zwar fachlich über die medizinischen Notwendigkeiten bestimmen kann, in Bezug auf die sonstigen Umstände seiner Tätigkeit aber **wenig eigene Gestaltungsmöglichkeiten** und in die von dem Krankenhaus geschaffenen räumlichen, sachlichen und zeitlichen Voraussetzungen eingebunden ist, wenn die zeitliche und organisatorische Einordnung in das **Dienstplansystem** nur mit seinem Einverständnis möglich ist, er aber dann in das Dienstplansystem eingeordnet wird, das Krankenhaus durch die Zuweisung der Patienten zu bestimmten Sälen Ort, Zeit und Gegenstand der Tätigkeit bestimmt.
Für die Annahme einer abhängigen Beschäftigung spricht weiter, dass der Arzt kein **Unternehmerrisiko** trägt.
Das Recht, die Leistungen auch **durch einen Dritten** erbringen zu lassen, ist nicht von einem solchen Gewicht, dass andere auf das Vorliegen einer abhängigen Beschäftigung deutende Umstände zurücktreten müssen.

ff) Anästhesist: Arbeitgeberseitiges Weisungsrecht

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.02.2017 - L 8 R 850/14 **RID 17-03-279**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV § 7a

Unterliegt ein **Anästhesist** bei der Ausübung seiner Tätigkeit einem weitgehenden arbeitgeberseitigen **Weisungsrecht** des Krankenhauses, das sich auf Zeit, Ort und Inhalt der Arbeit bezieht, so liegt eine abhängige Beschäftigung vor. Hierfür sprechen die Vereinbarung eines **Tageshonorars** für einen 8-Stunden-Dienst und eine **„Überstundenvereinbarung"** sowie die Einteilung nach **Dienstplan** und das Fehlen eines **Unternehmerrisikos**.

c) Im Auftrag einer GmbH tätige Betriebsärztin

LSG Saarland, Urteil v. 30.03.2017 - L 1 R 122/15 **RID 17-03-280**
juris
SGB V § 5 I Nr. 1; SGB III § 25 I; SGB VI § 1 I Nr. 1; SGB XII § 20 I 2 Nr. 1; SGB IV § 7a

Leitsatz: 1. Eine **Betriebsärztin**, die neben einer Halbtagstätigkeit zudem im Auftrag einer GmbH bei deren Kunden eingesetzt ist und dort - ohne fachliche Weisungen zu erhalten - die nach dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) vorgeschriebenen betriebsärztlichen Untersuchungen durchführt und hierfür die von ihr abgeleisteten Stunden mit der GmbH abrechnet, ist unter Berücksichtigung der Gesamtumstände **abhängig beschäftigt**, selbst wenn nach einer Honorararztvereinbarung mit der GmbH eine freiberufliche Tätigkeit vereinbart wurde.

2. Die Möglichkeit, Aufträge der GmbH ablehnen zu können, lässt vorliegend ein **Unternehmerrisiko** nicht erkennen (vgl. auch BSG, Urteil vom 18.11.2015 - B 12 KR 16/13 R - BSGE 120, 99 = SozR 4-2400 § 7 Nr. 25, juris Rn. 28). Auch die Vereinbarung, Steuern und Sozialabgaben (hier zum Versorgungswerk der Ärzte) selbst zu tragen, spricht nicht zwingend für eine selbständige Tätigkeit, da allein die Belastung eines Erwerbstätigen mit zusätzlichen Risiken nicht die Annahme von Selbständigkeit rechtfertigt (so schon BSG, Urteil vom 25.01.2001 - B 12 KR 17/00 R - USK 2001-25).

d) Geschäftsführertätigkeit eines beamteten Arztes eines Universitätsklinikums

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.02.2017 - L 11 R 3466/14 **RID 17-03-281**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV § 7 I 1; SGB III § 27 I Nr. 1; SGB VI § 5 I 1 Nr. 1; SGB V § 6 I Nr. 2, III; SGB VI § 20 I 1; SGB XI § 20 I 1; BRRG § 123a;

BeamtStG § 20
Leitsatz: Übernimmt ein **Arzt eines Universitätsklinikums**, der **Beamter** des Landes Baden-Württemberg ist, eine Tätigkeit als **Geschäftsführer einer gemeinnützigen GmbH**, deren Aufgabe es ist, die Versorgung des Universitätsklinikums mit Blut sicherzustellen, kann die Tätigkeit als Geschäftsführer im Wege der Zuweisung nach § 123a BRRG (ab 1.4.2009: § 20 BeamtStG) ausgeübt werden mit der Folge, dass diese Tätigkeit auch in der gesetzlichen Rentenversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung **versicherungsfrei** bleibt.

e) Psycholog. Psychotherapeuten: Praktische Tätigkeit keine rentenrechtliche Anrechnungszeit

LSG Saarland, Urteil v. 30.03.2017 - L 1 R 66/15 **RID 17-03-282**
juris
SGB VI §§ 1 S. 1 Nr. 1, 58 I 1 Nr. 4, 149 V; OsychTH-APrV §§ 1, 2 II, III

Leitsatz: 1. Bei der **Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten** handelt es sich um eine **Erstausbildung**, die als studienähnlich anzusehen ist. Die hierzu abzuleistende „praktische Tätigkeit" i.S.d. § 2 PsychTh-APrV zielt in erster Linie auf das (praktische) Kennenlernen der Krankheitsbilder, die einer psychotherapeutischen Behandlung nicht zugänglich sind, ab (vgl. BT-Drucksache 16/12401). Diese praktische Tätigkeit erfolgt üblicherweise in Form eines **Praktikums** (vgl. hierzu BAG, Urteile vom 10.02.2015 - 9 AZR 289/13 und vom 13.03.2003 - 6 AZR 564/01 - juris Rn. 35).
2. Die Zeiten eines Praktikums können **nicht als Anrechnungszeiten** berücksichtigt werden, wenn wie hier die praktische Ausbildung gegenüber der theoretischen Ausbildung überwogen hat. Eine Vormerkung dieser Zeit als Fachschulausbildung i.S. des § 58 Abs. 1 Nr 4 SGB 6 kommt daher nicht in Betracht (vgl. BSG SozR 2200 § 1259 Nr 52 und 63; BSG, Urteile vom 21.03.1991 - 4/1 RA 33/89 und vom 30.03.1994 - 4 RA 11/93).

18. Beteiligung von Klinikdirektoren an den Erlösen aus Laborleistungen

VG Düsseldorf, Urteil v. 26.06.2017 - 15 K 3450/15 **RID 17-03-283**
juris
BGB § 134; BO Nordrhein § 31 I

Leitsatz: Zur Frage des Anspruchs auf Beteiligung von **Klinikdirektoren** an den Erlösen aus privat liquidierten Forderungen für am Universitätsklinikum erbrachte Laborleistungen (**Aachener Modell**).

19. Entschädigung als Zeuge oder Sachverständiger

a) Abrechnung von Krankenhausleistungen: DRG-Fallgruppen

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 04.07.2017 - L 2 SF 122/17 B E **RID 17-03-284**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
JVEG §§ 8, 9; JVEG Anl. 1

Leitsatz: Die Erstellung eines Gutachtens zur Abrechnung von **Krankenhausleistungen** erfüllt regelhaft die Voraussetzungen der **Honorargruppe M**.

b) Pflegegutachten von Pflegesachverständigen

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 10.04.2017 - L 1 P 19/14 **RID 17-03-285**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
JVEG §§ 4, 8, 9

Leitsatz: 1. **Pflegegutachten** von **Pflegesachverständigen** werden grundsätzlich nach der **Honorargruppe M 1** vergütet. Die standardisierten Beweisfragen orientieren sich an den gesetzlichen Vorgaben des SGB XI zur Bestimmung des Grundpflegebedarfs. Eine Prognose der künftigen Entwicklung des Gesundheitszustands ist nicht gefordert.
2. Eine **umfangreiche Aktenlage** und ein **langer Beurteilungszeitraum** führen nicht zu einer maßgeblichen Erhöhung des Schwierigkeitsgrads des Gutachtens in fachlicher Hinsicht. Diese Umstände werden durch den in Rechnung gestellten **Zeitansatz** für Aktenstudium und Ausarbeitung berücksichtigt.

c) Gutachten zur Erwerbsminderung und Honorargruppe 3

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 13.04.2017 - L 3 R 48/17 B **RID 17-03-286**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
JVEG §§ 4, 9

Leitsatz: 1. Gutachten zur **Minderung der Erwerbsfähigkeit** i.S.v. Anlage 1 zu § 9 Abs. 1 JVEG schließen auch Gutachten über die Erwerbsminderung eines Versicherten nach § 43 SGB VI in der Fassung des Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20.12.2000 (BGBl I 2000, 1827) ein. Mit der Rentenreform ist insbesondere die amtliche Überschrift (Zweiter Abschnitt, Zweiter Unterabschnitt, Zweiter Titel) nicht geändert worden, Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind die in den §§ 43 bis 45 SGB VI genannten Renten, zu denen auch die Rente wegen Erwerbsminderung gehört.
2. Ein **Gutachten zur Erwerbsminderung** ist nur dann nach der **Honorargruppe 3** zu vergüten, wenn es sich um eines mit besonderen Schwierigkeiten und hohem Schwierigkeitsgrad handelt. Diese Kriterien sind **gutachtenbezogen** und hängen nicht von der Qualifikation des Sachverständigen ab.

20. Ruhegeldzahlungen der KBV an stellvertretende Leiterin der Rechtsabteilung

LAG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 31.03.2017 - 8 Sa 1636/16 **RID 17-03-287**
juris
BGB §§ 138, 611

Leitsatz: Zur Frage der Wirksamkeit einer **Ruhegehaltsvereinbarung** einer Angestellten auf Lebenszeit im Zusammenhang mit der Aufgabe der stellvertretenden Leitung der Rechtsabteilung einer Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Vorausgehend: ArbG Berlin, Urt. v. 12.07.2016 - 16 Ca 12713/15, WK 16 Ca 17939/15 - RID 17-01-211 u. - 16 Ca 12713/15 - RID 17-01-212.

21. (Heilberufs-)Kammern Berlin: Hochschulvertreter mit vollem Stimmrecht

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 30.06.2017 - 12 B 6.16 **RID 17-03-288**
juris
GG Art. 20 II; VwGO §§ 43, 88, 124a III 4

Leitsatz: Die nach § 7 Abs. 2 Berliner Kammergesetz in die Delegiertenversammlungen der **(Heilberufs-)Kammern** entsandten **Hochschulvertreter** sind voll stimmberechtigte Mitglieder des Gremiums. Mit dieser Ausgestaltung hat der Gesetzgeber den ihm bei der Regelung von Einrichtungen der funktionalen Selbstverwaltung eröffneten Gestaltungsfreiraum nicht überschritten.

22. Versorgungswerk

a) BVerwG: Anhebung des allgemeinen Abgabensatzes (Versorgungsanstalt BW)

BVerwG, Beschluss v. 18.05.2017 - 10 BN 2/16 **RID 17-03-289**
juris
GG Art. 3 I, 12 I, 14 I; ÄVersorgAnstG BW §§ 2, 11

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 14.04.2016 - 9 S 2122/14 - RID 16-03-238 wird zurückgewiesen.
Nach st. Rspr. des BVerwG vermag die Rüge der **Nichtbeachtung von Bundesrecht** bei der Auslegung und Anwendung von Landesrecht die Zulassung der Revision nur dann zu begründen, wenn die Auslegung und Anwendung der - gegenüber dem Landesrecht als korrigierender Maßstab angeführten - bundesrechtlichen Norm ihrerseits ungeklärte Fragen von grundsätzlicher Bedeutung aufwirft.

b) Berufsunfähigkeitsrente

aa) Dauerhaftigkeit der Berufsunfähigkeit/Ausschöpfen aller Therapiemöglichkeiten

VG Köln, Urteil v. 11.07.2017 - 7 K 5275/15 **RID 17-03-290**
juris
HeilBerG NRW § 6a

Abgesichert ist nur das Risiko einer vollständigen **Berufsunfähigkeit**, die sich auf jegliche zum Berufsbild gehörenden Tätigkeiten bezieht. Weiteres entscheidendes Merkmal der Berufsunfähigkeit ist ihre Dauerhaftigkeit. Von einer **Dauerhaftigkeit** der Berufsunfähigkeit kann dann nicht ausgegangen werden, wenn eine begründete Aussicht auf Wiederherstellung der beruflichen Einsatzfähigkeit innerhalb eines überschaubaren Zeitraums besteht. Eine positive Feststellung der Dauerhaftigkeit lässt sich nicht treffen, solange nicht alle zumutbaren Maßnahmen, die nach ärztlichem Urteil zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit innerhalb des genannten Zeitraums nicht von vornherein ungeeignet erscheinen, ohne Erfolg ergriffen worden sind (vgl. OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.09.2012 - 17 A 1373/09 - juris).
Das Mitglied ist gehalten, eine objektiv vorhandene **Therapiemöglichkeit** - in den Grenzen der Zumutbarkeit - zu ergreifen. Zur Verfügung stehende Therapiemöglichkeiten sind bereits bei unterdurchschnittlichen, nicht völlig unbedeutenden Erfolgsaussichten wahrzunehmen. Es liegt keine Berufsunfähigkeit auf Dauer vor, solange noch bestimmte nicht wahrgenommene Behandlungsmöglichkeiten bestehen, die nach medizinischen Erkenntnissen eine Besserung möglich erscheinen lassen und dem Mitglied zumutbar sind (vgl. OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.06.2010 - 17 A 346/07 - juris).

bb) Verweisung auf andere Tätigkeiten der Zahnheilkundeausübung/Dauerhaftigkeit

VG Köln, Urteil v. 21.03.2017 - 7 K 2504/14 **RID 17-03-291**

juris

Satzung Versorgungswerk Zahnärztekammer Nordrhein § 11 I

Die Gewährung einer **Berufsunfähigkeitsrente** setzt unabhängig von der zuletzt ausgeübten Form des zahnärztlichen Berufes voraus, dass das Mitglied den **zahnärztlichen Beruf** aus gesundheitlichen Gründen in keiner der zum Berufsbild gehörenden Weise, mithin weder durch Wahrnehmung kurativer oder therapeutischer, noch diagnostischer und prophylaktischer Aufgaben, ausüben kann. Damit muss sich das Mitglied, sofern es bislang eine behandlerische zahnärztliche Tätigkeit ausgeübt hat, auf **andere Tätigkeiten der Zahnheilkundeausübung** wie etwa eine Tätigkeit als selbstständiger Gutachter oder eine vergleichbare Tätigkeit bei Krankenkassen oder im öffentlichen Gesundheitswesen verweisen lassen, unabhängig von der Frage, ob der Arbeitsmarkt ausreichende, den gesundheitlichen Einschränkungen des Mitglieds gerecht werdende Beschäftigungsmöglichkeiten bietet. Das Arbeitsmarktrisiko wird insoweit nicht von der berufsständischen Versorgung abgedeckt. Weiteres entscheidendes Merkmal der Berufsunfähigkeit ist die **Dauerhaftigkeit der gesundheitlichen Einschränkung**. Es darf keine begründete Aussicht auf Wiederherstellung der beruflichen Einsatzfähigkeit innerhalb eines überschaubaren Zeitraums bestehen. Eine positive Feststellung der Dauerhaftigkeit lässt sich nicht treffen, solange nicht alle zumutbaren Maßnahmen, die nach ärztlichem Urteil zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit innerhalb des genannten Zeitraums nicht von vornherein ungeeignet erscheinen, ohne Erfolg ergriffen worden sind.

cc) Verweisungsmöglichkeiten/Dauerhaftigkeit einer gesundheitlichen Einschränkung

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.07.2017 - 17 A 681/16 **RID 17-03-292**

juris

Ärzteversorgung Nordrhein

Voraussetzung für die Möglichkeit der **Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit** ist, dass der sich aus den verbliebenen Betätigungsmöglichkeiten ergebende Tätigkeitszuschnitt in der **Berufswirklichkeit** tatsächlich und nicht nur theoretisch oder in extremen Ausnahmefällen anzutreffen sein muss. Verwiesen werden kann daher nicht auf Tätigkeiten, die nur in Einzelfällen nach den besonderen Anforderungen eines bestimmten Betriebes geschaffen oder auf spezielle Bedürfnisse eines bestimmten Mitarbeiters zugeschnitten worden sind (sog. Nischen- oder Schonarbeitsplätze), sowie auf Tätigkeiten, die auf dem Arbeitsmarkt nur in so geringer Zahl bereit stehen, dass von einem „Arbeitsmarkt“ praktisch nicht mehr die Rede sein kann.
Darauf, ob das Mitglied sich auf dem Arbeitsmarkt gegenüber anderen Mitbewerbern auf entsprechende Arbeitsstellen durchsetzen kann, kommt es für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit nicht an. Denn die Satzung der Beklagten deckt nur das Risiko ab, aus gesundheitlichen Gründen aus ärztlicher Tätigkeit kein hinreichendes Einkommen zu haben. Nicht erfasst ist das **Risiko**, auf dem vorhandenen **(Arbeits-)Markt nicht zum Zuge zu kommen**.
Die Möglichkeit einer **medizinjournalistischen Betätigung** stellt keine zumutbare Verweisungstätigkeit dar, da sie nicht dem ärztlichen Berufsbild entspricht, sondern dem eines Journalisten. Eine Tätigkeit als **Aktengutachter** kommt grundsätzlich in Betracht, nicht aber bei keiner abgeschlossenen Facharztausbildung und häufigen und langwierigen Krankheitsschüben.
Von der **Dauerhaftigkeit einer gesundheitlichen Einschränkung** ist dann auszugehen, wenn diese nicht nur vorübergehender Natur ist und erfolgversprechende, zumutbare Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind. Erfolgversprechend sind nicht nur solche Therapieansätze, denen die überwiegende Wahrscheinlichkeit einer Heilung oder deutlichen Besserung innewohnt, sondern auch solche Maßnahmen, die nach ärztlichem Urteil zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit in einem überschaubaren Zeitraum nicht von vornherein ungeeignet erscheinen, womit eine unterdurchschnittliche, aber nicht völlig unbedeutende Erfolgsprognose ausreicht. „Überschaubar“ ist derjenige Zeitraum, für den eine ärztliche Erfolgsprognose realistischerweise gestellt werden kann.

c) Bekanntmachungen einer Satzung/Keine Beratungspflicht für zukünftige Regelung

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 13.07.2017 - 8 LA 40/17 **RID 17-03-293**
juris
HKG Niedersachsen § 26 I; SGB I § 13

Leitsatz: 1. Soweit § 2 der Alterssicherungsordnung der Ärztekammer **Bekanntmachungen** auch durch Einzelnachrichten anordnet, findet die Vorschrift auf den Erlass von **Satzungen** keine Anwendung.
2. § 44 der Alterssicherungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen verpflichtet zur **allgemeinen Aufklärung** der Mitglieder und Rentner und nicht zur Beratung im Sinne des spezifischen Eingehens auf Gestaltungsmöglichkeiten eines bestimmten Mitglieds in einer bestimmten Situation.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode (Ganzheitliche Zahnmedizin)

BGH, Urteil v. 30.05.2017 - VI ZR 203/16 **RID 17-03-294**
juris
BGB § 823

Leitsatz: 1. Die Entscheidung des Arztes für die Wahl einer **nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode** (hier: ganzheitliche Zahnmedizin) setzt eine sorgfältige und gewissenhafte medizinische Abwägung von Vor- und Nachteilen unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles und des Wohls des konkreten Patienten voraus.
2. Bei dieser Abwägung dürfen auch die Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten der **Schulmedizin** nicht aus dem Blick verloren werden.
3. Je schwerer und radikaler der **Eingriff** in die körperliche Unversehrtheit des Patienten ist, desto höher sind die Anforderungen an die medizinische Vertretbarkeit der gewählten Behandlungsmethode.

b) Einheitlicher Schmerzensgeldanspruch bei mehreren Behandlungsfehlern

BGH, Urteil v. 14.03.2017 - VI ZR 605/15 **RID 17-03-295**
juris
BGB §§ 280, 823

Leitsatz: 1. Der **Schmerzensgeldanspruch**, den ein Patient auf verschiedene, den Ärzten im Rahmen derselben Operation und der damit in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Nachbehandlung unterlaufene Behandlungsfehler stützt, begründet einen einzigen, alle Behandlungsfehler umfassenden **Streitgegenstand**.
2. **Mehrere Behandlungsfehler**, die den Ärzten im Rahmen derselben Operation unterlaufen sind, begründen einen **einheitlichen Schmerzensgeldanspruch**, dessen Höhe aufgrund einer ganzheitlichen Betrachtung der den Schadensfall prägenden Umstände zu bemessen ist. Der Schmerzensgeldanspruch kann nicht in Teilbeträge zum Ausgleich einzelner im Rahmen eines einheitlichen Behandlungsgeschehens unterlaufener Behandlungsfehler aufgespalten werden.

Der ***BGH*** hob, nach Zulassung der Revision durch BGH, Beschl. v. 13.09.2016 - VI ZR 601/15 - juris, auf die Revision der Kl. OLG Naumburg, Urt. v. 24.09.2015 - 1 U 132/14 - RID 15-04-216 im Kostenpunkt und insoweit auf, als das Berufungsgericht die Berufung der Kl. gegen die Abweisung ihres Antrags auf Zahlung eines angemessenen Schmerzensgelds teilweise als unzulässig verworfen hat. Im Umfang der Aufhebung wird die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung zurückverwiesen.

c) Gehörsverstoß nach Frist zur Stellungnahme zum Gutachten

BGH, Beschluss v. 16.05.2017 - VI ZR 89/16 **RID 17-03-296**
juris
ZPO §§ 296, 411 IV 2, 531 I, 544 VII; GG Art. 103 I

Leitsatz: 1. Ein **Gehörsverstoß** liegt vor, wenn der Tatrichter Angriffs- oder Verteidigungsmittel einer Partei in offenkundig fehlerhafter Anwendung einer Präklusionsvorschrift zu Unrecht für ausgeschlossen erachtet (Fortführung Senatsbeschluss vom 31. Mai 2016, VI ZR 305/15, NJW 2016, 3785 Rn. 11).
2. Hat das Gericht eine **Frist zur Stellungnahme zum Gutachten** gemäß § 411 Abs. 4 Satz 2 ZPO gesetzt, so kann nach Fristablauf eingehender Parteivortrag, der sich nicht auf die im Gutachten behandelte Beweisfrage bezieht, nicht nach § 296 Abs. 1 ZPO als verspätet zurückgewiesen werden.

2. Behandlungsfehler

a) Abgrenzung Diagnosefehler zum Befunderhebungsfehler

OLG Saarbrücken, Urteil v. 03.05.2017 - 1 U 122/15 **RID 17-03-297**
juris
BGB §§ 195, 199 I, 249 II, 630a

Leitsatz: 1. Zur **Abgrenzung Diagnosefehler zum Befunderhebungsfehler**.
2. Ein Diagnosefehler wird nicht dadurch zum Befunderhebungsfehler, dass bei objektiv zutreffender Diagnosestellung noch weitere Befunde zu erheben gewesen wären bzw. solche hätten empfohlen werden müssen

b) Bedeutung einer GBA-Richtlinie

OLG Nürnberg, Urteil v. 20.04.2017 - 5 U 458/16 **RID 17-03-298**
juris
ZPO §§ 253 II Nr. 2, 280 I; BGB § 630f II 1; SGB V § 136

Leitsatz: 1. Wird in einem Arzthaftungsprozess der Schadensersatzanspruch des Patienten auf unzureichende ärztliche **Aufklärung** einerseits und **fehlerhafte Behandlung** andererseits gestützt, so handelt es sich bei dem Klagebegehren in der Regel um zwei unterschiedliche **Streitgegenstände** (Anschluss an OLG Zweibrücken, MedR 2006, 281).
2. Richtlinien des **Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung** nach § 136 SGB V definieren nicht, was nach § 630f Abs. 2 Satz 1 BGB als aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlich anzusehen ist. Entspricht eine schriftliche oder bildliche Operationsdokumentation nicht den Anforderungen einer solchen Richtlinie (hier: der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie), so kann allein hierauf eine Beweiserleichterung für den Patienten nicht gestützt werden.

c) Unterlassen einer sofortigen Operation trotz eindeutiger Befunde

LG Duisburg, Urteil v. 01.09.2016 - 8 O 212/11 **RID 17-03-299**
juris
BGB §§ 278 I, 280, 823 I

Das **Unterlassen einer sofortigen Operation** trotz eindeutiger Befunde (behandlungsbedürftiger Thrombus in der rechten Oberschenkelarterie) stellt einen groben Behandlungsfehler dar. Die verzögerte Operation eines **Gefäßverschlusses** bei einem Thrombus ist grundsätzlich geeignet, einen dann nicht mehr operativ entfernbaren Zustand herbeizuführen, der das Setzen eines Bypasses notwendig macht.
Eine **Haftung** besteht auch dann dafür, dass das rechte Bein später wegen der Infektion am gesetzten Bypass amputiert werden muss, obwohl nach dem weiteren Ergebnis der Beweisaufnahme weder die Operation an sich mangelhaft, noch die Infektion durch einen Hygienemangel verursacht worden ist.

Zu einer Infektion am Bypass hätte es nämlich gar nicht erst kommen können, wenn dieser nicht wegen des Behandlungsfehlers hätte gesetzt werden müssen.
Ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 45.000 € ist billig.

d) Diagnoseirrtum bei Auswertung von Röntgenbildern

OLG Koblenz, Beschluss v. 20.02.2017 - 5 U 1349/16 **RID 17-03-300**
BeckRS 2017, 108208 = juris = GesR 2017, 399
ZPO § 286 I

Leitsatz (BeckRS): 1. Ein nicht zu vertretender reiner **Diagnoseirrtum**, aber kein Behandlungsfehler liegt vor, wenn bei einer **Röntgenuntersuchung** eine winzige Aufhellung auf der linken Seite nur unter Berücksichtigung der später gewonnenen Erkenntnisse zum Vorliegen eines tumorösen Geschehens bereits als entsprechender Hinweis eingeordnet werden kann.
2. Liegt ein Diagnoseirrtum vor, obliegt es nicht der Behandlungsseite, **nachzuweisen**, dass sich die gestellte (unzutreffende) Diagnose als in der gegebenen Situation vertretbare Deutung der Befunde darstellt.
3. Plausibilisiert ein medizinischer Sachverständiger seine eingehend begründete Beurteilung einer angegriffenen Diagnosestellung durch die „Erprobung“ seiner Bewertung durch die **testweise Befundauswertung durch radiologische Institutsärzte**, ist dies nicht zu beanstanden und kann bei der Beweiswürdigung flankierend herangezogen werden.

e) Übersehen eines Kompartmentsyndroms nach Gipsschienenbehandlung durch Hausarzt

OLG Hamm, Urteil v. 13.06.2017 - 26 U 59/16 **RID 17-03-301**
juris
BGB §§ 253, 280, 823

Leitsatz: Nach einer **Gipsschienenbehandlung** muss der Hausarzt bei der Nachsorge die Möglichkeit eines **Kompartmentsyndroms** in Betracht ziehen, falls der Patient hierfür typische Beschwerden schildert. Werden die zielführenden Symptome nicht abgeklärt, kann dies als grober Behandlungsfehler gewertet werden. Für den Verlust des rechten Unterarmes kann bei einem etwa 50jährigen ein **Schmerzensgeld** von 50.000,- EUR angemessen sein.

f) Versorgung der Wunde nach einer Hüft-TEP-Operation: Dokumentation

OLG Koblenz, Beschluss v. 04.04.2016 - 5 U 151/16 **RID 17-03-302**
GuP 2017, 73
BGB §§ 253, 280, 611, 823

Grundsätzlich wird bei einem **Dokumentationsmangel** lediglich vermutet, dass medizinisch gebotene wesentliche Maßnahmen, die fehlerhaft nicht dokumentiert sind, auch nicht getroffen wurden (vgl. BGH, NJW 2015, 411, 413). Die fehlende Dokumentation der **Veränderung der Wundverhältnisse** und ggf. der Ausmaße kann daher allenfalls die Vermutung begründen, dass eine entsprechende Kontrolle unterblieben ist, was allerdings aufgrund der dokumentierten regelmäßigen Wundbehandlung durchaus Zweifeln begegnet. Letztlich kann diese Frage indes offen bleiben. **Lücken in der Behandlungsdokumentation** begründen grundsätzlich **keinen Behandlungsfehlervorwurf**. Fehlt es an einer Verschleierung des Behandlungsverlaufs durch Lücken in der Behandlungsdokumentation, können sich Unklarheiten also nicht zum Nachteil des Patienten auswirken, vermag der Dokumentationsmangel im Ergebnis auch keine beweisrechtlichen Auswirkungen zu begründen.

g) Schmerzensgeld: Fehlerhafte Implantation einer Kniegelenksprothese

OLG Brandenburg, Urteil v. 01.12.2016 - 12 U 222/15 **RID 17-03-303**
MDR 2017, 644 = juris
BGB §§ 253, 278, 280, 823, 831

Leitsatz (MedR): Kommt es aufgrund einer **fehlerhaften Implantation einer Kniegelenksprothese** zu einer Behandlungsverlängerung um neun Monate und zur Notwendigkeit einer Revisionsoperation sowie einer anschließenden erneuten Reha-Maßnahme, ist ein **Schmerzensgeld** von 10.000 € angemessen.

h) Geburtsbeendigung bei einem pathologischen CTG

OLG Hamm, Urteil v. 04.04.2017 - 26 U 88/16 **RID 17-03-304**
juris
BGB §§ 249, 253, 280, 823

Leitsatz: Bleibt ein CTG pathologisch und ist eine Fetalblutgasanalyse nicht möglich, ist die Geburt mittels Sectio zu beenden. Das Unterlassen einer gebotenen **dauernden CTG-Überwachung** kann als **grober Behandlungsfehler** zu bewerten sein. Auch das **Überschreiten der sog. EE-Zeit** von 20 Minuten um fast das Doppelte kann als grober Behandlungsfehler einzustufen sein. Bei einer allgemeinen Entwicklungsstörung auch im Bereich der geistigen Entwicklung kann ein **Schmerzensgeld** von 250.000,- EUR angemessen sein, wenn bei entsprechender Förderung die Stufe eines 7-8jährigen Kindes erreicht werden kann.

i) Unterlassen einer Bestrahlung vor Krebs-Op: Schmerzensgeld

KG Berlin, Urteil v. 26.01.2017 - 20 U 18/16 **RID 17-03-305**
GesR 2017, 331
BGB § 823

Leitsatz (GesR): Unterbleibt ein zum zwingenden medizinischen Standard gehörende **präoperative Bestrahlung vor einer Tumoroperation** und verschlechtert sich dadurch die **Überlebensprognose** des Patienten, rechtfertigt das die Zuweisung eines **Schmerzensgeldes**.

j) Bluttransfusion bei einer reanimierten Patientin/Schmerzensgeld

OLG Hamm, Urteil v. 21.03.2017 - 26 U 122/09 **RID 17-03-306**
juris
BGB §§ 253, 823

Leitsatz: Erreicht der HB-Wert bei einer reanimierten Patientin den Bereich von 6 g/dl oder wird dieser Wert unterschritten, entspricht es dem medizinischen Standard, unverzüglich eine **Bluttransfusion** durchzuführen.
Das **Unterlassen einer Bluttransfusion** kann als **grober Behandlungsfehler** zu werten sein, wenn das klinische Gesamtbild der Patientin für eine **absolute Indikation** spricht. Bei einem hypoxischen Hirnschaden mit linksbetonter Parese nebst Spasmen, Sprach- und Schluckstörungen sowie erheblichen Hirnleistungsstörungen kann ein **Schmerzensgeld** von 500.000,- EUR angemessen sein.

k) Circumcision (Vorhautbeschneidung) bei Phimose (Vorhautverengung)

OLG Hamm, Urteil v. 09.05.2017 - 26 U 91/16 **RID 17-03-307**
juris
BGB §§ 280, 823

Leitsatz: Allein das Vorliegen einer **Phimose** (Vorhautverengung) führt bei einem 7jährigen Kind nicht zur Kontraindikation einer **Circumcision** (Vorhautbeschneidung). Ist die ärztliche **Dokumentation** nach Ablauf der **Aufbewahrungsfrist** unvollständig oder mangelhaft, darf dies grundsätzlich nicht zu Lasten des Arztes berücksichtigt werden.

3. Aufklärung/Einwilligung

a) Aufklärung über einzig lebensrettende Therapieoption: Lysetherapie

OLG Oldenburg, Urteil v. 22.03.2017 - 5 U 191/15 **RID 17-03-308**
juris
BGB §§ 630d, 823 I

Leitsatz: 1. Kommt es nach einer **Wirbelsäulenoperation** zu einer **Lungenembolie** mit akut drohendem Herzstillstand und ist eine **Lysetherapie** die einzig lebensrettende Therapieoption, ist der einwilligungsfähige Patient zur Wahrung seiner Autonomie gleichwohl über die Behandlungsmaßnahme, insbesondere über das Risiko einer Lähmung infolge Nachblutens **aufzuklären** und seine Einwilligung zur Lysetherapie einzuholen.
2. Zu den Anforderungen an die Plausibilisierung eines ernsthaften Entscheidungskonfliktes in diesem Fall, wenn die Behandlerseite sich auf den Einwand der hypothetischen Einwilligung beruft.

b) Implantation einer Radiuskopfprothese/Handschriftlich ausgefüllter Aufklärungsbogen

OLG Dresden, Urteil v. 09.05.2017 - 4 U 1491/16 **RID 17-03-309**
juris
BGB §§ 630a, 823

Leitsatz: 1. Vor der **Implantation einer Radiuskopfprothese** ist nicht darüber **aufzuklären**, dass die Prothesengröße erst intraoperativ exakt bestimmt werden kann. Auch müssen die Ärzte eines Klinikums nicht darauf hinweisen, dass der Patient eine Spezialklinik für Ellenbogenverletzungen aufsuchen kann.
2. Allein mit dem **handschriftlich ausgefüllten Aufklärungsbogen** kann der Beweis für ein taugliches Aufklärungsgespräch nicht geführt werden.

c) Kombination zweier Eingriffe (Katarakt-OP unter gleichzeitiger Astigmatismuskorrektur)

OLG Dresden, Urteil v. 16.05.2017 - 4 U 1229/15 **RID 17-03-310**
juris
BGB § 823

Leitsatz: Klärt der Arzt vor der **Kombination zweier Eingriffe** (hier: Katarakt-OP unter gleichzeitiger Astigmatismuskorrektur) nur über einen Operationsteil (hier: Katarakt-OP) auf, so haftet er für die Folgen der Operation nicht, wenn offen bleibt, ob diese nicht auch allein auf dem Teil der Operation beruhen können, der von der Aufklärung umfasst war.

d) Informationspflichten zu Behandlungskosten

OLG Celle, Urteil v. 30.01.2017 - 1 U 15/16 **RID 17-03-311**
http://files.vogel.de/infodienste/smfiledata/1/0/4/3/3/9/192278.pdf
BGB §§ 280, 630c

Den Behandler treffen **Informationspflichten** im Zusammenhang mit den finanziellen Folgen der Behandlung. Die Anforderungen sind umso höher, je weiter sich die Kostenanforderung von der Kostenforderung einer Grundversorgung entfernt.
Es ist ein **grober Behandlungsfehler**, einen Patienten nur zwei Tage nach der Erstvorstellung einem kostenintensiven Eingriff (hier: 103.171,65 €) zu unterziehen, obwohl es erheblich kostengünstigere Behandlungsalternativen gibt.

4. Kein Schmerzensgeldanspruch eines Ehegatten

OLG Hamm, Beschluss v. 07.06.2017 - 3 U 42/17 **RID 17-03-312**
juris
BGB § 253 II

Leitsatz: Die **Ehefrau eines Geschädigten**, der durch das schädigende Ereignis **impotent** geworden ist, kann in Ermangelung einer eigenen Rechtsgutverletzung kein **Schmerzensgeld** vom Schädiger verlangen.

5. Sachverständige: Besorgnis der Befangenheit

a) Kritik der fehlenden Nachvollziehung durch den Prozessbevollmächtigten

OLG Jena, Beschluss v. 16.06.2017 - 6 W 251/17 **RID 17-03-313**
juris
ZPO §§ 42, 406

Die **Äußerung** eines Sachverständige, der Prozessbevollmächtigte der Bf. habe **„den Kern" seiner fachmedizinischen gutachterlichen Aussagen nicht „entsprechend nachvollzogen",** verkennt zwar den „Kern" des Anspruchs der Parteien auf (mündliche) Erörterung des Gutachtens zur Wahrung rechtlichen Gehörs, überschreitet aber gleichwohl noch nicht die Schwelle der Herabwürdigung des Prozessbevollmächtigten, wenn es der Sachverständige bei diesen letztlich unbedeutenden, nicht im „scharfen" Ton vorgebrachten Bemerkungen bewenden lässt und sich im Übrigen mit dem von der Bf. erhobenen Einwand gegen die Einbeziehung des Dr. A. bei der Gutachtenerstellung auseinandersetzt.

b) Beendigung der Instanz/Publizistische Tätigkeit

LSG Bayern, Beschluss v. 05.05.2017 - L 20 SF 72/17 AB **RID 17-03-314**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG § 118 I; ZPO § 406

Leitsatz: 1. Nach **Beendigung der Instanz** kann ein Sachverständiger wegen Besorgnis der Befangenheit beim Berufungsgericht nicht mehr abgelehnt werden.
2. Eine **nachträgliche Ablehnung** des Sachverständigen wegen Besorgnis der Befangenheit ist jedenfalls nach mehr als einem Monat nach Kenntniserlangung des potentiellen Befangenheitsgrunds nicht mehr fristgerecht.
3. Aus einer **publizistischen Tätigkeit** kann keine Besorgnis der Befangenheit abgeleitet werden, wenn nicht zusätzliche, eine Voreingenommenheit auch nur entfernt nahelegende Umstände dargetan sind.

c) Erstinstanzliche Ablehnung eines Befangenheitsgesuchs: Kontrolle durch Berufungsgericht

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 04.05.2017 - L 6 U 207/17 **RID 17-03-315**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
ZPO §§ 42, 406, 512

Leitsatz: 1. Die erstinstanzliche **Ablehnung eines Befangenheitsgesuchs** unterliegt der Beurteilung durch das Berufungsgericht.
2. Unter Beachtung des Grundrechts auf Gewährleistung effektiven Rechtsschutzes ist der von den Beteiligten zu zahlende **Vorschuss für ein Wahlgutachten** nach den zu erwartenden Kosten zu beziffern.

6. Keine Kosten für Privatgutachten nach rechtskräftiger Abweisung der Hauptforderung

OLG Köln, Urteil v. 16.11.2016 - 5 U 159/15 **RID 17-03-316**
juris
BGB §§ 249, 280 I. 823 I

Ist die **Hauptforderung** rechtskräftig abgewiesen, dann können dem Patienten außergerichtlich entstandene **Gutachterkosten** nachträglich nicht mehr als notwendige Rechtsverfolgungskosten geltend gemacht werden.

7. Zahnärztliche Behandlung

a) Grober Behandlungsfehler: Slicen von Milchzähnen und Abtrag von Zahnschmelz

OLG Hamm, Urteil v. 04.07.2017 - 26 U 3/17 **RID 17-03-317**
juris
BGB §§ 253, 280, 823

Leitsatz: Wird bei dem sog. **Slicen von Milchzähnen** zu viel **Zahnschmelz abgetragen** und entsteht eine ungleichmäßige Oberfläche, kann dies als **grober Behandlungsfehler** zu bewerten sein.

b) Herausnehmbare Teilprothesen im Ober- und Unterkiefer

LG Wuppertal, Urteil v. 21.02.2017 - 5 O 10/15 **RID 17-03-318**
juris
BGB §§ 280, 630a, 823

Lebte ein Patient jahrelang mit wenigen oder gar keinen Zähnen im Backenzahnbereich, löst häufig ein neu eingegliederter Zahnersatz **Fremdkörpergefühle** wie ein Aufbeißen auf die Zunge und Sprachschwierigkeiten aus. Dabei handelt es sich um vom Patienten hinzunehmende **Anfangsschwierigkeiten**, die sich im Laufe der Zeit legen. Sie erlauben aber nicht den Rückschluss auf einen Fehler des Zahnarztes.
Eine **Unterfütterung des Transversalbügels** mit Kunststoff muss nicht einen zahnärztlichen Fehler darstellen.

c) BOI-Implantate bzw. Disk-Implantate

LG Rostock, Urteil v. 15.03.2017 - 10 O 664/11 (3) **RID 17-03-319**
juris
BGB § 823

Allein die **geringe Verwendung** von **BOI-Implantaten** bzw. Disk-Implantaten in Deutschland führt nicht dazu, dass es sich nicht um eine **allgemein anerkannte Heilmethode** handelt.

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel

1. BVerfG: Abschlag auf Herstellerabgabepreis

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 09.06.2016 - 1 BvR 2895/15 **RID 17-03-320**
juris
GG Art. 3 I, 12 I, 100 I 1; AMRabG §§ 1 I, 2, 3

Die gegen **BGH**, Urt. v. 30.04.2015 - I ZR 127/14 - RID 15-04-243 erhobene **Verfassungsbeschwerde** wird nicht zur Entscheidung angenommen.

2. BVerwG: Erwerb eines Betäubungsmittels in tödlicher Dosis zum Zweck der Selbsttötung

BVerwG, Urteil v. 02.03.2017 - 3 C 19.15 **RID 17-03-321**

juris

BtMG §§ 3 I, 5 I Nr. 6; GG Art. 1 I, 2 II 1; EMRK Art. 8

Leitsatz: 1. Der **Erwerb eines Betäubungsmittels** zum Zweck der **Selbsttötung** ist grundsätzlich nicht erlaubnisfähig.
2. Das **allgemeine Persönlichkeitsrecht** aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG umfasst auch das Recht eines schwer und unheilbar kranken Menschen, zu entscheiden, wie und zu welchem Zeitpunkt sein Leben enden soll, vorausgesetzt, er kann seinen Willen frei bilden und entsprechend handeln.
3. Im Hinblick auf dieses Grundrecht ist § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG dahin auszulegen, dass der Erwerb eines Betäubungsmittels für eine **Selbsttötung** mit dem Zweck des Gesetzes **ausnahmsweise** vereinbar ist, wenn sich der suizidwillige Erwerber wegen einer schweren und unheilbaren Erkrankung in einer extremen Notlage befindet.
4. Eine **extreme Notlage** ist gegeben, wenn - erstens - die schwere und unheilbare Erkrankung mit gravierenden körperlichen Leiden, insbesondere starken Schmerzen verbunden ist, die bei dem Betroffenen zu einem unerträglichen Leidensdruck führen und nicht ausreichend gelindert werden können, - zweitens - der Betroffene entscheidungsfähig ist und sich frei und ernsthaft entschieden hat, sein Leben beenden zu wollen und ihm - drittens - eine andere zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches nicht zur Verfügung steht.

Vorausgehend: OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.08.2015 - 13 A 1299/14 - RID 15-04-249.

3. Apotheken

a) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Ausloben und Gewähren von Zuwendungen („Freunde werben Freunde“)

BGH, Urteil v. 24.11.2016 - I ZR 163/15 **RID 17-03-322**

juris

HeilMWerbG §§ 1 I Nr. 1, / I 1 Nr. 1 u. 2; AMG § 78; UWG § 3a

Leitsatz: Freunde werben Freunde
1. Das **Ausloben und Gewähren von Zuwendungen** für den Bezug von Arzneimitteln kann eine nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 HWG produktbezogene Werbung auch dann darstellen, wenn die Gewährung der Prämien für das gesamte Sortiment der werbenden Apotheke angekündigt wird (Festhaltung an BGH, Urteil vom 26. März 2009, I ZR 99/07, GRUR 2009, 1082 - DeguSmiles & more).
2. Zur Vereinbarkeit der arzneimittelrechtlichen Preisvorschriften mit dem primären Unionsrecht.

Vorausgehend: OLG Köln, Urt. v. 17.07.2015 - 6 U 189/14 - RID 17-01-269.

bb) Verletzung einer Marke wegen Verwechslungsgefahr (Medicon-Apotheke/MediCo Apotheke)

BGH, Urteil v. 02.03.2017 - I ZR 30/16 **RID 17-03-323**

juris

MarkenG § 14 II Nr. 2

Leitsatz: Medicon-Apotheke/MediCo Apotheke
1. Für die Beurteilung, ob eine **Wortmarke** oder deren Bestandteile die beanspruchten Waren oder Dienstleistungen beschreiben, kommt es nicht darauf an, welche Bedeutung der Markeninhaber dem Markenwort beimessen will. Maßgeblich ist vielmehr die **Sicht des angesprochenen Verkehrs**.
2. Eine **Verwechslungsgefahr** kann ausnahmsweise trotz klanglicher oder schriftbildlicher Ähnlichkeit der einander gegenüberstehenden Zeichen wegen eines ohne weiteres erkennbaren eindeutigen abweichenden Begriffsinhalts der Zeichen zu verneinen sein. Ein Sinngehalt, der sich erst nach analytischer Betrachtung ergibt, reicht hierfür jedoch nicht aus.

b) Approbation: Pflicht zur Bewertung eines vom Strafgericht festgestellten Sachverhalts

VG Halle, Urteil v. 14.04.2016 - 5 A 2/15 HAL **RID 17-03-324**
juris = MedR 2017, 398
AMG §§ 4, 31

Leitsatz (MedR): 1. Welche rechtlichen Folgen aus den in einem **Strafurteil festgestellten Tatsachen** abzuleiten sind, hat die Verwaltungsbehörde und – im Streitfall – das Verwaltungsgericht im vollem Umfang selbst zu überprüfen.
2. Die Abgrenzung zwischen **Rekonstitution eines Fertigarzneimittels** und **Herstellung eines Rezepturarzneimittels** kann nicht durch wertende Betrachtung außerhalb des Tatbestandes der Rekonstitution gem. §4 Abs. 31 AMG erfolgen.

c) Versandhandelsapotheke

aa) Pflicht zur Vorratshaltung

VG Osnabrück, Urteil v. 19.07.2017 - 6 A 251/15 **RID 17-03-325**
juris
AMG § 52b II 2; ApoBetrO § 15 I S. 1; ApoG § 11a Nr. 3a

Leitsatz: Der Inhaber einer Apotheke mit **Versandhandelserlaubnis** unterliegt auch hinsichtlich dieses Betriebsteils der **Pflicht zur Vorratshaltung** nach § 15 Abs. 1 Satz 1 ApBetrO.

bb) Niederländische Versandapotheke: Geltung der ApBetrO/Angabe einer Telefonnr.

LG Stuttgart, Urteil v. 23.02.2017 - 44 O 6/17 KfH **RID 17-03-326**
juris
ApoBetrO § 17 IIa 1 Nr. 7; UWG § 3a

Eine niederländische Versandapotheke handelt der Vorschrift des § 17 IIa 1 Nr. 7 ApBetrO zuwider, wenn sie in ihrem Werbeflyer und dem beigefügten Freiumschlag die behandelte Person nicht darauf hinweist, dass sie als Voraussetzung für die Arzneimittelbelieferung mit ihrer Bestellung eine **Telefonnummer** anzugeben hat, unter der sie durch pharmazeutisches Personal der Apotheke gemäß § 11a ApoG telefonisch beraten werden kann.

d) Wegfall d. Exklusivverträge f. Zytostatika mit Apotheken erst nach dreimonatiger Übergangsfrist

SG Altenburg, Beschluss v. 09.06.2017 - S 13 KR 1205/17 ER **RID 17-03-327**
juris
SGB V § 129; SGG § 86b II

Die **Exklusivität** der Verträge mit Krankenkassen zur Lieferung von Zytostatika fällt erst mit Ablauf des 31.08.2017 weg. Apotheker könnten sich nicht auf das Schreiben des Bundesgesundheitsministeriums berufen, wonach die Exklusivität laufender Verträge unmittelbar mit Inkrafttreten des Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes (AMVSG) zum 13.05.2017 entfallen sei. Der Gesetzgeber hat den Verträgen eine dreimonatige **Übergangsfrist** eingeräumt.

Der Ast. begehrt im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die vorläufige Anordnung der Untersagung von Aufrechnungen durch die Krankenkasse (Ag.) aufgrund der Lieferung sog. Zytostatika mit seinen Zahlungsforderungen aufgrund anderer Leistungen (Retaxationen). Das ***SG*** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

e) Krankenhausversorgungsvertrag

aa) Entfernung zwischen Apotheke und Krankenhaus

VG Magdeburg, Urteil v. 25.01.2017 - 3 A 42/16 **RID 17-03-328**
juris
ApoG § 14 V2 Nr. 3 u. 4

Leitsatz: 1. Der Begriff der **„Unverzüglichkeit" der Bereitstellung** von Medikamenten, die das Krankenhaus zur akuten medizinischen Versorgung besonders dringlich benötigt (vgl. § 14 Abs. 5 Satz 2 Nr. 3 ApoG), verlangt eine **angemessene Nähe** der die Versorgung übernehmenden **Apotheke zum Krankenhaus**.
2. Diese ist jedenfalls gegeben, wenn es der Apotheke möglich ist, im Rahmen der Notfallversorgung die angeforderten Arzneimittel **innerhalb einer Stunde** zur Verfügung zu stellen. Hierbei handelt es sich aber lediglich um einen Orientierungswert. Maßgebend sind die konkreten Umstände des jeweiligen Einzelfalls, wie z. B. die organisatorische Ausgestaltung der Medikamentenbevorratung und -bereitstellung, die infrastrukturellen Bedingungen und das vorhandene Netz der Versorgungsverbindungen insbesondere zum pharmazeutischen Großhandel.

bb) Bestimmtheit der Ausschreibung

OLG Naumburg, Beschluss v. 14.10.2016 - 7 Verg 3/16 **RID 17-03-329**
juris = GesR 2017, 469
ApoG § 15 V 2 Nr. 3; GWB § 97 I

Bei der **Vergabe von Apothekenleistungen** für das Krankenhaus gibt es für die Formulierung **„Orientierungswert; in max. 60 Minuten"** weder eine exakte juristische noch eine dem allgemeinen Sprachgebrauch entsprechende exakte Auslegung.

f) Internetauftritt als „Tattoo-Apotheke"

OLG Köln, Urteil v. 22.02.2017 - 6 U 101/16 **RID 17-03-330**
juris = Magazindienst 2017, 500
UWG §§ 3a, 5 I 2 Nr. 3; HeilMWerbG § 3a

Der Auftritt einer Apotheke im Internet unter der Bezeichnung **„Tattoo-Apotheke"** lässt nicht erwarten, dass in einer Apotheke die **Leistungen eines Tätowierers** erbracht werden.

g) Bruttopreisabrede: Keine Rückerstattung der Umsatzsteuer

AG Köln, Urteil v. 23.05.2017 - 146 C 101/16 **RID 17-03-331**
juris
VVG §§ 86 I, 194; BGB § 812 I 1

Ist eine **Bruttopreisabrede** getroffen worden, dann besteht im Verhältnis zwischen der Apotheke und den Versicherungsnehmerinnen ein Anspruch auf Zahlung der vollständigen Rechnungsbeträge und zwar ungeachtet der steuerlichen Frage, ob eine Umsatzsteuer abzuführen ist.

h) Befreiung v. Rentenversicherungspfl.: Notwendige Apothekereigenschaft (Manager Auditing)

SG Ulm, Urteil v. 19.01.2017 - S 13 R 1604/16 **RID 17-03-332**
juris
SGB VI § 6 I Nr. 1; BApO § 2 III

Entscheidend für die **Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung** ist die Zuordnung der Erwerbstätigkeit zum **„Berufsfeld" des Apothekers**. § 2 III 1 BApO erfordert nicht nur eine pharmazeutische Tätigkeit, sondern diese auch unter der Berufsbezeichnung als Apotheker. Lässt man die Ausübung einer Tätigkeit - gerade in der

pharmazeutischen Industrie - auch unter einer anderen Berufsbezeichnung zu, ist aber zwingend zu fordern, dass die Tätigkeit die **Approbation als Apotheker**, d.h. die Befugnis, die Berufsbezeichnung Apotheker führen zu dürfen, **erfordert**.

4. Berufsbild des Hörgeräteakustikers (Eintragung in die Handwerksrolle)

VG München, Urteil v. 25.04.2017 - M 16 K 15.5455 **RID 17-03-333**

juris
SGB V § 127 II; HwO § 16 III

Die Fortsetzung eines Handwerksbetriebs kann untersagt werden, wenn ein Handwerk als stehendes Gewerbe selbständig ohne die gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 HwO erforderliche **Eintragung in die Handwerksrolle** betrieben wird. Bei den Tätigkeiten Anamnese, Ton- und Sprachaudiogramm, Auswahl geeigneter Hörhilfen, Messvergleich, Abgabe mit Feinanpassung inklusive Ohrabdrucknahme handelt es sich um Tätigkeiten, die dem Berufsbild des Hörgeräteakustikers zuzuordnen und wesentlicher Bestandteil dieses Handwerks sind und die ohne Erlaubnis nicht ausgeübt werden dürfen.

5. Hilfsmittel: Beratungspflicht beim Verkauf eines tragbaren Sauerstoffkonzentrators

AG Dortmund, Urteil v. 04.07.2017 - 425 C 2940/16 **RID 17-03-334**

juris
BGB § 280

Leitsatz: 1. Den **Verkäufer hochwertiger medizinsicher Geräte** an Laien trifft zumindest eine nebenvertragliche Beratungspflicht dahingehend, die Geeignetheit des vom Laien nachgefragten Produkts für die beabsichtigte Behandlung zu ermitteln.
2. Wenn er die notwendigen Kenntnisse oder keine Zeit dafür hat, muss er den Kunden darauf hinweisen, welche Informationen von Bedeutung sind und ihn bitten, diese ggf. selbst zu besorgen.

6. Vergabeverfahren für Versorgung mit Kontrastmitteln im Sprechstundenbedarf

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 28.06.2017 - VII-Verg 24/17 **RID 17-03-335**

juris
GWB § 97

Die Vergabekammer ist zu Recht davon ausgegangen, dass das Ausschreibungskonzept der Ag. hinsichtlich der **Wirtschaftlichkeitsbewertung** der angebotenen **Erstattungsbeträge** gemäß Abschnitt A IV. 3 der Bewerbungsbedingungen, wonach die angebotenen Erstattungssätze mit den Mengen der im Referenzzeitraum (01.11.2015-31.10.2016) von den Vertragsärzten in Baden-Württemberg als Sprechstundenbedarf bezogenen Kontrastmittel gewichtet werden, vergaberechtlich nicht zu beanstanden ist.

7. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Unzulässige ärztliche Empfehlung

OLG Celle, Beschluss v. 02.05.2016 - 13 U 155/15 **RID 17-03-336**

juris = WRP 2016, 1278
ZPO § 522 II; VO (EG) Nr. 1924/2006 Art. 10, 12 lit. c; UWG §§ 3, 4 Nr. 11; BO BW § 3

Leitsatz (WRP): Ein Unternehmen darf sein Produkt (Lebensmittel) nicht mit einem Zitat, einem **Interview oder mit Fotos von einem Arzt bewerben**. Hierin liegt eine unzulässige Empfehlung im Sinne der Health Claims Verordnung. Der Arzt selbst verstößt gegen sein berufsrechtliches Verbot, seinen Namen nicht für Werbezwecke zur verwenden.

OLG Celle v. 09.06.2016 - 13 U 155/15 - wies die Berufung, BGH, Beschl. v. 04.05.2017 - I ZR 137/16 - die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

b) Unentgeltliche Abgabe einer Spritze über den Arzt keine Zuwendung

OLG Hamburg, Urteil v. 18.05.2017 - 3 U 180/16 **RID 17-03-337**

www.rechtsprechung-hamburg.de = juris

UWG §§ 3, 3a, 8 I 1; HeilMWerbG §§ 1 I Nr. 1 Buchst. a, 7 I 1; MPG § 3

Leitsatz: Die **Abgabe** einer mehrfach verwendbaren **Spritze** (Pen) durch den Arzt ist dann keine nach §§ 1 Abs. 1 Nr. 1 lit. a), 7 Abs. 1 Satz 1 HWG unzulässige **Zuwendung** oder sonstige Werbegabe, wenn das Medizinprodukt der Verabreichung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels dient, die erste subkutane Gabe des Mittels nach dem Inhalt der Fachinformation des Arzneimittels notwendig unter ärztlicher Aufsicht durchzuführen ist und sich eine Übung, dass Konkurrenzprodukte regelmäßig entgeltlich über Apotheken abgegeben werden, auf dem konkret betroffenen Arzneimittelmarkt nicht herausgebildet hat, so dass weder der Arzt noch der Patient in der Abgabe des Pens ein Werbegeschenk erblicken und eine unsachliche Beeinflussung des Fachverkehrs ebenso ausgeschlossen ist wie eine solche der Patienten.

c) Werbeangabe: Ausschluss schädlicher Wirkungen

OLG Hamburg, Urteil v. 02.03.2017 - 3 U 94/16 **RID 17-03-338**

www.landesrecht-hamburg.de = juris

UWG §§ 3, 3a, 4 Nr. 11, 5, 8 I 1, 12 II

Leitsatz: 1. Der uneingeschränkten Werbeangabe, ein Arzneimittel könne „auch bei Asthma“ angewendet werden, entnimmt der Verkehr wegen ihres Bezuges auf den Patientenkreis der Asthmatiker eine auf diese Vorerkrankung bezogene absolute **Eignungsaussage**.
2. Die Angabe ist **irreführend**, wenn das Mittel bei Personen, die bereits im Hinblick auf pseudoallergische Reaktionen, die unter der Einnahme von Schmerzmitteln (Analgetika) auftreten (Analgetika-Asthma), vorbelastet sind, einen Bronchospasmus auszulösen vermag.
3. Die Angabe ist auch deshalb irreführend im Sinne des § 3 Satz 2 Nr. 2 lit. b) HWG, weil fälschlich der Eindruck erweckt wird, dass bei bestimmungsgemäßem oder längerem Gebrauch keine schädlichen Wirkungen in Bezug auf eine vorhandene Asthma-Erkrankung eintreten können. Der durch eine Werbung hervorgerufene Eindruck, dass **schädliche Wirkungen** eines Heilmittels auszuschließen seien, ist stets ein fälschlicher.
4. Auch dann, wenn der Antragsteller in der Antragsschrift ausdrücklich nur die Wiederholungsgefahr anspricht, liegt ein einheitlicher, bereits vor Klageerhebung abgeschlossener Lebenssachverhalt, der auch den Gesichtspunkt der **Erstbegehungsgefahr** erfasst, vor, wenn der Verfügungsanspruch nach der Anspruchsbegründung nicht nur auf eine bereits erfolgte Verletzungshandlung, sondern auch darauf gestützt wird, dass sich der Antragsgegner eine künftige Nutzung der Werbung vorbehalten hat (Anschluss: BGH, Urt. v. 23.09.2015, I ZR 15/14, GRUR 2016, 83, Rn. 41 - Amplidect/ampliteq).

d) Ausschluss schädlicher Wirkungen eines Heilmittels

OLG Hamburg, Urteil v. 23.02.2017 - 3 U 193/16 **RID 17-03-339**

www.landesrecht-hamburg.de/jportal = juris

UWG §§ 3, 3a, 8; HeilMWerbG § 3 S. 1 u. 2 Nr. 2 Buchst. b

Leitsatz: 1. Der uneingeschränkte Bewerbung eines Arzneimittels damit, dass es bei dem Mittel **"0 Kontraindikationen und Warnhinweise bei kardiovaskulären Risikofaktoren oder Blutungsrisiken"** gebe, verstehen die angesprochenen **Ärzte** im Sinne einer positiv wissenschaftlich gesicherten Erkenntnis, dass bei der Einnahme des Mittels keinerlei Kontraindikationen oder Warnungen bei kardiovaskulären Risikofaktoren oder Blutungsrisiken bestehen, und nicht als bloßen Hinweis darauf, dass Kontraindikationen oder Warnhinweise lediglich nicht bekannt und deshalb in der Fachinformation auch nicht aufgeführt sind, denn der Verkehr weiß, dass sich derart absolut daherkommende Angaben gerade in der Fachinformation regelmäßig nicht finden.
2. Angesichts des klaren und eindeutigen Inhalts der angegriffenen Aussage kann diese auch nicht mehr durch eine **Fußnote klargestellt** bzw. korrigiert werden, denn der Verkehr erwartet wegen des eindeutigen Aussagegehalts der Angabe keine die Angabe einschränkenden Erläuterungen.
3. Die Angabe ist auch deshalb **irreführend** im Sinne des § 3 Satz 2 Nr. 2 lit. b) HWG, weil fälschlich der Eindruck erweckt wird, dass bei bestimmungsgemäßem oder längerem Gebrauch keine

schädlichen Wirkungen in Bezug auf kardiovaskulären Risikofaktoren oder Blutungsrisiken eintreten können. Der durch eine Werbung hervorgerufene Eindruck, dass **schädliche Wirkungen eines Heilmittels auszuschließen** seien, ist stets ein fälschlicher.

e) Geltung der Werbeverbote für jeden Werbetreibenden (Botulinumtoxin)

KG Berlin, Urteil v. 17.02.2017 - 5 U 78/16 **RID 17-03-340**
juris
HeilMWerbG § 3a S. 2; UWG §§ 3, 3a

Die Verbote des HeilMWerbG richten sich **an jeden, der auf dem Gebiet des Heilmittelwesens Werbung treibt**. Eine Anregung zum Verbrauch eines Arzneimittels kann jeder geben, unabhängig davon, ob er Arzneimittel verkauft, mit Arzneimitteln Handel betreibt oder Arzneimittel verschreibt oder nicht.
Die Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel mit dem Wirkstoff **Botulinumtoxin** Typ A darf nicht den Eindruck vermitteln, Falten in den angegebenen Gesichtsregionen mit dem Arzneimittel glätten, eine extreme Schweißneigung in den Achseln mindern und gegen Migräne helfen zu können.

f) Produkt mit pharmakologischer Wirkung ohne arzneimittelrechtliche Zulassung

OLG Hamm, Urteil v. 08.11.2016 - 4 U 1/10 **RID 17-03-341**
Revision anhängig: BGH - I ZR 9/17 -
juris
UWG §§ 3 I, 3a, 4, 8 II, III; AMG §§ 2 I, 21 I 1

Leitsatz: Das in einem Produkt enthaltene **Ginkgo-biloba-Extrakt** hat **pharmakologische Wirkungen**, wenn eine Wechselwirkung zwischen den Molekülen des Extrakts und zellulären Bestandteilen des Körpers des Anwenders besteht, so dass das Produkt aufgrund seiner Zusammensetzung und bei bestimmungsgemäßem Gebrauch physiologische Funktion des Menschen in signifikanter Weise wiederherstellt, korrigiert oder beeinflusst. Das Produkt kann dann als zulassungsbedürftiges (Funktions-)Arzneimittel anzusehen sein. Es wird **wettbewerbswidrig** vertrieben, wenn für das Produkt **keine arzneimittelrechtliche Zulassung** vorliegt.

g) „Unübertroffene Wirksamkeit im 10. Jahr“

OLG Düsseldorf, Urteil v. 14.02.2017 - 20 U 123/16 **RID 17-03-342**
juris = WRP 2017, 589
UWG §§ 3 I, 5 I

Leitsatz (WRP): 1. Der durchschnittlich informierte, verständige und situationsadäquat aufmerksame **Augenarzt** versteht die **Angabe „Unübertroffene Wirksamkeit“** wortsinngemäß nicht als Alleinstellungsbehauptung, sondern lediglich als Hinweis, dass das beworbene Arzneimittel zur Spitzengruppe der wirksamsten Medikamente gehört.
2. Beweisbelastet für die Behauptung, dass ein Arzneimittel nicht zur **Spitzengruppe einer bestimmten Medikamentengattung** gehört, ist der Antragsteller. Wie auch bei einer Spitzenstellungswerbung ist für eine Beweiserleichterung zugunsten des Antragstellers kein Anlass, wenn er die für die Beurteilung der Spitzengruppenwerbung maßgeblichen Tatsachen ohne erhebliche Schwierigkeiten darlegen und beweisen kann. Ein konkurrierender Arzneimittelhersteller hat Zugang zu allen relevanten Forschungen und ist im Hinblick auf die Angabe „Unübertroffene Wirksamkeit“ gehalten, eine Studie vorzulegen, die belegt, dass ein wirksameres Mittel bei der in Rede stehenden Behandlung existiert.
3. Die Bewerbung einer Spitzengruppenstellung ist nur dann nicht **irreführend**, wenn es überhaupt Mitbewerber gibt, zu denen ein deutlicher Abstand besteht. Daran fehlt es, wenn in der Spitzengruppe drei in punkto Wirksamkeit vergleichbare Arzneimittel enthalten sind, die übrigen Präparate insgesamt nur einen verschwindend geringen Teil des Marktes abdecken (3 %) und somit kein „Hauptfeld“ bilden.

h) Äquipotenzbehauptung

OLG Köln, Urteil v. 20.01.2017 - 6 U 65/16 **RID 17-03-343**
juris = WRP 2017, 723
UWG §§ 3a, 5; AMG §§ 8, 11a

Leitsatz (WRP): Eine Werbeaussage zur **Äquipotenz** eines Arzneimittels mit einem Vergleichspräparat, die sich sinngemäß auf die von der Zulassungsbehörde gebilligte **Fachinformation** des Arzneimittels stützt, kann nicht allein deshalb als irreführend angesehen werden, weil es zu einem späteren Zeitpunkt zu einer Änderung der Fachinformation mit Einschränkung der Äquipotenzaussage gekommen ist.

i) Langwirksamer Bronchodilatator: „Mehr Luft von Anfang an“

OLG Hamburg, Urteil v. 18.05.2017 - 3 U 211/16 **RID 17-03-344**
www.landesrecht-hamburg.de/jportal = juris
UWG §§ 3, 3a, 8; HeilMWerbG § 3

Leitsatz: Der Wortlaut bzw. das allgemeine Sprachverständnis der Aussage „Mehr Luft von Anfang an“ legt unter Berücksichtigung des **Krankheitsbildes der COPD**, bei dem es für den Eintritt der Arzneimittelwirkung auf jeden Atemzug ankommt, und angesichts vorhandener Wettbewerbspräparate, die binnen 1 bis 3 Minuten bzw. 5 Minuten wirken, auch für einen langwirksamen **Bronchodilatator** ein Verkehrsverständnis der Fachkreise nahe, nach dem die Wirkung des Arzneimittels unmittelbar eintritt. Eine belegte Wirkung im Laufe des ersten Tages bzw. erstmals nach 19 Minuten wird diesem Verständnis der angesprochenen Ärzte jedenfalls nicht gerecht und ist deshalb irreführend.

j) „21-Tage-Stoffwechselkur“ zum Abnehmen

LG Kiel, Urteil v. 17.03.2017 - 3 O 163/15 **RID 17-03-345**
juris = Magazindienst 2017, 666
HeilMWerbG §§ 3 Nr. 1, 11 I Nr. 11; UWG §§ 3 I, 5 I

Leitsatz (Magazindienst): 1. Ein Werbender, der auf einem shopeigenen Bewertungsportal **Kundenbewertungen veröffentlicht**, macht sich diese zu eigen, sofern er die Äußerungen einer inhaltlichen Überprüfung unterzieht, die es ihm ermöglicht, negative Bewertungen auszusondern und nicht freizugeben.
2. Ein entsprechendes Bewertungssystem, das die gleichwertige Berücksichtigung **negativer Bewertungen verhindert** und deshalb ein übertrieben positives Bild des Anbieters zeichnet, ist zur Irreführung geeignet.
3. Die Bewerbung einer sogenannten „21-Tage-Stoffwechselkur“, die sich aus einer Nahrungsumstellung und der Zuführung homöopathischer Mittel zusammensetzt, mit Angaben, die dem Anwender ein schnelles, gesundes und langfristiges Abnehmen ohne Jo-Jo-Effekt, eine Reduzierung von Körperfett unter Beibehaltung der Muskelmasse in Aussicht stellen und die eine Erfolgsquote von 90 % aufweisen soll, ist irreführend und täuschend i.S.v. §§ 3, 5 UWG, 3 HWG, sofern der Werbende für seine Auslobungen einen hinreichend **wissenschaftlich abgesicherten Beleg** schuldig bleibt.
4. Zur Frage der **Ausräumung der Wiederholungsgefahr** durch eine Unterlassungs- und Verpflichtungserklärung, die den geltend gemachten Unterlassungsanspruch hinsichtlich des Geltungsbereiches sowie des Umfangs nicht vollständig abdeckt.
5. Zur Frage der berechtigten **Zurückweisung** einer derartigen **Unterlassungsverpflichtungserklärung**.

8. Beihilfe

a) Fehlende wissenschaftliche Anerkennung (Idebenone bei Friedreich-Ataxie)

VG Gera, Urteil v. 09.06.2017 - 1 K 1138/15 Ge **RID 17-03-346**
juris
BG Thüringen § 87; BhV Thüringen § 11

Leitsatz: Aufwendungen sind nicht deshalb medizinisch notwendig, weil die Therapie im Einzelfall positiv gewirkt hat, wenn die Behandlungsmethode nicht **wissenschaftlich anerkannt** ist und auch sonst keine in der Rechtsprechung anerkannte Fallgruppe - verfassungskonforme Auslegung in einer notstandsähnlichen Situation, Off-Label-Use, Seltenheitsfall einer Krankheit oder Systemversagen - vorliegt, bei der ausnahmsweise Beihilfe zu leisten ist.

b) Festbetragsregelung verfassungsgemäß

VG Saarland, Urteil v. 24.05.2017 - 6 K 277/16 **RID 17-03-347**
juris
SGB V § 35; BhV Saarland §§ 4, 5 I Nr. 6 S. 2

L**eitsatz**: Seit der zum 01.01.2016,in Kraft getretenen Neufassung des § 4 Abs. 1a BhVO genügt die in § 5 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 BhVO enthaltene **Beschränkung der Beihilfefähigkeit** von Aufwendungen für **Arzneimittel** auf die nach dem fünften Buch Sozialgesetzbuch festgesetzten Festbeträge den spezifischen Anforderungen des Rechtsstaats- und Demokratieprinzips, die an eine dynamische Verweisung auf Regelungen Dritter zu stellen sind.

c) Keine Beihilfe über Festbetrag nach langjähriger Behandlung (Aromasin, Wirkstoff: Exemestan)

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 28.06.2017 - 1 A 204/17 **RID 17-03-348**
juris
BBhV § 22 III

Allein die **langjährige Behandlung** mit einem bestimmten Arzneimittel und die allgemeine Befürchtung unerwünschter Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten bei Behandlung mit einem wirkstoffgleichen **Alternativpräparat** begründen eine **Unzumutbarkeit** nicht.
Es besteht keine Rechtspflicht zur beihilferechtlichen Abdeckung sämtlicher **Krankheitskosten**.

d) Praena-Test

VG Kassel, Urteil v. 24.05.2017 - 1 K 950/16.KS **RID 17-03-349**
juris
BhV Hessen §§ 5 I, 6 II; VwGO § 113 V

Ein **Praena-Test** ist nicht **notwendig** gem. § 5 I 1 BhV Hessen. Der Praena-Test bestimmt zwar bei Einlingsschwangerschaften eine Trisomie 21 mit 99,8 %-iger Genauigkeit und bei Zwillingsschwangerschaften in allen Fällen, **Studien** zu Trisomie 13 und 18 liegen jedoch noch nicht vor.

e) Mistelpräparat Helixor bei Prostatakrebs

VG Gießen, Urteil v. 19.04.2017 - 4 K 931/17.GI **RID 17-03-350**
juris
BhV Hessen §§ 5 I, 6 II

Leitsatz: Zur Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für das Mistelpräparat Helixor bei Prostatakrebs, der vor langer Zeit erfolgreich operiert wurde (hier verneint).

f) HPV(Humane Papillomviren)-Impfung

VG Berlin, Urteil v. 23.05.2017 - 28 K 363.16 **RID 17-03-351**
juris
BhV Berlin §§ 6, 41

Eine **HPV(Humane Papillomviren)-Impfung** ist eine Leistung der **Vorsorge** i.S.d. § 41 Abs. 1 LBhVO. Andernfalls handelt es sich um eine wissenschaftlich nicht anerkannte Methode, da das Medikament für eine therapeutische Anwendung gar nicht vorgesehen ist.

g) Hörgeräteversorgung über Festbetrag: Vergleichbar schwerwiegender Sachverhalt

VG Ansbach, Urteil v. 13.06.2017 - AN 1 K 16.01917 **RID 17-03-352**
juris
BBhV § 25; BBhV Anl. 11 Nr. 8.8

Der **vergleichbar schwerwiegende Sachverhalt**, der eine Beihilfe für ein Hörgerät über den Festbetrag hinaus rechtfertigen kann, bezieht sich auf die **Schwerhörigkeit** und damit die akustische Wahrnehmung. Es reicht nicht aus, geltend zu machen, über die (gewöhnliche) Kompensation der eingeschränkten Hörfähigkeit hinaus eine bestmögliche Versorgung erreichen zu wollen, um andere gesundheitlichen Einschränkungen kompensieren zu können; dies kann nicht als ein mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit vergleichbarer Sachverhalt angesehen werden.

h) Medizinprodukte: Unzulässige dynamische Verweisung auf GBA-RL

VG Saarland, Urteil v. 24.11.2016 - 6 K 1433/15 **RID 17-03-353**
juris
BhV Saarland §§ 4 I, 5I Nr. 6

Leitsatz: Die Regelung des § 5 Abs. 1 Nr. 6 letzter Satz BhVO, wonach die **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses** über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V und über die Zuordnung der Heilmittel zur Indikation nach § 92 Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 SGB V auch für im Rahmen der beihilferechtlichen Voraussetzungen entsprechend anzuwenden wird, entspricht mit der darin liegenden Übertragung der Entscheidungskompetenz über die Anerkennung bzw. dem Ausschluss der Beihilfefähigkeit von Medizinprodukten auf den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht den Anforderungen als Rechtsstaats- und Demokratieprinzip, die im Rahmen des **Vorbehalts des Gesetzes** an eine **dynamische Verweisung** auf Regelungen Dritter zu stellen sind, und ist deshalb unwirksam.

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. Privatbehandlung

a) Ärztlicher Honoraranspruch trotz Eintrittsverpflichtung der Unfallversicherung

AG Gießen, Urteil v. 13.02.2017 - 41 C 6/17 **RID 17-03-354**
juris
BGB § 630a

Leitsatz: Verweigert der **Patient** seine **Mitwirkung** bei der Regulierung eines der Unfallversicherung unterfallenden Arbeitsunfalls, muss er sich trotz der grundsätzlichen Einstandsverpflichtung der Unfallversicherung wie ein **Selbstzahler** behandeln lassen.

b) Strahlentherapeutische Behandlung (IMRT/IGRT-Bestrahlungsverfahren) analog Ziff. 5855 GOÄ

LG Saarbrücken, Urteil v. 06.02.2017 - 16 O 282/14 **RID 17-03-355**
juris
BGB §§ 611 ff.; GOÄ § 6 II

Eine strahlentherapeutische Behandlung (**IMRT/IGRT-Bestrahlungsverfahren**) mit einem Linearbeschleuniger kann analog Ziff. 5855 GOÄ abgerechnet werden.

c) Wahlleistungen: Gesonderte Vereinbarung des Liquidationsrecht des Krankenhausträgers

AG Karlsruhe, Urteil v. 28.02.2017 - 5 C 193/14 **RID 17-03-356**
juris
BGB §§ 286 II Nr. 4, 812 I 1; KHEntgG § 17 III

Die hier geschlossene **Wahlleistungsvereinbarung** ist zwar wenig verständlich gefasst. Sie differenziert insb. nicht zwischen der Wahlleistungsvereinbarung und dem an sich zwingend gebotenen Hinweis auf die gesetzliche Erstreckung der Vereinbarung auf die in § 17 III 1 Hs. 1 KHEntgG genannten liquidationsberechtigten Ärzte (Wahlarztkette). Ausdrücklich enthält sie überhaupt keinen Hinweis auf die Begründung eigener Ansprüche der liquidationsberechtigten Ärzte. Der Patient kann der Wahlleistungsvereinbarung demnach entnehmen, dass eine Vertragsbeziehung neben dem Krankenhaus nur zu solchen Ärzten entstehen soll, die liquidationsberechtigt sind.
Ein Arzt ist nicht „zur gesonderten Berechnung" seiner Leistungen „berechtigt" i.S.v. § 17 III 1 KHEntgG bzw. der Wahlleistungsvereinbarung, wenn es am Nachweis fehlt, dass er die von ihm erbrachten **Wahlleistungen selbst „liquidieren"** darf und eine quasivertragliche Haftung aus einem vorvertraglichen Schuldverhältnis ausscheidet.
Folge des **Fehlens einer (wirksamen) Vereinbarung** über wahlärztliche Leistungen (auch) nicht liquidationsberechtigter Ärzte ist, dass das Krankenhaus für Leistungen dieser Ärzte keine gesonderte Vergütung verlangen kann (§ 17 I 1 KHEntgG) und ihr insoweit auch keine Bereicherungsansprüche zustehen, da sie die Behandlung in Erfüllung ihrer Pflichten aus dem Krankenhausaufnahmevertrag und damit mit Rechtsgrund erbracht hat und andernfalls auch der Schutzzweck der § 17 I 1, II 1 KHEntgG unterlaufen würde (BGH, Urt. v. 19.02.1998 - III ZR 169/97 - juris Rn. 25).

d) Umsatzsteuer bei Behandlung in Privatklinik

LG Berlin, Beschluss v. 03.03.2017 - 88 S 108/16 **RID 17-03-357**
juris = GesR 2017, 270
BGB §§ 242, 280 I, 313, 630c III; EGRL 112/2006 Art. 132 I

Die Voraussetzungen für eine Störung der Geschäftsgrundlage nach § 313 BGB liegen nicht vor, wenn das **Krankenhaus** die im Vertrag aufgeführte **Mehrwertsteuer tatsächlich zu entrichten hat**, da es sich bisher nicht auf eine Steuerfreiheit berufen hat. Damit liegen bereits Umstände, die sich nach Vertragsschluss wesentlich verändert haben, nicht vor. Eine erhebliche Änderung der Rechtslage nach Abschluss des Vertrages ist nicht gegeben, wenn der Vertrag nach der BGH-Rspr. zur Steuerbefreiung geschlossen wurde.

2. Private Krankenversicherung

a) BGH: Keine künstliche Befruchtung mittels Eispende in Tschechischer Republik

BGH, Urteil v. 14.06.2017 - IV ZR 141/16 **RID 17-03-358**
juris
MB/KK § 1 III 2, IV; ESchG § 1 I Nr. 2 u. 5

Leitsatz: 1. Zum Versicherungsschutz in der privaten Krankheitskostenversicherung für eine im Ausland vorgenommene, dort erlaubte, in Deutschland aber **verbotene Behandlung** (hier: künstliche Befruchtung mittels Eizellspende).
2. § 1 Abs. 3 MB/KK 2009 ist dahingehend auszulegen, dass der Versicherer lediglich Aufwendungen für solche Heilbehandlungen ersetzt, die **nach deutschem Recht in Deutschland erlaubt** sind.

b) IMRT-Strahlentherapie bei Prostata-Karzinom

LG Lüneburg, Urteil v. 02.08.2016 - 5 O 179/13 **RID 17-03-359**
juris
TB/KK

Eine **IMRT-Bestrahlung** kann bei einem Prostata-Karzinom wegen des **geringeren Risikos** irreversibler Schäden am Darm geboten sei, wenn die konventionelle 3-D-Technik nicht ausreichend ist.

c) LASIK-Operation: Operation durch angestellten Arzt einer Firma nicht versichert

AG Brandenburg, Urteil v. 01.06.2017 - 31 C 48/16 **RID 17-03-360**
juris
VVG § 192

Leitsatz: Zur Frage der Erstattung der Kosten einer **LASIK-Operation** (Fehlsichtigkeitskorrektur) durch die private Krankenversicherung (§ 192 VVG, § 1 und § 4 AVB [RB/KK]).

d) Erstattung für verbundene Einrichtungen gemäß § 17 KHG

OLG Karlsruhe, Urteil v. 28.03.2017 - 12 U 143/16 **RID 17-03-361**
Revision anhängig: BGH - IV ZR 123/17 -
juris
VVG § 192; KHG §§ 17 I 5, 20 S. 1; BGB § 134

Leitsatz: 1. Der **Erstattungsanspruch des Versicherungsnehmers** in der privaten Krankenversicherung ist bei Entgeltforderungen für allgemeine Krankenhausleistungen von Privatkliniken, die verbundene Einrichtungen im Sinne des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) sind, der Höhe nach auf die nach den Regelungen des KHG, des KHEntgG und der Bundespflegesatzordnung zulässige Höhe (**Fallpauschalensystem**) beschränkt. **Höhere Entgeltvereinbarungen mit der Privatklinik** verstoßen gegen ein gesetzliches Verbot und sind damit gemäß § 134 BGB nichtig.
2. § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG ist auch dann anzuwenden, wenn die verbundene Einrichtung durch die **„Ausgründung" eines Plankrankenhauses** aus einer zuvor bereits bestehenden Privatklinik entstanden ist.
3. § 20 Satz 1 KHG schließt die Anwendung von § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG auf **verbundene Einrichtungen** nicht aus. Bei § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG handelt es sich um die speziellere Vorschrift.

e) Einrichtung in räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus (§ 17 KHG)

OLG Karlsruhe, Urteil v. 19.07.2017 - 10 U 2/17 **RID 17-03-362**
juris
KHG § 17 I 5; BGB § 134

Bei § 17 I 5 KHG handelt es sich um ein **Verbotsgesetz** im Sinne des § 134 BGB in Form einer **Preisbestimmung**. Die Kl. darf nach dieser Vorschrift für allgemeine Krankenhausleistungen der A. Sportklinik keine höheren Entgelte verlangen, als sie nach den Regelungen des KHG, des KHEntgG und der BPflVO zu leisten wären.
Räumliche Nähe ist regelmäßig dann gegeben, wenn die Einrichtung z.B. auf dem gleichen Gelände oder in geographischer Nähe zu einem Plankrankenhaus, z.B. auf dem Nachbargelände angesiedelt ist.
Die Anwendung des § 17 I 5 KHG ist nicht nach § 20 KHG ausgeschlossen. § 17 I 5 KHG ist nicht einschränkend dahin auszulegen, dass die dort geregelte Entgeltobergrenze nur für Privatkrankenhäuser gilt, die durch eine (missbräuchliche) **Ausgründung einer Privatklinik** aus einem bereits zuvor existierenden Plankrankenhaus entstanden sind.
§ 17 I 5 KHG ist **weder formell noch materiell verfassungswidrig**.

f) Keine Erstattung der Umsatzsteueranteile für Zytostatika

LG Bochum, Urteil v. 08.02.2017 - 4 O 392/16 **RID 17-03-363**
Berufung anhängig: OLG Hamm - 2 U 98/17
juris
BGB § 812

Haben sich die Patienten und der Krankenhausapothekenbetreiber auf einen **Bruttopreis** für die **Zytostatika** geeinigt, dann besteht kein Anspruch auf Erstattung der Umsatzsteueranteile.

g) Keine Rückforderung der Umsatzsteuer für Medikamente

AG Gießen, Urteil v. 10.04.2017 - 41 C 509/16 **RID 17-03-364**
juris
BGB § 812

Leitsatz: Krankenversicherer haben grundsätzlich keinen Anspruch auf Rückzahlung der für die Abgabe von **Medikamenten** an den Versicherungsnehmer gezahlten **Umsatzsteuer**.

h) Erstattung von Kosten einer physiotherapeutischen Behandlung

AG Dortmund, Urteil v. 18.07.2017 - 425 C 2687/17 **RID 17-03-365**
juris
VVG § 192; MB/KK

Leitsatz: Der Anspruch des Versicherungsnehmers gegen die private Krankenversicherung auf Erstattung von Kosten einer **physiotherapeutischen Behandlung** wird nicht durch die Sätze der gesetzlichen Krankenversicherung oder die Beihilfesätze beschränkt. Insofern handelt es sich um einen anderen Markt.

i) Zahnärztliche Behandlung

aa) Titanimplantate anstatt Behandlung mit Keramikimplantaten

OLG München, Beschluss v. 15.03.2017 - 25 U 4197/16 **RID 17-03-366**
juris
VVG § 192 I

Die Behandlung mit **Keramikimplantaten** war nicht ausreichend erforscht (Langzeitergebnisse der klinischen Erfolgsrate standen zum Behandlungszeitpunkt aus) und es gab eine anerkannte Behandlungsmethode - **Titanimplantate**. Die Vorteile der Keramikimplantate (ggf. leichtere Pflege

wegen geringerer Plaque - Zahnbelag - und optische Verbesserung bei Zahnfleischschwund) sind im Verhältnis zu den Nachteilen (schlechtere Verankerung, leichterer Bruch und höherer Knochenabbau) zu vernachlässigen. Damit war die Behandlung mit Keramikimplantaten unabhängig von der Höhe der Behandlungskosten nicht erforderlich und damit aus rein medizinischer Sicht nicht medizinisch notwendig.

bb) Nachlass für zahnärztliche Kollegin als Patientin entlastet nicht Krankenversicherung

OLG Hamm, Beschluss v. 20.04.2017 - 20 U 10/17 **RID 17-03-367**

juris
MB/KK; BGB § 812

Wird ein Teil der Rechnung gegenüber der zahnärztlichen Patientin erlassen, weil diese sich im Gegenzug dafür zur Erbringung bestimmter Leistungen verpflichtet, berührt dies die **Erstattungspflicht der Versicherung** nicht, wenn beide wollen, dass dem behandelnden Zahnarzt ein entsprechender Erstattungsanspruch gegen die Krankenversicherung zusteht.

Vorausgehend: LG Bielefeld, Urt. v. 01.12.2016 - 18 O 50/16 - RID 17-03-368.

cc) Nachlass des Zahnarztes für zahnärztliche Kollegin als Patientin

LG Bielefeld, Urteil v. 01.12.2016 - 18 O 50/16 **RID 17-03-368**

juris
MB/KK; BGB § 812

Trägt eine private **Krankenversicherung** vor, die einer zahnärztlichen Patientin erteilte zahnärztliche **Rechnung** sei erkennbar allein zum Zwecke der Abrechnung gegenüber der Versicherung erstellt worden, während tatsächlich eine Zahlungsverpflichtung der zahnärztlichen Patientin nur in Höhe der zu erwartenden Erstattungsleistungen der Versicherung entstehen sollte, obliegt es ihr, zu beweisen, dass die vorgelegten Rechnungen nur zum Schein zwecks Vorlage bei der Versicherung ausgestellt wurden.
Wird ein Teil der Rechnung gegenüber der zahnärztlichen Patientin **erlassen**, weil diese sich im Gegenzug dafür zur Erbringung bestimmter Leistungen verpflichtet, berührt dies die Erstattungspflicht der Versicherung nicht.
Wenn nun **bestimmte Versichertengruppen** (wie hier z.B. die Zahnärzte) aufgrund einer innerhalb dieser Gruppe bestehenden kollegialen Verhaltensweise regelmäßig geringere Leistungen des Versicherers erhalten als andere Versicherte, würde das zu einer Störung des **Äquivalenzprinzips** und - solange die Beiträge nicht den ermäßigten Leistungen des Versicherers angepasst werden - zu einem Verstoß gegen das verfassungsrechtlich geschützte Gleichbehandlungsprinzip führen.

Nachgehend: OLG Hamm, Beschl. v. 12.04.2017 - 20 U 10/17 - RID 17-03-367.

dd) Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Behandlung

AG Mülheim, Urteil v. 11.01.2017 - 13 C 167/16 **RID 17-03-369**

juris
VVG § 1 S. 1

Eine **kieferorthopädische Behandlung** einschl. der Anwendung der **Lingualtechnik** ist medizinisch **notwendig**, wenn durch die Lingualtechnik eine bessere Kontrolle der sagittalen Bewegung der Zahnachsen möglich wird bzw. zur Auflösung von Engständen der linguale Kraftansatz eindeutig von Vorteil ist.

3. Beihilfe

a) Beihilfefähigkeit wissenschaftlich nicht anerkannter Methode

aa) Keine Beihilfefähigkeit einer Galvanotherapie bei Mammakarzinom

VG Lüneburg, Urteil v. 10.05.2017 - 8 A 20/16 **RID 17-03-370**
juris
BhV Niedersachsen §§ 4 II, 5 I 2, 28

Leitsatz: Aufwendungen für die Behandlung eines **bösartigen Mammakarzinoms** im Wege der **Galvanotherapie** sind nicht beihilfefähig.

bb) Eigenbluttherapie (ACP-Therapie)

VG Gießen, Urteil v. 26.06.2017 - 4 K 1493/16.GI **RID 17-03-371**
juris
BeamtStG § 45; GG Art. 33 V; BeihV Hessen§§ 5, 6 II

Leitsatz: Die **Eigenbluttherapie** (hier ACP) ist keine wissenschaftlich allgemein anerkannte **Behandlungsmethode** und Aufwendungen hierfür sind nicht beihilfefähig.

cc) Galvanotherapie/Electro-Cancer-Therapie

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 13.06.2017 - 1 A 1419/16 **RID 17-03-372**
juris
BBhV §§ 6 I 1, II, 33 S. 1

Es besteht keine begründete Erwartung der **wissenschaftlichen Anerkennung** der **Galvanotherapie/Electro-Cancer-Therapie**. Denn es liegen keine wissenschaftlichen Erkenntnisse vor, die attestieren, dass die Behandlungsmethode zur Heilung der Krankheit oder zur Linderung von Leidensfolgen geeignet ist und wirksam eingesetzt werden kann, die über Einzelfälle hinausgehen.

dd) Protonentherapie: Keine allgemein wissenschaftliche Heilmethode

VG Gießen, Urteil v. 19.05.2017 - 4 K 2064/16.GI **RID 17-03-373**
juris
BhV Hessen §§ 5, 6; GG Art. 33 V

Leitsatz: Zur Behandlung von lokal begrenztem Prostatakrebs ist die **Protonentherapie** derzeit keine allgemein **wissenschaftliche Heilmethode**; anhand der vorliegenden klinischen Daten ist ein Vorteil gegenüber der üblichen klassischen **Strahlentherapie** nicht belegt.

b) Aufwendungen für die 3D-Sonografie

VG Köln, Urteil v. 23.02.2017 - 1 K 3485/16 **RID 17-03-374**
juris
BBhV § 6 I, II

Aufwendungen für die 3D-Sonografie können nach Ziff. 5733 GOÄ analog angesetzt worden. Die dreidimensionale Ultraschalluntersuchung ist nicht ausschließlich über die Ziff. 417 und 420 GOÄ abzurechnen. Diese betreffen zwar die Ultraschalluntersuchung der **Schilddrüse**, erfassen aber nur die früher gebräuchliche **zweidimensionale Darstellung**.

c) Früherkennungstest Prostatakarzinom (PCA3-Test): Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahme

VG Gießen, Urteil v. 12.05.2017 - 4 K 3285/16.GI **RID 17-03-375**
juris
BhV Hessen §§ 5, 6, 10

Leitsatz: Zur Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für einen **PCA3-Test** zur **Feststellung eines Prostatakarzinoms** bei genetischer Vorbelastung und zeitweise erhöhtem PSA-Wert und zur Abgrenzung von Vorsorgemaßnahmen zur Krankenbehandlung.

d) Maßnahmen der künstlichen Befruchtung

VGH Bayern, Urteil v. 12.06.2017 - 14 B 15.2621 **RID 17-03-376**
juris
BBesG § 69 II

Es besteht kein Anspruch im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung, wenn der **Nachweis** fehlt, dass die geltend gemachten Aufwendungen für das durchgeführte ICSI-Verfahren zur Behandlung der bei einer (wohl) vorliegenden organisch bedingten Sterilität notwendig waren, weil die zusätzlich beim **Ehemann** bestehende andrologische Subfertilität der Grund dafür war, dass eine extracorporale Befruchtung mit intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) die einzige Therapieoption mit hinreichender Erfolgsaussicht war und die Indikation zur IVF/ICSI-Behandlung aufgrund des eingeschränkten andrologischen Befunds bestanden hat.

e) Stationäre Behandlung eines psychosomatischen Krankheitsbilds

VG Bayreuth, Urteil v. 11.04.2017 - B 5 K 15.971 **RID 17-03-377**
Berufung zugelassen
juris
BhV Bayern § 28 II

Eine Beihilfebemessung gem. **§ 28 II 1 BayBhV** scheidet aus, wenn auf Grund eines **psychosomatischen Krankheitsbilds** der Kl. im Fall seiner hypothetischen Behandlung in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus in einer psychiatrischen bzw. psychosomatischen Abteilung behandelt worden wäre, wo die Abrechnung nicht nach dem DRG-Fallpauschalensystem erfolgt wäre.
Die Anwendbarkeit des **§ 28 II 2 BayBhV** scheitert nicht daran, dass die Klinik nicht über eine psychiatrische bzw. psychosomatische Abteilung verfügt.
Eine Behandlung in einer **TCM-Klinik** ist grundsätzlich nicht von Leistungen der Beihilfe ausgeschlossen, sondern als eine mögliche Form der Krankheitsbehandlung anerkannt.

f) Unzulässige dynamische Verweisung auf BhV

VG Potsdam, Urteil v. 01.03.2017 - 2 K 842/15 **RID 17-03-378**
juris
BBhV § 6 I; BG Brandenburg § 62

Leitsatz: 1. Die aufgrund der Verweisung in § 62 Satz 1 LBG als Landesverordnung geltende **Bundesbeihilfeverordnung** ist **mangels ausreichender Rechtsgrundlage** nichtig, da gegen die Verfassungsmäßigkeit von § 62 Satz 1 LBG, nämlich die **(dynamische) Verweisung** auf die für Beamte und Versorgungsempfänger des Bundes jeweils geltenden Vorschriften zur Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege-und Geburtsfällen, durchgreifende Bedenken bestehen.
2. Für eine jedenfalls bis zum Ende der laufenden Legislaturperiode währende **Übergangszeit** ist in **Brandenburg** bis zu einer anderweitigen Normierung des Beihilferechts jedoch von einer weiteren Fortgeltung der Bundesbeihilfeverordnung auszugehen. Dies ist zur Vermeidung eines rechtlosen Zustandes nötig, damit Leistungen für die Beamten und Versorgungsempfänger des Landes im Falle der Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Geburt nach einem einheitlichen Handlungsprogramm erbracht werden.

Parallelverfahren:
VG Potsdam, Urteil v. 01.03.2017 - 2 K 4926/15 **RID 17-03-379**
juris

g) Postbeamtenkrankenkasse: Mitwirkungsverpflichtung/Gutachtendienst

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 10.05.2017 - 2 S 1826/16 **RID 17-03-380**
juris
PostBKKSa §§ 30 III, 78

Leitsatz: 1. Die satzungsrechtliche Verpflichtung der Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse zur **Vorlage der Behandlungsunterlagen** einschließlich der Verpflichtung, einer Weitergabe dieser Unterlagen an Sachverständige zuzustimmen, sowie die sich bei Verletzung dieser Obliegenheiten ergebenden Rechtsfolgen beruhen auf einer ausreichenden **Ermächtigungsgrundlage** und sind mit dem Rechtsstaats- und Demokratieprinzip vereinbar (Bestätigung und Fortführung des Senatsurteils vom 24.11.2011 - 2 S 2295/10 -).
2. Bei der Prüfung, ob Leistungen anhand der vom Mitglied vorgelegten Unterlagen „notwendig und angemessen“ sind, darf sich die Postbeamtenkrankenkasse medizinischen Sachverstands bedienen. Die Auswahl eines geeigneten **medizinischen Gutachters** darf sie im Grundsatz auch einem auf Vermittlung von Gutachtern spezialisierten Dritten (sog. Gutachtendienst) überlassen.
3. Zur **datenschutzrechtlichen Beurteilung** der Weitergabe von (vom Mitglied selbst eingereichten) Arztrechnungen und (beim Mitglied individuell angeforderten) Behandlungsunterlagen an einen **Gutachtendienst**.
4. Nach der Satzung der Postbeamtenkrankenkasse besteht solange kein **Leistungsanspruch**, als das Mitglied seiner satzungsrechtlichen **Mitwirkungsverpflichtung** nicht nachkommt (hier: Nichtvorlage konkret angeforderter und zur Prüfung benötigter Krankenunterlagen).
5. Bei dem von der Postbeamtenkrankenkasse auf der Grundlage einer satzungsrechtlichen Mitwirkungsverpflichtung eingeholten Sachverständigengutachten handelt es sich um ein **Privatgutachten**, das die Postbeamtenkrankenkasse in die Lage versetzen soll, eine Entscheidung über einen Leistungsantrag zu treffen. Kommt es aufgrund dieses Privatgutachtens zu einer negativen Entscheidung über den Leistungsantrag, so kann das betroffene Mitglied hiergegen Widerspruch einlegen sowie ggf. Klage erheben. Im Rahmen dieses Klageverfahrens ist das Verwaltungsgericht bei Vorliegen substantiierter Einwendungen gegen die Verwertbarkeit des als Parteigutachten einzustufenden Gutachtens der Postbeamtenkrankenkasse ggf. verpflichtet, ein **gerichtliches Sachverständigengutachten** einzuholen (Bestätigung und Fortführung des Senatsurteils vom 24.11.2011 - 2 S 2295/10 -).

h) Vergütungshöhe/Steigerungssatz

aa) Empfehlung der Bundesärztekammer zur Abrechnung einer Analogziffer der GOÄ

VG Gera, Urteil v. 03.04.2017 - 1 K 546/16 Ge **RID 17-03-381**
juris
BG Thüringen § 72; BhV Thüringen §§ 7, 8; GOÄ §§ 6 II, 12 IV

Leitsatz: Besteht bei einer vom Arzt erfolgten Therapie eine **Empfehlung der Bundesärztekammer** zur **Abrechnung einer Analogziffer der GOÄ**, kann ohne nähere Prüfung davon ausgegangen werden, dass es sich dabei um eine i. S. v. § 6 Abs. 2 GOÄ nach Art, Kosten- und Zeitaufwand der analog genutzten Ziffer der GOÄ **gleichwertige Leistung** handelt.

bb) Beschränkung der Beihilfe auf die Gebührensätze im Basistarif

VG München, Urteil v. 27.02.2014 - M 17 K 12.4127 **RID 17-03-382**
juris
BBhV § 6 V

Sind Beihilfeberechtigte in einem **Basistarif** nach § 12 Ia Versicherungsaufsichtsgesetz versichert, beurteilt sich gem. § 6 V 1 BBhV die wirtschaftliche Angemessenheit ihrer Aufwendungen nach den

in den Verträgen nach § 75 IIIb 1 SGB V vereinbarten Gebührenregelungen. Solange keine vertraglichen Gebührenregelungen vorliegen, gelten die Maßgaben des § 75 IIIa 2 und 3 SGB V.
Die **Beschränkung der Beihilfe** auf die Gebührensätze für Versicherte im Basistarif unterliegt nicht dem Vorbehalt des Gesetzes und verstößt auch nicht gegen höherrangiges Recht, insb. die hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums (Art. 33 V GG) und den Gleichbehandlungsgrundsatz (Art. 3 I GG) (OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 15.03.2013 - 10 A 11153/12 - RID 13-02-242, juris).

cc) Überschreitung des 3,5-fachen Steigerungssatzes (Ziff. 476 u. 2599 GOÄ)

VG Gelsenkirchen, Urteil v. 24.04.2017 - 3 K 5541/14 **RID 17-03-383**
juris
BhV NRW § 3 I Nr. 1; GOÄ §§ 5, 12; Ziff. 476, 2599 GOÄ

Leitsatz: Zur Begründung von Schwellenwertüberschreitungen im Bereich der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

dd) Angemessenheit der Kosten: Lasergestützten Kataraktoperation

VG Koblenz, Urteil v. 03.02.2017 - 5 K 950/16.KO **RID 17-03-384**
juris
BhV Rheinland-Pfalz § 8 I; GOÄ § 5 II, III

Leitsatz: Zur Frage der Beihilfefähigkeit einer **lasergestützten Kataraktoperation** dem Grunde und der Höhe nach.

ee) Unangemessene Vergütung für extrakorporale Stoßwellenlithotripsie

VG Ansbach, Urteil v. 13.06.2017 - AN 1 K 17.00461 **RID 17-03-385**
juris
BhV Bayern § 7 I 1 Nr. 2; GOÄ § 6 II

Der 21-fache Faktor (7.344,1 €) für eine **extrakorporale Stoßwellenlithotripsie** (IRE) ist der Höhe nach nicht angemessen (§ 7 I 1 Nr. 2 BayBhV).

i) Allgemeine Voraussetzungen

aa) Keine Beihilfe für Pflichtversicherte

VG Aachen, Urteil v. 10.04.2017 - 7 K 2107/16 **RID 17-03-386**
juris
BhV NRW § 3; § 5 Nr. 11 SGB V

Pflichtversicherte, die an Stelle von Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung nach § 13 II SGB V wählen, sind nicht beihilfeberechtigt.

bb) Kein subsidiärer Anspruch bei Sachleistungsanspruch gegenüber GKV

VG Münster, Urteil v. 26.04.2017 - 5 K 856/16 **RID 17-03-387**
juris
BhV NRW § 3 III, IV

Gewährt eine **gesetzliche Krankenversicherung** im konkreten Fall keine Leistung, so entsteht kein **Beihilfeanspruch**. Gegen die eventuell zu Unrecht abgelehnte Gewährung von Sachleistungen muss der gesetzlich Versicherte Rechtsschutz mit den im Sozialrecht vorgesehenen Rechtsmitteln suchen. Der Dienstherr ist nicht verpflichtet, an Stelle der gesetzlichen Krankenversicherung Beihilfe zu gewähren.

cc) Fristbeginn für Ausschlussfrist: Datum der Rechnungsausstellung

VG München, Urteil v. 22.06.2017 - M 17 K 17.1542 **RID 17-03-388**
juris
BhV Bayern § 48 VI; VwVfG § 32

Nach Art. 96 IIIa BayBG und § 48 VI 1 BayBhV wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird. Bei dieser Antragsfrist handelt es sich um eine sog. **Ausschlussfrist**. Für den Fristbeginn ist nach dem eindeutigen Wortlaut des § 48 VI BayBhV nicht der Zugang der Rechnung, sondern das **Datum der Rechnungsausstellung** maßgeblich.

dd) Wiedereinsetzung bei Versäumnis der Jahresfrist für Beihilfeantrag

VG München, Urteil v. 18.05.2017 - M 17 K 16.4706 **RID 17-03-389**
juris
BBhV § 54 I; VwVfG § 32

Obgleich es sich bei der Jahresfrist nach § 54 BBhV um eine materielle **Ausschlussfrist** handelt, ist nach Ziffer 54.1.1 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur BBhV bei Versäumnis der Antragsfrist eine **Wiedereinsetzung in den vorherigen Stand** zu gewähren, sofern die Voraussetzungen des § 32 VwVfG vorliegen (hier verneint).

ee) Beihilfeausschluss für eine vom Schwiegersohn durchgeführte Heilbehandlung

VG des Saarlandes, Urteil v. 27.06.2017 - 6 K 2441/16 **RID 17-03-390**
juris
BhV Saarland; GG Art. 3 I, 33 V

Leitsatz: 1. Der Beihilfeausschluss für die persönliche **Tätigkeit eines nahen Angehörigen** verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.
2. Der Ausschluss beruht auf der nicht fernliegenden Möglichkeit einer **kostenfreien oder reduzierten Behandlung**.

j) Zahnärztliche Behandlung

aa) Zahnfarbbestimmung/Foto- und Videoaufnahmen

VG Freiburg (Breisgau), Urteil v. 22.05.2017 - 6 K 823/15 **RID 17-03-391**
juris
BG BW § 101 S. 3 Nr. 2; BhV BW § 6 I

Leitsatz: 1. Nach Ziff. 1.2.1 c) der Anlage zur BVO sind die Aufwendungen für eine **Zahnfarbenbestimmung** und für die individuelle Schichtung je Zahn von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.
2. Die **Kosten** für eine im Rahmen einer Zahnbehandlung angefertigte **Video- und Fotodokumentation** (BEB Ziff. 0706) sind mangels medizinischer Notwendigkeit nach § 5 Abs. 1 BVO von der Beihilfe ausgeschlossen, wenn sie allein der - im Rahmen der zahnärztlichen Gebührensätze nach der GOZ bereits mitenthaltenen und abgegoltenen - Dokumentation und nicht zusätzlich diagnostischen Zwecken dienen.
3. Die in Ziff. 1.2.1. b) Anlage zur BVO geregelte **Beschränkung** der Beihilfefähigkeit von zahntechnischen Laborkosten auf 70 % ihres Umfangs verstößt nicht gegen das **Fürsorgeprinzip**.

bb) Abzug aufgrund eines Festzuschusses der gesetzlichen Krankenversicherung

OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 17.07.2017 - 4 B 8.16 **RID 17-03-392**
juris
BhV Berlin §§ 8, 9, 16

Leitsatz: Bei der Berechnung der Beihilfe für **Zahnersatz** bei bestehender Pflicht zur Anrechnung des **Festzuschusses der gesetzlichen Krankenversicherung** nach § 9 Abs. 2 LBhVO sind vom Gesamtrechnungsbetrag der zahnärztlichen Rechnung zunächst die gesondert berechenbaren Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 16 LBhVO mit 40 % in Ansatz zu bringen. Von dem so reduzierten Betrag ist der Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung abzuziehen.

cc) Überschreitung des Schwellenwertes: Besonderheiten bei Behandlung

VG Saarland, Urteil v. 26.05.2017 - 6 K 468/16 **RID 17-03-393**
juris
GOZ §§ 5, 10 III; BhV Saarland § 4

Leitsatz: Eine **Überschreitung des Schwellenwertes** ist nach § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ nur zulässig, wenn Besonderheiten, der in § 5 Abs. 2 genannten **Bemessungskriterien** (Schwierigkeit und Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie Umstände der Ausführung) dies rechtfertigen; dies setzt voraus, dass Besonderheiten gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der großen Mehrzahl der Behandlungsfälle, aufgetreten sind.

V. Verschiedenes

1. EuGH: Aus Plasma gewonnene Arzneimittel

EuGH, Urteil v. 08.06.2017 - C-296/15 **RID 17-03-394**
juris
EGRL 18/2004 Art. 2, 23 II, VIII; AEUV Art. 26 34

Leitsatz: Art. 2 und Art. 23 Abs. 2 und 8 der Richtlinie 2004/18/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 über die Koordinierung der Verfahren zur Vergabe öffentlicher Bauaufträge, Lieferaufträge und Dienstleistungsaufträge sowie Art. 34 AEUV in Verbindung mit Art. 36 AEUV sind dahin auszulegen, dass sie einer **Klausel in Verdingungsunterlagen eines öffentlichen Auftrags** entgegenstehen, wonach im Einklang mit den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats, dem der öffentliche Auftraggeber angehört, die **aus Plasma gewonnenen Arzneimittel**, die Gegenstand des fraglichen öffentlichen Auftrags sind, aus Plasma hergestellt werden müssen, das in diesem Mitgliedstaat gewonnen worden ist.

2. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)

a) Bedeutung und Umfang eines ärztlichen Attests vor Abschiebung (Reisefähigkeit)

BVerfG, 2. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 20.07.2017 - 2 BvR 1621/17 **RID 17-03-395**
juris
GG Art. 2 II, 103 I; BVerfGG § 32 I

Die Verfassungsbeschwerde erscheint zum derzeitigen Zeitpunkt weder unzulässig noch offensichtlich unbegründet. Insb. erscheint fraglich, ob der angegriffene Beschl. den Anforderungen des Art. 2 II GG und des Art. 103 I GG gerecht wird, indem er den Umstand, dass der Ast. sich seit mehreren Wochen in **stationär-psychiatrischer Behandlung** befindet und nach der **kurzen schriftlichen Stellungnahme des Chefarztes** der Klinik vom heutigen Tage weiterhin stationär behandlungsbedürftig und nicht reisefähig ist, mit dem Hinweis für unerheblich hält, diese erschöpfe sich in der nicht näher begründeten Behauptung der fehlenden Reisefähigkeit. Die Stellungnahme enthält die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F 20), die zum Zeitpunkt der - die

Reisefähigkeit des Ast. vollumfänglich bejahenden - Begutachtungen v. 10.02.2017 und v. 23.03.2017 noch nicht vorlag; zu diesen Zeitpunkten befand der Ast. sich auch noch nicht in stationärer Behandlung. Eine ausführlichere aktuelle ärztliche Stellungnahme war in der Kürze der Zeit offenkundig nicht möglich, da die beabsichtigte Abschiebung erst am heutigen Tag bekannt wurde.

b) Keine Vaterschaftsfeststellung für Embryo

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 11.01.2017 - 1 BvR 2322/16 **RID 17-03-396**
juris = NZFam 2017, 168 = MDR 2017, 276 = FamRZ 2017, 446 = NJW 2017, 948 = EuGRZ 2017, 307 = GesR 2017, 336
GG Art. 6

Eine **Verfassungsbeschwerde** gegen die Versagung der **Vaterschaftsfeststellung** an in einer kalifornischen Fortpflanzungsklinik eingefrorenen Embryonen **muss aufzeigen**, dass die pränatale Zuordnung eines Vaterschaftsstatus oder eines vergleichbaren Status zum Schutz der im Ausland eingefrorenen Embryonen erforderlich sein könnte, dass ein Schutz der Embryonen gerade durch pränatale Vaterschaftsfeststellung gesichert werden müsste und dass die Feststellung des Vaterstatus oder eines vergleichbaren abstammungsrechtlichen Status die Rechtsstellung im Hinblick auf das Ziel der Lebenserhaltung der im Ausland aufbewahrten Embryonen in tatsächlicher oder rechtlicher Hinsicht verbessern würde.

Die Verfassungsbeschwerde gegen ***BGH***, Beschl. v. 24.08.2016 - XII ZB 351/15 - RID 17-01-345 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

3. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Schmerzensgeldbemessung: Wirtschaftliche Verhältnisse des Schädigers und Geschädigten

BGH, Vereinigte Große Senate, Beschluss v. 16.09.2016 - VGS 1/16 **RID 17-03-397**
VersR 2017, 180 = RuS 2017, 101 = JR 2017, 179 = ZfSch 2017, 201 = NZV 2017, 179 = DAR 2017, 258
BGB §§ 253 II, 847

Leitsatz: Bei der **Bemessung einer billigen Entschädigung in Geld** nach § 253 Abs. 2 BGB (vormals § 847 BGB a.F.) können **alle Umstände des Falles** berücksichtigt werden. Die **wirtschaftlichen Verhältnisse** des Schädigers und des Geschädigten können dabei nicht von vornherein ausgeschlossen werden.

b) Uneinigkeit der Eltern bei Schutzimpfung eines Kindes

BGH, Beschluss v. 03.05.2017 - XII ZB 157/16 **RID 17-03-398**
juris
BGB §§ 1628, 1687

Leitsatz: 1. Die **Schutzimpfung eines Kindes** ist auch dann eine Angelegenheit von erheblicher Bedeutung für das Kind, wenn es sich um eine sogenannte Standard- oder Routineimpfung handelt.
2. Bei **Uneinigkeit der Eltern** über die Durchführung einer solchen Impfung kann die **Entscheidungsbefugnis** dem Elternteil, der die Impfung des Kindes entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut befürwortet, jedenfalls dann übertragen werden, wenn bei dem Kind keine besonderen Impfrisiken vorliegen.
3. Die Einholung eines **Sachverständigengutachtens** zur Klärung und Abwägung der allgemeinen Infektions- und Impfrisiken ist hierfür nicht erforderlich.

c) Anrechnung von Schadensersatzleistungen Dritter auf Blindengeld: Keine Regressmöglichkeit

BGH, Urteil v. 11.04.2017 - VI ZR 454/16 **RID 17-03-399**
juris
SGB X § 116 I 1; GHBG NRW § 3 I

Leitsatz: Wird nach einem Landes-Blindengesetz (hier: GHBG NRW § 3 Abs. 1) Blindenhilfe mit der Maßgabe gewährt, dass auf bürgerlich-rechtlichen Rechtsvorschriften beruhende **Schadensersatzleistungen Dritter** zum Ausgleich der durch die Blindheit bedingten Mehraufwendungen auf das **Blindengeld anzurechnen** sind, kann der Sozialleistungsträger keinen Regress beim Schädiger aus übergegangenem Recht gemäß § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X nehmen.

d) Schutzpflichten für Leben und Gesundheit: Beweislastumkehr (Hausnotrufvertrag)

BGH, Urteil v. 11.05.2017 - III ZR 92/16 **RID 17-03-400**
juris
BGB §§ 280 I, 611

Leitsatz: Wer eine besondere **Berufs- oder Organisationspflicht**, die dem **Schutz von Leben und Gesundheit** anderer dient, grob vernachlässigt hat, kann nach Treu und Glauben die Folgen der Ungewissheit, ob der Schaden abwendbar war, nicht dem Geschädigten aufbürden. In derartigen Fällen ist die regelmäßige **Beweislastverteilung** dem Geschädigten nicht zuzumuten. Der seine Pflichten grob Vernachlässigende muss daher die Nichtursächlichkeit festgestellter Fehler beweisen, die allgemein als geeignet anzusehen sind, einen Schaden nach Art des eingetretenen herbeizuführen (Bestätigung und Fortführung von BGH, Urteile vom 13. März 1962, VI ZR 142/61, NJW 1962, 959 f und vom 10. November 1970, VI ZR 83/69, NJW 1971, 241, 243).

e) Bestellung des Sachverständigen in Betreuungssache vor Untersuchung

BGH, Beschluss v. 12.07.2017 - XII ZB 88/17 **RID 17-03-401**
juris
FamG § 280

Leitsatz: Die **Sachverständige** muss in einer **Betreuungssache** schon vor der Untersuchung des Betroffenen **gerichtlich bestellt** worden sein und dem Betroffenen den Zweck der Untersuchung eröffnen (Fortführung des Senatsbeschlusses vom 8. Juli 2015, XII ZB 600/14, FamRZ 2015, 1706).

f) Partnerschaftsregistersache: Eintragungsfähigkeit von Doktortiteln

BGH, Beschluss v. 04.04.2017 - II ZB 10/16 **RID 17-03-402**
juris = WM 2017, 1011 = ZIP 2017, 1067 = MDR 2017, 711 = GmbHR 2017, 707 = AnwBl 2017, 781 = GesR 2017, 462
PartGG §§ 3 II, 5 I

Leitsatz: Doktortitel sind aufgrund Gewohnheitsrechts in das Partnerschaftsregister eintragungsfähig.

g) Neue Angriffsmittel: Beweisantritt ohne Einzahlung des Auslagenvorschusses

BGH, Urteil v. 31.05.2017 - VIII ZR 69/16 **RID 17-03-403**
juris
ZPO §§ 282, 296 I, 379 S. 2, 399, 402, 528 II, 531 II

Leitsatz: In der **Berufungsinstanz** neu sind alle **Angriffs- und Verteidigungsmittel**, die bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung in der ersten Instanz nicht vorgebracht worden sind oder die zunächst vorgebracht, dann aber fallen gelassen worden sind (vgl. § 399 ZPO). Hierzu gehört ein in der ersten Instanz angetretener **Sachverständigen- oder Zeugenbeweis**, der mangels Einzahlung des angeforderten Vorschusses gemäß §§ 402, 379 Satz 2 ZPO nicht erhoben worden ist, nicht ohne weiteres (in Abgrenzung zu BGH, Urteil vom 5. Mai 1982, VIII ZR 152/81, NJW 1982, 2559 unter 3 a [zu § 528 Abs. 2 ZPO a.F.]).

h) Beweiskraft des auf Schriftsatz aufgebrachten Eingangsstempels des Gerichts

BGH, Urteil v. 31.05.2017 - VIII ZR 224/16 **RID 17-03-404**

juris

ZPO §§ 418, 520 II

Leitsatz: 1. Der auf einem Schriftsatz aufgebrachte **Eingangsstempel des Gerichts** erbringt als öffentliche Urkunde im Sinne des § 418 Abs. 1 ZPO Beweis dafür, dass ein in den **Nachtbriefkasten** des Gerichts eingeworfener Schriftsatz erst an dem im Stempel angegebenen Tag beim Berufungsgericht eingegangen ist. Hiergegen ist jedoch gemäß § 418 Abs. 2 ZPO der im Wege des Freibeweises zu führende **Gegenbeweis** zulässig, der die volle Überzeugung des Gerichts von dem rechtzeitigen Eingang des Schriftsatzes erfordert (im Anschluss an BGH, Urteil vom 30. März 2000, IX ZR 251/99, NJW 2000, 1872 unter II 1 a; Beschlüsse vom 5. Juli 2000, XII ZB 110/00, NJW-RR 2001, 280; vom 21. Februar 2007, XII ZB 37/06, juris Rn. 8 und vom 8. Oktober 2013, VIII ZB 13/13, NJW-RR 2014, 179 Rn. 10).
2. Dabei dürfen wegen der Beweisnot der betroffenen Partei die **Anforderungen** an die Erbringung dieses Gegenbeweises nicht überspannt werden. Da der Außenstehende in der Regel keinen Einblick in die Funktionsweise des gerichtlichen Nachtbriefkastens sowie in das Verfahren bei dessen Leerung und damit keinen Anhaltspunkt für etwaige Fehlerquellen hat, ist es zunächst Sache des **Gerichts**, die insoweit zur Aufklärung nötigen Maßnahmen zu ergreifen (im Anschluss an BGH, Urteile vom 30. März 2000, IX ZR 251/99, aaO unter II 1 b; vom 14. Oktober 2004, VII ZR 33/04, NJW-RR 2005, 75 unter II 2; Beschlüsse vom 3. Juli 2008, IX ZB 169/07, NJW 2008, 3501 Rn. 11 und vom 8. Oktober 2013, VIII ZB 13/13, aaO Rn. 14; jeweils m.w.N.).
3. Bei einer **detaillierten Schilderung der Partei** über die genauen Umstände des Einwurfs des Schriftstücks darf sich das Gericht nicht mit einer pauschal gehaltenen dienstlichen Stellungnahme des/der zuständigen Mitarbeiters/in der Poststelle begnügen, die sich in der Aussage erschöpft, es seien weder Störungen festgestellt noch Fehler gemacht worden.

4. Krankenhäuser

a) BVerwG: Festsetzung der Krankenhauspflegesätze/Intensivmedizinische Komplexbehandlung

BVerwG, Urteil v. 04.05.2017 - 3 C 17.15 **RID 17-03-405**

juris

BGB § 133; KHEntgG §§ 4 IV 1 Nr. 1, 8 I 11, 14 I 2; KHG §§ 8 I 3, 17b VI 1

Leitsatz: Sind die Voraussetzungen für die **Abrechnungsfähigkeit einer Krankenhausleistung** mit einer bestimmten DRG rechtlich unsicher, fällt es in den Gestaltungsspielraum der **Schiedsstelle**, ob sie die DRG bei der Festsetzung des Erlösbudgets berücksichtigt und die Vertragsparteien wegen des Abrechnungsstreits in das Abrechnungsverfahren verweist.

Vorausgehend: OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 24.06.2014 - 7 A 11124/13 - RID 14-04-324.

b) Krankenhausplanung

aa) Krankenhausplan NRW: Gemeinsame integrative Planung von Psychiatrie u. Psychosomatik

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 16.05.2017 - 13 A 1105/16 **RID 17-03-406**

juris

KHG §§ 6 I, 8; KHGestG NRW §§ 12, 13; GG Art. 3, 12; VwGO § 113 V

Das im Krankenhausplan NRW 2015 enthaltende **integrative Versorgungskonzept für Psychosomatik und Psychotherapie**, das eine gemeinsame Planung und Vorhaltung von Versorgungskapazitäten für Psychosomatik und Psychotherapie vorsieht, ist nicht zu beanstanden. Aus dem Gebot zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung (§ 1 I 1 KHG) folgt keine Verpflichtung zur getrennten Planung und Vorhaltung von Versorgungsangeboten.

VG Minden, Urt. v. 18.04.2016 - 6 K 320/15 - RID 16-04-359 wies die Klage ab, das ***OVG*** wies den Antrag auf Zulassung der Berufung zurück.

bb) Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den 6. Thüringer Krankenhausplan

OVG Thüringen, Urteil v. 03.11.2016 - 3 KO 578/13 **RID 17-03-407**

juris

SGB V § 107 I; BPflV § 2 II, III; KHG §§ 1 I, 8 II; KHG Thüringen § 4

Leitsatz: Neben einer auf die Feststellung der Aufnahme in einen Krankenhausplan gerichteten **Verpflichtungsklage** kann eine **zusätzliche Anfechtungsklage** gegen die einen Konkurrenten begünstigende Auswahlentscheidung zulässig sein, wenn der Begünstigte den Betrieb des Krankenhauses aufgenommen hat.
Maßgeblicher **Zeitpunkt** der rechtlichen Prüfung ist im Falle der kombinierten Drittanfechtungs- und Verpflichtungsklage der Zeitpunkt der letzten behördlichen Entscheidung.
Das medizinische **Angebot der Bewerber** muss bedarfsnotwendig sein.
Sind mehr **Planbetten** vorhanden, als sie zur Erfüllung des **Bedarfs** notwendig sind, besteht ein Anspruch auf eine fehlerfreie **Auswahlentscheidung**.
Der **Krankenhausplan** ist nicht Rechtsgrundlage des Feststellungsbescheids. Er ist als solcher nur eine verwaltungsinterne Maßnahme ohne unmittelbare Rechtswirkung nach außen.
Als **geeignet** ist ein Bewerber im Rahmen einer Gesamtbetrachtung anzusehen, der bedarfsgerecht, leistungsfähig und wirtschaftlich den Versorgungsauftrag konstant erfüllen kann.
Die Entscheidung der Behörde, dass ein Krankenhaus bedarfsgerecht, leistungsfähig und wirtschaftlich sei oder nicht sei, kann vom Gericht **im vollen Umfang überprüft** werden.
Ein Krankenhaus kann auch dann als **leistungsfähig** angesehen werden, wenn es die Verfügbarkeit ärztlichen Personals durch eine **Kooperationsvereinbarung** mit einem anderen Krankenhaus sicherstellt. Maßgeblich sind die Sicherung der Qualität der ärztlichen Versorgung und die Übernahme der haftungsrechtlichen Behandlungsverantwortung gegenüber dem Patienten.
Es ist **nicht ermessensfehlerhaft**, einen Bewerbungsvorsprung für den Pflichtversorger von stationären Leistungen abzulehnen und stattdessen für den Betrieb einer Tagesklinik einen Neubewerber unter dem Gesichtspunkt der Trägervielfalt auszuwählen.

cc) Neues Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“

VG Potsdam, Beschluss v. 12.12.2016 - 1 L 279/16 **RID 17-03-408**

juris

KHG § 8; KHEG Brandenburg § 14

Nicht zu beanstanden ist, dass der Ag. die im Rahmen seiner Auswahlentscheidung zu treffende Ermessensentscheidung anhand eines **Kriterienkatalogs** strukturiert und im Einzelnen Punkte für die verschiedenen Kriterien vergeben hat.
Für die geplante **Kooperation mit einem anderen Klinikum** ist die Zielsetzung des Krankenhausplans nicht zu beanstanden, dass die **psychosomatische Behandlungseinheit** eines Krankenhauses eine Ausstrahlungswirkung in (rein) somatische Fachabteilungen entfalten soll, um psychosomatische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und betroffene Patienten aus den somatischen Fachabteilungen in die spezialisierte psychosomatische Abteilung zu überführen. In diesen Fällen ist es das Ziel, eine gewisse Sensibilisierung des Personals in somatischen Abteilungen für psychosomatische Krankheitsbilder zu erreichen. Dabei sind die **räumliche Nähe** und die hieraus folgende Möglichkeit, ein persönliches Gespräch zu führen, ein Aspekt, der berechtigterweise in die Bewertung einfließen kann.

c) Voraussetzungen für Sicherstellungszuschlag

OVG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 25.04.2017 - 7 A 10602/16 **RID 17-03-409**

juris

KHEntgG §§ 5, 11; KHG §§ 1 I, 17b I; KHG RP § 6 II; GG Art. 2 I 1, 19 IV, 20 I

Leitsatz: 1. Das Fehlen bundeseinheitlicher Empfehlungen im Sinne des § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG i.d.F. des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 steht der Gewährung eines **Sicherstellungszuschlages** gemäß § 5 Abs. 2 KHEntgG i.d.F. des Fallpauschalengesetzes vom 23. April 2002 nicht entgegen.

2. Der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist bei der Entscheidung über die **Notwendigkeit** der **Vorhaltung** nach § 5 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG i.d.F. des Fallpauschalengesetzes vom 23. April 2002 ein Beurteilungsspielraum eingeräumt.
3. Dem Begriff der **Notwendigkeit** kommt eine Begrenzungsfunktion zu.
4. Der **Sicherstellungszuschlag** für die Vorhaltung von Leistungen setzt voraus, dass die Leistungen vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst sind.
5. Die Aufnahme einer **Fachabteilung** für Gynäkologie und Geburtshilfe in den Krankenhausplan belegt nicht die einen Sicherstellungszuschlag rechtfertigende Notwendigkeit der Leistungsvorhaltung des betreffenden Krankenhauses in diesem Bereich.
6. Der Begriff der notwendigen Vorhaltung schließt auch Anforderungen an die **Qualität der vorgehaltenen Leistung** ein.
7. Zu den Anforderungen an ein **wohnortnahes Angebot**.

d) Sozialversicherungspflicht: Freier Mitarbeiter-Vertrag mit Fachärzten

LSG Sachsen, Urteil v. 26.04.2017 - L 1 KR 9/12 **RID 17-03-410**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV §§ 7, 7a, 7b, 23, 24, 28p; NeitrÜV § 1 I 1

Leitsatz: 1. Die **Rentenversicherungsträger** können ihre Entscheidungen in Betriebsprüfungsverfahren auf **Ermittlungsergebnisse des Hauptzollamtes** stützen. § 28p Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB IV beschreiben nur Sonderfälle des Vorziehens einer Betriebsprüfung (Fortführung von SächsLSG, Urteil vom 22. April 2016 - L 1 KR 228/11).
2. Die **Sozialversicherungspflicht** kann durch **vertragliche Vereinbarungen** nicht abbedungen werden.
3. Auch **bedingter Vorsatz** schließt die Anwendung von § 7b SGB IV aus. Dabei ist das Wissen eines vertretungsberechtigten Organmitglieds jedenfalls dann als **Wissen des Organs** anzusehen und der juristischen Person zuzurechnen, wenn keine Organisationsstrukturen zur Aufnahme und Weitergabe von Informationen geschaffen wurden.

e) Sozialversicherungspflicht einer Krankenschwester

aa) Tätigkeit als OP-Schwester

SG Mainz, Urteil v. 18.03.2016 - S 10 R 205/14 **RID 17-03-411**
juris
SGB IV § 7a

Für eine **abhängige Beschäftigung** spricht, dass eine OP-Schwester keinen Einfluss darauf hat, wann Operationen durchgeführt werden. Dass sich dies aus der Natur der Sache ergibt, bedeutet nicht zwangsläufig, dass diese Punkte in ihrer Bedeutung zurücktreten.
Ein besonderes **unternehmerisches Risiko** im Sinne eines nicht nur unwesentlichen Kapitaleinsatzes mit ungewissem Erfolg ist nicht feststellen, allerdings ist dies nicht ausschlaggebend, da dies bei Tätigkeiten, in denen im Wesentlichen die eigene Arbeitskraft geschuldet wird, üblich ist.
Für eine Beschäftigung spricht hingegen, dass eine OP-Schwester im Krankheitsfall lediglich absagen, sich aber nicht weiter **um einen Ersatz kümmern** muss.
Für eine Eingliederung in den Betrieb des Krankenhauses und damit wesentlich für eine Beschäftigung spricht zudem, dass die OP-Schwester beim Kern ihrer Tätigkeit, d.h. im OP-Bereich, die **Kleidung des Krankenhauses** tragen muss und bei der OP selbst auch einen entsprechenden Kittel, bei dem dann das eigene Namensschild nicht mehr sichtbar ist, so dass von außen eine Unterscheidung von anderen angestellten Kräften (fast) nicht möglich ist.

bb) Krankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin

SG Heilbronn, Urteil v. 01.02.2017 - S 10 R 3237/15 **RID 17-03-412**
juris
SGB IV §§ 7, 7a; SGB V § 5 I Nr. 1

Die Tätigkeit einer **Krankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin** wird im Rahmen eines **abhängigen Beschäftigungsverhältnisses** ausgeübt, wenn sie bei Eingliederung in die betriebliche Arbeitsorganisation des Krankenhauses dessen Weisungen unterliegt und das Unternehmerrisiko fehlt. Die Eingebundenheit in die Betriebsorganisation ergibt sich schon daraus, dass eine Übernahme des Patienten bei Dienstantritt und eine Übergabe des Patienten nach Dienstende erfolgt. Ohne eine Übernahme und Übergabe ist eine Zusammenarbeit mit dem angestellten Pflegepersonal des Krankenhauses nicht denkbar.

5. Krankenkassen: Übermittlung einer Kundenliste hinsichtlich bestimmter Hüftendoprothesen

VG Köln, Urteil v. 04.04.2017 - 7 K 132/16 **RID 17-03-413**
juris
SGB X § 116 I 1;Medizinprodukte-SicherheitsplanVO § 22 III

Nach § 22 III MPSV darf das **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)** Informationen und Auskünfte zu vorliegenden Meldungen, durchgeführten Risikobewertungen und korrektiven Maßnahmen auch an den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), die Deutsche Krankenhausgesellschaft und andere Organisationen, Stellen und Personen übermitteln, soweit von diesen ein Beitrag zur Risikoverringerung geleistet werden kann oder ein berechtigtes Interesse besteht. Ob damit hinsichtlich der Krankenkassen eine Einschränkung dahingehend verbunden ist, dass nur der MDS als Adressat etwaiger Informationen in Betracht kommt, kann aus dem Wortlaut der Norm nicht sicher beantwortet werden. Hierfür spricht, dass dem MDS gemäß § 282 I u. II SGB V als rechtsfähiger Körperschaft des öffentlichen Rechts in allen medizinischen Fragen gegenüber dem medizinischen Dienst der Krankenkassen eine fachliche Koordinierungsfunktion zukommt.
Übermittelt werden dürfen **Informationen und Auskünfte** „zu vorliegenden Meldungen, durchgeführten Risikobewertungen und korrektiven Maßnahmen“. Der Kundenliste lässt sich entnehmen, wann welches Medizinprodukt an welches Krankenhaus geliefert wurde. Einen unmittelbaren Bezug zu vorliegenden Meldungen von Vorkommnissen und Risikobewertungen hat dies nicht. Auch erschließt sich ihr Nutzen für die fachliche Risikobewertung nicht ohne weiteres. Denn die Risikobewertung in Bezug auf die „Durom/Metasul LDH-Großkugelkopfsysteme“ ist bekannt; insoweit bedarf es nicht der Kundenliste.
Es begegnet im Ausgangspunkt schon keinen durchgreifenden rechtlichen Bedenken, dass die Behörde die Kundenliste als (weiterhin) nach § 30 VwVfG **schützenswertes Geschäftsgeheimnis** der Beigel. gewertet hat.

6. Pflegedienst: Sozialversicherungspflicht

a) Keine Selbständigkeit einer Pflegefachkraft im Seniorenzentrum

SG Karlsruhe, Urteil v. 04.08.2016 - S 13 AS 3635/15 **RID 17-03-414**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = PflR 2017, 295
SGB IV § 7 I

Die Tätigkeit als **Altenpfleger** kann grundsätzlich sowohl als **Beschäftigung** als auch im Rahmen eines **freien Dienstverhältnisses** ausgeübt werden.
Die **Eingliederung in den Betriebsablauf** ergibt sich bereits aus den **gesetzlichen Regelungen** über die Beziehungen der Pflegekassen zu den Pflegeeinrichtungen, insb. aus den Vorschriften über die Zulassung zur Pflege durch einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI. Allein diese gesetzlichen Regelungen im SGB XI für die Zulassung von stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) zeigen,

dass alle in Pflegeheimen tätigen Pflegekräfte sich an den Vorgaben des jeweiligen Pflegeheimes ausrichten und diese bei ihrer Tätigkeit beachten müssen.
Für das Bestehen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses spricht auch das vollständige Fehlen eines relevanten **unternehmerischen Risikos**.

b) Keine Selbständigkeit einer Pflegefachkraft: Keine weitere Beschäftigung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 11.05.2017 - L 5 KR 74/15 **RID 17-03-415**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV § 7 I

Leitsatz: Pflegekräfte können ihre Tätigkeit in Pflegeheimen grundsätzlich in **abhängiger** Beschäftigung oder als **Selbstständige** erbringen.
Die für die Abgrenzung allgemein anerkannten Indizien der betrieblichen Eingliederung und des Unternehmerrisikos haben im Bereich der Pflege nur eine begrenzte Aussagekraft, weil eine gewisse betriebliche Eingliederung für den reibungslosen Ablauf der Pflege unvermeidbar ist und nennenswerte betriebliche **Investitionen** für die Ausübung der Tätigkeit nicht erforderlich sind.
Besonderes Gewicht für die Annahme einer selbstständigen Tätigkeit hat vor diesem Hintergrund, ob die Pflegekraft für **mehrere Auftraggeber** tätig ist und ob die **Vergütung** deutlich über dem Bruttolohn für eine entsprechende sozialversicherungspflichtige Beschäftigung liegt.

Parallelverfahren:
LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 11.05.2017 - L 5 KR 90/15 **RID 17-03-416**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 11.05.2017 - L 5 KR 73/15 **RID 17-03-417**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

c) Keine Selbständigkeit eines Altenpflegers in stationärer Pflegeeinrichtung

LSG Hessen, Urteil v. 16.05.2017 - L 1 KR 551/16 **RID 17-03-418**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 KR 52/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV §§ 7 I, 7a; SGB III § 24; SGB V § 5 I Nr. 1; SGB VI § 1 I Nr. 1; SGB IX § 20 I

Für das Bestehen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses spricht das vollständige Fehlen eines relevanten **unternehmerischen Risikos**. Daran fehlt es bei einer Vergütung nach fest vereinbarten Stundensätzen in konkret vereinbarten Schichteinsätzen.
Einem Pfleger ist es mangels Abschlusses einer entsprechenden **Leistungsvereinbarung mit den Pflegekassen** überhaupt nicht möglich, ambulante Pflegeleistungen für den stationären Bereich eigenständig abzurechnen.

d) Kooperationsvertrag einer Pflegefachkraft mit ambulantem Pflegedienst

SG München, Urteil v. 23.02.2017 - S 31 R 1567/15 **RID 17-03-419**
Berufung anhängig: LSG Bayern - L 7 R 5035/17
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV § 7 I

Leitsatz: Eine **Krankenpfleger**, der für einen **ambulanten Pflegedienst** auf Grund eines **Kooperationsvertrages** tätig ist, seine Einsatzzeiten frei bestimmen kann, auf Grund ärztlicher Anordnung und ansonsten weisungsfrei tätig wird, das Ausfallrisiko bei Unmöglichkeit der Pflegeleistung trägt, nicht an Dienstbesprechungen und Fortbildungen des Auftraggebers teilnimmt, eine Berufshaftpflichtversicherung hat, bei kurzfristiger Verhinderung selbst eine Ersatzkraft stellt und die Anfahrtswege zum Einsatzort mit dem eigenem PKW zurücklegt, ist selbständig.

e) Pflegekraft bei einem ambulanten Pflegedienst

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.04.2017 - L 1 KR 395/15 **RID 17-03-420**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 5 I Nr. 1; SGB IV § 7

Ganz allgemein ist bei der Tätigkeit eines Krankenpflegers im Krankenhaus bereits strukturell eine für ein Arbeitsverhältnis typische **Eingliederung in die betriebliche Arbeitsorganisation** verbunden. Für die Tätigkeit bei einem **ambulanten Pflegedienst** fehlt es zwar regelmäßig an der Kontrolle durch einen Arzt des Pflegedienstes. Auch hier gilt jedoch, dass sich die Tätigkeit kaum von der der Festangestellten unterscheidet und eine Einbindung in den Betrieb durch die Erfordernisse der Organisation und der Leistungsdokumentation ergibt.

7. Rettungsdienst

a) Vergabe von Rettungsdienstleistungen durch ein unzuständiges Kommunalorgan

OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 24.05.2017 - 3 L 201/16 **RID 17-03-421**
juris
RettDG Sachsen-Anhalt §§ 12, 13

Leitsatz: 1. Die gesetzliche **Zuständigkeitsverteilung** unter den **Kommunalorganen** besitzt grundsätzlich auch gegenüber Außenstehenden rechtliche Bedeutung.
2. Die **Vergabe von Rettungsdienstleistungen** nach den §§ 12, 13 RettDG LSA über einen Konzessionszeitraum von mehreren Jahren und in einer wirtschaftlichen Größenordnung von mehreren Millionen Euro kann regelmäßig nicht als **Geschäft der laufenden Verwaltung** nach § 66 Abs. 1 Satz 3 KVG LSA angesehen werden.
3. Bei derartigen Vergabeverfahren muss nicht nur die Auswahlentscheidung, sondern müssen auch die wesentlichen, die eigentliche Auswahl **vorbereitenden Entscheidungen** durch das zuständige Kommunalorgan getroffen werden. Hierzu gehören auch die Festlegung der objektiven Auswahlkriterien und deren Gewichtung.

b) Keine Arbeitnehmereigenschaft eines ehrenamtlichen Rettungsassistenten

LAG Schleswig-Holstein, Urteil v. 23.11.2016 - 3 Sa 214/16 **RID 17-03-422**
juris
BGB §§ 611, 665; GewO § 106

Unterliegt ein **ehrenamtlicher Rettungsassistent** während seiner Einsätze als Rettungsassistent keinem arbeitsrechtlichen **Direktionsrecht**, ist er also frei sich zu entscheiden, ob er sich überhaupt in Dienstpläne eintragen lassen will, so liegt kein Arbeitsverhältnis vor.

8. Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Hebamme“

VG Gelsenkirchen, Gerichtsbescheid v. 08.05.2017 - 7 K 2993/16 **RID 17-03-423**
juris
HebG § 1; VwVfG § 49

Leitsatz: Für die Klage gegen den Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Hebamme fehlt das **Rechtsschutzbedürfnis**, wenn ein lebenslanges Berufsverbot aufgrund eines rechtskräftigen Urteils verhängt ist.

Zum Berufsverbot s. BGH, Beschl. v. 11.05.2016 - 4 StR 428/15 - RID 16-03-208.

9. Heilpraktiker

a) Heilpraktikererlaubnis für Physiotherapie nicht ohne Kenntnisprüfung

OVG Schleswig-Holstein, Urteil v. 16.03.2017 - 3 LB 4/16 **RID 17-03-424**
juris
HeilprG §§ 1, 5; GG Art. 12 I

Die **Ausbildung** zur Krankengymnastin bzw. **Physiotherapeutin** befähigt in erster Linie zu einer der ärztlichen Diagnose nachgelagerten Heilmittelerbringung, nicht aber zur Diagnosestellung selbst und zur Beurteilung einer etwaigen Indikationsstellung physiotherapeutischer Behandlung (vgl. BVerwG, Urt. v. 26.08.2009 - 3 C 19.08 - BVerwGE 134, 34, juris Rn. 13). Für die Heilpraktikererlaubnis bedarf es einer **Kenntnisprüfung**.

b) Beschränkte Heilkundeerlaubnis für Podologin

OVG Sachsen, Urteil v. 14.03.2017 - 4 A 703/16 **RID 17-03-425**
juris
HeilprG § 1; PodG §§ 1, 3; GG Art. 12

Leitsatz: Aus den Regelungen des Podologengesetzes folgt nicht, dass Podologen zu einer eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde berechtigt sein sollen.

10. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche

a) Körperschäden und Funktionsbeeinträchtigungen. Maßgeblicher Zeitpunkt der Geburt

VG Köln, Urteil v. 25.07.2017 - 7 K 1552/14 **RID 17-03-426**
juris
ContStiftG §§ 12 I, 13 I 1

Die thalidomidbedingten Körperschäden und Funktionsbeeinträchtigungen **im Zeitpunkt der Geburt** sind maßgeblich für die Zuordnung der Punkte nach der Punktetabelle zur Bestimmung der **Schwere des Körperschadens**. Dagegen sind **Folgeschäden der Missbildung**, also z.B. die Verschlechterung von Körperfunktionen durch Verschleiß von geschädigten oder die Überlastung von gesunden Organen, oder Schäden durch Untersuchungen und Behandlungen im Verlauf des Lebens bei der Bewertung der Schwere des geburtsbedingten Körperschadens nicht zu berücksichtigen. Derartige Folge- und Spätschäden sollten nach dem Willen des Gesetzgebers durch die pauschale und deutliche Erhöhung der Conterganrenten, durch jährliche Sonderzahlungen und durch die Bewilligung von Leistungen für „spezifische Bedarfe“ abgegolten werden, ohne die Punktebewertung im Einzelfall zu ändern (hier: an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit auf dem rechten Ohr).

b) Später aufgetretener Schaden führt nicht zur Neubewertung der Schwere des Körperschadens

VG Köln, Urteil v. 25.07.2017 - 7 K 3065/15 **RID 17-03-427**
juris
ContStiftG § 12 I

Handelt es sich bei einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit auf dem rechten Ohr nicht um eine **bei Geburt** bereits angelegte Behinderung, dann kommt eine **Neubewertung der Schwere des Körperschadens** nicht in Betracht.

11. Sozialrecht

a) Eingliederungshilfe: Petö-Therapie/Abgrenzung zur medizinischen Rehabilitation

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 14.12.2016 - L 9 SO 57/13 **RID 17-03-428**

Revision anhängig: B 8 SO 5/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 32 I, 92 I 2 Nr. 6; SGB XII §§ 53 I 1, 54 I 1 Nr. 1; SGB IX § 26 I

Leitsatz: 1. Die **Petö-Therapie** kommt grundsätzlich als Leistung der **Eingliederungshilfe** nach §§ 53 ff. SGB XII in Betracht (vgl BSG vom 29.9.2009 - B 8 SO 19/08 R = SozR 4-3500 § 54 Nr 6).
2. Zur Abgrenzung von Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation** kommt es entscheidend darauf an, welches konkrete Ziel mit der Leistung in erster Linie verfolgt wird, d.h. welcher Leistungszweck im Vordergrund steht (vgl BSG vom 31.3.1998 - B 1 KR 12/96 R = FEVS 49, 184 und vom 3.9.2003 - B 1 KR 34/01 R = SozR 4-2500 § 18 Nr 1 sowie BVerwG vom 18.10.2012 - 5 C 15/11 = BVerwGE 144, 364).
3. Eine Leistung ist nicht automatisch auch eine Leistung der **sozialen Rehabilitation**, wenn sie sich auch positiv auf den Schulbesuch und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auswirkt.

b) Impfschaden

aa) Anerkennung postvakzinaler Enzephalopathie/Ausforschungsbeweis

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 06.04.2017 - L 6 VJ 1281/15 **RID 17-03-429**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 9 V 32/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG §§ 116 II, 118 I; ZPO §§ 397, 402, 411 IV, 445 ff.

Leitsatz: 1. Ein **Betreuer** kann innerhalb seines Aufgabenkreises nicht als **Zeuge** im Prozess des Betreuten vernommen werden. Auch eine Parteivernehmung des Betreuers scheidet aus, da eine solche im sozialgerichtlichen Verfahren kein förmliches Beweismittel und somit kein Mittel der Sachaufklärung darstellt.
2. Bei der beantragten **nochmaligen, ergänzenden Befragung der Sachverständigen** im Termin muss erkennbar sein, welchen über die Wiederholung der bereits vorliegenden Äußerungen hinausreichenden Mehrwert die erneute Befragung haben soll.
3. Um einen unzulässigen **Ausforschungsbeweis** handelt es sich, wenn der Kläger für seine Behauptung - hier eines **Impfschadens** - nicht genügend Anhaltspunkte angibt und erst aus der Beweisaufnahme die Grundlage für seine Behauptungen gewinnen will.

bb) Sechsfachimpfung (Impfstoff Hexavac)

LSG Bayern, Urteil v. 11.07.2017 - L 15 VJ 6/14 **RID 17-03-430**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
IfSG §§ 60, 61

Leitsatz: 1. Es kann vorliegend offen bleiben, ob es unschädlich ist, wenn die Primärschädigung - also das 2. Glied der Voraussetzungen des § 60 Abs. 1 Satz 1 IfSG - nicht deutlich zu Tage tritt, sondern im Verborgenen erfolgt, weil der **Zusammenhang zwischen Impfung und manifestiertem Gesundheitsschaden** in einer einzigen gedanklichen „Etappe“ beurteilt werden muss (vgl. Senatsurteil vom 31.07.2012 - L 15 VJ 9/09).
2. Zu den Voraussetzungen der Verwertung von **Verwaltungsgutachten** im Gerichtsverfahren.
3. Es ist nicht Sinn eines **Gerichtsverfahrens**, lediglich die **Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft** voranzutreiben oder in wissenschaftlichen Auseinandersetzungen Position zu beziehen.

cc) Sechsfach-Impfung mit Infanrix®hexa

SG Aachen, Urteil v. 11.07.2017 - S 12 VJ 7/16 **RID 17-03-431**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
IfSG §§ 60, 61

Ein **Zusammenhang** zwischen **BNS-Epilepsie** und **Impfstoffen** gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hepatitis B, Haemophilus influenzae Typ b (sowohl als monovalente als auch multivalente Impfstoffe bis zum 6-fach-Impfstoff) ist nach aktuellem wissenschaftlichen Erkenntnisstand nicht herzustellen.

c) HIV-Hilfegesetz: Aufhebung eines Bewilligungsbescheids

VG Köln, Urteil v. 09.05.2017 - 7 K 4029/15 **RID 17-03-432**
juris
VwVfG § 48; HIV-Hilfegesetz § 15

Ein Anspruch nach § 15 IV HIV-Hilfegesetz scheidet aus, wenn aufgrund eines Urteils feststeht, dass die **verwendete Blutkonserve** von einem Spender stammte, dessen Blut vor der Spende und auch in den Jahren danach als **HIV-negativ getestet** worden ist. Damit scheidet dieses Blutprodukt als ursächlicher Faktor auch bei einem geringen Wahrscheinlichkeitsmaßstab aus. Ab dem Erlass des Urteils entfällt **Vertrauensschutz** für einen zuvor ergangenen Bewilligungsbescheid (vgl. bereits VG Köln, Urt. v. 21.03.2017 - 7 K 3771/15 - RID 17-02-405). Handelt der Vater bei der Beantragung und Empfangnahme der Leistungen als gesetzlicher Vertreter des minderjährigen Kindes, so ist dessen Vertrauen bzw. fehlendes Vertrauen dem Kind zurechenbar.

d) OEG: Operation zur Herstellung ausschließlich weiblicher Geschlechtsmerkmale

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.05.2017 - L 13 VG 10/16 **RID 17-03-433**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
OEG § 1 I 1

Ein **ärztlicher Eingriff** überschreitet die Grenze zu einer Gewalttat, wenn der ärztliche Eingriff aus der Sicht eines verständigen Dritten in keiner Weise dem Wohl des Patienten dient, wobei dies insb. der Fall ist, wenn sich der Arzt bei seiner Vorgehensweise im Wesentlichen von eigenen finanziellen Interessen leiten lässt und die gesundheitlichen Belange des Patienten hintenangestellt hat (vgl. nur BSG, Urt. v. 29.04.2010 - B 9 VG 1/09 R - BSGE 106, 91= SozR 4-3800 § 1 Nr. 17, juris Rn. 42). Bei einem Abstellen auf die Motivation des Arztes ist naturgemäß der Zeitpunkt des ärztlichen Eingriffes in Betracht zu nehmen. Mithin haben sämtliche Erkenntnisse neuerer Zeit, aus denen sich eine abweichende Beurteilung bei heutiger Sicht ergeben würde, naturgemäß außer Betracht zu bleiben. Operative Eingriffe in den Jahren 1977 bis 1982 mit dem Ziel, bei einem Kleinkind **ausschließlich weibliche Geschlechtsmerkmale herzustellen** und vorhandene männliche Geschlechtsmerkmale umzubilden bzw. zu entfernen, erfüllen nicht den Tatbestand des OEG.

e) Blindengeld

aa) Halbierung des Blindengeldes

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 17.05.2017 - L 7 BL 2/15 **RID 17-03-434**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB X § 44; BliGG Sachsen-Anhalt §§ 1, 3

Leitsatz: Die **Halbierung des Blindengeldes** gemäß § 3 Abs. 1 BliGG LSA a.F. (gültig bis zum 31. Dezember 2013) setzt eine fremdbestimmte Pflegesituation des Blinden voraus. Dies ist bei einem Internatsaufenthalt zur Erlangung einer schulischen und beruflichen Ausbildung nicht der Fall und daher das ungekürzte Blindengeld zu zahlen.

bb) Aufhebung des Landesblindengeldes nach Spracherwerb

SG Chemnitz, Urteil v. 24.01.2017 - S 16 SB 180/15 **RID 17-03-435**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
BliGG Sachsen § 1; SGB X § 48; SGB IX § 69

Leitsatz: Auch bei vor dem 7. Lebensjahr erworbener Taubheit richtet sich der GdB zumindest nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach dem Ausmaß der Sprachstörung.
Ein gleich aus welchem Grunde erfolgter Spracherwerb wirkt sich den GdB für das Gehör mindernd aus.
Bei frühkindlicher Taubheit **entfällt der Anspruch** auf Leistungen nach dem sächsischen **Landesblindengeldgesetz** mit Herabsetzung des GdB´s für die Funktion Gehör auf unter 100.

cc) Aufhebung nach Wohnsitzwechsel: Fehlendes grobes Verschulden

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.11.2016 - L 13 BL 1/16 **RID 17-03-436**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
§ 48 SGB X

Der Bezug von **Blindengeld** nach **Sächsischem Landesrecht** ist ab dem Zeitpunkt unrechtmäßig, ab dem ein dauernder Aufenthalt an dem **neuen Wohnsitz** in **Brandenburg** erfolgt. Indessen ist eine rückwirkende Aufhebung gemäß § 48 I 2 Nr. 2 SGB X nur dann möglich, wenn der Kl. hinsichtlich der Verletzung von Mitteilungspflichten ein **grobes Verschulden** zur Last fällt. Ein grobes Verschulden lässt sich aufgrund der Blindheit und beginnender Demenz hier nicht nachweisen.

dd) Berücksichtigung von aus Blindengeld angespartem Vermögen

SG Dortmund, Urteil v. 14.12.2016 - S 62 SO 133/16 **RID 17-03-437**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB XII § 90; GHBG NRW § 2 II 1

Die **Berücksichtigung von aus Blindengeld angespartem Vermögen** stellt auch in den Fällen, in denen der Träger von Leistungen nach dem SGB XII Leistungen für eine Heimunterbringung gewährt, eine **besondere Härte** dar.

12. Verhältnismäßigkeit der Zwangsbehandlung im Rahmen einstweiliger Unterbringung

OLG Karlsruhe, Beschluss v. 09.12.2016 - 2 Ws 364/16 **RID 17-03-438**
juris = RuP 2017, 101 = MedR 2017, 562
StPO § 126a; PsychKG BW § 20; FamFG § 321 I 3

Leitsatz: Abwägung von erwartbarem Nutzen und möglichen Belastungen bei der Zustimmung zur Zwangsbehandlung eines wegen chronifizierter paranoid-halluzinatorischer **Schizophrenie** einstweilig Untergebrachten durch die Medikation mittels Olanzapin (oral) und Haloperidol (intramuskulär).

13. Reinigung von Arbeitskleidung im Pflegeheim für Demenzkranke

VG Oldenburg, Beschluss v. 07.02.2017 - 7 B 6714/16 **RID 17-03-439**
juris = PaPfleReQ 2017, 13 = Sozialrecht aktuell 2017, 68
HeimG Niedersachsen §§ 10, 11, 16, 19; IfSG § 36 I Nr. 2

Leitsatz: 1. Die pauschale Anordnung, die Arbeitskleidung sämtlicher Mitarbeiter eines Demenzzentrums - unabhängig von ihrer konkreten Tätigkeit - **zentral desinfizierend zu waschen**, ist unverhältnismäßig.
2. Als Rechtsgrundlage für eine solche Anordnung treten **allgemeine infektionsschutzrechtliche Vorschriften** hinter die **spezielleren heimrechtlichen Vorschriften** nach dem Niedersächsischen Gesetz über unterstützende Wohnformen (NuWG) zurück.

14. Steuerrecht

a) Einkommensteuerrecht

aa) BFH: Erwerb einer Vertragsarztpraxis durch BAG: Vertragsarztsitz für BAG-Gesellschafter

BFH, Urteil v. 21.02.2017 - VIII R 7/14 **RID 17-03-440**
BFHE 257, 101
EStG § 7 I 1

Leitsatz: 1. Wird vom Erwerber einer Vertragsarztpraxis ein **Zuschlag zum Verkehrswert (Überpreis)** gezahlt, spricht dies wie eine Zahlung, die sich ausschließlich am Verkehrswert orientiert, dafür, dass Gegenstand der Übertragung die Praxis des Übergebers als **Chancenpaket** ist. Auch in diesem Fall ist in einem durch den Kaufpreis abgegoltenen Praxiswert der Vorteil aus der Zulassung als Vertragsarzt untrennbar enthalten (Anschluss an BFH-Urteil vom 9. August 2011 VIII R 13/08, BFHE 234, 286, BStBl II 2011, 875)(Rn.36)(Rn.37).
2. Der Erwerb einer Praxis als Chancenpaket im Sinne des BFH-Urteils in BFHE 234, 286, BStBl II 2011, 875 kann auch vorliegen, wenn eine **Gemeinschaftspraxis** (Personengesellschaft) eine **Einzelpraxis erwirbt** und die Vertragsarztzulassung des Einzelpraxisinhabers vom Zulassungsausschuss einem Gesellschafter der Personengesellschaft erteilt wird. Dies kann auch dann gelten, wenn die Gemeinschaftspraxis nicht beabsichtigt, die ärztliche Tätigkeit in den bisherigen Räumen des Einzelpraxisinhabers fortzusetzen

Vorausgehend: FG Nürnberg, Urt. v. 23.09.2014 - 1 K 1894/12 - RID 15-01-293.

bb) BFH: Vorteil aus Vertragsarztzulassung bei bloßer Sitzübernahme

BFH, Urteil v. 21.02.2017 - VIII R 56/14 **RID 17-03-441**
BFHE 257, 112
EStG § 7 I; SGB V §§ 95, 103; HGB § 255 I

Leitsatz: 1. Für die Frage der **Abnutzbarkeit immaterieller Wirtschaftsgüter** kommt es maßgeblich darauf an, ob sich deren Wert in einer bestimmten oder bestimmbaren Zeit erschöpft.
2. Da der Inhaber eine ihm unbefristet erteilte Vertragsarztzulassung, solange er sie innehat, gleichbleibend in Anspruch nehmen und den aus ihr resultierenden wirtschaftlichen Vorteil im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens gemäß § 103 SGB V durch eine Übertragung bzw. Überleitung der Zulassung auf einen Nachfolger verwerten kann, erschöpft sich der Wert des immateriellen Wirtschaftsgutes des wirtschaftlichen **Vorteils aus der Vertragsarztzulassung** - unabhängig von einer Altersgrenze für Vertragsärzte - nicht in einer bestimmten bzw. bestimmbaren Zeit.

Vorausgehend: FG Nürnberg, Urt. v. 12.12.2013 - 6 K 1496/12 - RID 14-03-317.

cc) BFH: Zuordnung der Anschaffungskosten für wirtschaftl. Vorteil aus Vertragsarztzulassung

BFH, Urteil v. 21.02.2017 - VIII R 24/16 **RID 17-03-442**
BFH/NV 217, 899 = juris
EStG § 7 I

Leitsatz: 1. NV: Trägt der **Neugesellschafter einer Gemeinschaftspraxis**, der Inhaber des höchstpersönlichen Statusrechts der Vertragsarztzulassung ist, selbst die **Anschaffungskosten** für den wirtschaftlichen Vorteil aus der Vertragsarztzulassung, ist das Wirtschaftsgut von ihm angeschafft und seinem **Sonderbetriebsvermögen** zuzuordnen.
2. NV: Bei **unmittelbarer Zahlung des Kaufpreises** durch die Gesellschaft kann nach den Umständen des Einzelfalls der wirtschaftliche Vorteil aus der Vertragsarztzulassung von der Gesellschaft erworben werden und das Wirtschaftsgut auf Ebene der **Gesamthand** zu erfassen sein.
3. NV: Zahlungen der Gesellschaft an den Veräußerer des wirtschaftlichen Vorteils aus der Zulassung können nach den Grundsätzen des Drittaufwands jedoch auch als vom Gesellschafter selbst getragene Anschaffungskosten zu würdigen sein, die wiederum zur Zuordnung des Wirtschaftsguts zum **Sonderbetriebsvermögen** des Gesellschafters führen.
4. NV: Das **immaterielle Wirtschaftsgut** des wirtschaftlichen Vorteils aus einer **Vertragsarztzulassung** ist weder abnutz- noch abschreibbar.

dd) BFH: Fahrtkostenpauschale bei Belegarzttätigkeit und Praxis - Einheitliche Betriebsstätte

BFH, Urteil v. 17.01.2017 - VIII R 33/14 **RID 17-03-443**
BFH/NV 2017, 1013 = juris
EStG §§ 4 II 1 Nr. 6, 9 I 3 Nr. 4, II, 52 I 1

Leitsatz: 1. NV: Üben Ärzte ihre selbständige Tätigkeit als **Berufsausübungsgemeinschaft** sowohl in eigenen Praxisräumen als auch als **Belegärzte** in einer angrenzenden Klinik unter vertraglich vereinbarter Nutzung von Räumen der Klinik aus, bilden diese Räume und diejenigen der Praxis eine **einheitliche Betriebsstätte**.
2. NV: Der Aufwand für Fahrten der Ärzte zwischen ihrer Wohnung und dieser Betriebsstätte kann nur im Umfang der nach § 9 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 EStG pro Entfernungskilometer zu berücksichtigenden Beträge als **Sonderbetriebsausgabe** abgezogen werden.

ee) Verzicht auf Ersatzansprüche wegen Beitragsrückerstattung des Krankenversicherers

FG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.04.2017 - 11 K 11327/16 **RID 17-03-444**
juris
EStG §§ 10 I, 33

Nach § 33 I EStG wird die **Einkommensteuer** auf Antrag **ermäßigt**, wenn einem Steuerpflichtigen zwangsläufig größere Aufwendungen als der überwiegenden Mehrzahl der Steuerpflichtigen gleicher Einkommensverhältnisse, gleicher Vermögensverhältnisse und gleichen Familienstandes erwachsen. Zwangsläufig sind die Aufwendungen, wenn der Steuerpflichtige sich ihnen aus rechtlichen, tatsächlichen oder sittlichen Gründen nicht entziehen kann. Zwangsläufigkeit i.S. von § 33 Abs.2 Satz 1 EStG setzt grundsätzlich auch voraus, dass der Steuerpflichtige etwaige **Ersatzansprüche** gegen Dritte erfolglos geltend gemacht hat. Umfang und Intensität der erforderlichen Rechtsverfolgung bestimmen sich nach dem Maßstab der Zumutbarkeit (vgl. BFH, Urt. v. 20.09.1991 - III R 91/89 - BStBl. II 1992, 137; v. 18.06.1997 - III R 84/96 - BStBl. II 1997, 805).
Der **Verzicht auf Ersatzansprüche** ist auch dann schädlich, wenn er aus nachvollziehbaren wirtschaftlichen Gründen erfolgt, etwa um – wie im Streitfall – eine Beitragsrückerstattungen des Krankenversicherers zu erhalten.

b) Umsatzsteuer

aa) Steuerfreiheit von variablen Prämien im Rahmen der integrierten Versorgung

FG Münster, Urteil v. 06.04.2017 - 5 K 3168/14 U **RID 17-03-445**
juris
SGB V § 140c

Die **integrierte Versorgung** stellt nur eine andere Ausgestaltung der gesetzlichen Regelversorgung dar, ändert aber nicht die Leistungsverhältnisse an sich.
Einer Steuerbefreiung des Leistungsverhältnisses nach § 4 Nr. 14 UStG a.F. steht nicht entgegen, dass Leistungsempfänger nicht der Patient, sondern die **Krankenkasse** ist.
Variable Prämien-/Bonuszahlungen als Bestandteil der Vergütungen für ärztliche Heilbehandlungen sind steuerbefreite Leistungen nach § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG, auch wenn die Zahlungen an ein kostensparendes Verhalten der Ärzte gekoppelt sind, nämlich ob und in welcher Höhe ein Netzerfolg eingetreten war und in welcher Höhe die Ärzte an dem Netzerfolg zu beteiligen waren.
Zwar mögen die ärztlichen Leistungen durch die **Teilnahme an der integrierten Versorgung** von den Ärzten nach Art und Umfang anders erbracht worden sein als sie im Rahmen der gesetzlichen Regelversorgung erbracht worden wären. Dennoch standen auch bei diesen an die Netzversicherten ggf. von Art und Umfang her abweichend ausgeführten Leistungen der Ärzte therapeutische Ziele im Vordergrund, so dass diese als **Heilbehandlungen zu qualifizieren** sind.

bb) Keine Umsatzsteuerbefreiung für Privatklinik

FG Düsseldorf, Urteil v. 17.02.2017 - 1 K 1994/13 U **RID 17-03-446**
juris
UStG § 4 Nr. 14

Werden die medizinischen Behandlungen nicht nur in den Räumen der **Betreiberin einer Fachklinik für plastische und kosmetische Chirurgie** durchgeführt, sondern auch von ihr selbst, dann fallen die Umsätze nicht in den Anwendungsbereich von Art. 132 I Buchst. c MwStSystRL bzw. § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG. Maßgebend ist insoweit, dass die Betreiberin - und nicht der tatsächlich behandelnde Arzt – Schuldner der in der Klinik durchgeführten ärztlichen Leistungen ist. Dabei ist es unerheblich, dass alleinige **Gesellschafterin** (und Geschäftsführerin) der Betreiberin eine Ärztin für Chirurgie ist. Die BFH-Rspr. ist auf die ab 2009 geltende Rechtslage nicht übertragbar.

c) Gewerbesteuer

aa) BFH: Ausbildung und Verkauf von Blindenführhunden führt zu gewerblichen Einkünften

BFH, Urteil v. 09.05.2017 - VIII R 11/15 **RID 17-03-447**
juris = BFHE
EStG §§ 15 II, 18 I Nr. 1 S. 2; GewStG § 2 I; GG Art. 20a

Leitsatz: 1. Die Betreiberin einer **Blindenführhundeschule** erzielt **Einkünfte aus Gewerbebetrieb**.
2. Eine **„unterrichtende oder erzieherische Tätigkeit“** i.S. des § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG erfordert ein Tätigwerden gegenüber Menschen.
3. Aus **Art. 20a GG** folgt keine über den Wortlaut hinausgehende Anwendung des § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG bei der Ausbildung von Blindenführhunden.

bb) BFH: Durchführung klinischer Studien durch Fachkrankenschwester

BFH, Urteil v. 25.04.2017 - VIII R 24/14 **RID 17-03-448**
BFHE 257, 451 = juris
GewStG § 2 I; EStG §§ 15 II 1, 18 I Nr. 1

Leitsatz: 1. Ob ein im Vergleich zu einem **Katalogberuf** i.S. des § 18 Abs. 1 Nr. 1 Satz 2 EStG **ähnlicher Beruf** vorliegt, bestimmt sich nach ertragsteuerlichen Grundsätzen und nicht nach den im Zusammenhang mit der richtlinienkonformen Auslegung des § 4 Nr. 14 UStG entwickelten Maßstäben.
2. Eine im Wesentlichen auf die **Planung, Durchführung und Evaluation klinischer Studien** ausgerichtete Tätigkeit einer **Fachkrankenschwester** ist der eines Krankengymnasten bzw. Physiotherapeuten nicht ähnlich. Sie ist weder therapeutischer Natur noch weist sie einen hinreichend konkreten, unmittelbaren Zusammenhang zu einer Heilbehandlungstätigkeit auf

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 06.09.2017. 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 **Termin:** 02.08.2017	Sind im Rahmen von Honorarverteilungsregelungen für dauerhaft unterdurchschnittlich abrechnende Praxen in einem überversorgten Bereich im Rahmen budgetierter Leistungen eigene Regelungen oder Ausnahmen von der budgetierten Honorarverteilungssystematik vorzusehen?	***SG Kiel***, Urt. v. - S 2 KA 223/14 -	
Wachstumsmöglichkeiten unterdurchschnittlich abrechnender Praxen/RLV und Honorar: Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren	B 6 KA 7/17 R B 6 KA 3/17 R B 6 KA 8/17 R B 6 KA 9/17 R B 6 KA 13/17 R B 6 KA 18/17 R B 6 KA 21/17 R **Termin:** 02.08.2017	Zu den Anforderungen an die Wachstumsmöglichkeiten unterdurchschnittlich abrechnender Praxen in einem überversorgtem Zulassungsbezirk unter Geltung von RLV. Hat eine Kassenärztliche Vereinigung im Verfahren gegen die Zuweisung des Regelleistungsvolumens und den jeweiligen Honorarbescheid über vom Vertragsarzt vorgebrachte Praxisbesonderheiten und Härtefallgesichtspunkte zu entscheiden oder hat die Entscheidung in einem gesonderten Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren zu erfolgen?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 08.11.2016 - L 4 KA 44/14 - u.a.	17-02-6
Bildung einer individuellen Obergrenze für Wachstumsärzte in BAG	B 6 KA 2/17 R	Zur Rechtmäßigkeit einer Regelung im Honorarverteilungsvertrag einer Kassenärztlichen Vereinigung über die Bildung einer individuellen Obergrenze für Wachstumsärzte und für Berufsausübungsgemeinschaften, an denen Wachstumsärzte beteiligt sind.	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 15.11.2016 - L 4 KA 27/14 -	17-02-5
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?	***LSG Bayern***, Urt. v. 16.12.2015 - L 12 KA 121/14 -	16-03-4 NZB
Kooperationszuschlag (HVV KV Brandenburg I u. II/10)	B 6 KA 17/17 R	Schließt die Anwendung einer "Jungarztregelung" die Gewährung eines Kooperationszuschlags aus?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 18.03.2016 - L 24 KA 22/15 -	16-03-10 NZB
Erhöhung des Regelleistungsvolumens für fachgleiche BAG (IV/09 u. I/10)	B 6 KA 15/17 R	Ist bei der Berechnung des Zuschlags von 10% (hier für die Quartale IV/2009 und I/2010) zum Regelleistungsvolumen (RLV) für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) auch ein BAG-Mitglied zu berücksichtigen, das in dem für die Berechnung des RLV maßgebenden Vorjahresquartal noch als Einzelarzt tätig war?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 13.04.2016 - L 3 KA 51/13 -	16-03-5 NZB
Reduzierung des Versorgungsauftrags: Halbierung der RLV-relevanten Fallzahlen	B 6 KA 28/17 R	Ist das bereits auf der Grundlage weit unterdurchschnittlicher Fallzahlen ermittelte Regelleistungsvolumen eines Vertragsarztes zu halbieren, wenn er seinen Versorgungsauftrag wegen des geringen Umfangs seiner vertragsärztlichen Tätigkeit auf die Hälfte beschränkt?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 26.10.2016 - L 5 KA 4823/15 -	17-02-1 NZB
Regelleistungsvolumen und ambulante Operationen	B 6 KA 41/16 R	Hat ein Facharzt für Urologie einen Anspruch darauf, dass ambulante Operationen (hier: im Bereich der Harnröhren- und Blasenspiegelung) außerhalb des Regelleistungsvolumens zu den vollen Gebührenwerten ohne Quotierung vergütet werden?	***LSG Hamburg***, Beschl. v. 30.09.2016 - L 5 KA 14/15 -	17-01-17
HVV Niedersachsen: Einteilung in Untergruppen und Anpassung des Regelleistungsvolumens	B 6 KA 30/17 R Erledigung durch Vergleich	Ist die Spezialisierung eines Vertragsarztes bei der Entscheidung über die Gewährung einer außerbudgetären Vergütung aus Sicherstellungsgründen bereits ab dem Zeitpunkt der Spezialisierung zu berücksichtigen, oder erst ab dem Zeitpunkt, in dem Umfang und	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 13.04.2016 - L 3 KA 2/13 -	16-03-8 NZB

		Dauerhaftigkeit der Spezialisierung rückblickend unter Berücksichtigung der vorliegenden Abrechnungen des Arztes (nicht vor Ablauf von vier Quartalen) festgestellt werden können?		
Quotierung von Laboratoriumsuntersuchungen (Quartale I u. II/13)	B 6 KA 26/17 R	Ist die Quotierung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM-Ä in den Quartalen I und II/2013 rechtmäßig?	***SG Mainz***, Urt. v. 01.02.2017 - S 8 KA 174/16 -	17-02-2
Budgetierung der Vorwegleistungen (KV Hessen: Anpassungsindex 100/Sicherstellungsindex 90)	B 6 KA 4/16 R **Termin:** 30.11.2016	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?	***LSG Hessen***, Urt. v. 18.11.2015 - L 4 KA 27/12 -	16-01-8
Psychotherapeutenvergütung 2013/ Strukturpauschale	B 6 KA 35/17 R **Termin:** 11.10.2017	Zur Frage der Rechtmäßigkeit des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung am 22.9.2015 zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen mit Wirkung ab 1.1.2012.	***SG Marburg***, Urt. v. 22.03.2017 - S 11 KA 8/15 -	17-03
	B 6 KA 36/17 R B 6 KA 37/17 R **Termin:** 11.10.2017	Verstößt der Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.9.2015 "zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen mit Wirkung ab dem 1.1.2012" gegen höherrangiges Recht, soweit er normativ ermittelte Personalkosten aus der Bemessung der EBM-Bewertung ausklammert?	***SG Marburg***, Urt. v. 22.03.2017 - S 11 KA 27/15 - - S 11 KA 26/15 -	17-03-1 17-03-3
Strukturzuschlag auch für psychotherapeutische Ausbildungsambulanz	B 6 KA 41/17 R	Hat eine Ausbildungsstätte für Psychotherapie nach § 6 PsychThG, die eine Ausbildungsambulanz betreibt, einen Anspruch auf Zahlung des sogenannten Strukturzuschlages nach der Nr 35251 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008)?	***SG Berlin***, Urt. v. 24.05.2017 - S 83 KA 934/16 -	17-03-4
Psychotherapeutenvergütung 2011	B 6 KA 8/16 R **Termin:** 11.10.2017	Zur Frage der angemessenen Bewertung psychotherapeutischer Leistungen in der im Jahr 2011 maßgeblichen EBM-Bewertung (juris: EBM-Ä 2008).	***SG Kiel***, Urt. v. 09.02.2016 - S 2 KA 341/12 -	16-02-5
Psychotherapeutenvergütung 2007/2008	B 6 KA 36/16 R B 6 KA 29/17 R **Termin:** 28.06.2017	Zur Rechtmäßigkeit der Vorgaben im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 31.8.2011 zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten in den Jahren 2007 und 2008.	***SG Düsseldorf***, Urt. v. 17.08.2016 - S 2 KA 195/12 - ***LSG Bayern***, Urt. v. 01.06.2016 - L 12 KA 150/14 -	16-04-8 17-03-3 NZB
	B 6 KA 32/17 R **Termin:** 11.10.2017	Konnte der Bewertungsausschusses, der in seiner 96. Sitzung (DÄ 2005, A 459) im Rahmen der Vergütung zeitgebundener genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen unter Punkt 2.2.1.5 einen Betriebskostenansatz in Höhe von 40.634,00 Euro festgesetzt hat, davon absehen, im Jahr 2007 eine Anpassung vorzunehmen?	***SG Magdeburg***, Urt. v. 16.11.2016 -S 13 KA 173/12 WA -	17-03-11
Psychotherapeutische BAG: Verrechnung von zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen	B 6 KA 6/16 R **Termin:** 25.01.2017	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?	***LSG Hessen***, 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 **Termin:** 28.06.2017	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	***LSG Bayern***, Urt. v. 16.12.2015 - L 12 KA 209/14 -	16-03-11

		anderen Seite erbrachten Notfallbehandlungen darstellen?		
Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen: Reichweite der Vereinbarung	B 6 KA 45/16 R	Bezieht sich die in § 120 Abs 2 S 2 SGB 5 gewählte Formulierung, wonach die Vergütung von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart wird, nur auf das jeweilige Bundesland oder enthält sie auch eine mittelbare Geltungsanordnung für Krankenkassen anderer Bundesländer?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 26.10.2016 - L 5 KA 268/15 -	17-02-26
Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	B 6 KA 23/17 R	Kann eine Schiedsstelle eine zusätzliche Pauschale gemäß § 120 Abs 1a SGB 5 für eine pädiatrische Spezialambulanz für zurückliegende Jahre festsetzen, wenn der Krankenhausträger die Pauschale erst nach Ende des jeweiligen Jahres geltend gemacht hat?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 02.02.2017 - L 5 KA 27/16 KL -	17-02-70
Beschränkung der Abtretung von Honoraransprüchen an Dritte	B 6 KA 38/17 R B 6 KA 39/17 R	Darf eine Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung in ihrer Abrechnungsordnung die Abtretung von Forderungen der Vertrags(zahn)ärzte gegen sie auf Kreditinstitute beschränken und im Übrigen ausschließen?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 16.06.2016 - L 5 KA 8/15 - - L 5 KA 11/15 -	17-03-16 17-03-15 NZB
Beschränkung der Abtretung von Forderungen	B 6 KA 40/17 R	Darf eine Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung in ihrer Abrechnungsordnung die Abtretung von Forderungen der Vertrags(zahn)ärzte gegen sie auf Kreditinstitute beschränken und im Übrigen ausschließen?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 16.06.2017 - L 5 KA 24/15 -	17-03-14 NZB

Arzt-/Psychotherapeutenregister

Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht

Keine ausgelagerten Praxisräume bei Nutzung durch verschiedene Ärzte	B 6 KA 24/17 R	Wird ein Vertragsarzt in ausgelagerten Praxisräumen iS des § 24 Abs 5 Ärzte-ZV tätig, wenn er gegen Entgelt Räume und Laboreinrichtungen einer Betreibergesellschaft nutzt, die diese Räume und Einrichtungen auch anderen Nutzern zur Verfügung stellt?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 28.09.2016 - L 11 KA 35/15 -	17-02-44
Bindung des Versorgungsauftrags nach § 3 III a) Anl. 9.1 zum BMV-Ä an Dialysepraxis	B 6 KA 13/16 R **Termin:** 15.03.2017	Hat ein Vertragsarzt, der aus der bisherigen Gemeinschaftspraxis (jetzt Berufsausübungsgemeinschaft) ausscheidet, einen Anspruch auf Mitnahme des erteilten Auftrags zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, 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 **Termin:** 15.03.2017	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.	***LSG Saarland***, Urt. v. 30.08.2016 - L 3 KA 9/14 -	16-04-24
Keine Wettbewerbsansprüche von Nephrologen wegen Nebenbetriebsstätte	B 6 KA 35/16 R **Termin:** 15.03.2017	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?	***LSG Saarland***, 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 **Termin:** 15.03.2017	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?	***LSG Saarland***, 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	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?	***LSG Saarland***, Urt. v. 21.08.2015 - L 3 KA 20/13 -	16-04-27 16-04-28

Dialysepraxis	**Termin:** 15.03.2017		- L 3 KA 21/13 -	NZB
Klagebefugnis bei Verlängerung einer Zweigpraxisgenehmigung eines konkurrierenden Nephrologen	B 6 KA 22/16 R **Termin:** 15.03.2017	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 Dialysezweigpraxis in ihrer Versorgungsregion befindet?	***LSG Bayern***, 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?	***LSG Bayern***, Urt. 16.03.2016 - L 12 KA 59/14 -	17-01-30
Antragserfordernis für Genehmigung labormedizinischer Leistungen auch für Laborarzt	B 6 KA 45/17 R	Ist in einer Genehmigung zur Anstellung eines Arztes für Labormedizin durch ein Labor-MVZ auch eine Abrechnungsgenehmigung für Laborleistungen zu sehen oder kann - falls dies nicht der Fall ist - eine Abrechnungsgenehmigung auch noch rückwirkend erteilt werden?	***SG Mainz***, Urt. v. 28.06.2017 - S 2 KA 66/14 -	17-04-
Notdienst: Teilnahmepflicht eines ermächtigten Krankenhausarztes	B 6 KA 50/17 R	Ist die Regelung einer Bereitschaftsdienstordnung, wonach ermächtigte Krankenhausärzte im Umfang von 0,25 eines Versorgungsauftrags am Bereitschaftsdienst teilnehmen, rechtmäßig?	***LSG Hessen***, Urt. v. 14.12.2016 - L 4 KA 18/15 -	17-01-33 NZB
Disziplinarrecht: Streikrecht für Vertragsärzte?	B 6 KA 38/15 R **Termin:** 30.11.2016	Stellt die Ausübung eines Streikrechts einen zulässigen Grund für eine Unterbrechung der Sprechstundenverpflichtung des Vertragsarztes dar?	***SG Stuttgart***, Urt- v. 23.07.2015 - S 4 KA 3147/13 -	15-04-31

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Nebeneinanderabrechnung Ordinationskomplex/Gesprächsleistung	B 6 KA 44/17 R	Darf die als Abrechnungsvoraussetzung normierte Mindestzeit für den Arzt-Patienten-Kontakt von 20 Minuten für die Nebeneinanderabrechnung des Ordinationskomplexes und der Gesprächsleistung zu Lasten des Vertragsarztes in die Prüfung nach Tageszeitprofilen eingestellt werden?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 13.06.2017 - L 4 KA 16/14 -	17-04-
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung eines Psychotherapeuten	B 6 KA 43/17 R B 6 KA 42/17 R	Ist die Zeitvorgabe von 70 Minuten für eine antragspflichtige Leistung nach der Psychotherapie-Richtlinie - PT-RL (juris: PsychThRL) in Anhang 3 des EBM-Ä (juris: EBM-Ä 2005) im Rahmen der Plausibilitätsprüfung verbindlich, obwohl die Mindestzeit nach der Leistungslegende selbst nur 50 Minuten beträgt?	***LSG Thüringen***, Urt. v. 25.08.2016 - L 11 KA 1372/14 - - L 11 KA 690/14 -	17-03-20 17-03-21 NZB
Abrechenbarkeit belegärztlicher Leistung über Umfang der Anerkennung	B 6 KA 33/16 R	Resultiert aus der Belegarztanerkennung zugleich eine zahlenmäßige Beschränkung der abrechnungsfähigen Leistungen?	***LSG Saarland***, Beschl. v. 11.01.2016 - L 3 KA 41/12 -	16-04-17 NZB
Untersuchung eines Materials durch Pathologen	B 6 KA 47/16 R	Ist für die persönliche Leistungserbringung ausreichend, dass ein Pathologe vorbereitete Befunde überprüft?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 03.03.2016 - L 5 KA 23/15 -	17-01-18 NZB
Job-Sharing-Obergrenze: Eintritt in bestehende BAG	B 6 KA 48/16 R	Wie ist die Begrenzung des Umfangs einer Arztpraxis zu berechnen, wenn ein Job-Sharing-Partner nicht in eine Einzelpraxis, sondern in eine bereits bestehende BAG eintritt?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 16.03.2016 - L 5 KA 3901/12 -	17-01-20 NZB
Richtigstellung nach abgelaufener Ausschlussfrist: Rücknahmeermessen	B 6 KA 34/17 R	Ist Rechtsgrundlage einer nachgehenden Richtigstellung vertragsärztlicher Honorarbescheide nach Ablauf einer Frist von 4 Jahren allein § 106a SGB 5 aF (§ 106d SGB 5 nF) oder auch (unmittelbar) § 45 SGB 10?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 26.04.2017 - L 5 KA 2448/15 -	17-02-30

Nebeneinanderabrechnung der Nr. 33076 und Nr. 33072 EBM	B 6 KA 16/17 R	Darf die Gebührenordnungsposition (GOP) 33076 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) neben der GOP 33072 EBM-Ä abgerechnet werden oder schließt Ziffer I 2.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ä dies aus?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 16.03.2016 - L 5 KA 3799/13 -	16-02-23 NZB
Zahnärztliche Versorgung: Verwendung von Festzuschüssen für implantologische Vorleistungen?	B 6 KA 9/16 R **Termin:** 10.05.2017	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)?	***LSG Sachsen***, Urt. v. 09.12.2015 - L 8 KA 6/11 -	16-02-26

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?	***LSG Rheinland-Pfalz***, 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	Bedarf es im Rahmen einer Einzelleistungskürzung einer näheren Begründung im Bescheid, wenn die Prüfgremien die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis je nach Einzelleistung unterschiedlich hoch ansetzen?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 18.12.2014 - L 7 KA 25/13 -	15-04-34 NZB
Zuständigkeit der Prüfungsgremien für Verordnung von Impfstoffen	B 6 KA 7/16 R **Termin:** 25.01.2017	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?	***LSG Bayern***, Urt. v. 16.12.2015 - L 12 KA 160/14 -	16-02-34
	B 6 KA 31/17 R	Gehören Impfleistungen zur vertragsärztlichen Versorgung, und ist eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ihrer Verordnung durch die Prüfgremien zulässig?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 07.03.2017 - L 4 KA 81/14 -	17-03-40
Schadensregress der Krankenkasse gegen Zahnärztin nur bei Unzumutbarkeit	B 6 KA 15/16 R **Termin:** 10.05.2017	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?	***LSG Bayern***, Urt. v. 17.06.2015 - L 12 KA 5044/13 -	15-03-47 NZB

Zulassung und Ermächtigung

Fortführungsfähige Praxis in BAG: Tätigkeitsumfang des einzelnen Vertragsarztes/Vorverfahren	B 6 KA 46/17 R	Ist für die Beurteilung des Vorliegens eines Praxissubstrats als Voraussetzung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs 3a SGB 5 bei Berufsausübungsgemeinschaften auf die Tätigkeit des ausscheidenden Vertragsarztes oder die der Berufsausübungsgemeinschaft abzustellen?	***SG Berlin***, Urt. v. 10.05.2017 - S 87 KA 946/16 -	17-04-
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***, Urt. v. 24.02.2016 - L 5 KA 4567/14 -	16-03-56 NZB
MVZ Gründer eines anderen MVZ	B 6 KA 1/17 R	Kann ein Medizinisches Versorgungszentrum ein weiteres Medizinisches Versorgungszentrum gründen?	***LSG Hessen***, Urt. v. 30.11.2016 - L 4 KA 20/14 -	17-01-52
Ermittlung eines Sonderbedarfs für Verhaltenstherapie in Berlin	B 6 KA 28/16 R **Termin:** 28.06.2017	Haben die Zulassungsgremien bei einem Antrag auf Sonderbedarfszulassung im Bereich der vertragspsychotherapeutischen Versorgung (hier: Richtlinienverfahren Verhaltens-therapie) die konkrete Versorgungssituation zu ermitteln oder genügt es, wenn auf einen unstreitig hohen Versorgungsgrad in diesem Bereich verwiesen wird?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 27.04.2016 - L 7 KA 48/14 -	16-04-46
Auswahlentscheidung: Berücksichtigung der Tätigkeit nach	B 6 KA 33/17 R	Welche Anforderungen sind in Zulassungsverfahren an die Sachverhaltsermittlungen und an die Begründung der Entscheidung des Berufungsausschusses bezogen auf die	***LSG Thüringen***, Urt. v. 25.08.2016	17-03-48 NZB

aufgehobener sofortigen Vollziehung		Auswahl zwischen konkurrierenden Bewerbern zu stellen? Ist bei der Auswahl eines Bewerbers um eine Zulassung eine vertragsärztliche Tätigkeit aufgrund einer zunächst für sofort vollziehbar erklärten Zulassung nach Aufhebung dieser Entscheidung im Rahmen einer erneuten Auswahlentscheidung zu berücksichtigen?	- L 11 KA 928/15 -	
Umwandlung einer MVZ-Arztstelle nach Einstellung des Praxisbetriebs/Kein Teil der Insolvenzmasse	B 6 KA 27/16 R **Termin:** 11.10.2017	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***, Urt. v. 27.04.2016 - L 7 KA 30/14 -	16-03-66
Verlegung einer Anstellungsgenehmigung	B 6 KA 38/16 R **Termin:** 11.10.2017	Ist es nach § 24 Abs 7 S 2 Ärzte-ZV bzw § 95 Abs 1a SGB 5 idF des GKV-VSG vom 16.7.2015 möglich, Anstellungsgenehmigungen aus einem bestehenden Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) in ein anderes neu zu gründendes MVZ zu verlegen?	***SG Hamburg***, Urt. v. 28.09.2016 - S 27 KA 39/16, S 27 KA 47/16, S 27 KA 50/16-	17-02-54
Übernahme einer Einrichtung nach § 311 SGB V durch Erbringer häuslicher Krankenpflege	B 6 KA 46/16 R	Erfasst der in § 311 Abs 2 SGB 5 geregelte Bestandsschutz für bestimmte ärztlich geleitete Einrichtungen nur den Umfang der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung und sind im Übrigen insbesondere hinsichtlich der Trägerschaft die Regelungen für medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB 5 anzuwenden?	***SG Potsdam***, Urt. v. 28.09.2016 - S 1 KA 19/15 -	17-01-50
Anfechtung einer nephrologischen Ermächtigung	B 6 KA 3/16 R **Termin:** 30.11.2016	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 Bauchfelldialyse - CAPD)?	***LSG Saarland***, Urt. v. 24.04.2015 - L 3 KA 10/11-	16-02-54 NZB
Ermächtigung für Leistung ohne Abrechnungsberechtigung?	B 6 KA 2/16 R **Termin:** 25.01.2017	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
Institutsermächtigung für Geburtshilfe: Qualifikationsgebundene Leistung/Persönliche Ermächtigung	B 6 KA 11/16 R **Termin:** 25.01.2017	Scheidet die Erteilung einer Institutsermächtigung 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 Zulassungsinstanz im Rahmen der Ermessensentscheidung über einer Institutsermächtigung 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

Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV/ Pädiatrische Spezialambulanz/Hausarztzentrierte Versorgung

Regionale Punktwertzuschläge auf	B 6 KA 5/16 R	Verstoßen regionale Punktwertzuschläge auf den Orientierungswert gegen die	***LSG Hamburg***,	16-03-69

den Orientierungswert	**Termin:** 10.05.2017	Grundsätze der Beitragssatzstabilität, der Vorjahresanknüpfung sowie der Wirtschaftlichkeit?	Urt. v. 16.12.2015 - L 5 KA 68/13 KL -	
Regionaler Punktwert/Veränderungsrate 2013 Bayern	B 6 KA 14/16 R **Termin:** 10.05.2017	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
Erhöhter regionaler Punktwert: Kriterien einer prospektiven Schätzung	B 6 KA 42/16 R	Ist der Schiedsspruch eines Landesschiedsamts rechtmäßig, wonach der regionale Punktwert für das Jahr 2013 gegenüber dem Orientierungswert für 2013 um 1,1 Prozent zu erhöhen ist?	***LSG Hessen***, Urt. v. 28.09.2016 - L 4 KA 35/15 KL -	17-01-53
Gesamtvergütung: Versicherten mit Wohnsitz im Ausland	B 6 KA 43/16 R	Zur Frage der Rechtmäßigkeit des sog Kassensitzprinzips bei der Zuordnung von Versicherten mit Wohnsitz im Ausland zum Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Berechnung der Gesamtvergütung nach einer Fusion von Krankenkassen.	***LSG Saarland***, Urt. v. 28.10.2016 - L 3 KA 26/14 -	17-02-66
Datenübermittlungen auch bei Gesamtvergütung nach Kopfpauschalen	B 6 KA 27/17 R	Zielt der Zweck der Datenübermittlung nach § 295 Abs 2 SGB 5 nur auf die Abrechnung im Sinne der Bildung der Gesamtvergütung nach § 85 SGB 5 oder bezieht er auch die nachträgliche Überprüfung der Leistungsabrechnung der Vertrags(zahn)ärzte nach § 106a SGB 5 ein?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 02.11.2017 - L 4 KA 14/12 -	17-02-67
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? Darf der Gemeinsame Bundesausschuss arzneimittelähnliche Medizinprodukte rückwirkend aus der Verordnungsfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließen?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 28.06.2016 - L 7 KA 100/13 KL -	16-04-56
Pädiatrische Spezialambulanz: Zusätzliche Pauschale nicht für Vergangenheit	B 6 KA 10/16 R (alt: B 1 KR 12/16 R) **Termin:** 10.05.2017	Kann eine Schiedsstelle eine zusätzliche Pauschale gem § 120 Abs 1a SGB 5 für eine pädiatrische Spezialambulanz für zurückliegende Jahre festsetzen, wenn der Krankenhausträger die Pauschale erst nach Ende des jeweiligen Jahres geltend gemacht hat?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 03.03.2016 - L 5 KA 25/15 KL -	16-02-59
Hausarztzentrierte Versorgung	B 6 KA 44/16 R	Verstößt der für den Bezirk der KV Bayern durch Schiedsspruch vom 13.2.2012 festgesetzte Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b Abs 4 S 1 SGB 5 gegen höherrangiges Recht?	***LSG Bayern***, Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 149/14 -	17-02-68

Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 06.09.2017. 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				
Kopforthese (Helmtherapie)	B 3 KR 1/16 R **Termin:** 11.05.2017	Gehört die Versorgung und Therapie mit einer Kopforthese zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung?	***LSG Baden-Württemberg***, 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 B 3 KR 17/16 R **Termin:** 11.05.2017	Gehört die Versorgung und Therapie mit einer Kopforthese zur Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 11.06.2015 - L 1 KR 141/14 - Urt. v. 25.08.2015 - L 4 KR 300/12 - Urt. v. 26.05.2016 - L 4 KR 236/15 -	16-02-91 NZB 16-02-92 NZB 17-01-115 NZB
Zahnärztliche Behandlung: Zahnreinigung	B 1 KR 30/16 R **Termin:** 11.07.2017	Umfasst die Regelung des § 22a SGB V die Entfernung weicher Zahnbeläge?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 26.04.2016 - L 4 KR 116/14 -	17-01-75 NZB
Kostenerstattung				
Kostenerstattung trotz vorläufiger Übernahme der Kosten durch Einrichtungsträger	B 3 KR 8/17 R	Steht die Erfüllung der gegenüber einem Versicherten bestehenden Forderung eines Leistungserbringers durch einen Dritten, ohne dass eine vertragliche Verpflichtung besteht, der Geltendmachung eines Kostenfreistellungsanspruchs des Versicherten nach § 13 Abs 3 SGB 5 gegenüber seiner Krankenkasse entgegen?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 29.09.2016 - L 16/1 KR 321/14 -	17-02-149 NZB
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?	***LSG Bayern***, Urt. v. 23.02.2016 - L 5 KR 351/14 -	16-03-108
Genehmigungsfiktion: Feststellungsklage/Fristende	B 1 KR 11/17 R	Zur Zulässigkeit der Feststellungsklage betreffend den Eintritt der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a SGB 5. Ist bei der Bestimmung des Fristendes im Sinne von § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 auf die Fertigstellung der Entscheidung abzustellen?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 28.03.2017 - L 4 KR 22/16 -	17-03-147
Genehmigungsfiktion: Fristbeginn/Sachleistungsanspruch	B 1 KR 14/17 R	Hängt der Beginn der Frist des § 13 Abs 3a S 1 SGB 5 davon ab, wann der Krankenkasse die für die Entscheidung erforderlichen Unterlagen vorliegen? Gewährt § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 einen Sachleistungsanspruch eigener Art?	***LSG Bayern***, Urt. v. 12.01.2017 - L 4 KR 295/14 -	17-03-134
Genehmigungsfiktion: Fünf-Wochenfrist bei Einholung eines MDK-Gutachtens ohne Mitteilung	B 1 KR 3/17 R **Termin:** 26.09.2017	Führt die Verletzung der Pflicht der Krankenkasse in § 13 Abs 3a S 2 SGB 5, den Antragsteller darüber zu unterrichten, dass sie eine gutachtliche Stellungnahme einholt, zu einer Geltung der 3-Wochenfrist des § 13 Abs 3a S 1 SGB 5?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 21.02.2017 - L 11 KR 2090/16 -	17-02-127
Frist: Unterrichtung über MDK	B 1 KR 20/17 R B 1 KR 21/17 R	Führt die Verletzung der Pflicht der Krankenkasse nach § 13 Abs 3a S 2 SGB 5, die Antragstellerin darüber zu unterrichten, dass sie eine gutachtliche Stellungnahme	***LSG Hessen***, Urt. v. 18.05.2017 - L 8 KR 159/16 -	17-03-118 17-03-119

		einholt, zur Geltung der 3-Wochenfrist des § 13 Abs 3a S 1 Fall 1 SGB 5?	- L 8 KR 42/16 -	
Fristverlängerung (Liposuktion bei Lipödem)	B 1 KR 8/17 R **Termin:** 26.09.2017	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer stationären Liposuktion zu übernehmen, wenn sie einer Versicherten nicht innerhalb der Frist des § 13 Abs 3a S 1 SGB 5 beschieden hat, ohne ihr hinreichende Gründe für die Überschreitung der Frist mitzuteilen?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 02.03.2017 - L 5 KR 217/16 -	17-02-112
Genehmigungsfiktion: Unterschenkelprothese Reha-Leistung?		Handelt es sich bei einer Definitiv-Unterschenkelprothese mit Prothesenfuß um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation und ist deshalb § 13 Abs 3a SGB 5 nicht anwendbar?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 05.01.2017 - L 5 KR 43/16 -	17-04-
Genehmigungsfiktion: Leistungen der medizinischen Rehabilitation/Aufhebung der Genehmigungsfiktion	B 3 KR 12/17 R	Zur Auslegung des Ausnahmetatbestandes für beantragte, nicht rechtzeitig im Sinne des § 13 Abs 3a SGB 5 erbrachte "Leistungen der medizinischen Rehabilitation" (§ 13 Abs 3a S 9 SGB 5). Zur Frage der verfahrensrechtlichen Aufhebung der Genehmigungsfiktion beziehungsweise des fingierten Verwaltungsaktes und der Einbeziehung des Verwaltungsaktes in das sozialgerichtliche Verfahren.	***LSG Bayern***, Urt. v. 31.01.2017 - L 5 KR 471/15	17-02-133
Genehmigungsfiktion: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode ohne Empfehlung des GBA	B 1 KR 6/17 R **Termin:** 26.09.2017	Liegt eine beantragte, nicht rechtzeitig im Sinne des § 13 Abs 3a SGB 5 erbrachte Leistung, für den Versicherten erkennbar schon dann offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn es sich um eine neue Behandlungsmethode handelt, für die der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine Empfehlung nach § 135 SGB 5 abgegeben hat?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 02.03.2017 - L 5 KR 277/16	17-02-118
Kein Sachleistungsanspruch aufgrund der Genehmigungsfiktion (Therapiedreirad)	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.	***LSG Hessen***, Urt. v. 10.12.2015 - L 1 KR 413/14 -	16-01-118
Genehmigungsfiktion und Sachleistungsanspruch	B 1 KR 26/16 R **Termin:** 11.07.2017	Gewährt § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 einen Sachleistungsanspruch eigener Art?	***LSG Bayern***, Urt. v. 07.09.2016 - L 20 KR 597/15 -	16-04-120
Sachleistungsanspruch	B 1 KR 7/17 R B 1 KR 12/17 R B 1 KR 16/17 R Zurücknahme	Gewährt § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 einen Sachleistungsanspruch eigener Art?	***LSG Nordrhein-Westfalen, Urt***. v. 06.12.2016 - L 1 KR 680/15 - ***LSG Bayern***, Urt. v. 12.01.2017 - L 4 KR 37/15 - ***LSG Saarland***, Urt. v. 22.02.2017 - L 2 KR 47/16 -	17-01-96 NZB 17-03- 17-03-151
Genehmigungsfiktion und Liposuktion	B 1 KR 1/17 R **Termin:** 11.07.2017	Findet § 13 Abs 3a SGB 5 Anwendung, wenn die Krankenkasse nicht fristgerecht über einen Antrag auf stationäre Liposuktion entscheidet?	***LSG Baden-Württemberg***, Beschl. v. 13.09.2016 - L 4 KR 320/16 -	16-04-121 NZB
Genehmigungsfiktion und Liposuktion	B 1 KR 13/17 R	Findet § 13 Abs 3a SGB 5 Anwendung, wenn die Krankenkasse nicht fristgerecht über einen Antrag auf Liposuktion entscheidet?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 28.03.2017 - L 4 KR 97/15 -	17-03-146
Genehmigungsfiktion: Leistungsberechtigung/Einwendungsausschluss	B 1 KR 2/17 R	Ist eine Leistungsberechtigung durch den Eintritt der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 wirksam verfügt und die Krankenkasse mit allen Einwendungen ausgeschlossen?	***SG Köln***, Urt. v. 15.11.2016 - S 34 KR 1026/15 -	17-02-115
Genehmigungsfiktion: Zurücknahme/Sachleistungsanspruch	B 1 KR 15/17 R	Wird ein nach Berufungseinlegung erlassener Bescheid, der den nach § 13 Abs 3a SGB 5 fingierten Verwaltungsakt zurücknimmt, Gegenstand des Berufungsverfahrens? Gewährt § 13 Abs 3a SGB 5 einen Naturalleistungsanspruch eigener Art?	***LSG Saarland***, Urt. v. 17.05.2017 - L 2 KR 24/15 -	17-03-156

Stationäre Behandlung

Teilstationäre Behandlung (Pharmakotherapie - Intravenöse Immunglobulin-Therapie)	B 1 KR 1/16 R **Termin:** 13.12.2016	Kommt es für die Durchführung einer neuen Behandlungsmethode im Krankenhaus 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?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 17.11.2015 - L 11 KR 1116/12 -	16-01-110
Liposuktion: Maßstab der evidenzbasierten Medizin	B 1 KR 13/16 R B 1 KR 10/17 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 - ***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 31.08.2016 - L 5 KR 609/16	16-02-102 NZB 17-03-126 NZB
	B 1 KR 22/17 R	Verlangt das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative im Sinne des § 137c Abs 3 SGB 5 die auf kontrollierte - nicht notwendig randomisierte - Studien gestützte Annahme, die betreffende Methode werde zu einem patientenrelevanten oder wirtschaftlichen Vorteil gegenüber der etablierten Standardbehandlung führen? Ist eine Besserstellung stationärer Liposuktionen nach § 137c Abs 3 SGB 5 gegenüber ambulanten mit dem Gleichheitssatz aus Art 3 Abs 1 GG vereinbar?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 18.05.2017 - L 5 KR 95/15 -	17-03-127

Auslandskrankenbehandlung

Arzneimittel

Avastin bei einem bösartigen Hirntumor	B 1 KR 10/16 R **Termin:** 13.12.2016	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 Zweitlinienterapie von Glioblastomen mit Avastin abgelehnt hat?	***LSG Bayern***, Urt. v. 05.07.2015 - L 5 KR 153/14 -	16-03-117 NZB
Immunglobuline bei monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz	B 1 KR 4/17 R	Hat ein Versicherter, der unter einem Antikörpermangelsyndrom bei Monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz (MGUS) leidet, einen Anspruch auf intravenös zu verabreichende Arzneimittel mit dem Wirkstoff Immunglobulin außerhalb deren Indikationsgebietes, wenn aus der Grunderkrankung eine Schwächung des körpereigenen Abwehrsystems resultiert, die bei einer bereits eingetretenen Häufung schwerster Lungenentzündungen im Falle weiterer Infekte einen tödlichen Krankheitsverlauf bewirken kann, aber die Immunglobulingabe die Infektanfälligkeit reduziert? Ist eine Grunderkrankung, von der ein lebensbedrohliches Risiko ausgeht, bei dem aber nicht absehbar ist, dass es sich innerhalb eines kürzeren überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit realisiert, eine lebensbedrohliche Erkrankung?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 24.01.2017 - L 4 KR 456/14 -	17-02-138

Hilfsmittel/Heilmittel

Festbetragsfestsetzung für Hörgeräte	B 3 KR 28/15 R Zurücknahme	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
Mehrkosten durch die Entsorgung von Inkontinenzmaterialien	B 3 KR 4/17 R	Umfasst der Anspruch auf Versorgung mit Inkontinenzmaterial auch die Kosten für die Entsorgung nach dem Gebrauch?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 19.10.2016 - L 5 KR 71/16 -	16-04-137 NZB

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	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urteil v. 19.11.2015	16-01-141 NZB

		gehörenden Gebäude pflegt ("Service-Wohnen")?	- L 5 KR 5/15 -	
Häusliche Behandlungspflege: Möbliertes Appartement im „Pflegehotel“	B 3 KR 3/17 R	Handelt es sich bei einem möblierten Appartement eines sog "Pflegehotels" eines Wohnstifts um einen "sonst geeigneten Ort" im Sinne von § 37 Abs 2 S 1 SGB 5? Häusliche Krankenpflege	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 15.12.2016 - L 5 KR 33/16 -	17-02-148

Fahrkosten

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankenhauskosten

Erfüllungsfiktion des § 107 SGB X	B 1 KR 15/16 R **Termin:** 28.03.2017	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
Rechnungskorrektur nach Ende des Haushaltsjahrs	B 1 KR 27/16 R **Termin:** 23.05.2017	Unter welchen Voraussetzungen ist ein Krankenhaus mit Nachberechnungen nach Ablauf des auf das Rechnungsjahr folgenden Haushaltsjahres auch bei beanstandeten Schlussrechnungen nach Treu und Glauben ausgeschlossen?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 22.09.2016 - L 5 KR 396/16 -	17-01-138
Risikoverteilung bei Wiederaufnahme wegen Komplikationen	B 1 KR 17/16 R Erledigt durch Anerkenntnis	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 **Termin:** 28.03.2017	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
Voraussetzungen einer Beurlaubung	B 1 KR 29/16 R **Termin:** 28.03.2017	Fordert das Wirtschaftlichkeitsgebot, dass die Behandlung eines Versicherten, der nach stationärer Diagnostik entlassen wurde, um sich über den geplanten Eingriff vertragsärztlich beraten zu lassen, und alsbald zur Durchführung des Eingriffs im selben Krankenhaus wieder stationär aufgenommen wurde, als ein nur durch Beurlaubung unterbrochener Behandlungsfall zu gelten hat?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 02.06.2016 - L 5 KR 38/16 -	17-01-146 NZB
Kodierung nicht vollendeter oder unterbrochener Prozeduren	B 1 KR 9/17 R **Termin:** 26.09.2017	Zur Kodierung von nicht vollendeten oder unterbrochenen Prozeduren.	***LSG Hamburg***, Urt. v. 20.07.2016 - L 1 KR 13/15 -	17-02-172 NZB
Zusatzentgelt	B 1 KR 17/17 R	Wie ist die Vereinbarung eines Zusatzentgelts gemäß § 6 Abs 2 KHEntgG im Rahmen der Auslegung des Qualitätsgebots zu berücksichtigen, wenn das Krankenhaus eine neue Behandlungsmethode - hier Implantation von endobronchialen Nitinolspiralen zur Lungenvolumenreduktion - anwendet?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 23.11.2016 - L 5 KR 1101/16 -	17-01-143 NZB
Kodierung einer primären fokalen Hyperhidrose	B 1 KR 25/17 R	Ist bei einer Krankenhausbehandlung wegen einer primären fokalen Hyperhidrose die Hauptdiagnose nach der Nr G90.8 oder nach der Nr R61.0 des ICD-10-GM 2009 zu kodieren?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 17.05.2017 - L 1 KR 56/14 -	
Maschinelle Beatmung	B 1 KR 18/17 R	Setzt die Entwöhnung von der maschinellen Beatmung im Sinne von Abschnitt 1001h der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2011 die vorherige Gewöhnung an den Respirator voraus und welchen Stellenwert hat bei der Auslegung der DKR das medizinische Begriffsverständnis?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 15.11.2016 - L 11 KR 4054/15	17-01-147 NZB
Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen	B 1 KR 19/17 R	Zum Anspruch der Krankenkasse auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen des Krankenhauses während des Rechtsstreits und zu den Anforderungen an die Dokumentation der im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) geregelten	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14.12.2016 - L 5 KR 4875/14 -	17-01-148 NZB

		Komplexleistungen.		
Aufwandspauschale und Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit	B 1 KR 24/16 R **Termin:** 23.05.2017	Gibt es bei der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung die Pflicht der Krankenkasse, eine Aufwandspauschale zu zahlen?	***SG Marburg***, Urt. v. 08.08.2016 - S 6 KR 93/16 -	16-04-165
	B 1 KR 28/16 R **Termin:** 23.05.2017	Gibt es bei Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung die Pflicht der Krankenkasse, eine Aufwandspauschale zu zahlen?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 21.06.2016 - L 16/1 KR 541/14 -	16-03-158 NZB

Ambulante Versorgung

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

Apotheken: Verhängung einer Vertragsstrafe nur mittels Verwaltungsakt	B 3 KR 16/16 R **Termin:** 29.06.2017	Hat eine Krankenkasse gegenüber einer Apothekerin eine Vertragsstrafe wegen Falschabrechnungen mittels Verwaltungsakt festzusetzen oder kann sie diese auch im Rahmen einer echten Leistungsklage geltend machen	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 20.09.2016 - L 11 KR 674/15 -	16-04-168
Apotheken: Zulässigkeit einer produktneutralen Verordnung von Impfstoffen	B 3 KR 5/17 R	Sind Apotheker im Falle einer produktneutralen Verschreibung von Impfstoffen ohne Nennung der Bezeichnung des Impfstoffs durch Vertragsärzte verpflichtet, anhand von Informationsmaterial der Krankenkassen rabattierte Impfstoffe auszuwählen und abzugeben?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 24.01.2017 - L 11 KR 4746/15 -	17-02-195
Vereinbarung über Abschlag bei Abgabe von Zytostatika	3 KR 6/17 R	Gestattet § 129 Abs 5 S 1 SGB 5 eine vertragliche Regelung über die Abrechnung von in Apotheken hergestellten Zytostatika auf Landesebene oder sind diese Regelungen nach § 129 Abs 5 S 3 SGB 5 ausschließlich der einzelvertraglichen Ebene vorbehalten?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 07.12.2016 - L 9 KR 333/13 -	17-02-192
Arzneimittelhersteller/Festbetrags-festsetzung: 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
Festbetrag für Medikinet® adult („Methylphenidat Gruppe 1“)	B 3 KR 7/17 R (alt: B 1 KR 5/17 R)	Verstößt die Neufestsetzung des Festbetrages für die Festbetragsgruppe Methylphenidat 1 vom 3.2.2014 des GKV-Spitzenverbandes, soweit damit auch ein Festbetrag für Medikinet® mit Wirkung vom 1.4.2014 festgesetzt worden ist, gegen § 35 SGB 5 und gegen höherrangiges Recht?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 26.01.2017 - L 1 KR 67/14 KL -	17-02-188
Festbetrages für „Levothyroxin-Natrium“	B 3 KR 10/17 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. 24.02.2017 - L 1 KR 80/14 KL -	17-02-189
Abschlagspflicht für Insulinpräparate ohne Patentschutz und Generika/Wirkstoffgleichheit	B 3 KR 11/17 R	Gilt die Abschlagspflicht für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel nach § 130a Abs 3b SGB 5 auch für zwei in demselben biotechnologischen Herstellungsprozess produzierte und wirkstoffidentische Arzneimittel oder ist diese auf Generika und ihre Referenzarzneimittel begrenzt?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 14.12.2016 - L 9 KR 213/13 -	17-02-190
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 -	16-04-171
Hilfsmittelverzeichnis: Darlegungs- und Beweispflichten des Herstellers	B 3 KR 13/17 R	Hat ein Hersteller eines Hilfsmittels Anspruch auf Eingruppierung seines Produkts in eine bestimmte Produktart des Hilfsmittelverzeichnisses (hier: Produktart 23.04.03.3 "Rahmenorthesen zur Führung und Stabilisierung des Kniegelenks mit Extensions-	***LSG Thüringen***, Urt. v. 28.03.2017 - L 6 KR 1809/13 -	17-03-216

		/Flexionsbegrenzung") oder ist der vom Gesetzgeber vorgegebene Zweck des Hilfsmittelverzeichnisses bereits dann erfüllt, wenn das betreffende Hilfsmittel überhaupt aufgenommen/gelistet wird?		
Hilfsmittelverzeichnis: Aufnahme des Speedy-Duo 2?	B 3 KR 3/16 R	Sind Vorspann- bzw Einhängefahrräder für Rollstühle mit Handkurbelantrieb und elektromotorischer Servounterstützung zum Erreichen von 10 km/h bzw 14 km/h in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 08.12.2015 - L 1 KR 61/11 -	16-01-184
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 **Termin:** 16.03.2017	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 **Termin:** 16.03.2017	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
Zulassung einer Ergotherapeutin: Weitere Fachkraft ausschließlich für Hausbesuche	B 3 KR 2/17 R	Kann die Zulassung einer selbstständigen Ergotherapeutin im Hinblick auf die freie Mitarbeit einer halbtags tätigen zweiten Ergotherapeutin erweitert werden, wenn die Praxis nur über einen ausreichend großen Behandlungsraum verfügt, die Mitarbeiterin aber ausschließlich Hausbesuche durchführen soll?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 13.05.2016 - L 4 KR 3332/15 -	16-03-174 NZB
Raumhöhe für physiotherapeutische Praxis	B 3 KR 16/17 R	Erfüllt ein Physiotherapeut auch dann die Voraussetzungen für eine Zulassung nach § 124 SGB 5, wenn die Raumhöhe seiner Praxis 2,50 m unterschreitet?	***LSG Thüringen***, Urt. v. 20.04.2017 - L 6 KR 936/14 -	17-03-218
Unterbliebene Durchführung des Schiedsverfahrens	B 3 KR 31/15 R **Termin:** 29.06.2017 B 3 KR 9/17 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 - ***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 21.02.2017 - L 11 KR 4278/15 -	16-01-185 17-02-200
Krankentransportunternehmer: Klagebefugnis bei Kassenäußerung zur Vorabgenehmigungspflicht	B 3 KR 19/15 R Erledigt durch Vergleich (11/2016)	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 Einbehalten 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				
Verwaltungsakt gegenüber Versicherten ohne	B 1 KR 29/15 R **Termin:** 13.12.2016	Kann sich die Berufsgenossenschaft nach Gewährung von Leistungen an einen Versicherten, für die sie Erstattung von der Krankenkasse begehrt, zu Lasten der	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 21.07.2015	15-04-139

Tatbestandswirkung		Krankenkasse darauf berufen, dass sie gegenüber dem Versicherten einen ihre Leistungszuständigkeit ausschließenden bestandskräftigen Verwaltungsakt erlassen hat?	- L 11 KR 1601/14 -	
	B 1 KR 25/16 R (alt: B 2 U 18/15 R) **Termin:** 13.12.2016	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
Spielraum zur Erhöhung der Vorstandsbezüge	B 1 A 1/17 R (alt: B 1 KR 23/17 R)	Kann die Aufsichtsbehörde die Zustimmung zu einer Vergütungserhöhung für den Vorstandsvorsitzenden einer Krankenkasse verweigern, wenn die geplante Erhöhung die Trendlinie, die von der Aufsichtsbehörde unter Berücksichtigung aller gezahlten Vorstandsgehälter ermittelt wurde, um mehr als 30 Prozent überschreitet?	***LSG Bayern***, Urt. v. 21.03.2017 - L 5 KR 334/15 KL -	17-04-

GBA

Sonstiges

Abgabepflicht für Mitarbeiter eines Ärzteblatts einer Ärztekammer	B 3 KS 3/15 R **Termin:** 28.09.2017	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 **Termin:** 29.11.2016 (omV)	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.sozial-gerichtsbar-keit.de = juris
Künstlersozialabgabepflicht für Doktoranden	B 3 KS 1/16 R Erledigt durch Anerkenntnis (11/2016)	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
Selbstständige Tätigkeit/abhängige Beschäftigung im Rundfunk	B 1 KR 31/16 R (alt: B 12 KR 21/16 R) **Termin:** 28.09.2017	Gelten die im Arbeits- und Sozialrecht weitestgehend übereinstimmenden Kriterien für die Abgrenzung von selbstständiger Tätigkeit und abhängiger Beschäftigung auch im Bereich der Rundfunkanstalten?	***LSG Hessen***, Urt. v. 06.10.2016 - L 8 KR 101/14 -	juris