

## Rechtsprechungsinformationsdienst 18-01

<b>REDAKTION</b>	<b>8</b>
<b>EDITORISCHE HINWEISE</b>	<b>8</b>
<b>A. VERTRAGSARZTRECHT</b>	<b>9</b>
<b>I. Honorarverteilung</b>	<b>9</b>
1. Vergütung ab 2012/Individuelles Leistungsbudget: Anstellung einer Ärztin in MVZ	9
2. Vergütung Quartal I/09 bis IV/11	9
a) Regelleistungsvolumen	9
aa) BAG-Zuschlag zum RLV bei Ärzten mit Schwerpunktbezeichnung	9
bb) Praxisbesonderheiten: Keine Summierung verschiedener Leistungsbereiche	10
b) Dialyseärzte haben „besonderen Versorgungsauftrag“	10
3. Keine Anfechtbarkeit eines bestandskräftigen Regelleistungsvolumens	11
4. Abschlagszahlungen für MVZ nur gegen Sicherung	11
5. Rückforderung einer Überzahlung von Insolvenzverwalter	11
6. Abänderung eines Nachvergütungsbescheids wird Gegenstand des Honorarklageverfahrens	12
7. Konstante Erwerbschancen (Beschäftigungsverbot aufgrund Schwangerschaft/HVM KZV Hessen)	12
<b>II. Sachlich-rechnerische Berichtigung</b>	<b>13</b>
1. Prüfantrag einer Krankenkasse/Ausschlussfrist	13
2. Plausibilitätsprüfung	13
a) Keine fachliche Beschränkung von Überweisungen in Abrechnungsordnung einer KV	13
b) Missverständnis von der Abrechenbarkeit bestimmter Leistungen	14
c) Übertragung der Prüfung auf Folgequartale/Bronchoskopie nach Nr. 09315 EBM	14
d) Beispielhafte Prüfung/Fachgruppendurchschnitt/Narkosen/Überwachung der Vitalfunktionen	15
e) Nebeneinanderberechnung der Nr. 30708 und 30702 EBM	15
f) Berücksichtigung einer Job-Sharing-Kürzung bei anschließender Plausibilitätsprüfung	16
3. Fachfremde Leistungen: Vertrauensschutz bei Hinweis in Vorquartalen durch Vertragsarzt	17
4. Akupunktur: Ärztlich dokumentiertes Schmerzintervall unmittelbar vorausgehend	17
5. Krankenhaus-Notfallambulanz: Darlegungslast für Labor- und Röntgenleistungen	17
6. Sprechstundenbedarf/Frist/Pflicht zur Selbstinformation	18
7. Auslegung eines gerichtlichen Vergleichs: „Vereinbarung erlischt“	18
8. Aussetzung einer Rückforderung: Fehlende Glaubhaftmachung der Eilbedürftigkeit	18
<b>III. Genehmigung/Disziplinarrecht</b>	<b>18</b>
1. Teilnahme an der Onkologie-Vb nur bei Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung	18
2. Dialyseversorgung: Ausscheiden aus einer überörtlichen BAG und Anfechtungsberechtigung	19
3. Vorbereitungsassistenten für zahnmedizinisches MVZ mit angestellten Zahnärzten	19
4. Disziplinarmaßnahme wegen nicht nachgewiesener Fortbildungen	20
<b>IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz</b>	<b>20</b>
1. Arzneikosten	20
a) Zuständigkeit der KV bei fehlerhafter Angabe der Krankenkasse	20
b) Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens nach Tod des Vertragsarztes	21
c) Richtgrößenprüfung: Zustellung des Widerspruchsbescheides ist keine individuelle Beratung	21
d) Kein Off-Label-Use bei fehlender Fertilität und Verordnungsalternative	21
e) Gebrauchsfertigmachen monoklonaler Antikörper	21
2. Vertragszahnärzte	22
a) Statistischer Kostenvergleich: Übermäßiger Anteil kostenintensiver Behandlungen	22
b) Parodontosebehandlung: Zeitspanne nach Beendigung der Vorbehandlung/Dokumentation	22
<b>V. Zulassungsrecht</b>	<b>22</b>
1. Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	22
a) Anstellung einer Ärztin in MVZ als Eigenbetrieb/Zulassungsmoratorium	22
b) Beschäftigung einer Ärztin in der fachinternistischen und hausärztlichen Versorgung	23
c) Herausgabe einer Bürgschaftsurkunde nach Gesellschafterwechsel	23
2. Keine Unterbrechung eines Verfahrens zur Praxisverlegung durch Insolvenzeröffnung	24
<b>VI. Gesamtvergütung/Hausarztvertrag/Integrierte Versorgung</b>	<b>24</b>

1. Honorarkürzung wg. Nichterfüllung der Fortbildungspflicht: Anspruch der Krankenkasse	24
2. Hausarztvertrag: Honorarkorrektur	25
3. Integrierte Versorgung: Rückforderung rechtsgrundlos gezahlter Honorare	25
<b>VII. Verfahrensrecht/Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV)</b>	<b>26</b>
1. Kein Ruhen des Verfahrens bei fehlender Vorgeiflichkeit	26
2. Ablehnungsgesuch gegen ehrenamtlichen Richter: Zuständigkeit des Kammervorsitzenden	26
3. Heranziehung der Einnahmen aus Sonderverträgen zur EHV ist rechtmäßig (Quartal IV/11)	26
<b>VIII. Bundessozialgericht (BSG)</b>	<b>26</b>
1. BVerfG: Laborärzte/Kostenpauschale Nr. 40100 EBM (Ausschluss von Versandkosten)	26
2. Sachlich-rechnerische Berichtigung	27
a) Patientenbezogene Plausibilitätsprüfung: Hausärztin und hauptsächlich fachärztliches MVZ	27
b) Nr. 26315 EBM nicht neben Kostenpauschalen nach der Onkologie-Vereinbarung	27
3. BVerfG: Mitnahme eines nephrologischen Versorgungsauftrags nach Ausscheiden aus BAG	28
4. Klagebefugnis bei Verlängerung einer Zweigpraxisgenehmigung eines Nephrologen	28
5. Praxisverlegung: Beachtung der lokalen Versorgungslage	28
6. Gesamtvergütung	29
a) Zuschläge auf den Orientierungswert	29
b) Bindung an Vorgaben des Bewertungsausschusses (Veränderungsrate 2013 Bayern)	29
c) Ausgleichsverfahren zwischen West- und Ost-KVen	29
<b>B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT</b>	<b>30</b>
<b>I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung</b>	<b>30</b>
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	30
a) Immuntherapie mit dendritischen Zellen	30
aa) Immuntherapie mit verschiedenen Therapien bei rezidivierendem Mammakarzinom	30
bb) Behandlung eines Hirntumors	30
b) EOS-Röntgen 3D-Wirbelsäulendarstellung	30
c) Ambulante Liposuktion	30
<b>II. Stationäre Behandlung</b>	<b>31</b>
1. Adipositas-chirurgische Maßnahme: Ausnahmefall ohne vorheriges Therapiekonzept	31
2. Keine Behandlung in Nichtvertragskrankenhaus/Liposuktion keine Leistung der GKV	31
3. Brustverkleinerungsoperation (Mammareduktionsplastik)	31
a) Notwendigkeit einer vorherigen Gewichtsreduktion	31
b) Andere Heilungsmaßnahmen möglich	32
4. Versorgung mit dem Medikament Nerixia® (Wirkstoff: Neridronat)	32
5. Enge zeitliche Grenzen für Anschlussheilbehandlung im gerichtlichen Rechtsschutz	32
<b>III. Kostenerstattung</b>	<b>33</b>
1. Genehmigungsfiktion	33
a) Frist: Taggenau bestimmte Fristverlängerung/Cannabinoidversorgung ohne ärztliche Verordnung	33
b) „Erforderliche“ Leistung	33
aa) Leistungsanspruch unabhängig vom Wirtschaftlichkeitsgebot (Hautstraffungsoperationen)	33
bb) Kein Anspruch auf Behandlung durch Privatarzt	33
cc) Ärztliche Befürwortung einer Liposuktionsbehandlung	34
c) Sachleistungsanspruch	34
aa) Magenbypass-Operation als Sachleistung	34
bb) Ambulante Liposuktionsbehandlung	34
d) Beschränkung auf Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (Liposuktion)	34
e) Elektrorollstuhl kein Gegenstand der medizinischen Rehabilitation/Zurücknahme	35
f) Bestimmtheit des Antrags: Medizinal-Cannabis	35
g) Ruhen des Anspruchs nach § 13 IIIa SGB V während Auslandsaufenthalts	35
2. Keine Kostenerstattung für vertragsärztliche Behandlung	36
3. Auslandsbehandlung	36
a) Kosten einer Behandlung in türkischer Privatklinik	36
b) Zahnarzt im EU-Ausland: Notwendigkeit der Vorlage eines Heil- und Kostenplans	36
4. Behandlung durch Podologen bei Systemmangel (eingewachsene Zehennägel)	37
5. Ausübung des Wahlrechts nach § 13 II SGB V (A-V-Impulse-System)	37
<b>IV. Arzneimittelversorgung</b>	<b>38</b>
1. Versorgung mit Cannabisprodukten	38
a) Keine Erprobung sämtlicher alternativer Behandlungsmöglichkeiten erforderlich	38
b) „Schwerwiegende Erkrankung“/Folgenabwägung bzgl. Therapiealternativen	38
c) Therapiealternativen/Wunsch als experimenteller Therapieversuch	38

d) Fertigarzneimittel Sativex (Mundspray)	39
aa) Cannabis-Mundspray bei chronisch schweren Bauchschmerzen	39
bb) Fertigarzneimittel auf Basis eines Cannabisextrakts	39
cc) Erlaubnis nach § 3 II BtMG/Erfolgsaussichten	40
e) Vertragsärztliche Verordnung erforderlich	40
f) Dronabinol bei hereditärem Angioödem bei C 1 Esterase Mangel	40
2. Grundsätzlicher Anspruch auf Mehrbedarfsleistung nach § 21 VI SGB II	41
<b>V. Hilfsmittel/Heilmittel</b>	<b>41</b>
1. Nur einmalige Zuzahlung bei monatlicher Pauschalzahlung der Krankenkasse	41
2. Oberschenkelprothese mit Genium-Kniegelenk	41
3. Fußhebersystem	42
a) Neue Behandlungsmethode	42
b) Fußhebersystem mit Neurostimulator (Myoorthese) bei MS	42
4. Mobilgerät für Flüssigsauerstoff	42
5. Therapiedreirad für blindes Kleinkind	42
6. Hörgerät: Beratungspflichten/Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile am Arbeitsplatz	43
7. Blindenführhund bei Kombination aus Blindheit und Gehbehinderung	43
8. Neues Heilmittel Nervenrehabilitation/Drohender Verlust der Sehfähigkeit auf einem Auge	43
<b>VI. Rehabilitation/Präventionsmaßnahme/Häusliche Krankenpflege/Zuzahlung</b>	<b>44</b>
1. Rehabilitation	44
a) Keine stationäre Reha-Maßnahme bei ambulanten Behandlungsmöglichkeiten	44
b) Begleitperson während stationärer Rehabilitationsmaßnahme erfordert tatsächliche Mitaufnahme	44
2. Irrtümliche Teilnahme an einer Präventionsmaßnahme	44
3. Häusliche Krankenpflege und einstweiliger Rechtsschutz	45
4. Berufungsfähigkeit bei Zuzahlung: Jeweils auf das Kalenderjahr bezogen	45
<b>VII. Beziehungen zu Krankenhäusern</b>	<b>45</b>
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	45
a) Korrektur einer Krankenhausabrechnung auf Grundlage eines MDK-Gutachtens	45
b) Kein Rückforderungsanspruch bei Unterlassen der Prüfung durch MDK	46
c) Keine Ausschlussfrist in Prüfvereinbarung	46
d) Transkatheter-Aortenklappen-Implantation keine Grundversorgung	46
e) Anforderung nur im Einzelfall abrechnungsrelevanter Daten	46
2. Gebärdensprachdolmetscherkosten	47
3. Fallpauschalen	47
a) Hauptdiagnose: Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme	47
b) Nahrungsaufnahme als Nebendiagnose	47
c) Einheitlicher Behandlungsfall mit einer Unterbrechung	48
d) Implantation der Knie-TEP nach Krankenhausplan vom Gebiet „Chirurgie“ umfasst	48
e) Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Maßnahmen (M96)	48
f) Maschinelle Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	48
g) Beatmung mit High-Flow-Nasenkanülen	49
h) Anrechenbare Beatmungsstunden	49
i) Keine besonderen Anforderungen an Beatmungsdokumentation	49
j) Suprapubischer Verweilkatheter ist Implantat	50
k) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	50
l) Sepsis: Nachweis einer Infektion	50
m) Lippenbiopsie ohne Inzision an Mund und Mundhöhle	50
n) Teilstationäre onkologische Krankenhausbehandlung: Arzneimittel als Einzelmenge	50
o) Keine grundrechtsorientierte Leistungsgewährung bei abzulehnender Arzneimittelzulassung	51
p) Halbstündige Transportentfernung (OPS 8-98b)	51
4. Aufwandspauschale	51
a) Aufwandspauschale nach Novellierung	51
b) Keine Begrenzung der Aufwandspauschale auf Auffälligkeitsprüfungen	52
c) Keine Unterscheidung der Prüfung	52
<b>VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern</b>	<b>53</b>
1. Apotheken	53
a) Keine Auskunftspflicht über die Einkaufspreise des Lohnherstellers	53
b) Bedeutung der Lauer-Taxe: Oxybutynin Instillationssets	53
c) Vitaminspritzen als Rezepturarzneimittel mit Rezepturzuschlag	53
2. Hilfsmittelerbringer	54
a) Keine Verweisung einer vergaberechtlichen Streitigkeit	54
b) Ausschreibung von Verträgen zur Hilfsmittelversorgung: Unzuständigkeit der Sozialgerichte	54
3. Möglichkeit der Kündigung einer Krankentransportvereinbarung durch Krankenkasse	54

<b>IX. Angelegenheiten der Krankenkassen</b>	<b>55</b>
1. Elektronische Gesundheitskarte	55
a) Ausstellung einer elektronischen Gesundheitskarte	55
b) Kein Anspruch auf Ausstellung quartalsbezogener Berechtigungsnachweise	55
2. Mitteilung über die Ausschüttung einer Prämie an Finanzverwaltung	55
3. Datenauskunft/Mitteilung an Hauptzollamt/Finanzbehörden	55
4. Erstattungsansprüche: Adaptionsbehandlung im Anschluss an Drogenentwöhnungstherapie	56
<b>X. Sonstiges</b>	<b>56</b>
1. Kosten der Reparatur eines Treppenliftes	56
2. Verfahrensrecht	56
a) Gerichtsbescheid des LSG bei erstinstanzlicher Zuständigkeit (Klage eines Versicherten gg. GBA)	56
b) Keine Feststellungsklage auf Feststellung der Verfahrenskostentragung	56
c) Urteilsbegründung nach Rechtsmittelverzicht	57
d) Kostenentscheidung nach Erledigung des Rechtsstreits in der Hauptsache	57
<b>XI. Bundessozialgericht (BSG)</b>	<b>57</b>
1. Kopforthesenbehandlung	57
2. Zahnärztliche Behandlung: Zahnreinigung	57
3. Genehmigungsfiktion	58
a) Kopfthese (Helmtherapie)/Notwendigkeit/Selbstbeschaffung	58
b) Neue Behandlungsmethode ohne Empfehlung des GBA	58
c) Fristverlängerung/Erforderlichkeit (Liposuktion bei Lipödem)	58
4. Beziehungen zu Krankenhäusern	58
a) Überprüfungsrecht auf sachlich-rechnerische Richtigkeit/Fallzusammenführung	58
b) Voraussetzungen einer Beurlaubung	59
c) Modulare Endoprothese (OPS-Kodes 5-829.d)	59
d) Rechnungskorrektur nach Ende des Haushaltsjahrs	59
e) Aufwandspauschale	60
aa) Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit	60
bb) Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit/Keine Rückwirkung der Neuregelung	60
5. Ausschluss der Masseure von Manueller Therapie	60
6. Verfahrensrecht	60
a) Verständigung mit einer hör- oder sprachbehinderten Person/Hörgeräteversorgung	60
b) Geltendmachung eines Verstoßes gegen die tatrichterliche Sachaufklärungspflicht	61
c) Voraussetzungen einer Revision	61
aa) Klärungsfähigkeit einer Rechtsfrage bei Divergenz	61
bb) Anforderungen an Begründung einer zugelassenen Revision	62
cc) Erfolgreiche Rüge bei offenkundiger Divergenz: Rückforderung einer Krankenhausvergütung	62
<b>C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE</b>	<b>63</b>
<b>I. Ärztliches Berufsrecht</b>	<b>63</b>
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis	63
a) Widerruf der Approbation: Betrug zu Lasten der eigenen Krankentagegeldversicherung	63
b) Ruhen der ärztlichen Approbation: Unrichtige Gesundheitszeugnisse/Vermögensdelikte	63
2. Anerkennung von Abschlüssen: Zahnärztliche Approbation für syrischen Zahnarzt	64
3. BVerwG: Psycholog. Psychotherapeutin/Master in Psychologie mit klin. Psychologie ausreichend	64
4. Prüfung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Multiple-Choice	64
5. Verfahrensordnung für Sprachtests bei Anträgen auf Erteilung einer ärztlichen Berufszulassung	64
6. Zulassung zur Feststellung der Seediensstauglichkeit	65
7. Berufspflichten	65
a) Anwendung des Maßnahmeverbots im berufsgerichtlichen Verfahren	65
b) Arzt auf der Damentoilette	66
c) Werbung auf einer Homepage für Bleaching mit Preisangabe	66
8. Operationsverbot für an HIV erkrankten Arzt für plastische Chirurgie	66
9. Einstweilige Anordnung gegen infektionsschutzrechtlichen Hausbesuch	66
10. Strafrecht	67
a) Hinweis auf Schwangerschaftsabbrüche in der Praxis	67
b) Sterbehilfearzt: Keine versuchte Tötung auf Verlangen durch Unterlassen	67
c) Erkennungsdienstliche Behandlung bei Delikten gegen die sexuelle Selbstbestimmung	67
11. Psychiatrischer Sachverständiger: Gespräch mit dem Probanden ist selbst durchzuführen	68
12. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht	68
a) Keine „Praxisklinik“ ohne Klinikertaubnis nach Gewerbeordnung	68
b) Abmahnverein und Praxiswerbung: Fehlende Klagebefugnis	68
13. Adressat des Einsichtnahmerechts des Patienten in Patientenakte	68
14. Sozialversicherungspflicht	69

a) Keine rückwirkende Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht	69
b) Praktische Tätigkeit nach § 2 PsychTh-APrV sozialversicherungspflichtig	69
<b>15.</b> Unterlassungsanspruch: Löschung einer negativen Bewertung in einem Bewertungsportal	69
<b>16.</b> Gewinnabführungspflicht bei Fortführung der Arztpraxis im Insolvenzverfahren	70
<b>17.</b> Plagiat bei einer experimentellen medizinischen Doktorarbeit	70
<b>18.</b> Ärztekammer	70
a) Ungültige Wahl Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern 2014	70
b) Nichtselbstständige Tätigkeit als Berufsschullehrer	70
c) Kein Unterlassungsanspruch wegen Auskunft zur „Germanischen Neuen Medizin“	70
<b>19.</b> Versorgungswerk	71
a) Berufsunfähigkeit	71
aa) Alle beruflichen Tätigkeiten nach Berechtigung und Befähigung	71
bb) Berufsunfähigkeitsrente wegen neuropathischen Schmerzsyndroms	71
cc) Kein Nachweis bei gezieltem Täuschungsmanöver	71
b) Vorgezogenes Altersruhegeld	72
c) Anrechnung von berufsständischen Versorgungsleistungen auf Beamtenversorgung	72
d) Keine Befreiung von Rentenversicherungspflicht für Unternehmensberater	72
<b>II. Arzthaftung</b>	<b>72</b>
<b>1.</b> Bundesgerichtshof (BGH)	72
a) Verbundene Amtshaftungsklage und Klage gegen Universitätsklinik	72
b) Rechtliches Gehör: Übergehen vorgetragener Umstände	73
c) Subsidiarität im Nichtzulassungsbeschwerdeverfahren	73
<b>2.</b> Stationäre Entbindung ohne Anerkennung als Belegarzt	73
<b>3.</b> Behandlungsfehler	73
a) Kenntnissnahme von Laborbefund in Hausarztpraxis	73
b) Kein Diagnoseirrtum nach Sturzverletzung	74
c) Befunderhebungsfehler: Unterlassen einer Stanzbiopsie bei Mammakarzinom	74
d) Vorwurf einer Infektion wegen Hygienemängeln/Geänderter Beweisbeschluss	74
e) Zurücklassen eines Vaginaltupfers: Keine Zählkontrolle erforderlich	75
f) Beendigung einer psychotherapeutischen Behandlung	75
g) Erleben der behandlungsfehlerhaft begleiteten Geburt des Sohnes durch Vater	75
<b>4.</b> Aufklärung/Einwilligung	75
a) Keine Aufklärungsrüge in verjährter Zeit	75
b) Beweiswürdigung hinsichtlich eines Aufklärungsgesprächs	76
c) Anaphylaktischer Schock durch Einnahme von Cefadroxil	76
d) Empfängnisverhütung: Aufklärung über Wirksamkeit einer Kupferspirale	76
e) Partielle Trisomie 13 und Beratung über Amniozentese	77
f) Risikoauflärung vor Operation zur Entfernung des Osteosynthesematerials	77
g) Aufklärung bei relativer Indikation zur Operation an der Lendenwirbelsäule/Schmerzengeld	77
h) Aufklärungsverschulden vor einer videoassistierten Thorakoskopie	77
i) Operation am offenen Herzen: Risiko eines Myokardinfarktes	78
j) Streitgegenstand/Aufklärung und Zurechnungszusammenhang: Extraktion mehrerer Zähne	78
<b>5.</b> Schmerzengeld bei Schwerstbehinderung und Zerstörung der Persönlichkeit	78
<b>6.</b> Sachverständige	78
a) Besorgnis der Befangenheit	78
aa) Scharfe verbale Reaktion des Sachverständigen	78
bb) Überschreiten des Gutachtauftrags: Ungefragte Stellungnahme zur Aufklärungspflicht	79
cc) Einhaltung der Frist für Ablehnungsgesuch	79
b) Haftung des Sachverständigen für aussagepsychologisches Gutachten im Strafprozess	79
<b>7.</b> Selbständiges Beweisverfahren: Rechtliches Interesse an vorprozessualer Klärung	79
<b>8.</b> Bedeutung der Parteianhörung	80
<b>9.</b> Kein Direktanspruch gegen Arzthaftpflichtversicherung in „Altfällen“	80
<b>10.</b> Erstattungsfähigkeit der Kosten mehrerer Prozessbevollmächtigter nach Klinikfusion	80
<b>III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel</b>	<b>80</b>
<b>1.</b> BVerwG: Blutegel zum Zweck der Arzneimittelherstellung	80
<b>2.</b> BGH: Großhandelszuschläge als Preisobergrenze	80
<b>3.</b> Apotheken	81
a) Videoüberwachung des Verkaufsraums einer Apotheke	81
b) Heilmittelwerberecht/Zugaben	81
aa) Unzulässige Zuwendung eines Blutzuckermessgeräts	81
bb) Zulässigkeit der Preisbindung und „Inländerdiskriminierung“ (Einkaufsgutschein)	81
cc) Unzulässige Wertbons für verschreibungspflichtige Arzneimittel	82
c) Rückerstattung der Umsatzsteuer (Zytostatika-Versorgung)	82
aa) Keine Rückerstattung der Umsatzsteuer bei Verträgen über Herstellung der Zytostatika	82
bb) Pflicht zur Rückerstattung von Umsatzsteuer für Zytostatika-Zubereitungen	82
cc) Berichtigung der Rechnungen als Voraussetzung	82

dd) Bruttopreisabrede schließt Rückforderung der Umsatzsteuer aus	83
ee) Bruttopreisabrede/Keine rechtliche Verpflichtung zur Vertragsanpassung	83
ff) Bruttoentgeltvereinbarung	83
gg) Vergütungsvereinbarung nur über tatsächlich anfallende Umsatzsteuer	83
hh) Kein Wegfall der Bereicherung bei Anspruch gegen Finanzamt	83
d) Verjährung der Zahlungsansprüche auf Beiträge zu einem Versorgungswerk	84
<b>4. Strafbarkeit des Inverkehrbringens von MMS-Produkten</b>	<b>84</b>
<b>5. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht</b>	<b>84</b>
a) Werbung bei fehlendem wissenschaftlichem Nachweis (Orthokin-Therapie)	84
b) Irreführende Werbung für homöopathisches Kopfschmerzmittel (sicherer Erfolg)	84
c) Angebot eines Medizinprodukts mit irreführenden Angaben über dessen Leistung	85
<b>6. Abgrenzung Lebens-/Nahrungsergänzungsmittel von Arzneimitteln (Ginkgo biloba-Trockenextrakt)</b>	<b>85</b>
<b>7. Beihilfe</b>	<b>85</b>
a) Plavix und zum Festbetrag erhältliche Arzneimittel	85
b) Arzneimittel auf der Grundlage traditioneller chinesischer Medizin	85
c) Physiotherapeutische Behandlungen	86
<b>IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe</b>	<b>86</b>
<b>1. Privatbehandlung</b>	<b>86</b>
a) Anfertigung von MRT-Aufnahmen als Persönlichkeitsrechtsverletzung	86
b) Nichteinhaltung eines vereinbarten Behandlungstermins	86
c) Wahlleistung durch die persönliche Anwesenheit des Chefarztes	86
d) Zahnärztliche Behandlung: Nr. 2290 und 2681 GOZ	87
<b>2. Private Krankenversicherung</b>	<b>87</b>
a) Hörgeräteversorgung für Arzt für Allgemeinmedizin	87
b) Kataraktoperation unter Einsatz eines Femtosekundenlasers	87
c) Wirksame Altersbegrenzung für Kinderwunschbehandlung	87
d) Leistungspflicht bei physiotherapeutischen Leistungen	87
e) Wirksame Leistungsbegrenzung auf die Höchstsätze amtlicher Gebührenordnungen	88
f) Stationäre Aknebehandlung	88
g) Tod des Versicherungsnehmers und Schweigepflichtentbindung	88
h) Anforderung an Folgeversicherungsvertrag nach Kündigung	88
<b>3. Beihilfe</b>	<b>89</b>
a) Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)	89
aa) Krankheitsbegriff/Vorbeugende Brustdrüsenentfernung aufgrund BRCA 2 Genmutation	89
bb) Auslegung ärztlicher Gebührenordnungen	89
b) Med. Notwendigkeit: Heranziehen von med. Leitlinien (CT-gesteuerte Facetteninfiltration)	89
c) Keine Beihilfe für „KernspinResonanzTherapie“ bei Coxarthrose	90
d) Katarakt-Operation unter Einsatz eines Femtosekundenlasers	90
e) Schwellenwertüberschreitung bei Augenoperation (Katarakt)	90
f) Teambesprechung zw. Arzt und weiteren Krankenhausmitarbeitern nicht nach Nr. 685 GOÄ	90
g) Heilpraktikerbehandlung	91
aa) Keine Tiefenhyperthermie durch Heilpraktiker	91
bb) Beschränkte Beihilfe für heilpraktische Leistungen (Tiefenhyperthermie)	91
h) Aufhebung einer Beihilfe	91
aa) Kein Vertrauensschutz nach Einreichung manipulierter Arztrechnungen	91
bb) Nachweis/„Grobe“ Fahrlässigkeit	92
i) Zahnärztliche Behandlung	92
aa) Voranerkennungsverfahren für implantologische Leistungen	92
bb) Weitergehende Implantatversorgung	92
cc) Implantologische Zahnarztleistungen: Implantatschrauben	92
dd) Kassenwechsel während kieferorthopädischer Behandlung	93
<b>V. Verschiedenes</b>	<b>93</b>
<b>1. Europäischer Gerichtshof (EuGH)</b>	<b>93</b>
a) Werbeverbot für ästhetische Chirurgie	93
b) „Bezweckte“ Wettbewerbsbeschränkung: Absprache zw. Arzneimittelherstellern (Avastin/Lucentis)	93
<b>2. BVerfG: Zulassung zum Medizinstudium teilweise verfassungswidrig</b>	<b>94</b>
<b>3. Bundesgerichtshof (BGH)</b>	<b>95</b>
a) Verdienstausschluss bei Schädigung eines selbstständigen Zahnarztes	95
b) Personenstandssache: Eintragung eines Frau-zu-Mann Transsexuellen als Mutter	95
c) Tabakwerbung im Internet	95
<b>4. Krankenhäuser</b>	<b>95</b>
a) Krankenhausplanung: Keine besondere Bedarfsanalyse für Schmerzklinik	95
b) Krankenhausfinanzierung	96
aa) Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	96
bb) Teilbarkeit des Entgelttableaus/Entgeltrechtliche Zentrumseigenschaft	96
cc) Zuschläge für kinderonkologisches Zentrum	96

c) Nothelferanspruch	97
aa) Höhe der Aufwendungen: Abrechnung „pro rata temporis“	97
bb) Fehlende Feststellung der Identität des Patienten	98
5. Rettungsdienst: Beteiligung an der interimswweisen Vergabe einer Dienstleistungskonzession	98
6. Pflegeeinrichtungen	98
a) Abgrenzung Wohngemeinschaft/Einrichtung eines Pflegedienstes	98
b) Überwachungspflicht des Pflegepersonals in psychiatrischer Einrichtung	99
c) Reinigung der Arbeitskleidung der Mitarbeiter eines Pflegezentrums	99
7. Pflegekräfte	99
a) Gesundheits- und Krankenpflegerin: Strafbare Medikamentenverwechslung	99
b) Sozialversicherungspflicht: Kooperationsvertrag zw. selbstst. Pflegedienst u. Sozialstation	100
8. Weitergabe von Patientendaten durch Arzthelferin: Außerordentliche Kündigung	100
9. Zahntechnikerhandwerk: „Meisterzwang“ verfassungsmäßig	100
10. Heilpraktikervorbehalt: „CranioSacraleTherapie“ auf Grund ärztlicher Verordnung	100
11. Sozialrecht	101
a) Impfschadensrecht: Nachweis der Impfkomplication	101
b) Delfintherapie keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation	101
c) Blindengeld	101
aa) Blindheitsnachweis	101
bb) Anrechnung von Landesblindengeld auf die Blindenhilfe	102
cc) Blindengeld in freiwilliger Krankenversicherung nicht beitragspflichtig	102
dd) Keine Einbeziehung des Landesblindengeldes bei Beitragsbemessung	102
d) Besonderer Bedarf: Fahrkosten zu Ärzten	102
e) Keine Gleitsichtbrille durch Jobcenter	103
f) Keine Gleitsichtbrille aus Vermittlungsbudget	103
g) Hörgerät: Alltagsgebrauch und berufsbedingter Mehrbedarf	103
12. Haftpflichtversicherer der Hersteller- u. Vertreiberfirma von Brustimplantaten: Kein Schadensersatz	103
13. Steuerrecht	104
a) Einkommensteuerrecht	104
aa) BFH: Aufwendungen einer Frau für IVF in gleichgeschlechtlicher Partnerschaft	104
bb) Liposuktion keine wissenschaftlich anerkannte Methode zur Behandlung eines Lipödems	104
cc) Kein Betriebsausgabenabzug eines Zahnarztes für Professorentitel in Ungarn	104
b) Umsatzsteuerrecht	104
aa) EuGH: Pharmazeutische Unternehmen/Abschläge für private Krankenversicherung	104
bb) BFH: EuGH-Vorlage/Steuerbefreiung med. Analysen (Facharzt f. Laboratoriumsdiagnostik)	105
cc) Laborarzt: Umsatzsteuerfreie Analyse und Befundung von Gewebeprobe	105
c) BFH: Körperschaftsteuerbefreiung für Abgabe von Faktorpräparaten zur Heimselbstbehandlung	105
<b>ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT</b>	<b>106</b>
<b>ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG</b>	<b>113</b>
<b>ANHANG III: BSG - ANHÄNGIGE VERFAHREN GROßER SENAT</b>	<b>120</b>

## 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](http://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](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 05.02.2018 eingestellten Entscheidungen.



## A. VERTRAGSARZTRECHT

### I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 24.01.2018 - **B 6 KA 2/17 R** - ist der Bescheid über die Mitteilung des **RLV** (für das Quartal II/09) ebenso wie der Honorarbescheid rechtswidrig, wenn der BAG **kein praxisbezogenes RLV** zugewiesen wurde, sondern für eines ihrer Mitglieder lediglich eine von den tatsächlich erreichten Fallzahlen abhängige Obergrenze. Diese Vorgehensweise steht nicht in Einklang mit höherrangigem Recht. Die Bestimmungen in § 87b II u. V SGB V a.F. sowie in Teil F Ziffer 1.2.4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses v. 27./28.8.2008 erfordern nicht nur eine arztpraxisbezogene Honorarabrechnung, sondern bereits eine **arztpraxisbezogene Zuweisung des RLV**. Nur eine solche Zuweisung gewährleistet, dass die Leistungserbringung durch die Mitglieder der BAG im Rahmen der durch das RLV gesetzten Grenzen flexibel gestaltet werden kann. Eine BAG, die sich selbst noch in der Aufbauphase befindet darf - wenn dies auch bei einem ihrer Mitglieder der Fall ist - nicht in typischen Konstellationen schlechter gestellt werden als eine BAG ohne Anfängerstatus. Nach BSG, Urt. v. 24.01.2018 - **B 6 KA 23/16 R** - besteht (im Quartal III/09) für eine Anknüpfung an die **Fallzahlen der vormaligen Einzelpraxis** eines seit 1986 zugelassenen Vertragsarztes, der von einem 2007 gegründeten **MVZ** angestellt wird, keine Rechtsgrundlage. Auch eine Anpassung des RLV unter dem Gesichtspunkt einer Praxis in der **Anfangsphase** kommt nicht in Betracht, wenn nach dem HVV eine Praxis in den ersten 20 Quartalen ab der Zulassung als Anfängerpraxis anzusehen ist. Auch wenn das MVZ noch in der Anfangsphase, muss, da das dem MVZ zuzuweisende RLV sich aus der Addition der RLV für die einzelnen dort tätigen Ärzte ergibt, auch der einzelne Arzt noch Anfängerstatus beanspruchen können. Das ist dann nicht mehr der Fall, wenn er vor seiner Tätigkeit im MVZ bereits über einen den Anfängerstatus ausschließenden Zeitraum in demselben Planungsbereich wie das MVZ vertragsärztlich tätig war. Im Interesse der Rechtssicherheit und der Praktikabilität der Honorarverteilung ist - mangels anderweitiger spezieller Regelungen durch die Gesamtvertragspartner oder die KV - typisierend auf die vorherige Tätigkeit im Planungsbereich abzustellen. Ob die Anerkennung als Praxis in der Anfangsphase hier auch deshalb ausscheidet, weil die Praxis ein **überdurchschnittliches Honorar** insbesondere mit freien Leistungen erzielt hat, kann offen bleiben. Es spricht allerdings viel dafür, dass eine Praxis mit überdurchschnittlichem Honorar, das ganz überwiegend außerhalb der RLV erzielt wird, keiner besonderen Förderung mehr bedarf.

#### 1. Vergütung ab 2012/Individuelles Leistungsbudget: Anstellung einer Ärztin in MVZ

**SG Hamburg, Urteil v. 18.10.2017 - S 27 KA 305/16**

**RID 18-01-1**

*Rechtskräftig*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V § 67b**

Bei der Zubilligung eines **individuellen Leistungsbudgets** ist eine **angestellte Ärztin eines MVZ**, die einen Arztsitz übernimmt, nicht einem neuzugelassenen Arzt hinsichtlich des Versorgungsauftrags gleichzustellen und ist ihr nicht ein Leistungsbudget in Höhe des arztgruppendurchschnittlichen Leistungsbudgets zuzuweisen. Hierin ist auch kein Verstoß gegen die Grundsätze der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu sehen. Das MVZ trägt das unternehmerische Risiko, wie es einen vorhandenen Versorgungsauftrag ausgestaltet. Sie ist nicht bei jedem neu übernommenen Versorgungsauftrag einer Anfängerpraxis gleichgestellt.

Das **SG** wies die Klage gegen den Honorarbescheid für das Quartal II/15 ab.

#### 2. Vergütung Quartal I/09 bis IV/11

##### a) Regelleistungsvolumen

##### aa) BAG-Zuschlag zum RLV bei Ärzten mit Schwerpunktbezeichnung

**LSG Sachsen, Urteil v. 08.11.2017 - L 1 KA 4/14**

**RID 18-01-2**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V § 87b**

**Leitsatz:** 1. Auch die **Beschlüsse des Bewertungsausschusses** nach § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 zur Berechnung und Anpassung der Regelleistungsvolumina sind als vertragsärztliche Vergütungsregelungen in erster Linie nach dem **Wortlaut auszulegen**.

2. Daher ist das Merkmal der „**fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft**“ im Sinne von Nr. 1 Satz 1 Buchst. b Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 20. April 2009 im **weiterbildungsrechtlichen** Sinne auszulegen. Zu berücksichtigen sind bei der Anwendung der Zuschlagsregelung nach diesem Beschluss auch

Schwerpunktbezeichnungen (hier: **Kinderradiologie und Neuroradiologie**), für die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab keine besonderen Gebührenordnungspositionen vorgesehen waren.

Die Kl. ist eine BAG, an der drei Fachärzte für **Nuklearmedizin** und neun Fachärzte für **Radiologie** bzw. Diagnostische Radiologie beteiligt waren. Von den Fachärzten für Radiologie waren eine Ärztin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinderradiologie und ein Arzt mit der Schwerpunktbezeichnung Neuroradiologie zugelassen. *SG Dresden*, Urt. v. 27.11.2013 - S 18 KA 280/10 - RID 14-03-5 wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. jeweils um 20 % erhöhte Regelleistungsvolumina für die Quartale III/09 und IV/09 aufgrund einer fach- und schwerpunktübergreifenden BAG zuzuweisen.

#### **bb) Praxisbesonderheiten: Keine Summierung verschiedener Leistungsbereiche**

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.10.2017 - L 7 KA 18/14**

**RID 18-01-3**

*Revision anhängig: B 6 KA 1/18 R*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V § 87b**

**Leitsatz:** 1. Die allgemeinen Grundsätze des **intertemporalen Verfahrensrechts** gelten auch für die untergesetzliche Normgebung.

2. Eine Kassenärztliche Vereinigung war im Jahre 2015 nicht befugt, den **Honorarverteilungsmaßstab** für das Quartal I/2009 nur im Benehmen mit den Krankenkassen zu **ändern**.

3. Zum Vorliegen von **Praxisbesonderheiten** (hier verneint im Falle einer Orthopädin mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie, bei der keiner der geltend gemachten Leistungsbereiche für sich genommen einen signifikanten Anteil - mindestens 12 % - am gesamten Leistungsgeschehen ausmacht).

Die kl. Fachärztin für Orthopädie/Rheumatologie beehrte ein höheres RLV für die Quartale I-IV/09. *SG Berlin*, Urt. v. 29.01.2014 - S 79 KA 247/11 - wies die Klage ab, das *LSG* verpflichtete die Bekl., über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten für das Quartal I/09 unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

#### **b) Dialyseärzte haben „besonderen Versorgungsauftrag“**

**LSG Hessen, Urteil v. 13.09.2017 - L 4 KA 34/14**

**RID 18-01-4**

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

Aufgrund der Vorgaben des Bewertungsausschusses waren die Gesamtvertragspartner auf Landesebene dazu verpflichtet, auch die seit dem Quartal II/05 weitestgehend durchgehend (bis auf die Quartale I und II/09) als freie Leistungen vergüteten **nephrologischen Behandlungsmaßnahmen** nach dem Kapitel 13.3.6 des EBM in **die RLV-Systematik mit einzubeziehen**.

Eine Genehmigung nach § 3 III der Anl. 9.1 zum BMV-Ä/EKV-Ä stellt einen „besonderen Versorgungsauftrag“ i.S. von Ziff. 3.5 S. 6 HVV 2010 bzw. Teil F, Ziff. I, 3.7 des Beschlusses des BewA vom 26.03.2010 dar. Indessen reicht die Übernahme des **besonderen Versorgungsauftrags** als solche nicht zur Erfüllung der tatbestandlichen Voraussetzungen einer Sonderregelung aus, da erforderlich ist, dass sich aus dem besonderen Versorgungsauftrag (oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung) eine Praxisbesonderheit „ergeben“ muss. Die Praxisbesonderheit muss also eine Folge der Übernahme des besonderen Versorgungsauftrags darstellen und besteht nicht aus der Übernahme des Versorgungsauftrags selbst. Ein „Mehr“ an fachgruppentypischen Leistungen reicht nicht aus. Innerhalb der Fachgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie stellen die nephrologischen Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM-Ä keine atypischen Leistungen dar.

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars und des Regelleistungsvolumens für das Quartal III/10 und hierbei insb. um die Frage, ob die Leistungen für die Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten sind. *SG Marburg*, Urt. v. 02.04.2014 - S 12 KA 888/11, S 12 KA 889/11 - RID 14-02-4 gab der Klage statt, das *LSG* wies auf Berufung der Bekl. die Klage ab.

### 3. Keine Anfechtbarkeit eines bestandskräftigen Regelleistungsvolumens

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 08.03.2017 - L 7 KA 3/14

RID 18-01-5

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB X § 44

**Leitsatz:** 1. Die **Zuweisung eines Individualbudgets** war als der Honorarfestsetzung vorangehende eigenständige Regelung gesondert **anfechtbar**. Aus dieser gesonderten Anfechtbarkeit folgt, dass ein Vertragsarzt, der die Zuweisung eines Individualbudgets hat **bestandskräftig** werden lassen, an diese Festsetzung gebunden ist und im nachfolgenden Honorarstreitverfahren nicht mehr deren Fehlerhaftigkeit geltend machen kann (wie B 6 KA 38/11 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 1).

2. § 44 Abs. 1 SGB X ist auf **vertragsärztliches Honorar** nicht anzuwenden, weil dieses **keine Sozialleistung** darstellt (wie B 6 KA 21/04 R - SozR 4-1300 § 44 Nr. 6)

*SG Berlin*, Ur. v. 27.11.2013 - S 71 KA 552/12 - gab der Klage statt und verpflichtete die Bekl., über den Honoraranspruch der Kl. für die Quartale II/05 bis IV/08 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden, das *LSG* wies die Klage ab.

### 4. Abschlagszahlungen für MVZ nur gegen Sicherung

LSG Bayern, Urteil v. 26.07.2017 - L 12 KA 17/15

RID 18-01-6

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 95 Ia, II 6

**Leitsatz:** 1. Aus § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V, mit dem der Gesetzgeber eine haftungsrechtliche Gleichstellung von Vertragsärzten in Einzelpraxis und in Gemeinschaftspraxis einerseits und medizinischen Versorgungszentren andererseits verfolgt, ergibt sich nicht, dass nicht auch auf der **Ebene der Abrechnungsbestimmungen** weitere **Sicherungen** für etwaige **Regressforderungen** geregelt werden können.

2. Ein Verstoß gegen den **Gleichheitssatz** (Art. 3 Abs. 1 GG) liegt nicht vor, da niedergelassene **Vertragsärzte** im Unterschied zu **MVZ** in Trägerschaft einer juristischen Person des Privatrechts mit beschränkter Haftung für Forderungen der KV oder der Krankenkassen persönlich mit ihrem privaten Vermögen voll haften, während sich eine MVZ-Träger-GmbH auf die Beschränkung der Haftung in Höhe des Gesellschaftsvermögens berufen kann.

Die Kl. begehren Abschlagszahlungen ohne Vorlage einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft. Die Kl. zu 1) und 2) sind Zusammenschlüsse von MVZ, die als überörtliche BAG in der Form einer GmbH oder in deren Trägerschaft betrieben werden. Die Kl. zu 3) ist ein MVZ, das ebf. in der Rechtsform einer GmbH betrieben wird. Ihnen ist gemeinsam, dass ihre Gesellschafter nicht ausschließlich natürliche Personen sind. Gemäß § 5 Ia 2 der Abrechnungsbestimmungen leistet die Bekl. Abschlagszahlungen an ein MVZ, das in der Organisationsform einer juristischen Person des Privatrechts betrieben wird und dessen Gesellschafter nicht ausschließlich natürliche Personen sind, nur dann, wenn das MVZ zur Sicherung von Forderungen der KVB und der Krankenkassen aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit eine selbstschuldnerische Bürgschaft einer Bank, die im Gebiet der Europäischen Union ansässig ist, in Höhe von fünf Abschlagszahlungen beigebracht hat. Die (jeweils fünffachen) Abschlagszahlungen für die Kl. zu 1) wurden mit 7.083.500 €, für die Kl. mit 4.119.000 € und die Kl. zu 3) mit 633.500 € beziffert. *SG München*, Ur. v. 24.09.2014 - S 43 KA 1033/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 5. Rückforderung einer Überzahlung von Insolvenzverwalter

SG München, Urteil v. 23.11.2017 - S 38 KA 1487/14

RID 18-01-7

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 87b; SGB X §§37 I, 39 I; InsO § 87

**Leitsatz:** 1. Kommt es in einem Quartal **nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens** zu **Überzahlungen**, weil den Abschlagszahlungen, geleistet nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens, kein oder ein geringeres Arzthonorar gegenübersteht, handelt es sich um eine **Masseverbindlichkeit** i.S.d. §§ 53, 55 InsO, die vorab aus der Insolvenzmasse zu befriedigen ist. Die Regelung des § 87 InsO, die nur für Insolvenzforderungen gilt, ist nicht anwendbar.

2. Bei einer solchen Masseverbindlichkeit ist die Kassenärztliche Vereinigung nicht gehindert, sich über einen **Verwaltungsakt** einen Titel zu verschaffen, aus dem, wenn die Voraussetzungen nach den Vollstreckungsgesetzen vorliegen, auch vollstreckt werden kann.

3. **Honorarbescheide** sind nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens nicht dem Insolvenzschuldner, sondern dem **Insolvenzverwalter zuzustellen** (§ 80 InsO).

4. Die **vierjährige Verjährungs- und Ausschlussfrist** (allg. § 45 Abs. 1 SGB I), von der die Rechtsprechung bei nachträglichen sachlich und rechnerischen Richtigstellungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen (vgl. BSG, Urt. v. 15.08.2012 - B 6 KA 27/11 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 37) ausgeht, gilt nicht für den **erstmaligen Erlass eines Honorarbescheides**.

Der Kl. ist Insolvenzverwalter über das Vermögen von Herrn Dr. C. (Insolvenzschuldner), einem Facharzt für Orthopädie. Am 01.06.2007 wurde das Insolvenzverfahren eröffnet. Davon erfuhr die Bekl. am 19.07.2012 durch den Insolvenzverwalter. Es wurden Abschlagszahlungen in Höhe von 22.502,97 € an den Insolvenzverwalter bezahlt. Die Honorarbescheide wurden am 09.07.2008 bzw. am 09.10.2008 dem Insolvenzschuldner gegenüber bekannt gegeben. Nachdem der Insolvenzschuldner seine vertragsärztliche Tätigkeit im Quartal I/08 verringerte und im Quartal II/08 überhaupt keine vertragsärztlichen Leistungen abgerechnet wurden, kam es zu Überzahlungen in Höhe von 22.502,97 €. Hierüber fand jeweils ein Saldenvortrag auf nachfolgende Quartale statt. Am 25.10.2012 meldete die Beklagte eine „Rückforderung aus Saldenvortrag“ aus dem Quartal IV/11 in Höhe von 22.502,97 € beim Insolvenzverwalter an. Diese Forderungsanmeldung wurde vom Insolvenzverwalter als verspätet abgelehnt. Ein Antrag nach § 55 InsO, die Honorare als Masseverbindlichkeit zu befriedigen, lehnte der Insolvenzverwalter ab, weil die Honorarbescheide nicht ihm gegenüber, sondern dem Insolvenzschuldner gegenüber bekannt gegeben worden seien. Die Bekl. gab daraufhin die Honorarbescheide gegenüber dem Kl. bekannt, der erfolglos Widerspruch einlegte. Das **SG** wies die Klage ab.

## 6. Abänderung eines Nachvergütungsbescheids wird Gegenstand des Honorarklageverfahrens

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.10.2017 - L 7 KA 19/14

RID 18-01-8

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
SGG § 96

**Leitsatz:** Ist bei dem Sozialgericht ein Streit über vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Vergütung (**Honorarstreit**) für ein bestimmtes Quartal anhängig, wird ein auf dasselbe Quartal bezogener **Nachvergütungsbescheid** gemäß § 96 Abs. 1 SGG Gegenstand des Verfahrens; dasselbe gilt für einen Bescheid, mit dem die gewährte Nachvergütung nachträglich wieder (teilweise) **rückgängig** gemacht wird.

**SG Berlin**, Urt. v. 26.02.2014 - S 22 KA 214/11 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das **LSG** wies die Klage ab.

## 7. Konstante Erwerbschancen (Beschäftigungsverbot aufgrund Schwangerschaft/HVM KZV Hessen)

LSG Hessen, Urteil v. 13.09.2017 - L 4 KA 63/13

RID 18-01-9

SGB V §§ 95 IX 1 u. 2, 106a; Ärzte-ZV § 32

Die **individuelle Basisvergütung nach dem HVM KZV Hessen** steht für eine angestellte Zahnärztin auch während eines **Beschäftigungsverbotes** aufgrund **Schwangerschaft** zu.

Zwar spricht der Wortlaut des HVM auf den ersten Blick tatsächlich für ein Verständnis im Sinne der tatsächlichen Erbringung einer aktiven Tätigkeit. Eine solche Auslegung erscheint aber keineswegs zwingend. Denn dem **Normgeber** ging es an dieser Stelle an sich nicht um die Aufstellung inhaltlicher Anforderungen für die individuelle Basisvergütung, sondern nur um die Berechnung der allgemeinen Basisvergütungen. Zumindest hat der Normgeber jedoch – aus nachvollziehbaren Gründen des geringeren Verwaltungsaufwands – darauf verzichtet, eine Regelung zu treffen, die die Höhe der individuellen Basisvergütung eng an den Umfang der tatsächlich geleisteten zahnärztlichen Tätigkeit anknüpft.

Das **Vertrauen einer Zahnarztpraxis** ist schutzwürdig, dass auch ihre **Erwerbschancen relativ konstant bleiben**. Die Möglichkeit, eine bestimmte Vergütung zu erzielen, darf nicht kurzfristig zu stark beeinflusst werden. Vor diesem Hintergrund stellt es keine übermäßige Ausdehnung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit dar, wenn im Vertretungsfall nicht ein Entlastungsassistent eingestellt, sondern die Mehrarbeit von den übrigen Berufsträgern einer Praxis übernommen wird.

*SG Marburg*, Urt. v. 25.09.2013 - S 12 KA 89/13 - RID 13-04-12 wies die Klage ab, das *LSG* verpflichtete die Bekl., zugunsten der Kl. für das Quartal II/12 für die seinerzeit bei ihr angestellte Zahnärztin eine individuelle Basisvergütung von 26.380,05 € (KCH/PAR/KB) und von 1.815,03 € (KfO) festzusetzen.

## II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 24.01.2018 - *B 6 KA 48/16 R* - ist es nicht zu beanstanden, dass die KV der für die Praxis festgesetzten quartalsbezogenen **Obergrenze** nicht nur die von den beiden **Job-Sharing**-Partnern, sondern die von allen drei Ärzten der Praxis abgerechneten Punktzahlen gegenübergestellt. Ein **Ausgleich** zwischen Überschreitungen und Unterschreitungen der Job-Sharing-Obergrenze **innerhalb von vier Quartalen** ist vorzunehmen. Bei der **Anpassung** der Job-Sharing-Obergrenze, die jährlich entsprechend der Honorarentwicklung der jeweiligen **Fachgruppe** vorzunehmen ist, kann der Arzt nicht einer anderen Fachgruppe zugeordnet werden. Jedenfalls muss die KV den Anpassungsfaktor so verändern, dass die aus der geänderten Fachgruppenzuordnung folgenden Nachteile soweit wie möglich vermieden werden.

### 1. Prüfantrag einer Krankenkasse/Ausschlussfrist

*SG München*, Urteil v. 07.11.2017 - S 38 KA 551/15

RID 18-01-10

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 83 II, 106a

Werden **Anästhesieleistungen** abgerechnet, aber **keine ambulanten Operationen**, so liegt eine **Prüfungszuständigkeit der KV** nach § 106a II SGB V a.F. (§ 106d II SGB V n.F.) vor; d.h., die Abrechnungsprüfung erfolgt von Amts wegen.

Eine **Antragsfrist der Krankenkasse** ist nicht in den RL zu § 106a SGB V geregelt, kann aber in einer Abrechnungsprüfvereinbarung geregelt werden. Für eine Regelung im Gesamtvertrag gibt es jedoch keine Rechtsgrundlage. Somit gelten bei der Prüfung nach § 106a IV 1 SGB V keinerlei Abrechnungsfristen, die von den Krankenkassen zu beachten wären. Im Übrigen würde es sich um eine bloße Ordnungsfrist handeln.

Leistungen im Zusammenhang mit der Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien (Nr. 01730, 01732, 01740, 01741 und 01745) **prüfen** die **Krankenkassen** nach § 106a III, V u. VI SGB V i.V.m. RL § 16 Abs. 1 Ziff. 1 zu § 106a SGB V. Ein materielles Prüfungsrecht der KV entfällt und sie ist an das Ergebnis der Krankenkasse gebunden (vgl. BSG, Urt. v. 23.03.2016 - *B 6 KA 8/15 R* - SozR 4-2500 § 106a Nr. 15). Der KV obliegt nach unverzüglicher Unterrichtung durch die Krankenkasse die verwaltungsmäßige Umsetzung des von der Krankenkasse gefundenen Ergebnisses (§ 106a II 1 SGB V), was bedeutet, dass sie sowohl gegenüber der Krankenkasse als auch gegenüber dem Vertragsarzt einen entsprechen Bescheid erlassen muss.

Das *SG* verurteilte die bekl. KV, über das Korrekturbegehren der kl. Krankenkasse auf sachlich-rechnerische Richtigstellung wegen fehlender Leistungspflicht unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden und die in der Anl. K1 genannten Abrechnungsfälle gezielt unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts auf die Erfüllung der Voraussetzungen für die Abrechnung der in Ansatz gebrachten Nr. 31821 - 31828 zu prüfen.

### 2. Plausibilitätsprüfung

#### a) Keine fachliche Beschränkung von Überweisungen in Abrechnungsordnung einer KV

*LSG Berlin-Brandenburg*, Urteil v. 08.03.2017 - L 7 KA 5/14

RID 18-01-11

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB V §§ 75 II 2, 106a I, II; BMV-Ä § 24

Die **Abrechnungsordnung einer KV**, nach der **Überweisungen** zur Ausführung von Röntgenuntersuchungen nur von Ärzten für Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlenheilkunde angenommen werden dürften, stellt keine „Regelung im Gesamtvertrag“ i.S.v. § 24 IV BMV-Ä („Überweisungen an einen Vertragsarzt derselben Arztgruppe sind, vorbehaltlich abweichender Regelungen im Gesamtvertrag, nur zulässig zur (1.) Inanspruchnahme besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die vom behandelnden Vertragsarzt nicht erbracht werden.“) dar.

Der kl. Facharzt für Orthopädie (Schwerpunkt Rheumatologie) wandte sich gegen eine Honorarberichtigung in Höhe von 6.337,32 € für das Quartal IV/05. *SG Berlin*, Urt. v. 11.12.2013 - S 79 KA 198/11 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das *LSG* wies die Berufung zurück.

## b) Missverständnis von der Abrechenbarkeit bestimmter Leistungen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.10.2017 - L 11 KA 83/16

RID 18-01-12

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

Die **Sedierungen** mittels Propofol fallen nicht unter Nr. 05330 EBM.

Legt ein Leistungserbringer in einem Plausibilitätsgespräch sein grundsätzliches (**Miss-)**Verständnis von der **Abrechenbarkeit** bestimmter Leistungen (hier: Nr. 05330, 05331 und 05340 EBM) dar, dann kann rechtsfehlerfrei davon ausgegangen werden, dass die aufgedeckten Abrechnungsfehler in sämtlichen streitbefangenen Quartalen in allen abgerechneten Fällen in gleicher Art und Weise aufgetreten sind. Es bestehen dann keine Bedenken, dass das auf die abgerechneten Leistungen gezahlte Honorar zurückgefordert wird. Eine Beschränkung auf den **Fachgruppendurchschnitt**, um mögliche Fehlerquellen auszugleichen, ist nicht notwendig.

Das kl. MVZ wendet sich gegen eine sachlich-rechnerische Berichtigung für die Quartale IV/11-IV/13 in Höhe von 292.078,79 €. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 12.10.2016 - S 2 KA 175/15 - hob den Rückforderungsbescheid auf, soweit darin ein höherer Betrag als 247.209,61 € zurückgefordert wird. Im Übrigen wies es die Klage ab. Das *LSG* wies auf die Berufung der Bekl. die Klage insgesamt ab.

## c) Übertragung der Prüfung auf Folgequartale/Bronchoskopie nach Nr. 09315 EBM

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 31.03.2017 - L 5 KA 3288/16

RID 18-01-13

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 63/17 R  
juris  
SGB V §§ 87 I, II, 106a II; GG Art. 3 I, 12 I

An der in LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 15.10.2014 - L 5 KA 3990/13 ER-B - RID 15-01-24 geäußerten Rechtsauffassung bzgl. der Nr. 09315 EBM wird festgehalten. Hiernach setzt die **Nr. 09315 EBM** die Erbringung einer **Bronchoskopie** voraus. Sie stellt die endoskopische Untersuchung und damit die Inaugenscheinnahme der Bronchien (ihrer Hohlräume) durch ein Endoskop dar, vergleichbar etwa der Koloskopie als Inaugenscheinnahme des Kolons (Dickdarm) durch ein Endoskop. Zur vollständigen Erfüllung des Leistungstatbestands reicht es nicht aus, wenn das Endoskop lediglich in ein dem im Leistungstatbestand genannten Organ anatomisch vorgelagertes Organ - hier die Luftröhre - eingeführt wird und von dort aus Einblick in die nachfolgenden Luftwege genommen wird.

An den im Beschluss geäußerten verfassungsrechtlichen Bedenken wird nicht länger festgehalten. Die Regelungen des EBM zur **Vergütung der von HNO-Ärzten erbrachten Bronchoskopien** und Tracheoskopien sind hiernach - trotz der darin enthaltenen Differenzierungen - mit höherrangigem Recht, namentlich dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit und dem Gleichheitssatz vereinbar.

Eine KV ist berechtigt, das **Ergebnis der geprüften Quartale auf die Folgequartale zu übertragen**. Zwar setzt die Richtigstellung grundsätzlich voraus, dass die KV dem Arzt für jedes Quartal, für das sie das Honorar richtigstellen will, zumindest eine unrichtige Abrechnung pro Quartal nachweist. Zeigt der Arzt jedoch ein grundsätzliches (Fehl-)Verständnis von der Abrechnungsfähigkeit (hier: der Nr. 09315 u. 09331 EBM), dann bedarf es eines gesonderten Nachweises in den Folgequartalen nicht.

Der Kl. wendet sich im Berufungsverfahren (noch) gegen eine Honorarrückforderung für die Quartale III/08 bis II/12 hinsichtlich der Nr. 09315 (Bronchoskopie) sowie 09331 EBM (Zusatzpauschale des Sprechens und der Sprache). *SG Stuttgart*, Beschl. v. 29.08.2013 - S 20 KA 4737/13 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Rückforderungsbescheid in Höhe von 113.388,88 € an, LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 15.10.2014 - L 5 KA 3990/13 ER-B - RID 15-01-24 wies die Beschwerde der Ag. zurück. *SG Stuttgart*, Urt. v. 15.06.2016 - S 20 KA 3371/13 - hob den Bescheid betreffend die sachlich-rechnerische Richtigstellung der Nr. 09332 EBM auf und wies die Klage betreffend der Nr. 09315 und 09331 EBM ab, das *LSG* die Berufung des Kl. zurück.

#### d) Beispielhafte Prüfung/Fachgruppendurchschnitt/Narkosen/Überwachung der Vitalfunktionen

SG Düsseldorf, Urteil v. 12.10.2016 - S 2 KA 175/15

RID 18-01-14

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KA 83/16 -*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V § 106a

Für die Abrechnung nach Nrn. 05330 EBM (**Anästhesie und/oder Narkose**) reicht es nicht aus, Angst- und Panikstörungen vordruckmäßig anzukreuzen und mit F41.0 und F 41.9 zu codieren. Denn es fehlt an **Angaben** dahingehend, dass es sich um Patienten mit geistiger Behinderung und/oder schwerer Dyskinesie gehandelt haben soll.

Werden die **Abrechnungen nur beispielhaft** in Bezug auf sechs Patienten und auch nicht für alle streitbefangenen Quartalen **geprüft**, gibt es grundsätzlich keinen Erfahrungssatz des Inhalts, dass eine in bestimmten Fällen implausibel oder fehlerhaft abgerechnete Leistung damit automatisch auch in allen anderen Fällen implausibel oder fehlerhaft ist (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.06.2005 - L 11 KA 83/04 - RID 05-04-05). Erklärt der Leistungserbringer aber, dass immer nach dem gleichen beschriebenen Narkoseverfahren vorgegangen wird, kann davon ausgegangen werden, dass bestehende Abrechnungsfehler auch in sämtlichen anderen Quartalen und bei allen behandelten Patienten vorhanden sind (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.03.2009 - L 11 (10) KA 3/07 - RID 09-03-30; Beschl. v. 17.02.2015 - L 11 KA 82/14 B - RID 15-02-24).

Um **mögliche Fehlerquellen auszugleichen**, die durch die geringe Anzahl der geprüften Fälle im Verhältnis zu der absolut hohen Anzahl erbrachter Leistungen nicht ausgeschlossen werden können, ist die Rückforderung der Honorare für die Leistungen auf den Betrag begrenzt, der den **Fachgruppendurchschnitt** überschreitet.

Die **Überwachung der Vitalfunktionen** nach Nr. 05340 EBM kann **nicht bei bloßer Anwesenheit** des Anästhesisten abgerechnet werden. Daraus folgt, dass eine Abrechnung der Nr. 05340 neben einer diagnostischen Gastroskopie oder (Vorsorge-)Koloskopie (ohne operativen Eingriff) nicht abgerechnet werden.

Die Kl. ist ein MVZ. Diesem gehören zwei Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie sowie ein hausärztlich tätiger Facharzt für Innere Medizin an. In den streitbefangenen Quartalen war zudem eine Fachärztin für Anästhesie im MVZ angestellt. Das **SG** hob den Aufhebungs- und Rückforderungsbescheid insoweit auf, als die Rückforderung einen Betrag von 247.209,61 € übersteigt und wies im Übrigen die Klage ab.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.10.2017 - L 11 KA 83/16 - RID 18-01-12 hält eine Beschränkung auf den Fachgruppendurchschnitt, um mögliche Fehlerquellen auszugleichen, für nicht notwendig.

#### e) Nebeneinanderberechnung der Nr. 30708 und 30702 EBM

SG München, Urteil v. 19.07.2017 - S 38 KA 1012/15

RID 18-01-15

*Rechtskräftig*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB V § 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 €) und im Quartal III/13 (3.389,10 €). Nach den Ausführungen der Bekl. habe die Einzelfallauswertung ergeben, dass bei Nebeneinanderabrechnung der Nr. 30708 EBM neben der Nr. 30702 EBM entweder die Nr. 30708 EBM zu oft abgerechnet, oder die Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 70 Minuten nicht erfüllt wurde. Die **Nr. 30702 EBM** lautet wie folgt: „Zusatzpauschale für die schmerztherapeutische Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V; Obligator Leistungsinhalt: Differenzialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit, Eingehende Beratung des Patienten einschließlich Festlegung der Therapieziele“. Die

Nr. 30708 EBM lautet wie folgt: „Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie, Dauer **mindestens 10 Minuten** je vollendete 10 Minuten; Anmerkung: Bei der **Nebeneinanderberechnung** der Gebührenordnungsposition 30708 neben der 30702 ist ein Arzt-Patienten-Kontaktzeit von **mindestens 70 Minuten** Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 3070.“Das SG wies die Klage der Anästhesistin ab.

## f) Berücksichtigung einer Job-Sharing-Kürzung bei anschließender Plausibilitätsprüfung

LSG Bayern, Urteil v. 14.09.2016 - L 12 KA 165/14

RID 18-01-16

Revision anhängig: B 6 KA 58/17 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de =juris

SGB V § 106a

Eine KV ist nicht verpflichtet, den vollen **Berichtigungsbetrag wegen Überschreitens der Job-Sharing-Obergrenzen** bei einer nachfolgenden weiteren **Berichtigung im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung** zu berücksichtigen. Die vollständige Anrechnung würde letztendlich zu unbilligen Ergebnissen führen und die Steuerungsfähigkeit des Systems konterkarieren. Das Vorgehen der KV, jeweils anteilig bezogen auf die Gebührenordnungspositionen den Betrag anzurechnen, der wegen der Job-Sharing-Obergrenzen bereits zurückgefordert wurde, ist logisch nachvollziehbar und führt zu praktikablen Ergebnissen. Insb. erfolgt keine doppelte Rückforderung, da ja der bereits wegen Überschreitens der Jobsharing-Obergrenze zurückgeforderte Betrag bezogen auf die jeweiligen Gebührenordnungspositionen anteilig berücksichtigt wird.

Die kl. Anästhesistin hatte im Zeitraum vom 01.08.2004 bis 30.09.2009 im Rahmen einer Job-Sharing-Partnerschaft einen angestellten Arzt in der Praxis. Es wurden **Saldierungsbescheide** von der Bekl. erlassen, zuletzt der Bescheid vom 19.04.2011 (vgl. LSG Bayern, Ur. v. 14.09.2016 - L 12 KA 164/14 - RID 17-02-34). Wegen auffälliger Tagesarbeitszeiten wurde am 13.09.2010 eine **Plausibilitätsprüfung** eingeleitet. Dieses Verfahren endete mit dem streitgegenständlichen Bescheid vom 14.06.2011, mit dem die Honorarbescheide für die Quartale I/07 bis II/10 zurückgenommen wurden und das Honorar neu festgesetzt wurde, so dass sich eine Differenz mit einem Rückforderungsbetrag in Höhe von 101.816,65 € ergab. In diesem Bescheid legte die Bekl. dar, dass anhand der Saldierungsbescheide für Job-Sharing die Rückforderungssumme in den einzelnen Quartalen ermittelt worden sei, die bereits von der Klägerin beglichen worden sei. Bei der Berechnung der Rückforderung aufgrund der Plausibilitätsprüfung sei in den Quartalen I/07 bis IV/08 u. II/09 die bereits geleistete Rückforderung aus der Überschreitung der Job-Sharing-Obergrenzen berücksichtigt. Dabei sei der prozentuale Anteil der Job-Sharing-Rückforderung am Gesamthonorar ermittelt worden und dieser Anteil bei der jeweiligen Gebührenordnungsposition als Abschlag angerechnet worden. Sie beziehe sich insoweit auf die Rspr. zu den Praxis- und Individualbudgets vom 11.03.2009. Der zu Grunde liegende Sachverhalt sei mit einer Job-Sharing-Praxis vergleichbar. Auch hier würden die Ärzte einen festen Maximalbetrag erhalten. Leistungen, die über der Job-Sharing-Obergrenze erbracht würden, führten faktisch dazu, dass das Honorar für die erbrachte Leistung sinke. Um diesem tatsächlich geringeren Honorar bei jeder Leistung Rechnung zu tragen, habe sie die Rückforderung aus der Überschreitung der Job-Sharing-Obergrenze entsprechend anteilig je Gebührenordnungsposition (GOP) berücksichtigt und so nur den praxisindividuellen Wert der GOP zurückgefordert. Bereits mit dem Widerspruch hatte die Kl. gefordert, dass die bereits wegen Überschreitens der Job-Sharing-Obergrenze erfolgten Abzüge vollständig angerechnet werden müssten. Damit ergebe sich ein Rückzahlungsbetrag von 65.327,64 €, mehr Honorarvolumen sei nicht gegeben, weil die Beklagte nicht Honorar zurückfordern könne, das nicht ausbezahlt bzw. bereits zurückgefordert worden sei. **SG München**, Ur. v. 23.07.2014 - S 38 KA 1012/13 - gab der Klage teilweise statt und verurteilte die Bekl. zur Neubescheidung, im Übrigen wies es die Klage ab. Auf Berufung der Bekl. wies das **LSG** die Klage in vollem Umfang ab.

Nach LSG Hessen, Ur. v. 27.08.2014 - L 4 KA 11/13 - RID 14-04-25 muss, wenn das tatsächliche Honorar als Ausgangsbasis der Schätzung zugrunde gelegt wird und wenn das tatsächliche Honorar bereits durch vorangegangene Honorarkürzungen, unabhängig von deren Bestandskraft, vermindert ist, dies bei der Berechnung nachfolgender Honorarkürzungen berücksichtigt werden.



### 3. Fachfremde Leistungen: Vertrauensschutz bei Hinweis in Vorquartalen durch Vertragsarzt

SG München, Urteil v. 11.12.2017 - S 28 KA 615/15

RID 18-01-17

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB V § 106a

Ebenso wie Vertragsärzte dürfen auch **ermächtigte Krankenhausärzte** nicht in ihr Fachgebiet fallende Leistungen grundsätzlich nicht abrechnen. Leistungen für Erwachsene sind nicht Gegenstand der Weiterbildung von Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin.

Auch im Rahmen quartalsgleicher sachlich-rechnerischer Richtigstellungen wirken **Vertrauensschutzgesichtspunkte** zugunsten des Vertragsarztes in den Fällen, in denen die KV die Erbringung bestimmter Leistungen in Kenntnis aller Umstände längere Zeit geduldet hat, diese jedoch später für den betroffenen Vertragsarzt als fachfremd beurteilt oder auf das Fehlen einer Abrechnungsgenehmigung verweist und deshalb insgesamt von einer Vergütung ausschließt. Dies ist der Fall, wenn eine Kinder- und Jugendmedizinerin auf der Abrechnung den Vermerk „Aufgrund der Erkrankung erfolgt bereits seit einigen Jahren auf Wunsch des Patienten kontinuierlich eine spezielle ambulante sowie ggf. stationäre Betreuung in der I. Klinik für Kinder und Jugendliche“ über neun Vorquartale hinweg anbringt.

Das SG gab der Klage der ermächtigten Kinder- und Jugendmedizinerin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie statt und hob den angefochtenen Honorar- und Richtigstellungsbescheid für das Quartal II/14 teilweise auf und verurteilte die Bekl., die Leistungen hinsichtlich 13 Behandlungsfälle i.H.v. 1.050,16 € nachzuvergüten.

### 4. Akupunktur: Ärztlich dokumentiertes Schmerzintervall unmittelbar vorausgehend

LSG Bayern, Urteil v. 14.09.2016 - L 12 KA 221/14

RID 18-01-18

Revision anhängig: B 6 KA 56/17 R

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB V § 106a

Nach § 5 I Nr. 2 Qualitätssicherungs-Vb Akupunktur bedarf es der Überprüfung, dass vor der Akupunktur ein mindestens sechsmonatiges ärztlich dokumentiertes Schmerzintervall vorliegt. Es reicht hierfür nicht aus, eine **Dokumentation** der **Patientenbefragung** über die Länge des Schmerzintervalls anzufertigen. Die Überprüfungspflicht kann sich nicht allein auf entsprechende Patientenangaben stützen, die Überprüfung bedarf vielmehr einer aus dem Zeitraum vor Akupunkturbeginn stammenden ärztlichen Schmerzdokumentation. Daraus muss hervorgehen, dass das Vorliegen arztbekannter, ggf. anderweitig dokumentierter, aber seit sechs Monaten bestehender Schmerzen nötigenfalls durch Nachfrage beim Vorbehandler **überprüft** wurde.

Abrechnungsvoraussetzung ist auch, dass die Patienten wegen einschlägiger **Diagnosen/Schmerzintervallen** in den Vorquartalen in ärztlicher Behandlung waren. Eine Behandlung wegen anderer Leiden oder fehlende Behandlung reicht nicht aus, um ein sechsmonatiges ärztlich dokumentiertes Schmerzintervall zu generieren.

Die Schmerzen müssen **durchgehend sechs Monate** bestanden haben und auch das sechsmonatige Schmerzintervall muss **unmittelbar** vor der Akupunktur liegen.

*SG München*, Urt. v. 16.09.2014 - S 39 KA 307/12 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

### 5. Krankenhaus-Notfallambulanz: Darlegungslast für Labor- und Röntgenleistungen

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 19.10.2017 - L 5 KA 1/17

RID 18-01-19

Revision anhängig: B 6 KA 68/17 R

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB V §§ 87 I, 106a, 115 II 1 Nr. 3, 87b

**Leitsatz:** Ein Krankenhaus muss die Notwendigkeit von **Labor- und Röntgenleistungen** als **Notfalleistung** anstelle eines Vertragsarztes jedenfalls dann spätestens bis zum Erlass des Widerspruchsbescheides der Kassenärztlichen Vereinigung begründen, wenn eine Vielzahl von EBM -(Ä)-Positionen betroffen und im HVM geregelt ist, dass die Angabe der betreffenden Tatsachen schon im Abrechnungsverfahren erforderlich ist.

*SG Mainz*, Urt. v. 02.11.2016 - S 12 KA 277/15 - verurteilte die Bekl., über den Vergütungsanspruch für die Notfallbehandlungen im Quartal II/14 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Das *LSG* wies die Klage ab.

## 6. Sprechstundenbedarf/Frist/Pflicht zur Selbstinformation

**LSG Hessen, Urteil v. 31.05.2017 - L 4 KA 2/16**  
SGB V § 31; AM-RL

RID 18-01-20

Die Auffassung der Vorinstanz, die Verordnung von Folsäure, Enelbin Paste, Thrombaredukt Salbe und Voltaren Emulgel als **Sprechstundenbedarf** sei unzulässig, ist zutreffend.

Zwischen der **Frist** für den Erlass von Prüfbescheiden gegenüber dem betroffenen Arzt, die vier Jahre beträgt, und der **Frist**, innerhalb der seitens der Krankenkasse die Prüfanträge zu stellen sind, muss strikt unterschieden werden (s. nur z.B. BSG, BSG, Urt. v. 18.08.2010 - B 6 KA 14/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 29, juris Rn. 18 f.).

Es ist die **Pflicht des Arztes, sich** über die Voraussetzungen, unter denen Mittel verordnet werden dürfen, **zu informieren**.

*SG Marburg*, Gerichtsbb. v. 26.11.2015 - S 11 KA 698/13 - wies die Klage des Chirurgen ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 7. Auslegung eines gerichtlichen Vergleichs: „Vereinbarung erlischt“

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.10.2017 - L 7 KA 50/13**

RID 18-01-21

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 4/18 B*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a; KHEntG § 2 II

**Leitsatz:** Dem Rechtsbegriff „Erlöschen“ kommt im SGB V nur eine **zukunftgerichtete Wirkung** zu.

Die Beteiligten streiten um die Frage, ob die Kl. zur Rückzahlung von Honorar verpflichtet ist, weil sie gegen Vereinbarungen in einem gerichtlichen Vergleich verstoßen hat. *SG Berlin*, Urt. v. 24.04.2013 - S 79 KA 87/11 - wies die Klage ab, das *LSG* hob den angefochtenen Bescheid auf, soweit Honorarbescheide für das Jahr 2006 aufgehoben und Leistungen für das Jahr 2006 zurückgefordert wurden.

## 8. Aussetzung einer Rückforderung: Fehlende Glaubhaftmachung der Eilbedürftigkeit

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 25.10.2017 - L 11 KA 48/17 B ER**

RID 18-01-22

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106a; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Es fehlt an einer Glaubhaftmachung der **Eilbedürftigkeit**, wenn eine **Beschwerdebegründung** nach über fünf Wochen und Verstreichen des angekündigten Vorlagetermins nicht vorliegt.

*SG Dortmund*, Beschl. v. 30.06.2017 - S 16 KA 48/17 ER - lehnte den Antrag auf Aussetzung der Vollziehung des Rückforderungsbescheides über 437.666,45 € infolge einer Plausibilitätsprüfung ab. Das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

## III. Genehmigung/Disziplinarrecht

### 1. Teilnahme an der Onkologie-Vb nur bei Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung

**SG München, Urteil v. 26.09.2017 - S 38 KA 1046/15**

RID 18-01-23

*Rechtskräftig*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Onkologie-Vb. § 3

**Leitsatz:** 1. Die Begrenzung des **Teilnehmerkreises** an der **Onkologievereinbarung** auf Ärzte, die dem **fachärztlichen Versorgungsbereich** angehören, ist rechtlich zulässig.

2. Die Partner der Onkologievereinbarung haben, was den Inhalt der Vereinbarung betrifft, einen weiten **Gestaltungsspielraum**, der von den Gerichten nur eingeschränkt überprüfbar ist.

3. Die Begrenzung des Teilnehmerkreises stellt einen Eingriff in die verfassungsrechtlich geschützte **Berufsausübungsfreiheit** (Art. 12 GG) dar. Er ist aber aus Gemeinwohlbelangen zulässig.

Das *SG* wies die Klage des Facharztes für Allgemeinmedizin ab.

## 2. Dialyseversorgung: Ausscheiden aus einer überörtlichen BAG und Anfechtungsberechtigung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 09.08.2017 - L 3 KA 128/15

RID 18-01-24

*Revision anhängig: B 6 KA 64/17 R*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

BMV-Ä Anl. 9.1 § 4 Ia 3

**Leitsatz:** Einer **überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft** (BAG) wird kein einheitlicher **Versorgungsauftrag zur Behandlung chronisch niereninsuffizienter Patienten** erteilt; vielmehr sieht § 4 Abs. 1a S. 3 Anl. 9.1 BMV-Ä vor, dass jeder Betriebsstätte eine eigenständige Genehmigung erteilt wird. Scheidet ein Vertragsarzt mit seiner Betriebsstätte aus der BAG aus, kann er seine bereits genehmigte Dialysepraxis weiterführen, ohne dass seinen früheren Partnern eine **Anfechtungsberechtigung** hiergegen zusteht.

Die Kl. sind Fachärzte für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie in einer BAG mit der Genehmigung zur kontinuierlichen Betreuung von Dialysepatienten. Der Beigel. zu 2) ist seit 1998 ebf. als Nephrologe zugelassen. Er übte seine vertragsärztliche Tätigkeit zunächst in Gemeinschaftspraxis mit dem Beigeladenen zu 3) und Dr. S. am Vertragsarztsitz in T. aus und war ursprünglich zur Dialyse in der Praxis in T. sowie in den örtlich getrennten Betriebsstätten zur Durchführung zentralisierter Heimdialysen (LC-Zentren) in U. und V. (später: U. und W.) berechtigt. Nach Inkrafttreten der Dialysevereinbarung zum Juli 2002 erteilte die Bekl. ihm eine Genehmigung zur Übernahme eines besonderen Versorgungsauftrags nach § 3 III 1 Buchst. a Anl. 9.1 BMV-Ä. In der Folgezeit änderte sich wiederholt die Zusammensetzung der Gemeinschaftspraxis; ab Oktober 2004 übten zwei Gemeinschaftspraxen ihre Tätigkeit in Praxisgemeinschaft in T. aus. Mit Ausnahme des Beigel. zu 2) verlegten die Mitglieder beider Gemeinschaftspraxen zum April 2006 ihren Vertragsarztsitz nach R. (X.). Der Beigel. zu 2) behielt seinen Vertragsarztsitz in T. und war fortan in überörtlicher BAG mit dem Kl. zu 1) und dem Beigel. zu 3) verbunden, die ihrerseits weiterhin in Praxisgemeinschaft mit der BAG des Kl. zu 2) und Dr. S. tätig war. **Ab 2008 bestand nur noch eine überörtlicher BAG.** Zum **Jahresende 2010 kündigte der Beigel. zu 2) die BAG.** Die Beklagte widerrief den dem Beigel. zu 2) im Juli 2008 erteilten besonderen Versorgungsauftrag und erteilte ihm zum Januar 2011 die **Genehmigung zur Übernahme eines besonderen Versorgungsauftrags nach § 3 III S. 1 Buchst. a Anl. 9.1 BMV-Ä** für den Standort AA. in T. und in den ausgelagerten Praxisstätten in W. und U. Den Versorgungsauftrag beschränkte sie auf die kontinuierliche Betreuung von bis zu 30 Patienten. Der hiergegen von den Kl. eingelegte Widerspruch blieb erfolglos. *SG Hannover*, Urt. v. 23.09.2015 - S 65 KA 40/14 - gab der Klage statt und hob den angefochtenen Bescheid auf. Das *LSG* wies auf Berufung der Bekl. und des Beigel. zu 2) die Klage ab.

## 3. Vorbereitungsassistenten für zahnmedizinisches MVZ mit angestellten Zahnärzten

SG Marburg, Urteil v. 31.01.2018 - S 12 KA 572/17

RID 18-01-25

*Sprungrevision zugelassen*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB V § 72 I 2; Zahnärzte-ZV §§ 1 III, 3 III 1, 32 II 1

**Leitsatz:** Ein **Medizinisches Versorgungszentrum** mit angestellten Zahnärzten kann mehr als einen **Vorbereitungsassistenten** ganztags beschäftigen. Es kann pro ganztags beschäftigten Zahnarzt einen Vorbereitungsassistenten ganztags beschäftigen (a. A. *SG Düsseldorf*, Beschl. v. 16.05.2017 - S 2 KA 76/17 ER - juris, RID 17-03-33). Zur Ausbildung ist nicht nur der zahnmedizinische Leiter befugt.

Die Beteiligten streiten um die Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten im MVZ der kl. GmbH und hierbei insb. um die Frage, ob in einem zahnmedizinischen MVZ mit fünf angestellten Zahnärzten mehr als ein ganztags beschäftigter Vorbereitungsassistent angestellt werden kann. Das *SG* stellte fest, dass der Bescheid der Beklagten rechtswidrig war.

## 4. Disziplinarmaßnahme wegen nicht nachgewiesener Fortbildungen

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 09.11.2017 - L 11 KA 19/16

RID 18-01-26

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB V §§ 81 V, 95d

Mit dem Innehaben einer **Weiterbildungsbefugnis** kommt ein Arzt seiner Pflicht zur eigenen Fortbildung nicht nach.

Ein nach Verhängung eines Disziplinarbescheids vorgelegtes Fortbildungszertifikat ist unerheblich, da § 95d III SGB V nicht nur die allgemeine vertragsärztliche Pflicht zur Fortbildung, sondern auch zum (rechtzeitigen) **Nachweis der Fortbildung** begründet. Ebf. unerheblich ist, ob Patienten sich über die **Qualität der Arbeit des Vertragsarztes** beschwert haben. Genau solche Beschwerden sollen durch die rechtzeitige und regelmäßige Fortbildungsverpflichtung möglichst vermieden.

Das Verhalten eines Vertragsarztes, der insgesamt etwa sieben Jahre (nahezu) ungenutzt verstreichen lässt, um seiner Fortbildung(nachweis)pflicht nachzukommen, und der in dieser Zeit alle Hinweise und Anfragen der KV ignoriert, lässt somit nur den Schluss auf eine Verantwortungslosigkeit beim Umgang mit den vertragsärztlichen Pflichten zu. Die Verhängung einer Geldbuße i.H.v. 5.000 € ist **nicht unverhältnismäßig**.

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 13.01.2016 - S 33 KA 331/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

### 1. Arzneikosten

#### a) Zuständigkeit der KV bei fehlerhafter Angabe der Krankenkasse

SG Düsseldorf, Urteil v. 22.11.2017 - S 2 KA 1177/16

RID 18-01-27

*Rechtskräftig*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB V §§ 106, 106a; BMV-Ä § 48

Die **Prüfgremien** sind für die Festsetzung eines Regresses wegen der Verordnung eines Arzneimittels zu Lasten einer Krankenkasse, bei der der Patient die Mitgliedschaft bereits beendet hat, sachlich nicht zuständig. Den Fall einer **fehlerhaften Angabe des Kostenträgers** erfasst § 48 I BMV-Ä nicht. Vielmehr haben die Partner der Bundesmantelverträge insofern in § 48 III BMV-Ä eine eigenständige Regelung getroffen, die als *lex specialis* die Anwendung des § 48 I BMV-Ä verdrängt.

§ 48 III 2 BMV-Ä begründet eine originäre und ausschließliche Zuständigkeit der **Krankenkasse** zur Prüfung, ob ihr durch die fehlerhafte Angabe des Kostenträgers ein Schaden entstanden ist. Wenn sie dies bejaht und die weiteren Voraussetzungen gegeben sind, stellt die **KV** auf ihren Antrag einen Schadensersatzanspruch gegen den Vertragsarzt oder die Einrichtung fest. Dies fügt sich auch systemkonform in die gesetzlichen Aufgabenzuweisungen bei der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung ein, da die KVen auch prüfen, ob der behandelnde Vertragsarzt den zutreffenden Kostenträger angegeben hat (BSG, Urt. v. 23.03.2016 - B 6 KA 8/15 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 15, Rn. 16 f., 40).

Das kl. MVZ behandelte u.a. den Patienten U, dessen Mitgliedschaft bei der Beigel. zu 1) zum 30.06.2012 endete. Über das Ende dieser Mitgliedschaft unterrichtete die Beigel. zu 1) die Kl. zuletzt mit Schreiben vom 14.08.2013 unter Hinweis darauf, dass eine Abrechnung von der Kl. erbrachter Leistungen mit ihr ab der Kenntnisnahme dieses Schreibens nicht möglich sei. Gleichwohl verordnete die Kl. zu Lasten der Beigel. zu 1) am 05.05.2014 und 12.06.2016 das Präparat Advate 3.000IE zu einem Gesamtpreis von netto 191.924,80 €. Die **Prüfungsstelle** setzte in dieser Höhe einen Regress fest. Der Widerspruch blieb erfolglos. Das *SG* hob den angefochtenen Bescheid des Bekl. vom 21.03.2016 ersatzlos auf.

## b) Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens nach Tod des Vertragsarztes

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 08.11.2017 - L 3 KA 80/14**

**RID 18-01-28**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V §§ 106 II 4, 298; BGB §§ 630f, 1922, 1967; SGB X §§ 8, 10**

**Leitsatz:** **Verwaltungsverfahren** zur Prüfung von Regressanträgen wegen unzulässiger Verordnung von Arzneimitteln sind nach dem **Tod des Vertragsarztes** unter Beteiligung des bzw. der Erben fortzusetzen.

*SG Hannover*, Gerichtsbb. v. 08.08.2014 - S 24 KA 314/13 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das **LSG** verurteilte die bekl. Prüfungsstelle, über die Anträge der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats zu entscheiden.

## c) Richtgrößenprüfung: Zustellung des Widerspruchsbescheides ist keine individuelle Beratung

**LSG Bayern, Urteil v. 26.07.2017 - L 12 KA 13/16**

**RID 18-01-29**

*Revision zugelassen*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V § 106 Ve**

**Leitsatz:** 1. Die **individuelle Beratung** nach § 106 Abs. 5e SGB V (i.d.F. vom 19.10.2012, BGBl. S. 2192) hat zusätzlich zu der ohnehin nach § 25 Abs. 1 SGB X notwendigen Begründung der Überschreitungen und möglichen Einsparpotenzialen im Widerspruchsbescheid zu erfolgen.

2. Die Trennung der Beratung in eine **Festsetzung** im Prüf- bzw. Widerspruchsbescheid und die verwaltungsmäßige **Umsetzung** (Vollzug) in einem nachfolgenden Beratungsgespräch bzw. dessen Angebot begegnet keinen rechtlichen Bedenken.

*SG München*, Urt. v. 08.12.2015 - S 28 KA 1344/14 - RID 16-01-34 hob auf Klage der KV den Bescheid des Bekl. insoweit auf, als unter Ziffer 2 Satz 2 entschieden wird, dass die ausgesprochene Beratung nach § 106 Ve SGB V mit Zustellung des Widerspruchsbescheides erfolgt ist. Das **LSG** wies die Berufung des Bekl. zurück.

## d) Kein Off-Label-Use bei fehlender Fertilität und Verordnungsalternative

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.11.2017 - L 7 KA 41/14**

**RID 18-01-30**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V § 106**

**Leitsatz:** Die bloße **hormonelle Stimulation bei Empfängnisproblemen** (hier: Gabe von Progesteron bei Gelbkörperschwäche) ist **keine „assistierte Reproduktion“**; eine solche ist bedeutungsgleich mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung.

Das kl., im Bereich Gynäkologie und Reproduktionsmedizin tätige MVZ wandte sich gegen einen Regress wegen der Verordnung des Arzneimittels Crinone® 8% Vaginalgel in Höhe von 1.680,24 €. *SG Berlin*, Urt. v. 26.03.2014 - S 71 KA 142/12 - hob den angefochtenen Beschl. des Bekl. auf, das **LSG** wies die Klage ab.

## e) Gebrauchsfertigmachen monoklonaler Antikörper

**LSG Bayern, Urteil v. 26.07.2017 - L 12 KA 57/16 ZVW**

**RID 18-01-31**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V §§ 12 I, 73 II Nr. 1, 106 II**

**Leitsatz:** 1. Im streitgegenständlichen Zeitraum (Quartal 2/2008 bis 1/2009) war das **Gebrauchsfertigmachen monoklonaler Antikörper** kein als notwendige Vorbereitungshandlung selbstverständlicher **Teil der ärztlichen Behandlung** i.S.v. § 73 Abs. 2 Nr. 1 SGB V.

2. Damit fehlte zugleich eine besondere Konstellation, in der unmittelbar auf das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V gestützt ein **Arzneimittelregress** im Einzelfall gestützt werden kann.

Streitig ist die erfolglose Beantragung eines Regresses durch die kl. Krankenkasse für die Quartale II/08 bis I/09 in Höhe von 4.776,02 € wegen der Anforderung Monoklonaler Antikörper als Rezepturen von der Apotheke durch die beigel. internistische BAG. *SG München*, Gerichtsbb. v. 22.06.2012 - S 39 KA 572/11 - wies die Klage ab, **LSG Bayern**, Urt. v. 04.12.2013 - L 12 KA 98/12 -

RID 14-02-59 die Berufung zurück, *BSG*, Urt. v. 17.02.2016 - B 6 KA 3/15 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 54 wies die Sache zurück, das *LSG* wies nunmehr die Berufung erneut zurück.

## 2. Vertragszahnärzte

### a) Statistischer Kostenvergleich: Übermäßiger Anteil kostenintensiver Behandlungen

**SG München, Urteil v. 25.10.2017 - S 38 KA 5022/17**

**RID 18-01-32**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V § 106**

**Leitsatz:** 1. **Kostenintensive Fälle** sind aus sich heraus nicht automatisch wirtschaftlich oder unwirtschaftlich.

2. Die Berücksichtigung kostenintensiver Fälle als **Praxisbesonderheit** kommt nur bei einer signifikanten und außergewöhnlichen Abweichung in Betracht. Davon ist im Bereich der **Zahnheilkunde** bei einem **Fallwert** von über 400 - 500 € und mehr auszugehen.

3. Kostenintensive Fälle kommen auch in anderen Praxen vor. Deshalb ist es rechtlich nicht zu beanstanden, wenn diese Fälle nicht voll berücksichtigt werden, sondern nur in dem Umfang, wie die Anzahl der kostenintensiven Fälle in der Praxis über die Anzahl der kostenintensiven Fälle in der Vergleichsgruppe hinausgeht.

Das *SG* hob den Bescheid des Bekl. zur Quartalsabrechnung mit der darin ausgesprochenen Vergütungsberichtigung von 13 % in Höhe von 13.346,43 € auf und verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

### b) Parodontosebehandlung: Zeitspanne nach Beendigung der Vorbehandlung/Dokumentation

**SG Marburg, Urteil v. 15.11.2017 - S 12 KA 796/16 u. S 12 KA 324/17**

**RID 18-01-33**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 61/17 u. L 4 KA 62/17*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V §§ 106 in der bis 31.12.2015 geltenden Fassung**

**Leitsatz:** 1. Ein Nachweis für eine ausreichende **Vorbehandlung** im Rahmen einer **Parodontosebehandlung** kann nur anhand der **Dokumentation** geführt werden. Eine Prüfung der Vorbehandlung und deren Ergebnis vor Einleitung einer systematischen Parodontose-Behandlung ist nur möglich, wenn die Schritte vor Einleitung der Behandlung nachvollziehbar dokumentiert und damit belegt sind (vgl. *LSG Hessen*, Urt. v. 13.04.2016 - L 4 KA 55/13 - juris Rdnr. 55, RID 16-02-38).

2. Im Regelfall bedarf es einer **Zeitspanne** von zwei bis drei Wochen, bis eine Parodontose-Behandlung beantragt werden kann.

Die Beteiligten streiten um eine Honorarkürzung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in noch 49 Parodontose-Behandlungsfällen im Zeitraum September 2012 und März 2013 bis Februar 2014 in Höhe von insgesamt 21.422,06 € brutto bzw. 13.615,49 € netto. Das *SG* wies die Klage ab.

## V. Zulassungsrecht

### 1. Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

#### a) Anstellung einer Ärztin in MVZ als Eigenbetrieb/Zulassungsmoratorium

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 23.08.2017 - L 11 KA 71/15**

**RID 18-01-34**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V §§ 95 I, II 7 u. 8, IX, 95a, 103; BedarfspRL § 48 II**

§ 95 II 7 SGB V („Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses“) schließt die **Anstellung einer Ärztin** durch die Rechtsträgerin des MVZ mit anschließender, von den Zulassungsgremien zu genehmigender Beschäftigung „im“ MVZ nicht (zwingend) aus. Bis zum 31.12.2011 konnte ein **MVZ** auch als **Eigenbetrieb** ohne Rechtssubjektivität von Krankenhäusern gegründet und betrieben werden (a.A. *SG Marburg*, Beschl. v. 25.10.2007 - S 12 KA 404/07 ER - RID 07-04-47). Für solche MVZ

besteht Bestandsschutz. Eine Anstellung kann nicht in der Form gefordert werden, dass das rechtlich unselbstständige MVZ mit der Ärztin einen **Arbeitsvertrag** schließt. Vielmehr genügt, dass zwischen der Ärztin und der Trägerin des MVZ ein Arbeitsvertrag geschlossen wird und die Ärztin künftig (auch) im MVZ beschäftigt werden soll.

Ein am 06.09.2012 gestellter **Genehmigungsantrag** ist vor dem rückwirkenden Inkrafttreten der **Zulassungssperre** zum 07.09.2012 (Moratorium) rechtswirksam gestellt worden. Dieser Antrag war auch nicht deswegen unwirksam, weil er nicht vollständig war, ihm insb. Anlagen fehlten, die der Beschluss des GBA voraussetzte. Der **Nachweis des Registereintrags** kann auch noch nach der Beantragung der Zulassung erfolgen (BSG, Urt. v. 05.05.2010 - B 6 KA 2/09 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 16).

Streitig ist die Genehmigung der Anstellung der **Fachärztin für Humangenetik** Dr. L. Beigel. zu 8), durch das MVZ Ambulante Versorgung am Universitätsklinikum F im Zusammenhang mit der Einbeziehung dieser Arztgruppe in die Bedarfsplanung. Der GBA erließ am 06.09.2012 den sog. **Moratoriumsbeschluss**, der Landesausschuss entschied am 05.02.2013, den Planungsbereich Nordrhein u.a. für Humangenetiker zu sperren. Dieser Beschluss wurde im Rheinischen Ärzteblatt 4/2013 veröffentlicht. Am **06.09.2012 beantragte** die Beigel. zu 8) bei der KV, Beigel. zu 7), sie in das **Arztregister einzutragen**. Die für die Eintragung benötigten Unterlagen reichte sie am 14.09.2012 nach. Sie wurde **am 25.09.2012 in das Arztregister eingetragen**. Den von ihr gegen das Datum der Eintragung - 25.09.2012 statt 06.09.2012 - gerichteten Widerspruch wies die KV am 12.12.2012 zurück. Ebf. am **06.09.2012 beantragte** das von der Kl. getragene **MVZ**, die Beigel. zu 8) in einem Umfang von 20 Wochenstunden vertragsärztlich am MVZ **beschäftigen** zu dürfen. Mit Schreiben vom 09.09.2012 teilte die Kl. mit, dass es sich beim **MVZ um eine „Eigeneinrichtung“ des Universitätsklinikums** handele. Deshalb gebe es **keinen (zusätzlichen) Arbeitsvertrag zwischen der Beigel. zu 8) und dem MVZ**. Mit Schreiben vom 23.04.2013 reichte die Kl. stattdessen eine zwischen ihr - dem **Universitätsklinikum F** - und der Beigel. zu 8) geschlossene Vereinbarung zu den Akten. Darin wurde die künftige Aufteilung der Gesamtarbeitszeit der Beigel. zu 8) auf das MVZ (20 Stunden/Woche) und das Institut für Humangenetik am Universitätsklinikum (22 Stunden/Woche) dargestellt. Die Vereinbarung war von keinem Mitarbeiter des MVZ unterzeichnet worden. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 12.08.2015 - S 33 KA 5/14 - verpflichtete den Bekl., über den Antrag der Kl., die Beschäftigung der Beigel. zu 8) als angestellte Ärztin für Humangenetik zu genehmigen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden, das **LSG** wies die Berufung der KV zurück.

## b) Beschäftigung einer Ärztin in der fachinternistischen und hausärztlichen Versorgung

**SG Hamburg, Urteil v. 27.09.2017 - S 27 KA 350/16**

**RID 18-01-35**

*Sprungrevision anhängig: B 6 KA 62/17 R*  
juris

**SGB V §§ 73, 95 III 1, 98 II Nr. 10; Ärzte-ZV §§ 19a, 20 II 1; GG Art. 12 I**

Orientierungssatz (juris): Einem **MVZ** ist es gestattet, eine **angestellte Ärztin** auf jeweils einer halben Stelle mit einem Versorgungsauftrag in der **fachinternistischen und der hausärztlichen Versorgung** zu beschäftigen.

## c) Herausgabe einer Bürgschaftsurkunde nach Gesellschafterwechsel

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 08.11.2017 - L 3 KA 109/15**

**RID 18-01-36**

*Revision anhängig: B 6 KA 2/18 R*

juris

**SGB V § 95 II 6; BGB §§ 371, 736 II; HGB § 160 I**

**Leitsatz:** Der **frühere Gesellschafter** eines in der Rechtsform der GmbH organisierten Medizinischen Versorgungszentrums kann aus der nach § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V notwendigen Bürgschaft nur bis zum Ablauf von **fünf Jahren** nach seinem Ausscheiden aus der GmbH in Anspruch genommen werden. Nach **Ablauf dieser Frist** hat der Zulassungsausschuss seine **Bürgschaftserklärung herauszugeben**.

Gründer und Gesellschafter des kl. MVZ in der Rechtsform einer GmbH mit den Fachgebieten Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Infektionsepidemiologie und hausärztliche Innere Medizin war u.a. zunächst die ISG Intermed Service GmbH & Co. KG, später ISG Intermed Holding GmbH & Co. KG (im Folgenden: Altgesellschafterin). Zum 30.07.2009 fand ein Gesellschafterwechsel statt. Die Kl. zeigte den Eintritt der neuen Gesellschafterin (ISG Intermed Service GmbH & Co. KG) an und legte eine durch die neue Gesellschafterin ausgestellte Bürgschaftsurkunde vor. Zudem wurde die Herausgabe der von der

Altgesellschafterin ausgestellten Bürgschaftsurkunde begehrt. Der Zulassungsausschuss lehnte die Herausgabe der Bürgschaftsurkunde aber ab. Hiergegen erhob die Kl. erfolglos Widerspruch, weil die neue Bürgschaftserklärung sich auch auf Altforderungen beziehe, der Gesellschafterwechsel akzeptiert worden sei und ein Sicherungsbedürfnis im Hinblick auf die Altgesellschafterin nicht bestehe. *SG Hannover*, Urt. v. 02.09.2015 - S 78 KA 505/10 - RID 15-04-53 wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl. festzustellen, dass die Bürgschaftserklärung an die Kl. herauszugeben ist.

Das LSG geht davon aus, dass die Bürgschaftsverpflichtung der Altgesellschafterin in entsprechender Anwendung des § 160 I HGB nach Ablauf von fünf Jahren nach dem Wirksamwerden der Vermögensübertragung erloschen ist (juris Rn. 57 ff.). § 160 I HGB lautet:

„Scheidet ein Gesellschafter aus der Gesellschaft aus, so haftet er für ihre bis dahin begründeten Verbindlichkeiten, wenn sie vor Ablauf von fünf Jahren nach dem Ausscheiden fällig und daraus Ansprüche gegen ihn in einer in § 197 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bezeichneten Art festgestellt sind oder eine gerichtliche oder behördliche Vollstreckungshandlung vorgenommen oder beantragt wird; bei öffentlich-rechtlichen Verbindlichkeiten genügt der Erlass eines Verwaltungsakts. Die Frist beginnt mit dem Ende des Tages, an dem das Ausscheiden in das Handelsregister des für den Sitz der Gesellschaft zuständigen Gerichts eingetragen wird. Die für die Verjährung geltenden §§ 204, 206, 210, 211 und 212 Abs. 2 und 3 des Bürgerlichen Gesetzbuches sind entsprechend anzuwenden.“

## 2. Keine Unterbrechung eines Verfahrens zur Praxisverlegung durch Insolvenzeröffnung

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 19.12.2016 - L 11 KA 71/16 B ER**

**RID 18-01-37**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**ZPO § 240**

**Parallelverfahren** zu LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.12.2016 - L 11 KA 72/16 B ER - RID 17-02-55:

Ein zulassungsrechtliches Verfahren (hier: Verlegung des Vertragsarztsitzes) wird nicht nach § 240 ZPO **unterbrochen**, da der Verfahrensgegenstand kein Vermögenswert ist, der zur **Insolvenzmasse** gehört. Der öffentlich-rechtliche Status der **Zulassung** als Vertragsarzt und der damit untrennbar verbundene Vertragsarztsitz (§ 24 I Ärzte-ZV) sind nicht pfändbar und nicht der Insolvenzmasse zurechenbar (vgl. BSG, Urt. v. 29.09.1999 - B 6 KA 1/99 R - BSGE 85, 1, 4 ff. = SozR 3-2500 § 103 Nr. 5 S. 30 ff.).

Nach **Verzicht auf die Zulassung** fehlt es am **Rechtsschutzbedürfnis** zur Verlegung des Vertragsarztsitzes.

*SG Gelsenkirchen*, Beschl. v. 18.08.2016 - S 16 KA 6/16 ER - lehnte den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage (S 16 KA 7/16) ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

## VI. Gesamtvergütung/Hausarztvertrag/Integrierte Versorgung

Nach BSG, Urt. v. 24.01.2018 - **B 6 KA 48/16 R** - ist es nicht zu beanstanden, dass die KV der für die Praxis festgesetzten quartalsbezogenen **Obergrenze** nicht nur die von den beiden **Job-Sharing**-Partnern, sondern die von allen drei Ärzten der Praxis abgerechneten Punktzahlen gegenübergestellt. Ein **Ausgleich** zwischen Überschreitungen und Unterschreitungen der Job-Sharing-Obergrenze **innerhalb von vier Quartalen** ist vorzunehmen. Bei der **Anpassung** der Job-Sharing-Obergrenze, die jährlich entsprechend der Honorarentwicklung der jeweiligen **Fachgruppe** vorzunehmen ist, kann der Arzt nicht einer anderen Fachgruppe zugeordnet werden. Jedenfalls muss die KV den Anpassungsfaktor so verändern, dass die aus der geänderten Fachgruppenzuordnung folgenden Nachteile soweit wie möglich vermieden werden.

### 1. Honorarkürzung wg. Nichterfüllung der Fortbildungspflicht: Anspruch der Krankenkasse

**SG Düsseldorf, Urteil v. 06.12.2017 - S 2 KA 405/15**

**RID 18-01-38**

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KA 7/18 -*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V § 95d III**

Soweit LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.03.2017 - L 11 KA 21/15 - RID 17-04-49, Revision anhängig: B 6 KA 60/17 R, annimmt, der § 95d III SGB V schaffende Gesetzgeber habe bewusst davon abgesehen, die K(Z)Ven zu verpflichten, das einbehaltene Honorar an die **Krankenkassen** auszukehren, vermag die Kammer diesem Ergebnis nicht beizutreten. Zwar folgt sie im Grundsatz durchaus den Annahmen, die in § 95d SGB V normierte Honorarkürzung habe keinen Bezug zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung, die Qualität der konkreten vertragszahnärztlichen Leistung werde durch den fehlenden Fortbildungsnachweis nicht zwangsläufig berührt und die Honorarkürzung nach § 95d III SGB V stelle eine Disziplinarmaßnahme sui generis dar. Diese Gesichtspunkte sind



indes nicht geeignet, für die K(Z)Ven einen Rechtsgrund für das Behaltendürfen der den Vertragszahnärzten nicht ausgezahlten Honoraranteile zu schaffen.

Ist der Vergütungsanspruch wegen Verstoßes gegen die Fortbildungspflicht zu kürzen, dann verbleibt hinsichtlich der entsprechenden **Kürzungsbeträge** bei der K(Z)V ein Überschuss in Bezug auf die von der **Krankenkasse** entrichtete **Gesamtvergütung**. Diesen Überschuss kann die K(Z)V im Rahmen ihrer Honorarverteilungsbefugnis nicht an andere Vertragszahnärzte umverteilen, jedenfalls wenn die nach § 85 II 7 SGB V vereinbarten Obergrenzen nicht überschritten werden und eine „lupenreine Einzelleistungsvergütung sichergestellt“ worden ist.

*SG Düsseldorf* verurteilte auf Klage der Ersatzkasse die bekl. KZV, der Kl. unter namentlicher Benennung der betroffenen Vertragszahnärztinnen/-ärzte Auskunft über die Höhe der seit dem 01.01.2011 erfolgten Honorarkürzungen nach § 95d III 3 SGB V zu erteilen, soweit die Kürzungen anteilig auf die Kl. entfallen.

## 2. Hausarztvertrag: Honorarkorrektur

**SG München, Urteil v. 12.12.2017 - S 38 KA 2001/14**

**RID 18-01-39**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V § 73b**

**Leitsatz:** 1. Verletzt ein am **Hausarztvertrag** (§ 73b SGB V) teilnehmender Arzt seine Pflichten, ist er zum **Schadenersatz** verpflichtet (in Bayern: § 15 Abs. 4 S. 5 HzV-V in Verbindung mit § 280 BGB).

2. Während der Gestaltungsdauer eines Hausarztvertrages nach § 73 b SGB V eintretende **Änderungen des Vertrages** werden für den teilnehmenden Arzt nur dann verbindlich, wenn der/die Vertragspartner des Hausarztvertrages bei im Vertrag geregelter **Informationspflicht** dieser Pflicht in ausreichendem Umfang nachgekommen sind.

3. Für die Auslegung einer solchen **Informationsmitteilung** kommt es auf den objektiven Empfängerhorizont eines verständigen Beteiligten an. Es gilt wie bei den „Allgemeinen Geschäftsbedingungen“ (§§ 305 ff. BGB) das Transparenzgebot (vgl. Palandt, Kommentar. zum BGB, Rn 20 zu § 307).

Gegenstand der Klage ist der von der Kl. geltend gemachte Rückforderungsanspruch in Höhe von 5.286,58 €. Das *SG* verurteilte den bekl. Hausarzt, an die Kl. 1.484,81 € zu bezahlen.

## 3. Integrierte Versorgung: Rückforderung rechtsgrundlos gezahlter Honorare

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 13.12.2017 - L 3 KA 37/14**

**RID 18-01-40**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V § 140b; BGB § 812 I**

**Leitsatz:** Hat eine Krankenkasse (u.a.) mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) einen Vertrag über **integrierte Versorgungsformen** abgeschlossen und sind im Rahmen der integrierten Versorgung **rechtsgrundlos Honorare** an daran teilnehmende Vertragsärzte gezahlt worden, kann einem **öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch** der Kasse gegen diese Ärzte entgegenstehen, dass die Honorare - wie im Vertrag vorgesehen - von der KÄV abgerechnet und an die Ärzte ausgezahlt worden sind (Vorrang der Leistungsbeziehung nach § 812 Abs. 1 S. 1 1. Alt. BGB).

*SG Hannover*, Urt. v. 15.01.2014 - S 61 KA 83/10 - verurteilte die vier bekl. Fachärzte für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie als Gesamtschuldner, an die kl. Krankenkasse für die 1.264 Behandlungsfälle, in denen keine Einwilligungserklärung der Patienten vorlag, jeweils den Betrag zu zahlen, der sich aus der jeweiligen Differenz zwischen der erhaltenen Behandlungspauschale nach § 7 Abs. 1 des Vertrages vom 13.02.2002 und der nach § 7 Abs. 5 des Vertrages vom 13.02.2002 erfolgten Bereinigung der Gesamtvergütung je Behandlungsfall ergibt, zzgl. Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit. Im Übrigen wies das *SG* die Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung der Kl. mit der Maßgabe zurück, dass der Tenor dieses Urteils zur Hauptsache wie folgt gefasst wird: 1. Die Bekl. werden als Gesamtschuldner verurteilt, an die Kl. 32.396,32 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Der Streitwert wurde auf 232.576 € festgesetzt.

## VII. Verfahrensrecht/Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV)

### 1. Kein Ruhen des Verfahrens bei fehlender Voreingrifflichkeit

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 22.12.2017 - L 11 KA 38/17 B

RID 18-01-41

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB V §§ 95 VI, 103 IVa, IVc; ZPO § 251

Der Ausgang eines Rechtsstreit über eine **Zulassungsentziehung** ist voreingrifflich zur Frage der **Genehmigung einer Anstellung** in einem MVZ, wenn diese das Einbringen der Zulassung nach § 103 Abs. 4a Satz 1 SGB V erfordert.

*SG Duisburg*, Beschl. v. 15.05.2017 - S 19 KA 2/16 - ordnete in einem Rechtsstreit über eine Zulassungsentziehung das Ruhen des Verfahrens an, das *LSG* hob auf Beschwerde der Beigel. den Beschl. auf.

### 2. Ablehnungsgesuch gegen ehrenamtlichen Richter: Zuständigkeit des Kammervorsitzenden

SG Marburg, Beschluss v. 26.01.2018 - S 12 KA 422/15

RID 18-01-42

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGG §§ 12 I, 60 I; ZPO §§ 45, 46

**Leitsatz:** Der Kammervorsitzende entscheidet allein über einen **Befangenheitsantrag** gegen einen **ehrenamtlichen Richter**.

Das *SG* wies das Ablehnungsgesuch der Kl. gegen zwei ehrenamtliche Richter wegen Besorgnis der Befangenheit zurück.

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

LSG Hessen, Urteil v. 08.11.2017 - L 4 KA 88/14

RID 18-01-43

*Revision zugelassen*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

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

**Leitsatz:** 1. Der Landesgesetzgeber war zur Schaffung einer Regelung zur **Einbeziehung** von Honoraren aus **Selektivverträgen** als Bemessungsgrundlage für die Erweiterte Honorarverteilung (EHV) befugt. § 8 Abs. 2 KVHG verstößt nicht gegen kompetenzrechtliche Vorschriften des Grundgesetzes.

2. § 8 Abs. 2 KVHG und § 11 Abs. 2 GEHV sind **verfassungsrechtlich gerechtfertigt**. Der zukunftsfähige Erhalt des umlagefinanzierten Alterssicherungssystems der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Hessen stellt einen gewichtigen Belang des Allgemeinwohls dar.

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung der Umsätze der GKV-Leistungen aus Sonderverträgen nach § 11 VI GEHV für das Quartal IV/11 und hierbei insb. um die Frage, ob hierfür eine Rechtsgrundlage besteht. *SG Marburg*, Ur. v. 05.11.2014 - S 12 KA 392/13 - RID 14-04-66 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## VIII. Bundessozialgericht (BSG)

### 1. BVerfG: Laborärzte/Kostenpauschale Nr. 40100 EBM (Ausschluss von Versandkosten)

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 29.11.2017 - 1 BvR 1784/16

RID 18-01-44

juris

GG Art. 3 I; EBM Nr. 40100

Die Verfassungsbeschwerde gegen *BSG*, Ur. v. 16.12.2015 - B 6 KA 10/15 R - USK 2015-145 = juris wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Die Einführung des Abrechnungsausschlusses mit der **Neufassung der Nr. 40100 EBM** ab dem Quartal II/09 war zur Sicherung der **finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung** (vgl. BVerfGE 114, 196 <244 f.>) sowie der hiermit verbundenen **Wirtschaftlichkeit** der

vertragsärztlichen Versorgung (vgl. BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 07.05.2014 - 1 BvR 3571/13, 1 BvR 3572/13 - RID 14-03-159, juris Rn. 34; v. 22.10.2004 - 1 BvR 528/04, 1 BvR 550/04, 1 BvR 551/04, 1 BvR 627/04 - RID 05-01-16, juris Rn. 16) sachlich gerechtfertigt, worauf auch die mit der Verfassungsbeschwerde angegriffenen Entscheidungen abstellen. Vorliegend sollten Kosten in einem Bereich begrenzt werden, in dem sie zuvor durch eine vermehrte Abrechnung der Nr. 40100 EBM gestiegen waren. Auf diese **Entwicklung der vermehrten Abrechnung** durfte der Normgeber reagieren und durch den Abrechnungsausschluss insb. auch einen Anreiz schaffen, dass demgegenüber Leistungen des Allgemeinlabors weiterhin kostengünstig in Laborgemeinschaften erbracht werden. Unter Berücksichtigung dessen und vor dem Hintergrund, dass im System der gesetzlichen Krankenkassen Mehrausgaben in einem Bereich notwendigerweise Kürzungen an anderer Stelle bedingen, wenn Beitragserhöhungen vermieden werden sollen (vgl. BVerfGE 103, 172 <186>), ist eine verfassungswidrige Ungleichbehandlung letztlich auch durch die Anwendung des Abrechnungsausschlusses auf so genannte **Mischfälle** nicht erkennbar.

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 27.11.2017 - 1 BvR 1064/16 - nahm die Verfassungsbeschwerde gegen die **Parallelentscheidung** BSG, Urt. v. 16.12.2015 - B 6 KA 39/15 R - SozR 4-5531 Nr 40100 Nr. 1 ebf. nicht an, ebs. BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 27.11.2017 - 1 BvR 1968/16 - gegen BSG, Urt. v. 16.12.2015 - B 6 KA 39/14 R - MedR 2016, 816 = USK 2015-145.

## 2. Sachlich-rechnerische Berichtigung

### a) Patientenbezogene Plausibilitätsprüfung: Hausärztin und hauptsächlich fachärztliches MVZ

**BSG, Beschluss v. 11.10.2017 - B 6 KA 29/17 B**

**RID 18-01-45**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 11.01.2017 - L 12 KA 35/16 - wird zurückgewiesen.

Es besteht kein Zweifel, dass die Grundsätze zum Gestaltungsmissbrauch auch auf die Zusammenarbeit einer **Hausärztin** mit einem **hauptsächlich fachärztlich ausgerichteten MVZ** anwendbar sind. Gestaltungsmissbrauch in Form eines Missbrauchs der Rechtsform (hier: vom SG ermittelte „Mischquote“ des Anteils implausibler gemeinsamer Behandlungsfälle: 77,83 %) liegt immer dann vor, wenn die formal gewählte Rechtsform nicht den tatsächlichen Gegebenheiten entspricht (BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr 4, Rn. 54).

Für den Umfang der **Patientenidentität** ist nur auf das **MVZ als Rechtseinheit** und nicht auf die Ärzte der im MVZ vertretenen Fachrichtungen abzustellen.

Für die sachlich-rechnerische Richtigstellung bedarf es nach einem Verstoß gegen Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung **keines Verschuldens** (BSGE 96, 99 = SozR 4-5520 § 33 Nr 6, Rn. 28-29). Etwas anderes gilt nur dann, wenn die KV den gesamten Honorarbescheid für ein Quartal allein wegen der **Unrichtigkeit der Abrechnungssammelerklärung** aufhebt. Diese Rechtsfolge setzt voraus, dass unrichtige Angaben in den Behandlungsausweisen zumindest grob fahrlässig erfolgt sind (BSG SozR 3-5550 § 35 Nr. 1 S. 5). Es besteht kein Zusammenhang zwischen einer Richtigstellung infolge eines **Gestaltungsmissbrauchs** und einer unrichtigen **Abrechnungssammelerklärung** (BSG, Beschl. v. 17.02.2016 - B 6 KA 50/15 B - GesR 2016, 311).

### b) Nr. 26315 EBM nicht neben Kostenpauschalen nach der Onkologie-Vereinbarung

**BSG, Beschluss v. 11.10.2017 - B 6 KA 34/17 B**

**RID 18-01-46**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 05.10.2016 - L 11 KA 83/15 - RID 17-02-37 wird zurückgewiesen.

Aus BSG, Urt. v. 03.08.2016 - B 6 KA 42/15 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 33 ergibt sich, dass die grundsätzlichen Fragen des **Ineingangens von Regelungen des EBM und des BMV-Ä** keiner weiteren revisionsgerichtlichen Klärung bedürfen. Für die hier zu beurteilenden Fragen gilt das in besonderer Weise, denn das LSG hat zutreffend darauf hingewiesen, dass dann, wenn die Vertragspartner generell nicht berechtigt wären, Regelungen über die Vergütung von

bundesmantelvertraglich besonders geregelten Behandlungskonzepten zu treffen, der Kl. von vornherein keinen Anspruch auf die Vergütung der von ihm angesetzten Kostenpauschale nach Nr. 86512 Anhang 2 der Anl. 7 zum BMV-Ä haben könnte. Sind die **Vertragspartner auf Bundesebene** aber - wie es der Rspr. des Senats entspricht - nicht nur berechtigt, **spezielle Behandlungsaufträge** zu formulieren, sondern auch **Vergütungsregelungen** für die Teilnahme von Vertragsärzten an solchen besonders qualitätsgesicherten Behandlungsprogrammen festzulegen, kann es keinem Zweifel unterliegen, dass sie auch berechtigt sind, das Verhältnis der in diesen Vereinbarungen geschaffenen speziellen Vergütungstatbeständen zu den allgemeinen Regelungen des EBM-Ä näher zu bestimmen.

### 3. BVerfG: Mitnahme eines nephrologischen Versorgungsauftrags nach Ausscheiden aus BAG

**BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 20.12.2017 - 1 BvR 1780/17**

**RID 18-01-47**

juris

**SGB V §§ 72 II, 82 I; BMV-Ä Anl. 9.1; GG Art. 12**

Die Wirkung von *BSG*, Urt. v. 15.03.2017 - B 6 KA 20/16 R - juris - wird für die Dauer von sechs Monaten, längstens bis zur Entscheidung über die Hauptsache, ausgesetzt.

Erginge die einstweilige Anordnung nicht, erweise sich die Verfassungsbeschwerde später aber als begründet, entstünden dem Bf. durch die Vollziehung der Entscheidung schon jetzt schwere und nahezu irreparable berufliche und wirtschaftliche Nachteile. Erginge die einstweilige Anordnung, hätte die Verfassungsbeschwerde aber später keinen Erfolg, könnte der Bf. die streitbefangenen Leistungen einstweilen weiter erbringen. Eine hieraus resultierende mögliche **Gefährdung** für das Wohl der dort behandelten **Patienten** ist nicht erkennbar.

Das BVerfG hatte einen ersten Antrag zunächst mit Beschl. v. 08.12.2017 abgelehnt.

#### Parallelverfahren:

**BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 20.12.2017 - 1 BvR 1781/17**

**RID 18-01-48**

juris

Die Wirkung von *BSG*, Urt. v. 15.03.2017 - B 6 KA 18/16 R - SozR 4 (vorgesehen) = juris wird für die Dauer von sechs Monaten, längstens bis zur Entscheidung über die Hauptsache, ausgesetzt. Das BVerfG hatte einen ersten Antrag zunächst mit Beschl. v. 08.12.2017 abgelehnt.

### 4. Klagebefugnis bei Verlängerung einer Zweigpraxisgenehmigung eines Nephrologen

**BSG, Urteil v. 15.03.2017 - B 6 KA 22/16 R**

**RID 18-01-49**

SozR 4-5540 Anl. 9.1 Nr. 9 = KrV 2017, 157 = MedR 2017, 990

**Leitsatz:** 1. Die bundesmantelvertragliche Vorschrift über die Verlängerung einer zunächst für zehn Jahre bedarfsunabhängig erteilten **Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte** für Dialyseleistungen um weitere zehn Jahre hat **drittschützende Wirkung** zu Gunsten einer Hauptpraxis, in deren Versorgungsregion die Nebenbetriebsstätte liegt.

2. Die bundesmantelvertraglichen Vorschriften über die **Beteiligung der Krankenkassen** an Entscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Genehmigung von Versorgungsaufträgen und Nebenbetriebsstätten für Dialyseleistungen dienen allein öffentlichen Interessen und nicht den Belangen konkurrierender Dialysepraxen (Klarstellung zu *BSG* vom 11.02.2015 - B 6 KA 7/14 R = SozR 4-5540 Anl. 9.1 Nr 5 Rn. 41, 43).

### 5. Praxisverlegung: Beachtung der lokalen Versorgungslage

**BSG, Beschluss v. 29.11.2017 - B 6 KA 43/17 B**

**RID 18-01-50**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hamburg*, Urt. v. 15.03.2017 - L 5 KA 15/15 - wird zurückgewiesen.

Entscheidungen nach § 24 VII Ärzte-ZV müssen sich „in den durch die Bedarfsplanung und die Sicherstellung der medizinischen Versorgung gezogenen Grenzen“ halten und erfordern deshalb eine Überprüfung „anhand der Bedarfsplanung und der Versorgungslage“ (*BSG*, Urt. v. 03.08.2016 - B 6

KA 31/15 R - BSGE 122, 35 <vorgesehen> = SozR 4-5520 § 24 Nr 13 Rn. 18). Hieraus folgt klar, dass eine Entscheidung den zwingenden Vorgaben der Bedarfsplanung entsprechen, darüber hinaus aber auch die lokale **Versorgungslage in Teilen des Planungsbereichs** in den Blick nehmen muss. Die Versorgungslage ist aber nach dem **lokalen Einzugsbereich der Praxis** zu beurteilen, der „je nach Lage nicht notwendig mit dem räumlichen Bereich eines Verwaltungsbezirks übereinstimmt“ (BSG, aaO. Rn. 31 - zum großräumigen Planungsbereich Berlin).

## 6. Gesamtvergütung

### a) Zuschläge auf den Orientierungswert

#### BSG, Urteil v. 10.05.2017 - B 6 KA 5/16 R

RID 18-01-51

BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 87a Nr. 4 = NZS 2017, 820

**Leitsatz:** 1. In Streitverfahren gegen Entscheidungen des **Schiedsamtes** ist die Aufsichtsbehörde bzw. deren Rechtsträger nicht notwendig **beizuladen** (Klarstellung zu BSG vom 20.09.1988 - 6 RKa 3/88 = BSGE 64, 78 = SozR 1500 § 51 Nr. 50).

2. Das Schiedsamt ist im Rahmen der Festsetzung der Höhe der Gesamtvergütungen für die Zeit ab 2013 berechtigt, **Zuschläge auf den Orientierungswert** festzulegen, soweit es die gesetzlichen Voraussetzungen dafür als erfüllt ansieht, auch wenn die Zuschläge Auswirkungen auf die Höhe der Beitragssätze haben können.

3. Für die Zuschläge auf den Orientierungswert wegen regionaler Abweichungen hinsichtlich der Kosten- und Versorgungsstruktur gilt der **Grundsatz der Vorjahresanknüpfung** nicht.

4. Zuschläge dürfen jeweils für ein Jahr festgesetzt werden und sind in Folgezeiträumen nicht automatisch zu berücksichtigen (**keine Basiswirksamkeit**).

### b) Bindung an Vorgaben des Bewertungsausschusses (Veränderungsrate 2013 Bayern)

#### BSG, Urteil v. 10.05.2017 - B 6 KA 14/16 R

RID 18-01-52

SozR 4-2500 § 87a Nr. 3

**Leitsatz:** 1. Im Rahmen von Vereinbarungen über die **Gesamtvergütung** für das Jahr 2013 sind die Gesamtvertragspartner an den vom Bewertungsausschuss (BewA) festgesetzten bundeseinheitlichen **Orientierungswert** und die von ihm mitgeteilten **Veränderungsraten** für die Anpassung des Behandlungsbedarfs im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) gebunden.

2. Weder die **Landesverbände der Krankenkassen** noch die **KÄV** können im Verfahren über die Vereinbarung der Gesamtvergütung oder im Prozess gegen das Schiedsamt eine **gerichtliche Überprüfung dieser Vorgaben des BewA** erreichen; eine gerichtliche Kontrolle ist nur auf Bundesebene in Verfahren der Trägerorganisationen des BewA - GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung - gegen den BewA vorgesehen.

3. Für die gesamtvertragliche Vereinbarung von Zuschlägen auf den Orientierungswert gilt der **Grundsatz der Vorjahresanknüpfung** nicht.

### c) Ausgleichsverfahren zwischen West- und Ost-KVen

#### BSG, Beschluss v. 29.11.2017 - B 6 KA 51/17 B

RID 18-01-53

juris

GKV-SolG Art. 14a

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Bayern**, Urt. v. 24.05.2017 - L 12 KA 157/15 - RID 17-03-69 wird zurückgewiesen.

BSG, Urt. v. 15.06.2016 - B 6 KA 22/15 R - SozR 4-2500 § 140d Nr. 3 Rn. 38 m.w.N. hat entschieden, dass Ansprüche auf Auszahlung einbehaltener Beträge der Gesamtvergütung in entsprechender Anwendung der § 45 SGB I und § 113 I SGB X einer **vierjährigen Verjährungsfrist** unterliegen. Für die die Gesamtvergütungen betreffenden **Ausgleichsansprüche unter den KVen** nach Art. 14 Ia GKV-SolG kann ersichtlich nichts anderes gelten.

## B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

### I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

#### 1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

##### a) Immuntherapie mit dendritischen Zellen

###### aa) Immuntherapie mit verschiedenen Therapien bei rezidivierendem Mammakarzinom

**LSG Bayern, Urteil v. 09.11.2017 - L 4 KR 49/13**

**RID 18-01-54**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V §§ 2 I, II, 12 I, 13 I, III, 27 I 2 Nr. 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1**

**Leitsatz:** 1. Eine **zelluläre Immuntherapie mit dendritischen Zellen**, natürlichen Killerzellen, inaktivierten onkolytischen Viren und Hyperthermie bei metastasiertem Mammakarzinom stellt eine neue Behandlungsmethode dar, für die eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (derzeit) nicht vorliegt.

2. Die nach der Rechtsprechung entwickelten und vom Gesetzgeber in § 2 Abs. 1a SGB V aufgenommenen Grundsätze greifen nicht bei Vorliegen einer absolut **palliativen Situation** bereits zu Behandlungsbeginn.

*SG München*, Urt. v. 25.10.2010 - S 18 KR 968/10 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

###### bb) Behandlung eines Hirntumors

**LSG Thüringen, Urteil v. 24.10.2017 - L 6 KR 154/14**

**RID 18-01-55**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V §§ 1 I, 13 I, III, 27 I 1, 70 I 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1**

Die Versorgung Versicherter mit **dendritischen Zellen** zur **Immuntherapie** von Oligoastrozytom nach Rezidiv ist als **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** nicht vom GKV-Leistungskatalog umfasst und zwar weder nach allgemeinen Grundsätzen noch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten (letzteres hier verneint, weil eine unmittelbare individuelle Notlage nicht ersichtlich ist und zudem eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung stand).

*SG Nordhausen*, Urt. v. 20.11.2013 - S 19 KR 4164/10 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

###### b) EOS-Röntgen 3D-Wirbelsäulendarstellung

**SG Aachen, Urteil v. 21.11.2017 - S 13 KR 250/17**

**RID 18-01-56**

*Rechtskräftig*

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I, 92 I, 135 I**

Bei der **EOS-Röntgen 3D-Wirbelsäulendarstellung** handelt es sich um eine **neue Untersuchungsmethode** i.S.v. §§ 92 I, 135 SGB V, für die eine positive Empfehlung des GBA nicht vorliegt.

Das **SG** wies die Klage ab.

###### c) Ambulante Liposuktion

**LSG Thüringen, Urteil v. 24.10.2017 - L 6 KR 980/15**

**RID 18-01-57**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V §§ 2 I, II, 12 I, 13 I, III, 27 I 2 Nr. 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1**

Ein Anspruch auf eine **ambulante ärztliche Liposuktion** scheitert daran, dass der **GBA** die neue Methode der Fettabsaugung nicht positiv empfohlen hat und kein Ausnahmefall vorliegt, in welchem dies entbehrlich ist.

*SG Gotha*, Gerichtsbb. v. 23.06.2015 - S 41 KR 5091/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## II. Stationäre Behandlung

### 1. Adipositas-chirurgische Maßnahme: Ausnahmefall ohne vorheriges Therapiekonzept

**SG Darmstadt, Urteil v. 10.05.2017 - S 10 KR 454/15**

**RID 18-01-58**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V §§ 12 I, 27 I 2 Nr. 5, 39 I 2, 108**

Bei einem BMI von 55,8 kg/m<sup>2</sup> bzw. 52,34 kg/m<sup>2</sup> sowie bereits eingetretenen sekundären Krankheiten (Diabetes mellitus bei Hyperinsulinämie und Insulinresistenz, Hyperurikämie, Grenzwerthypertonie, starke Kurzatmigkeit) besteht - ausnahmsweise - ein Anspruch auf eine minimalinvasive **adipositas-chirurgische Maßnahme** in Form eines **Schlauchmagens**, gefolgt von einer biliopankreatischen Diversion mit Duodenal Switch, auch wenn der Versicherte selbst noch nicht an einem über sechs bis zwölf Monate laufenden **ärztlich geleiteten multimodalen Therapiekonzept** - zumal erfolglos - teilgenommen hat.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten für eine bariatrische Operation in Form einer zweizeitigen adipositaschirurgischen Maßnahme (Schlauchmagen gefolgt von einer biliopankreatischer Diversion mit Duodenal Switch) in einem zugelassenen Krankenhaus zu übernehmen.

### 2. Keine Behandlung in Nichtvertragskrankenhaus/Liposuktion keine Leistung der GKV

**SG Aachen, Urteil v. 21.11.2017 - S 13 KR 257/17**

**RID 18-01-59**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III, 27 I, 135 I**

Die Behandlung gesetzlich Versicherter wird grundsätzlich nur durch **zugelassene Leistungserbringer** erbracht (vgl. §§ 76 I 1, 108 SGB V).

Bei der **Liposuktion** handelt es sich nicht um eine Leistung der GKV. Die Liposuktion entspricht nicht den erforderlichen Qualitätsanforderungen, die an eine zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchzuführende Behandlungsmethode zu stellen sind.

Das **SG** wies die Klage ab.

### 3. Brustverkleinerungsoperation (Mammareduktionsplastik)

#### a) Notwendigkeit einer vorherigen Gewichtsreduktion

**LSG Thüringen, Urteil v. 24.10.2017 - L 6 KR 472/13**

**RID 18-01-60**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V §§ 2 II, 13 I, III, 27 I 1, 70 I**

Für eine Entstellung der Brüste genügt nicht jede **körperliche Anormalität**.

Eine **psychische Belastung**, wie von der Klägerin zudem geltend gemacht, rechtfertigt keinen operativen Eingriff auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung.

**Orthopädische Beschwerden** begründen nicht die Notwendigkeit eines operativen Eingriffs im Bereich der Brust. Lediglich mittelbare Behandlungen einer Krankheit bedürfen einer speziellen Rechtfertigung. Konservativen Behandlungsmöglichkeiten müssen vollständig ausgeschöpft sei. Vor Stellung einer Operationsindikation kann zunächst eine erhebliche **Gewichtsreduktion** verlangt werden.

**SG Altenburg**, Urt. v. 26.11.2012 - S 30 KR 754/10 - verurteilte die Bekl., die Kosten für eine beidseitige Mammareduktionsplastik zu übernehmen, das **LSG** wies die Klage ab.

## b) Andere Heilungsmaßnahmen möglich

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.11.2017 - L 1 KR 644/15**

**RID 18-01-61**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 27

Eine Brustverkleinerungsoperation (Mammareduktionsplastik) ist **medizinisch nicht notwendig**, wenn eine Heilung bzw. Linderung der Krankheiten (hier: ein chronisch-schmerzhaftes Nacken-Schulter-Arm-Syndrom im Bereich der Wirbelsäule bei Verschleiß der Halswirbelsäule und Status nach operativer Behandlung im Bereich C5/6, generalisiertes Schmerzsyndrom bei Fibromyalgie sowie einer skoliotische Fehlhaltung der Rumpfwirbelsäule mit Verschleiß) nicht ausschließlich durch eine solche Operation erreicht werden kann.

*SG Köln*, Urt. v. 04.09.2015 - S 26 KR 650/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 4. Versorgung mit dem Medikament Nerixia® (Wirkstoff: Neridronat)

**LSG Thüringen, Beschluss v. 21.12.2017 - L 6 KR 1288/17 B ER**

**RID 18-01-62**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 2 Ia, 27 I, 39 I, 137c III

Das LSG schließt sich der Auffassung der Vorinstanz an, wonach kein Anspruch auf Versorgung mit dem **Arzneimittel Nerixia® (Wirkstoff: Neridronat)** besteht, denn dieses besitzt nicht die erforderliche Zulassung in Deutschland, ebs. besteht kein Anspruch auf eine Versorgung nach den Grundsätzen des Off-Label-Use, weil es an einer aufgrund der Datenlage begründeten Erfolgsaussicht der Behandlung fehlt. Ein unmittelbarer Leistungsanspruch aus der Verfassung ist nicht gegeben, weil trotz der Schwere der Erkrankung - die Bf. leidet an einer Osteogenesis imperfecta (sog. **Glasknochenkrankheit**) vom Typ Lobenstein bzw. Typ I mit sekundärer Osteoporose - nicht ersichtlich ist, dass sich innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums ein voraussichtlich tödlicher Krankheitsverlauf bzw. der Eintritt einer wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung einstellen wird. Die bloße Möglichkeit zukünftiger Knochenbrüche genügt nicht.

*SG Altenburg*, Beschl. v. 18.09.2017 - S 5 KR 927/17 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

## 5. Enge zeitliche Grenzen für Anschlussheilbehandlung im gerichtlichen Rechtsschutz

**LSG Berlin-Brandenburg, Entscheidung v. 05.12.2017 - L 9 KR 413/17 B ER**

**RID 18-01-63**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 40 VI; SGG § 123

**Leitsatz:** 1. Mehr als acht Monate nach dem Abschluss der Krankenhausbehandlung kommt die Bewilligung einer **Anschlussrehabilitation** nach § 40 Abs. 6 SGB V nicht mehr in Betracht, denn erforderlich ist insoweit ein unmittelbarer Anschluss an die Krankenhausbehandlung.

2. Die Bewilligung einer Maßnahme stationärer **Rehabilitation** bedarf einer **vertragsärztlichen Verordnung**, die den Vorgaben in den Rehabilitations-Richtlinien des GBA genügt.

*SG Berlin*, Beschl. v. 01.09.2017 - S 36 KR 1469/17 ER - wies den Antrag ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.



### III. Kostenerstattung

#### 1. Genehmigungsfiktion

##### a) Frist: Taggenau bestimmte Fristverlängerung/Cannabinoïdversorgung ohne ärztliche Verordnung

**SG Aachen, Urteil v. 28.11.2017 - S 14 KR 311/17**

**RID 18-01-64**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 13 IIIa, 31 VI

Ohne rechtzeitige Angabe einer **taggenau bestimmten** oder jedenfalls bestimmbaren **Verlängerung der Frist** nach § 13 IIIa 1 SGB V tritt die Genehmigungsfiktion hiernach also ohne nähere Prüfung des rechtfertigenden Potentials des mitgeteilten Grundes ein.

§ 31 VI SGB V fordert nicht das Vorliegen einer förmlichen **ärztlichen Verordnung** (a.A. LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 19.09.2017 - L 11 KR 3414/17 ER-B - RID 17-04-102, juris Rn. 24).

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. nach vertragsärztlicher Verordnung mit Dronabinol zu versorgen.

##### b) „Erforderliche“ Leistung

###### aa) Leistungsanspruch unabhängig vom Wirtschaftlichkeitsgebot (Hautstraffungsoperationen)

**SG Mannheim, Urteil v. 15.02.2017 - S 5 KR 2580/16**

**RID 18-01-65**

juris  
SGB V § 13 IIIa

Erfolgt keine **Mitteilung eines hinreichenden Grundes**, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (§ 13 IIIa 6 SGB V).

Die von der Kl. für erforderlich gehaltenen **Hautstraffungsoperationen** zur Behandlung ekzematöser Hautveränderungen können grundsätzlich von der gesetzlichen Krankenkasse gem. §§ 2, 27, 12 SGB V geschuldet sein, wenn im Einzelfall eine entsprechende Notwendigkeit, Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 12 I SGB V) besteht.

Die Genehmigungsfiktion begründet einen Leistungsanspruch unabhängig vom **Wirtschaftlichkeitsgebot** gemäß § 12 I SGB V.

Das **SG** stellte fest, dass der Antrag auf Durchführung von Operationen zur Bauchfettschürzenresektion, Mastopexie sowie Straffung der Haut im Bereich der Oberarme und Oberschenkel bei der Kl. als genehmigt gilt.

###### bb) Kein Anspruch auf Behandlung durch Privatarzt

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 12.07.2017 - L 11 KR 28/16**

**RID 18-01-66**

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

Ein Anspruch aufgrund einer Genehmigungsfiktion scheidet aus, wenn der Antrag keine Leistung betrifft, die die Versicherte für **erforderlich** halten durfte und die offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt. Zwar mag die beantragte Liposuktion ihrer Art nach dem Leistungskatalog der GKV unterfallen. Jedoch ist mit dem vorliegenden Antrag schon deshalb eine offensichtliche Leistungsgrenze überschritten, weil die Versicherte die Behandlung durch einen nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arzt begehrt.

**SG Düsseldorf**, Urt. v. 03.12.2015 - S 27 KR 371/15 - RID 16-01-117 verurteilte die Bekl., die Kosten für eine ambulante Liposuktion in drei Sitzungen der oberen und unteren Extremitäten zu übernehmen, wogegen die Bekl. Berufung einlegte. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.03.2016 - L 11 SF 75/16 ER - RID 17-04-153 lehnte den Antrag der Bekl., die Vollstreckung aus dem Urteil auszusetzen, hilfsweise von einer Sicherheitsleistung von 12.600 € abhängig zu machen, ab. Das **LSG** wies auf die Berufung der Bekl. die Klage ab.

### cc) Ärztliche Befürwortung einer Liposuktionsbehandlung

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 13.11.2017 - L 1 KR 415/17 B ER**

**RID 18-01-67**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 13 IIIa; SGG § 86b II

Eine Versicherte darf eine Behandlung für **erforderlich** halten, wenn eine **Fachklinik** für Lymphologie und Ödemkrankheiten die Liposuktionen aufgrund der anhaltenden Schmerzen und von Wulstungen im Oberschenkelbereich **befürwortet** hat.

*SG Cottbus*, Beschl. v. 01.09.2017 - S 18 KR 289/17 ER - wies den Antrag ab, das *LSG* verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. eine Liposuktionsbehandlung beider Beine zu gewähren und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

### c) Sachleistungsanspruch

#### aa) Magenbypass-Operation als Sachleistung

**SG Frankfurt a. M., Urteil v. 18.07.2017 - S 18 KR 274/15**

**RID 18-01-68**

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

Die Rechtsfolge des § 13 IIIa 6 SGB V greift nicht nur ein, wenn sich der Versicherte die begehrte Leistung bereits selbst beschafft hat und Kostenerstattung begehrt. Vielmehr umfasst diese Rechtsfolge auch einen **Sachleistungs- bzw. Naturalleistungsanspruch** (BSG, Urt. v. 11.07.2017 - B 1 KR 26/16 R - BSGE <vorgesehen< = SozR 4 <vorgesehen< = KrV 2017, 207).

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

#### bb) Ambulante Liposuktionsbehandlung

**SG Speyer, Gerichtsbescheid v. 26.09.2017 - S 16 KR 176/17**

**RID 18-01-69**

juris  
SGB V § 13 IIIa

§ 13 IIIa SGB V begründet neben einem Kostenerstattungsanspruch auch einen **Leistungsanspruch**.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kl. mit ambulanten Liposuktionsbehandlungen an den Armen und Beinen zu versorgen, und wies im Übrigen die Klage ab.

### d) Beschränkung auf Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (Liposuktion)

**LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 31.05.2017 - L 4 KR 4101/16**

**RID 18-01-70**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 33/17 R  
juris  
SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 IIIa, 27 I 1, 135

Als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode ohne positive Empfehlung des GBA unterliegt die **Liposuktion** dem Verbot mit Erlaubnisvorbehalt nach § 135 I 1 SGB V und darf im vertragsärztlichen Bereich nicht erbracht werden. Ein Systemversagen liegt nicht vor.

§ 13 IIIa SGB V greift nicht bei jeglichen Leistungsanträgen ein, sondern nur dann, wenn sich der Antrag auf Leistungen bezieht, die **grundsätzlich zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören**, von den Krankenkassen also allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen sind. Liposuktionen sind nicht vom Sachleistungsanspruch gegen die Krankenkassen umfasst, so dass sie auch nicht Gegenstand einer Genehmigungsfiktion nach § 13 IIIa 6 SGB V werden können (so schon LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 13.09.2016 - L 4 KR 320/16 - RID 16-04-121).

*SG Karlsruhe*, Urt. v. 12.10.2016 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## e) Elektrorollstuhl kein Gegenstand der medizinischen Rehabilitation/Zurücknahme

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 12.12.2017 - L 16 KR 334/17

RID 18-01-71

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 69/17 B*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13a, 33 I

Ein **Elektrorollstuhl** ist nicht Gegenstand der **medizinischen Rehabilitation**, sondern die Versorgung mit einem Hilfsmittel im Rahmen des mittelbaren Behinderungsausgleichs. Hilfsmittel gehören nicht bereits deshalb zu den Reha-Leistungen, weil sie auch dem Behinderungsausgleich dienen und nach dem Verständnis des SGB IX Leistungen der medizinischen Reha sein können.

Die fingierte Genehmigung kann nach § 45 SGB X nicht **zurückgenommen** werden, wenn sämtliche Fiktionsvoraussetzungen erfüllt waren, denn dann fehlt es schon am Vorliegen eines rechtswidrigen Verwaltungsakts.

*SG Oldenburg*, Urt. v. 27.01.2017 - S 64 KR 238/16 - verurteilte die Bekl., d. Kl. den Elektro-Rollstuhl „Samm Qlass Lift“ zu beschaffen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

## f) Bestimmtheit des Antrags: Medizinal-Cannabis

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 05.01.2018 - L 11 KR 405/17 B ER

RID 18-01-72

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 IIIa, 31 VI

Der Auffassung, dass ein Antrag auf Versorgung mit Cannabis nach § 31 VI 2 SGB V nur im Fall der - hier nicht vorhandenen - **Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung** hinreichend **bestimmt** ist, kann nicht zugestimmt werden. Eine solche Auffassung verkennt die besondere Regelungssystematik des § 31 VI SGB V und damit den Bezugspunkt der Bestimmtheit.

Mehr als im Fall einer tatsächlich durch die Krankenkasse geprüften und erteilten Genehmigung kann auch nicht auf Basis einer (lediglich) fingierten Genehmigung beansprucht werden. Deshalb reicht es aus, wenn der **Antrag** auf Versorgung mit Cannabisblüten dahin **beschränkt** wird, „soweit die behandelnden Ärzte diese Behandlung verordnen“.

*SG Düsseldorf*, Beschl. v. 19.06.2017 - S 8 KR 627/17 ER - gab dem Eilantrag statt, das *LSG* berichtigte den Beschl. im Rubrum und im Tenor dahingehend, dass die Ag. verpflichtet wird, den Ast. für die Zeit ab dem 20.06.„2017“ (nicht „2016“) bis zum Ende des Hauptsacheverfahrens mit „vertragsärztlich“ (nicht ärztlich) verordneten Medizinal-Cannabisblüten zu versorgen und wies die Beschwerde zurück.

## g) Ruhen des Anspruchs nach § 13 IIIa SGB V während Auslandsaufenthalts

LSG Hessen, Urteil v. 09.11.2017 - L 1 KR 210/17

RID 18-01-73

*Revision anhängig: B 1 KR 1/18 R*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 16 I Nr. 1, 27 I 1

Ein Kostenerstattungsanspruch gemäß § 13 III SGB V ist ausgeschlossen, wenn wegen des **Auslandsaufenthalts** zur Durchführung der streitgegenständlichen Operationen der gesamte Leistungsanspruch gegenüber der Bekl. nach § 16 I Nr. 1 SGB V ruht. Dem **Ruhen eines Anspruchs** stehen die Regelungen des Sozialversicherungsabkommens mit der Türkei nicht entgegen, wenn die Krankenkasse nach Eintritt des Versicherungsfalls einer Verlegung des Aufenthalts in die Türkei nicht zugestimmt hat und der Versicherte die dort erbrachten Leistungen wegen seines Zustandes auch nicht sofort benötigte.

Auch wenn dem Grunde nach ein Anspruch auf Versorgung mit einer Bruststraffung sowie einer Hautlappenentfernung am Bauch durch eine Abdominalplastik als Naturalleistung aufgrund der **Genehmigungsfiktion** gem. § 13 IIIa 1 SGB V besteht, kann der Versicherte seinen infolge der Genehmigungsfiktion bestehenden Anspruch aber nicht durch eine im (vertragslosen) Ausland selbst beschaffte Operation realisieren, denn aufgrund seines Aufenthaltes in der Türkei ruhte auch sein Anspruch aus § 13 IIIa 6 SGB V gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V.

*SG Gießen*, Urt. v. 07.03.2017 - S 7 KR 344/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 2. Keine Kostenerstattung für vertragsärztliche Behandlung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 23.12.2017 - L 11 KR 95/17

RID 18-01-74

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 13 III

Wird die **Injektion eines Arzneimittels** von den Regelungen des **EBM erfasst**, kann keine gesonderte Vergütung nach GOÄ verlangt werden. Nach der Anlage 1 zum EBM ist die „Injektion, intrakutan, subkutan, submukös, subkonjunktival oder intramuskulär“ in der Grundpauschale enthalten. Von diesem Wortlaut ist die Injektion von Botox in den Austreibermuskel der Harnblase umfasst, denn es handelt sich um eine intramuskuläre Injektion.

Finanzielle Aspekte wie die behauptete **unzureichende Honorierung der Einzelleistung** über die Grundpauschale und die EBM-Ziffer 26310 bzw. 26311 sind kein Grund, den Versicherten gesetzlich vorgesehene Leistungen nur außerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung zukommen zu lassen.

*SG Gelsenkirchen*, Urt. v. 14.12.2016 - S 46 KR 640/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 3. Auslandsbehandlung

### a) Kosten einer Behandlung in türkischer Privatklinik

LSG Hessen, Urteil v. 19.10.2017 - L 8 KR 395/16

RID 18-01-75

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 16 I Nr. 1; Sozialversicherungsabkommen Türkei

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind grundsätzlich in **Deutschland** zu erbringen. Der Leistungsanspruch ruht, solange Versicherte sich im **Ausland** aufhalten und gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist. Ein Leistungsanspruch kann sich insbesondere aus zwischenstaatlichem Recht ergeben. Mit der **Türkei** ist ein entsprechendes **Sozialversicherungsabkommen** geschlossen worden. Danach stehen Versicherten medizinische Leistungen zu, soweit sie diese während eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Türkei wegen ihres Gesundheitszustandes sofort benötigen.

Ansprüche aufgrund des **deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommens** sind auf die nach dem türkischen Krankenversicherungssystem zustehenden Leistungen beschränkt. Eine Behandlung in einem 12 km entfernten und mit einer Fahrzeit von 16 min erreichbaren staatlichen Krankenhaus ist zumutbar, wenn keine Notwendigkeit besteht, aus gesundheitlichen Gründen eine 2,7 km entfernte und in 5 min Fahrzeit erreichbare Privatklinik aufsuchen zu müssen.

Ein 12-jähriges Mädchen erkrankte während einesurlaubes in der Türkei an einer Magen-Darm-Entzündung und war dehydriert. Der Hotelarzt veranlasste, dass das Mädchen mit einem Notarztwagen in die 2,7 km entfernte Privatklinik verbracht wurde, wo es im Wesentlichen mit Infusionen behandelt und nach zwei Tagen wieder entlassen wurde. Für die stationäre Behandlung stellte die Privatklinik (umgerechnet) knapp 2.300 € in Rechnung. Die Mutter des Mädchens beantragte bei der Bekl. die Erstattung der Behandlungskosten und berief sich auf den vor dem Urlaub ausgestellten Auslandskrankenschein. Die Bekl. holte eine Auskunft der nach dem deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommen zuständigen Verbindungsstelle ein. Diese teilte mit, dass lediglich Kosten i.H.v. (umgerechnet) ca. 370 € entstanden wären, wenn die Krankenhausbehandlung durch den türkischen Sozialversicherungsträger als Sachleistung erbracht worden wäre. Hierauf zahlte die Krankenkasse diesen Betrag und lehnte eine weitergehende Erstattung ab. *SG Kassel*, Urt. v. 07.07.2016 - S 8 KR 75/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### b) Zahnarzt im EU-Ausland: Notwendigkeit der Vorlage eines Heil- und Kostenplans

SG Hamburg, Urteil v. 08.05.2017 - S 46 KR 895/14

RID 18-01-76

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 13 IV, 27 I 2 Nr. 2 u. 2a, 28 II, 55, 56, 87 Ia

Die Notwendigkeit der **Vorlage eines Heil- und Kostenplans** bei der Krankenkasse sowie dessen vorherige Genehmigung durch selbige für die Versorgung mit Zahnersatz ergibt sich aus § 87 Ia SGB V. Obwohl dieses Erfordernis des Heil- und Kostenplans lediglich im Verhältnis zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Leistungsträger, d.h. der gesetzlichen Krankenkasse, geregelt ist, muss dieses Erfordernis notwendigerweise auch auf das Verhältnis zwischen dem Versicherten und der

Krankenkasse übertragen werden, da es sonst jedenfalls dann leerliefe, wenn der Versicherte einen Zahnarzt in Anspruch nimmt, der nicht Vertragszahnarzt ist. Dass das Erfordernis der Vorlage eines Heil- und Kostenplans bzw. eines damit vergleichbaren Dokuments auch dann gilt, wenn der Versicherte, wie dies § 13 IV SGB V ermöglicht, einen **Zahnarzt im EU-Ausland** in Anspruch nimmt, ist in der Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit anerkannt (vgl. nur BSG, Urt. v. 30.6.2009 - B 1 KR 19/08 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 21 sowie zuletzt LSG Bayern, Urt. v. 15.03.2016 - L 5 KR 458/15 ZVW - RID 16-03-116, juris Rn. 16).

Das vom ausländischen Zahnarzt auszufüllende Dokument muss lediglich **mit einem Heil- und Kostenplan** i.S.d. § 87 Ia 2 SGB V **vergleichbar** sein. Ein Heil- und Kostenplan muss u.a. den Befund, die Regelversorgung i.S.d. § 56 und die tatsächlich geplante Versorgung (einschl. von der Regelversorgung abweichender Leistung i.S.d. Abs. 4 und 5 des § 56) darstellen. Darüber hinaus sind Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen und ist auszuweisen, ob die zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten erbracht werden oder nicht.

Das *SG* wies die Klage ab.

#### 4. Behandlung durch Podologen bei Systemmangel (eingewachsene Zehennägel)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 11.10.2017 - L 9 KR 299/16

RID 18-01-77

*Revision anhängig: B 1 KR 34/17 R*

juris

SGB V §§ 13 III, 27

Bei der Behandlung von **eingewachsenen Zehennägeln** handelt es sich um eine **ärztliche Leistung**. Ist die Nagelspannenbehandlung nicht als ärztliche Leistung zu erhalten, dann liegt ein **Systemversagen** vor, wenn die Leistung nicht auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung durch Maßnahmen der podologischen Therapie beschafft werden kann. Zur Überwindung dieses Systemmangels kommt ausnahmsweise auch die Inanspruchnahme nichtärztlicher Leistungserbringer - Podologen - in Betracht.

*SG Berlin*, Urt. v. 11.05.2016 verurteilt die Bekl., der Kl. 152 € und weitere Kosten, die in Zukunft durch Nagelkorrekturspange, deren Anlegung und Regulierung an der linken Großzehe entstehen und aufgrund ärztlicher Verordnung durch eine qualifizierte Podologin erbracht werden, zu erstatten. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

#### 5. Ausübung des Wahlrechts nach § 13 II SGB V (A-V-Impulse-System)

LSG Bayern, Urteil v. 21.09.2016 - L 4 KR 328/14

RID 18-01-78

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 II, 33 I

Die **Ausübung des Wahlrechts** nach § 13 II SGB V muss der Selbstbeschaffung **zeitlich vorweggehen**, um sicherzustellen, dass eine ausreichende Information des Versicherten über die Auswirkung und Risiken der Kostenerstattung erfolgen kann. Darüber hinaus genügt es nicht, dass ein **privatrechtlicher Vertrag** mit einem Leistungserbringer geschlossen wird. Vielmehr ist die Krankenkasse als künftige Kostenträgerin vorab ausdrücklich über die Ausübung des Wahlrechts zu informieren.

Sind die klassischen Behandlungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft, besteht kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für ein **A-V-Impulse-System**, ein Gerät mit einem pneumatischen Hochleistungsimpuls, der über eine Manschette den venösen Fußsohlenplexus aktivieren soll.

*SG Landshut*, Gerichtsbb. v. 02.07.2014 - S 4 KR 237/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück, *BSG*, Beschl. v. 09.10.2017 - B 3 KR 19/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

## IV. Arzneimittelversorgung

### 1. Versorgung mit Cannabisprodukten

#### a) Keine Erprobung sämtlicher alternativer Behandlungsmöglichkeiten erforderlich

**SG Bremen, Beschluss v. 24.10.2017 - S 7 KR 227/17 ER**

**RID 18-01-79**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = [www.sozialgericht-bremen.de/entscheidungen](http://www.sozialgericht-bremen.de/entscheidungen) = juris

**SGB V § 31 VI; SGG § 86b II**

**Leitsatz:** Bei Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung haben Versicherte einen Anspruch auf Versorgung mit **Cannabispräparaten** gegenüber ihrer Krankenversicherung aus § 31 Abs. 6 S. 1 Nr. 1b SGB V wenn im Einzelfall, nach der begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes des Versicherten die zur Verfügung stehenden **alternativen Behandlungsmöglichkeiten** nicht zur Anwendung kommen können. Die Vorschrift dient insoweit auch der Stärkung der Therapiehoheit des behandelnden Vertragsarztes.

Versicherte sind nicht verpflichtet, zunächst **sämtliche alternativen Behandlungsmöglichkeiten** auszuprobieren und langjährig schwerwiegende Nebenwirkungen zu ertragen, bevor die Therapiealternative eines Cannabisarzneimittels genehmigt werden kann.

Das **SG** verpflichtete im Wege der einstweiligen Anordnung, den Ast. vorläufig, längstens jedoch bis zum 31.12.2017 nach Maßgabe der ärztlichen Verordnung vom 03.05.2017 mit Cannabis-Blüten Pedanios 8/8 15,0 g zum Trinken zu versorgen und eine dahin gehende Genehmigung zu erteilen. Im Übrigen lehnte es den Antrag ab.

#### b) „Schwerwiegende Erkrankung“/Folgenabwägung bzgl. Therapiealternativen

**LSG Hessen, Beschluss v. 04.10.2017 - L 8 KR 255/17 B ER**

**RID 18-01-80**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V § 31 VI; SGG § 86b II**

Bei der Auslegung des Begriffs „**schwerwiegende Erkrankung**“ i.S.d. § 31 VI SGB V ist die BSG-Rspr. zum sog. Off-Label-Use zu berücksichtigen. Mit einem ärztlichen Befundbericht „unter starken chronischen Schmerzen seit 1990“ zu leiden, wofür ursächlich seien ein Cervicalsyndrom, Epicondylitis humeri radialis, LWS-Syndrom, Periarthropathia humeroscapularis, Thorakalsyndrom und chronische Polyneuropathie, kann eine „schwerwiegende Erkrankung“ nicht glaubhaft gemacht werden.

Für den Fall der **Nichtanwendbarkeit einer Standardtherapie** im Hinblick auf die Nebenwirkungen und den Krankheitszustand ist eine begründete Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin erforderlich, welche zwingend den hier vorzunehmenden Abwägungsprozess erkennen lassen muss. Erforderlich ist eine **Folgenabwägung** dahingehend, womit im Falle der schulmedizinischen Standardbehandlung zu rechnen sein wird und wie sich dies konkret auf die versicherte Person auswirkt. Die Nebenwirkungen von Cannabisarzneimitteln müssen in diesem Zusammenhang ebenfalls mit in die Abwägung einfließen (SG Wiesbaden, Beschl. v. 21.08.2017 - S 21 KR 225/17 B ER -).

**SG Wiesbaden**, Beschl. v. 22.05.2017 - S 1 KR 163/17 ER - lehnte den Antrag ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

#### c) Therapiealternativen/Wunsch als experimenteller Therapieversuch

**LSG Hessen, Beschluss v. 16.10.2017 - L 8 KR 366/17 B ER**

**RID 18-01-81**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V § 31 VI; SGG § 86b II**

Ein Anspruch nach § 31 VI SGB V setzt voraus, dass für die Behandlung der Krankheiten eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende **Leistung nicht zur Verfügung steht** oder im Einzelfall nach begründeter vertragsärztlicher Einschätzung nicht zur Anwendung kommen kann. Ein Befundbericht genügt diesen Anforderungen nicht, wenn der Arzt sich hinsichtlich

eines positiven Effekts von Cannaboiden zur Behandlung der Fibromyalgie nur zurückhaltend äußert und darauf verweist, dass in klinischen Studien bisher kein positiver Effekt von Cannaboiden bei der Behandlung der Fibromyalgie nachgewiesen werden konnte, die Behandlung mit Cannabis als Therapieversuch vor dem Hintergrund zu verstehen sei, dass in einer Metaanalyse 2016 nachgewiesen worden sei, dass unter dieser Therapie zumindest keine wesentlichen Nebenwirkungen eingetreten seien, und zusätzlich zu der laufenden Behandlung (Infusionstherapie, Procain, Natriumhydrogencarbonat, Palexia und Physiotherapie) als sinnvolle Therapieoption die Verordnung eines Serotonin-Wiederaufnahmehemmers, benennt.

*SG Wiesbaden*, Beschl. v. 21.08.2017 - S 21 KR 225/17 ER - lehnte den Antrag auf Versorgung mit Cannabis-Blüten „Penelope“ ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

#### d) Fertigarzneimittel Sativex (Mundspray)

##### aa) Cannabis-Mundspray bei chronisch schweren Bauchschmerzen

**LSG Hessen, Beschluss v. 28.09.2017 - L 8 KR 288/17 B ER**

**RID 18-01-82**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
**SGB V § 31 VI; SGG § 86b II**

Aufgrund des Umstandes, dass nach wiederholter Bauchspeicheldrüsenentzündung und vor Jahren erforderlich gewordener Pankreatikojejunostomie (2005) chronische ausgeprägte und das tägliche Leben schwer einschränkende **Bauchschmerzen** bestehen und selbst **Morphium oral** nicht zu einer Beschwerdebesserung führte, ist einem Versicherten entsprechend der Begründung des Gesetzesentwurfs zu § 31 VI SGB V bei Versagen der bisheriger Therapien zumindest vorläufig ein **individueller Therapieversuch** zu ermöglichen (hier: Fertigarzneimittel Sativex®, das ist in Deutschland im Rahmen der Behandlung von MS-Patienten zugelassen ist und ein Cannabis-Mundspray darstellt).

*SG Kassel*, Beschl. v. 14.07.2017 - S 5 KR 12/17 ER - lehnte den Antrag ab, das *LSG* verpflichtete die Ag., bis zur Entscheidung über den Widerspruch des Ast. die Genehmigung für seine Versorgung auf ärztliche Verordnung mit Sativex® Spray zu erteilen.

##### bb) Fertigarzneimittel auf Basis eines Cannabisextrakts

**LSG Hessen, Beschluss v. 27.11.2017 - L 8 KR 396/17 B ER**

**RID 18-01-83**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
**SGB V § 31 VI**

**Leitsatz:** Das Fertigmedikament Sativex basiert im Wesentlichen auf einem **Cannabisextrakt** und wird als solches vom Regelungsgehalt des § 31 Abs. 6 SGB V erfasst.

Mit der Einführung des § 31 Abs. 6 SGB V bestand nicht die Absicht, Sativex als bis dahin einziges zugelassenes cannabishaltiges Fertigarzneimittel von dieser Bestimmung auszunehmen. Ziel der **Neuregelung** war vielmehr, die Verschreibungsfähigkeit „weiterer“ Arzneimittel auf Cannabisbasis herzustellen (BT-Drs. 18/8965 S. 21).

Weder aus dem Gesetzeswortlaut, noch dem Regelungszusammenhang oder den Gesetzesmaterialien lässt sich eine Einschränkung § 31 Abs. 6 SGB V mit einer bestehenden Verordnungsfähigkeit im Wege des **Off-Label-Use** begründen.

*SG Fulda*, Beschl. v. 15.09.2017 - S 11 KR 106/17 ER - RID 18-02 gab dem Antrag statt und verpflichtete die Ag. im Wege einer einstweiligen Anordnung, vorläufig die Genehmigung zur Versorgung mit dem Fertigarzneimittel Sativex® zu erteilen und die Ast. längstens bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens mit diesem Fertigarzneimittel in maximaler Tagesdosis von 0,5g bei einem 4-Wochen-Bedarf von 15g zu versorgen, soweit und solange es vertragsärztlich verordnet wird, das *LSG* wies die Beschwerde der Ag. zurück.

### cc) Erlaubnis nach § 3 II BtMG/Erfolgsaussichten

**SG Fulda, Beschluss v. 15.09.2017 - S 11 KR 106/17 ER**

**RID 18-01-84**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 31 VI**

**Sativex®** unterfällt der Regelung nach § 31 VI SGB V. Es handelt sich hierbei um ein Produkt, das Cannabisextrakte aus Delta 9-Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol enthält. Nach der Gesetzesbegründung ist **Sativex®**, obgleich es sich um ein zugelassenes **Fertigarzneimittel** handelt, den Cannabisextrakten zuzuordnen und nicht den von § 31 Abs. 6 S. 1 SGB erfassten Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon. Die mit Wirkung vom 10.03.2017 neu eingeführte Vorschrift soll gerade auch eine therapeutische Verwendung von cannabishaltigen Präparaten indikationsübergreifend - das heißt im Wege des Off-Label-Use - ermöglichen, ohne dass die von dem BSG aufgestellten Kriterien bei Fertigarzneimitteln kumulativ erfüllt sein müssen.

Der Umstand, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) der Antragstellerin die **Erlaubnis** für den Erwerb von Cannabis gem. **§ 3 II BtMG** erteilt hat, ist ein gewichtiges Indiz dafür, dass die bisherigen Therapien zur Behandlung des Krankheitsbildes versagt haben.

Zur Beurteilung der nicht ganz entfernt liegenden **Erfolgsaussichten** ist auf die zu § 2 Ia SGB V entwickelten Kriterien zurückzugreifen. Danach ist es erforderlich, dass unter Berücksichtigung des gebotenen Wahrscheinlichkeitsmaßstabes sowohl die abstrakte als auch die konkret-individuelle Chancen-/Risikoabwägung ergibt, dass der voraussichtliche Nutzen die möglichen Risiken überwiegt. Je schwerwiegender die Erkrankung und hoffnungsloser die Situation ist, desto geringer sind dabei die Anforderungen an die „ernsthaften Hinweise“ auf einen nicht ganz entfernt liegenden Behandlungserfolg (BSG, Urt. v. 02.09.2014 - B 1 KR 4/13 R - SozR 4-2500 § 18 Nr. 9, juris Rn. 17).

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege einer einstweiligen Anordnung, vorläufig die Genehmigung zur Versorgung mit dem Fertigarzneimittel **Sativex®** zu erteilen und die Ast. längstens bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens mit diesem Fertigarzneimittel in maximaler Tagesdosis von 0,5g bei einem 4-Wochen-Bedarf von 15g zu versorgen, soweit und solange es vertragsärztlich verordnet wird. **LSG Hessen**, Beschl. v. 28.09.2017 - L 8 KR 288/17 B ER - RID 18-01 wies die Beschwerde der Ag. zurück.

### e) Vertragsärztliche Verordnung erforderlich

**LSG Thüringen, Beschluss v. 10.11.2017 - L 6 KR 1092/17 B ER**

**RID 18-01-85**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 31 VI**

Ein Anspruch auf Versorgung mit Cannabisblüten nach § 31 VI SGB V besteht nicht, wenn es an einer **vertragsärztlichen Verordnung** fehlt. Die Verordnung muss zudem auf einem Betäubungsmittelrezept erfolgen (§ 11 V 1 AM-RL i.V.m. § 13 II 1 BtMG u. § 8 I 1 BtMVV), das die in § 9 BtMVV vorgeschriebenen Angaben enthält. Ein einfaches Privatrezept genügt hierfür jedenfalls nicht.

Eine **schwerwiegende Erkrankung** ist wie beim sog. Off-Label-Use zu verstehen.

**SG Gotha**, Beschl. 25.07.2017 - S 38 KR 2280/17 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

### f) Dronabinol bei hereditärem Angioödem bei C 1 Esterase Mangel

**LSG Hessen, Beschluss v. 21.11.2017 - L 8 KR 406/17 B ER**

**RID 18-01-86**

juris

**SGB V § 31 VI**

Gemäß § 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 SGB V muss eine nicht ganz entfernt liegende **Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf** oder auf schwerwiegende Symptome bestehen. Diese gesetzliche Formulierung ist weit gefasst und verlangt keinen Wirksamkeitsnachweis nach den Maßstäben evidenzbasierter Medizin. Vielmehr genügen schon (Wirksamkeits-)Indizien, die sich auch außerhalb von Studien oder vergleichbaren Erkenntnisquellen oder von Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften finden können (vgl. etwa BSG, Urt. v. 02.09.2014 - B 1 KR 4/13 R - SozR 4-2500 § 18 Nr. 9, juris Rn. 17 f.).



Als **Beurteilungsgrundlage** kommen insoweit - wenn höherwertige Studien fehlen - auch Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen in Betracht (BSG, Urt. v. 04.04.2006 - B 1 KR 7/05 R - BSGE 96, 170 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 4, juris Rn. 40).

*SG Wiesbaden*, Beschl. v. 06.10.2017 - S 21 KR 326/17 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

## 2. Grundsätzlicher Anspruch auf Mehrbedarfsleistung nach § 21 VI SGB II

**LSG Hamburg, Urteil v. 19.10.2017 - L 1 KR 75/16 ZVW**

**RID 18-01-87**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V §§ 27 I 1 Nr. 3, 31, 34 I 2; SGB II § 26 II**

Werden Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Behandlung aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, kann zwar grundsätzlich ein Anspruch auf eine **Mehrbedarfsleistung nach § 21 VI SGB II** entstehen. Jedoch scheidet eine Leistungsgewährung jedenfalls u.a. dann aus, wenn der Leistungsberechtigte wegen der Erkrankungen keine Kosten geltend macht, die über das hinausgehen, was für die übrigen **Kosten für Gesundheitspflege im Regelbedarf** vorgesehen ist (BSG, Urt. v. 12.12.2013 - B 4 AS 6/13 R - BSGE 115, 77-86 = SozR 4-4200 § 21 Nr. 16, Rn. 22 m.w.N.) (hier: Die von der Kl. über einen Zeitraum von vier Jahren geltend gemachten Kosten betragen insgesamt nicht mehr als 162,55 €, im Monatsdurchschnitt also 3,39 € und bleiben damit weit hinter dem für Gesundheitspflege im Regelsatz vorgesehene Betrag von 15 € <Stand: 2013> zurück).

*SG Hamburg*, Gerichtsbb. v. 18.12.2014 - S 28 KR 1936/13 - wies die Klage ab, *LSG Hamburg*, Urt. v. 14.10.2015 - L 1 KR 4/15 - RID 15-04-98 die Berufung zurück, *BSG*, Beschl. v. 05.07.2016 - B 1 KR 18/16 B - juris verwies die Sache auf Beschwerde der Kl. zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurück. Das *LSG* wies die Berufung erneut zurück

## V. Hilfsmittel/Heilmittel

### 1. Nur einmalige Zuzahlung bei monatlicher Pauschalzahlung der Krankenkasse

**SG Marburg, Urteil v. 17.01.2018 - S 14 KR 43/17**

**RID 18-01-88**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V §§ 33 VIII, 61**

**Leitsatz:** 1. Bei einem **Sauerstoffkonzentrator** mit Homefillstation handelt es sich um kein Hilfsmittel, das **zum Verbrauch bestimmt** ist.

2. Die Erhebung einer **Zuzahlung** hat unabhängig von der zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer vereinbarten Zahlungsweise - Einmalzahlung oder monatliche Pauschalzahlung - zu erfolgen.

Das *SG* hob die angefochtenen Bescheide insoweit auf, als die Bekl. einen monatlichen Zuzahlungsbetrag in Höhe von 10,00 € ab dem 01.0.2016 festgesetzt hat.

### 2. Oberschenkelprothese mit Genium-Kniegelenk

**LSG Hessen, Urteil v. 09.11.2017 - L 1 KR 211/15**

**RID 18-01-89**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V § 33 I**

**Leitsatz:** 1. In den Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist beim so genannten **unmittelbaren Behinderungsausgleich** auch eine kostenaufwändige Versorgung dann eingeschlossen, wenn durch sie eine Verbesserung bedingt ist, die einen wesentlichen Gebrauchsvorteil gegenüber einer kostengünstigeren Alternative bietet, der von dem Versicherten auch konkret nutzbar ist.

2. Handelt es sich um **technische Verbesserungen** eines Hilfsmittels, die zu wesentlichen **Gebrauchsvorteilen** führen, die der Versicherte auch nutzen kann, kann dieser von der Krankenkasse

nicht darauf verwiesen werden, zunächst über einen längeren Zeitraum das technisch unterlegene, aber kostengünstigere Hilfsmittel zum unmittelbaren Behinderungsausgleich einzusetzen.

*SG Darmstadt*, Urt. v. 27.05.2017 - S 10 KR 557/13 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bkl., dem Kl. die Kosten der Umversorgung einer Oberschenkelprothese mit C-Leg-Prothesensystem in eine Oberschenkelprothese nach dem EX. Prothetic System von E. i.H.v. 26.196,87 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Berufung zurück.

### 3. Fußhebersystem

#### a) Neue Behandlungsmethode

**SG Berlin, Urteil v. 03.11.2017 - S 112 KR 218/16**

**RID 18-01-90**

*Berufung anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 1 KR 505/17 -  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

**SGB V §§ 13 IIIa 2, 33 I 1, 135 I**

**Leitsatz: Fußhebersysteme**, die mittels funktioneller Elektrostimulation wirken, basieren auf einer **neuen Behandlungsmethode**. Ihr Einsatz unterliegt der Sperrwirkung des § 135 Abs. 1 SGB V.

Das *SG* wies die Klage ab.

#### b) Fußhebersystem mit Neurostimulator (Myoorthese) bei MS

**LSG Bayern, Urteil v. 23.10.2017 - L 4 KR 349/17**

**RID 18-01-91**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 65/17 B  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

**SGB V §§ 12, 33, 135, 139**

**Leitsatz: Ein Fußhebersystem mit Neurostimulator (Myoorthese)** stellt bei Vorliegen einer **Multiplen Sklerose** ein technisch weiterentwickeltes Hilfsmittel dar. Es steht nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit einer neuen Behandlungsmethode, sondern dient dem **unmittelbaren Behinderungsausgleich**.

*SG München*, Urt. v. 23.03.2017 - S 18 KR 168/16 - verurteilte die Bkl., der Kl. die Leihgebühr und den Kaufpreis für die Orthese Walk Aide zu erstatten. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

### 4. Mobilgerät für Flüssigsauerstoff

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 04.12.2017 - L 11 KR 549/17 ER**

**RID 18-01-92**

*juris*  
**SGB V § 33 I; SGB XII § 53 ff.; SGG § 86b II**

Zur Erschließung eines gewissen **körperlichen Freiraums** reicht die Ausstattung mit einem **Sauerstoffkonzentrator** für die häusliche Versorgung und mit einem mobilen Flüssigsauerstoffgerät mit einer Außer-Haus-Mobilität unter Belastung von jedenfalls 3 Stunden, bei einem Mix aus Ruhe und Belastung von 5 Stunden aus.

Das Ziel der **Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** kann mit einem mobilen Flüssigsauerstoffgerät, das eine Mobilität von mehr als 3 bis 4 Stunden gewährleisten soll, nicht erreicht werden, wenn der Versicherte Pflegestufe II hat und nicht nur aufgrund einer Lungenerkrankung, sondern auch aus anderen krankheitsbedingten Gründen nur begrenzt zur Teilhabe in der Lage ist.

*SG Düsseldorf*, Beschl. v. 19.07.2017 - S 9 KR 755/17 ER - *juris* lehnte den Antrag, die Ag. im Wege einer einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihn mit einem Mobilgerät für Flüssigsauerstoff (z.B. Modell FreeStyle der Firma HUI n GmbH) zu versorgen, ab. Das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

### 5. Therapedreirad für blindes Kleinkind

**SG Marburg, Urteil v. 17.11.2017 - S 6 KR 111/16**

**RID 18-01-93**

*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*  
**SGB V § 33 I**

Hat ein 2012 geb. Versicherter dauerhaft Anspruch auf ein ganzes **Konglomerat von Therapien**, die in enger Abstimmung zwischen Kita, Frühförderstelle und Kinderarzt koordiniert werden, dann kann

das Vorliegen eines **Therapiekonzeptes** nicht verneint werden. Ein **Therapiedreirad**, das im Rahmen dieses Gesamtkonzeptes zum Einsatz kommen soll, fördert diese Therapie auch wesentlich.

Das **SG** verpflichtete die Bekl., dem Kl. gem. Verordnung v. 11.09.2015 in aktuell angepasster Form ein Therapiefahrrad als Sachleistung zur Verfügung zu stellen, abzüglich eines Eigenanteils in Höhe von 100 €.

#### Parallelverfahren:

**SG Marburg, Urteil v. 17.11.2017 - S 6 KR 8/16**

**RID 18-01-94**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

### 6. Hörgerät: Beratungspflichten/Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile am Arbeitsplatz

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 21.12.2017 - L 9 KR 372/17 B ER**

**RID 18-01-95**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V § 33 I; SGB I §§ 14, 43; SGB VI §§ 9, 15; SGB IX §§ 14, 26, 33; SGG §§ 75, 86b II**

**Leitsatz:** 1. Krankenkassen obliegt es im Rahmen ihrer **Beratungspflichten** (§ 14 SGB I) auch, Versicherten - insbesondere bei einem unübersichtlichen Markt - den konkreten Weg zu gesetzlich möglichen Leistungen aufzuzeigen. Sind sie der Auffassung, hörgeschädigte Versicherte könnten anstelle des von ihnen favorisierten Hörgeräts gleichwertig zum Festbetrag oder jedenfalls preisgünstiger versorgt werden, müssen sie zumindest **ein preiswerteres Gerät konkret benennen**.

2. Die Beratungspflicht nach § 14 SGB I kann als Kernaufgabe **nicht wirksam auf Dritte** ausgelagert werden.

3. § 14 Abs. 1 SGB IX schließt eine **zweite Weiterleitung** eines Antrags auf Teilhabeleistungen grundsätzlich aus. Entgegenstehende Vereinbarungen der Rehabilitationsträger sind unbeachtlich.

4. Ob ein wesentlicher **Nachteil i.S.v. § 86b Abs. 2 Satz 2 SGG** vorliegt, muss das Gericht in jedem Einzelfall konkret prüfen. Dies schließt schematische Prüfungen und pauschale Feststellungen aus.

**SG Berlin**, Beschl. v. 08.08.2017 - S 122 KR 1456/17 ER - lehnte den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ab, das **LSG** verpflichtete die beigel. DRV Bund im Wege der einstweiligen Anordnung, den Ast. vorläufig zuzahlungsfrei unter Berücksichtigung des von der Ag. bewilligten Betrages von 1.017,01 € mit dem Hörsystem Widex Cros2-312 Unique 440 Fusion S-Hörer zu versorgen, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

### 7. Blindenführhund bei Kombination aus Blindheit und Gehbehinderung

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 21.11.2017 - L 16/1 KR 371/15**

**RID 18-01-96**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V § 33 I**

Ist die Versorgung mit einem Langstock und erhaltenem Mobilitätstraining angesichts einer **Kombination aus Blindheit und Gehbehinderung** nicht ausreichend, um die Mobilität und die Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums zu gewährleisten, so ist die Versorgung mit einem **Blindenführhund** auch zum mittelbaren Behinderungsausgleich geeignet, angemessen und erforderlich.

Es ist möglich, einen Blindenführhund am **Rollator** auszubilden.

**SG Lüneburg**, Urt. v. 01.09.2015 - S 16 KR 257/12 - verurteilte die Bekl., die Kl. mit einem Blindenführhund zu versorgen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

### 8. Neues Heilmittel Nervenrehabilitation/Drohender Verlust der Sehfähigkeit auf einem Auge

**SG Augsburg, Urteil v. 10.10.2017 - S 2 KR 516/16**

**RID 18-01-97**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB V §§ 2 I, Ia, 12 I, 13 III, 27 I, 32, 138**

Bei einer **Nervenrehabilitation** handelt es sich um ein **neues Heilmittel**, für das eine positive Entscheidung des GBA nicht vorliegt.

**§ 2 Ia SGB V** ist auch im Fall eines neuen Heilmittels nach § 138 SGB V zu prüfen.

Kommt es nach einer Entfernung eines Tumors im Bereich des Kleinhirnbrückenwinkels zu einer hochgradigen Schädigung im Sinne einer Verletzung/Dehnung/traumatischen Ischämie des Nervus facialis, wobei es zu einem hochgradigen Funktionsausfall des Nervens kommt, und führt dies dazu, dass der ausreichende Augenlidschluss rechts unmittelbar nicht mehr gegeben ist, wodurch es zu einem **Verlust der Sehfähigkeit auf dem rechten Auge** kommen kann, dann handelt es sich zwar nicht um eine lebensbedrohliche Erkrankung, es liegt jedoch eine wertungsmäßig **vergleichbare Erkrankung** i.S.v. § 2 Ia SGB V vor.

Das *SG* verurteilte die Bekl., dem Kl. für die Behandlung der spezifischen Nervenrehabilitation bei Herrn Dr. E. Kosten in Höhe von 8.878 € zu erstatten.

## VI. Rehabilitation/Präventionsmaßnahme/Häusliche Krankenpflege/Zuzahlung

### 1. Rehabilitation

#### a) Keine stationäre Reha-Maßnahme bei ambulanten Behandlungsmöglichkeiten

LSG Bayern, Urteil v. 20.09.2016 - L 5 KR 356/15 ZVW

RID 18-01-98

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
SGB V §§ 2 I, 12 I, 40

**Leitsatz:** Stationäre Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation sind nur zu bewilligen, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen.

*SG Würzburg*, Gerichtsbb. v. 28.04.2014 - S 11 KR 176/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### b) Begleitperson während stationärer Rehabilitationsmaßnahme erfordert tatsächliche Mitaufnahme

SG Bremen, Urteil v. 25.10.2017 - S 7 KR 346/14

RID 18-01-99

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
SGB V §§ 11 III, 40

**Leitsatz:** 1. Ein Anspruch auf Kostenübernahme für eine **Begleitperson** während einer **stationären Rehabilitationsmaßnahme** nach § 11 Abs. 3 SGB V erfordert die tatsächliche Mitaufnahme in die Rehabilitationseinrichtung.

2. Die **Unterbringung in einer Pension** in der Nähe der Rehabilitationseinrichtung genügt nach dem Wortlaut des Gesetzes nicht.

Das *SG* wies die Klage ab.

### 2. Irrtümliche Teilnahme an einer Präventionsmaßnahme

SG Duisburg, Urteil v. 27.01.2017 - S 50 KR 801/14

RID 18-01-100

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KR 214/17 -*  
[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB X § 31

Betrifft ein **Bewilligungsbescheid** ausdrücklich die Verordnung von **Rehabilitationssport** und fehlt es an einer Erklärung der Krankenkasse, dass die Kosten für eine **Präventionsmaßnahme** übernommen werden, geht aber die Versicherte irrtümlich davon aus, dass es sich bei dem Kurs um Rehabilitationssport handelt, so geht das zu ihren Lasten und nicht zu Lasten der Krankenkasse.

Das *SG* wies die Klage ab.

### 3. Häusliche Krankenpflege und einstweiliger Rechtsschutz

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 10.01.2018 - L 11 KR 666/17 B ER

RID 18-01-101

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 37 II 1

Wenn während der Zeit, in der häusliche Krankenpflege erbracht wurde, nur pflegerische Interventionen das **Eintreten lebensbedrohlicher Situationen** verhindert haben, kann aus dem Eintritt des mit der Krankenbeobachtung verfolgten Ziels nicht der Schluss gezogen werden, dass selbige nicht mehr erforderlich ist.

Bei einer **Folgenabwägung** ist zu berücksichtigen, dass der Rechtsschutz in der Hauptsache, sofern zwischenzeitlich eine lebensbedrohliche Situation auftreten sollte, zu spät käme. Das Unterliegen der Krankenkasse hat demgegenüber allenfalls wirtschaftliche Auswirkungen.

*SG Aachen*, Beschl. v. 11.10.2017 - S 13 KR 423/17 ER - gab dem Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes statt, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

### 4. Berufungsfähigkeit bei Zuzahlung: Jeweils auf das Kalenderjahr bezogen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 08.12.2017 - L 4 KR 2391/17

RID 18-01-102

*PKH-Antrag anhängig: BSG - B 1 KR 1/18 BH -*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 61, 62

**Leitsatz:** Der Bescheid einer Krankenkasse, mit dem diese die **Belastungsgrenze** des Versicherten für ein **Kalenderjahr** feststellt, entscheidet ausschließlich über die **Zuzahlungspflicht** für dieses Kalenderjahr. Der Rechtsstreit betrifft damit nicht wiederkehrende oder laufende Leistungen für mehr als ein Jahr.

Bescheide, mit denen die Krankenkasse die Belastungsgrenze des Versicherten für die darauffolgenden Kalenderjahre festsetzt, werden nicht **Gegenstand eines gerichtlichen Verfahrens**. Für die Geltendmachung eines zeitlich unbegrenzten Anspruchs fehlt das **Rechtsschutzbedürfnis**.

*SG Freiburg*, Urte. v. 02.06.2017 - S 15 KR 405/16 - wies die Klage ab, das *LSG* verwarf die Berufung.

## VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urte. v. 19.12.2017 - *B 1 KR 19/17 R* - verletzt es das **rechtliche Gehör einer Krankenkasse**, wenn das Gericht sich bei seiner Entscheidung auf **Behandlungsunterlagen** stützt, ohne der Krankenkasse die gesetzlich gebotene Einsichtnahme zu gewähren. Nach den unangegriffenen Feststellungen des LSG fehlte es für eine höhere Vergütung wegen **geriatrischer frührehabitativer Komplexbehandlung** an der gebotenen **Dokumentation**: Der konkreten Beschreibung der wochenbezogenen Behandlungsergebnisse und eigenständigen Behandlungsziele je Therapiebereich nebst funktions- und personenbezogener Benennung aller teilnehmender Berufsgruppen. Nach BSG, Urte. v. 19.12.2017 - *B 1 KR 17/17 R* - ist die Implantation von Coils eine **experimentelle, dem Qualitätsgebot nicht entsprechende Behandlungsmethode außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung**. Die Voraussetzungen grundrechtsorientierter Leistungsauslegung sind ebenfalls nicht erfüllt. Die **NUB-Vereinbarung** begründet kein schutzwürdiges **Vertrauen** auf einen Vergütungsanspruch. Sie regelt die Vergütungshöhe lediglich für den Fall, dass der Patient Anspruch auf die Behandlung hat, weder aber den Grund des Anspruchs noch die Vereinbarkeit der Therapie mit dem Qualitätsgebot. Nach BSG, Urte. v. 19.12.2017 - *B 1 KR 18/17 R* - sind beatmungsfreie Intervalle nur als Bestandteil einer gezielten methodischen Entwöhnungsbehandlung zur Beatmungszeit hinzuzurechnen, die bei maschineller Beatmung aufgrund einer Gewöhnung erforderlich sein kann. Es genügt hierfür weder eine bloße Sauerstoffinsufflation noch das Wiederauftreten einer Tachypnoe aufgrund einer Sepsis.

### 1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

#### a) Korrektur einer Krankenhausabrechnung auf Grundlage eines MDK-Gutachtens

SG Reutlingen, Urteil v. 08.11.2017 - S 1 KR 364/17

RID 18-01-103

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 109 IV 3, 275 I Nr. 1, Ic 2; KHG § 17c II

**Leitsatz:** Verlangt ein Krankenhausträger **nach Prüfung** durch den MDK auf der Grundlage dieser Prüfung eine **höhere Vergütung** von der Krankenkasse, steht diesem Begehren die in § 7 Abs. 5 PrüfV enthaltene **Fünf-Monats-Frist** nicht entgegen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.852,86 € nebst Zinsen zu zahlen.

## b) Kein Rückforderungsanspruch bei Unterlassen der Prüfung durch MDK

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 25.04.2017 - L 4 KR 350/14**

RID 18-01-104

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 37/17 R*

juris

**SGB V §§ 275 I Nr. 1, 301 I; BGB §§ 242, 387**

Orientierungssatz (juris): Eine Krankenkasse verletzt ihre Pflicht zur Plausibilitäts- und ggf. weiteren Prüfungen (sachlich-rechnerische Richtigkeit, Auffälligkeitsprüfung) objektiv und subjektiv, wenn sie es auch in Kenntnis der § 301er-Meldung unterlassen hat, die Frage der stationären oder ambulanten Behandlungsbedürftigkeit schon ab Rechnungseingang durch den MDK überprüfen zu lassen. In diesem Fall darf sie ihren **Rückforderungsanspruch** wegen des **Verstoßes gegen den Grundsatz von Treu und Glauben** nicht geltend machen, auch nicht im Wege der Aufrechnung.

*SG Osnabrück*, Urt. v. 17.07.2014 - S 13 KR 1906/13 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung der Krankenhausvergütung nebst Zinsen, das *LSG* wies die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 26.09.2017 - B 1 KR 37/17 B - RID 18-01 ließ auf Beschwerde der Bekl. die Revision zu (B 1 KR 37/17 R).

### Parallelverfahren:

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 28.06.2017 - L 4 KR 40/16**

RID 18-01-105

*Revision anhängig: B 1 KR 35/17 R*

juris

## c) Keine Ausschlussfrist in Prüfvereinbarung

**SG Gießen, Urteil v. 10.11.2017 - S 7 KR 70/16**

RID 18-01-106

*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

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

Vor dem Hintergrund der Ermächtigungsgrundlage des § 17c II KHG sowie des Zwecks des Prüfverfahrens nach § 275 I c SGB V ist die **Vereinbarung einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist** zur nachträglichen Rechnungskorrektur vor Ablauf der gesetzlichen vierjährigen Verjährungsfrist bzw. des in der BSG-Rspr. definierten Zeitraums des Einwendungsausschlusses der Verwirkung nicht von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c II 1 KHG gedeckt.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.478,46 € nebst Zinsen zu zahlen.

## d) Transkatheter-Aortenklappen-Implantation keine Grundversorgung

**LSG Bayern, Urteil v. 18.07.2017 - L 5 KR 102/14**

RID 18-01-107

*Revision anhängig: B 1 KR 2/18 R*

*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

**SGB V §§ 12 I, 27 I 2 Nr. 5, 109 IV**

**Leitsatz:** Wird in einem Plankrankenhaus der **ersten Versorgungsstufe** eine minimalinvasiver Herzklappenersatz vorgenommen (hier: Transkatheter-Aortenklappen-Implantation - TAVI), dann besteht wegen **Überschreitens des Versorgungsauftrages** kein Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der Gesetzlichen Krankenkasse.

*SG Augsburg*, Urt. v. 28.01.2014 - S 6 KR 27/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## e) Anforderung nur im Einzelfall abrechnungsrelevanter Daten

**LSG Bayern, Beschluss v. 12.07.2017 - L 20 KR 133/17 NZB**

RID 18-01-108

*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

**SGB V §§ 39, 40, 107 II Nr. 2, 301**

**Leitsatz:** 1. Wenn ein Beteiligter die „vom SG vorgenommene Wertung“ von Rechtsprechung des BSG rügt, rügt er im Ergebnis nur die seiner Ansicht nach unrichtige Entscheidung des SG im Einzelfall; dies verleiht der Rechtssache aber keine **grundsätzliche Bedeutung**.

2. Eine ordnungsgemäße Information der Krankenkassen als unverzichtbare Grundlage und Bestandteil einer ordnungsgemäßen Abrechnung und bei insoweit fehlenden Angaben nicht eintretender Fälligkeit der abgerechneten Forderung ist vor dem Hintergrund einer

Abrechnungsrelevanz zu sehen, d.h. nur im Einzelfall **abrechnungsrelevante Daten** dürfen angefordert werden.

*SG Nürnberg*, Urt. v. 01.12.2016 - S 7 KR 377/16 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 573,81 € nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Nichtzulassungsbeschwerde der Bekl. zurück.

## 2. Gebärdensprachdolmetscherkosten

**SG Hamburg, Urteil v. 09.10.2017 - S 46 KR 1744/16**

RID 18-01-109

*Berufung zugelassen*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**KHEntg §§ 1 II 1 Nr. 3, 2; KHG § 17b I 1; BGB § 611**

Für die Klage eines Gebärdensprachdolmetschers auf Vergütung der während der vollstationären Behandlung eines gehörlosen Versicherten erbrachten Dolmetscherdienste durch den Krankenhausträger (Bekl.) bzw. die Krankenkasse (Beigel.) ist der **Rechtsweg** zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet (BSG, Beschl. v. 29.07.2014 - B 3 SF 1/14 R - SozR 4-1500 § 51 Nr. 13).

Darf eine Dolmetscherin die Mitarbeiterin eines Krankenhauses nach den Grundsätzen der **Stellvertretung** für vertretungsbefugt halten und **beauftragt** sie diese, Gespräche zu verdolmetschen, kommt ein **Dienstvertrag** nach § 611 BGB zustande.

Die **Gebärdensprachdolmetscherkosten** i.S.d. § 2 KHEntg sind vom **Krankenhaus** von der Beklagten zu tragen, weil sie bereits über das pauschalierende DRG-Vergütungssystem (vgl. § 1 II 1 Nr. 3 KHEntg i.V.m. § 17b I 1 HS 2 KHG) abgegolten sind.

Das *SG* verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die kl. Diplom-Gebärdendolmetscherin 227,17 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

## 3. Fallpauschalen

### a) Hauptdiagnose: Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme

**LSG Thüringen, Urteil v. 24.10.2017 - L 6 KR 190/14**

RID 18-01-110

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Entscheidend für **Hauptdiagnose** ist der **Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme** und die zu diesem Zeitpunkt bestehende(n) Diagnose(n), die ggf. auch erst „nach Analyse“ benannt werden können. Bei einer Aufnahme zur endoskopischen Therapie der Ureterolithiasis links und fehlender Dokumentation einer weiteren Hauptdiagnose kann ein erst **später festgestelltes Rektumkarzinom** nicht als Hauptdiagnose abgerechnet werden

*SG Meiningen*, Urt. v. 19.11.2013 - S 16 KR 84/10 - verurteilte die Bekl., an d. Kl. 4.867,99 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Klage ab.

### b) Nahrungsaufnahme als Nebendiagnose

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 10.10.2017 - L 11 KR 4315/16**

RID 18-01-111

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 301 II 1; KHG § 17b I 10, II 1**

**Leitsatz:** Die **Unterstützung** eines Patienten während eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes bei der **Nahrungsaufnahme** ist als Nebendiagnose R63.6 zu kodieren (Behandlungsjahr 2011), wenn die unzureichende Ernährung auf einer dementiellen Erkrankung des Patienten beruht. Nicht erforderlich ist, dass der Patient bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus unterversorgt war.

*SG Ulm*, Urt. v. 11.10.2016 - S 10 KR 2603/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### c) Einheitlicher Behandlungsfall mit einer Unterbrechung

LSG Hessen, Urteil v. 26.01.2017 - L 8 KR 64/15

RID 18-01-112

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

Die auf die Aufnahme des Versicherten folgende Behandlung ist als **ein Behandlungsfall mit Beurlaubung** gem. § 1 VII FPV 2009 abzurechnen, wenn der Versicherte mit Zustimmung der ihn behandelnden Krankenhausärzte seine noch nicht abgeschlossene Krankenhausbehandlung unterbricht. Ein Vertrag gem. § 112 II 1 Nr. 1 SGB V, wonach als Soll-Bestimmung eine Beurlaubung mit der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung grundsätzlich nicht vereinbar ist, steht dem nicht entgegen. Selbst wenn die Voraussetzungen einer Beurlaubung nach dieser Regelung nicht vorgelegen hätten, gilt, dass ein Verstoß eines Krankenhauses gegen diese Bestimmungen nicht zu einem höheren Entgeltanspruch führen kann.

*SG Kassel*, Urt. v. 16.11.2014 - S 12 KR 210/10 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### d) Implantation der Knie-TEP nach Krankenhausplan vom Gebiet „Chirurgie“ umfasst

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 29.06.2017 - L 16 KR 711/15

RID 18-01-113

Revision anhängig: B 1 KR 32/17 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 108, 109 I; KHEntgG § 8 I 4

Für die Zwecke der Krankenhausvergütung bestimmt § 8 I 4 KHEntgG, dass sich der Versorgungsauftrag des Krankenhauses nach der Art der Beteiligung an der Krankenhausversorgung richtet. Die **Implantation der Knie-TEP** bei Gonarthrosen ist vom Versorgungsauftrag eines Krankenhauses für das **Gebiet „Chirurgie“** umfasst, wenn der Krankenhausplan die Knie-TEP nicht ausschließlich dem Gebiet der Orthopädie zuweist.

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 08.10.2015 - S 8 KR 1199/12 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. 7.412,97 € nebst Zinsen zu zahlen.

### e) Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Maßnahmen (M96)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 10.11.2017 - L 4 KR 4155/15

RID 18-01-114

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

**Leitsatz:** DRG M.96.6 8 (in der im Jahr 2010 geltenden Fassung) ist nicht als **Nebendiagnose** zu kodieren, wenn bei Einbringen eines intraventrikulären Femurnagels es zu einer Absprengung am Oberschenkelknochen kommt.

*SG Ulm*, Urt. v. 17.09.2015 - S 13 KR 4057/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### f) Maschinelle Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen

LSG Hessen, Urteil v. 09.11.2017 - L 1 KR 166/15

RID 18-01-115

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:** Zur Frage der Berücksichtigung einer **HFNC-Therapie (High-Flow-Nasal-Cannula-Therapie)** bei den **Beatmungsstunden** im Rahmen eines Vergütungsrechtsstreits anlässlich einer Krankenhausbehandlung.

*SG Darmstadt*, Urt. v. 24.04.2015 - S13 KR 67/13 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. 7.717,93 € nebst Zinsen zu zahlen.



### g) Beatmung mit High-Flow-Nasenkanülen

SG Mainz, Urteil v. 13.06.2017 - S 14 KR 475/16

RID 18-01-116

juris

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

**Leitsatz:** Die rechtspolitische Frage, ob HFNC (**High-Flow-Nasenkanülen**) der CPAP (**continuous positive airway pressure**) in den Kodierrichtlinien gleichgestellt werden sollte, ist der Selbstverwaltung im Rahmen der jährlichen Verhandlungen vorbehalten (Entgegen: LG Dortmund, Urteil vom 03. März 2016 - 2 O 400/14 - RID 16-02-310).

Das SG wies die Klage des Krankenhausträgers ab.

### h) Anrechenbare Beatmungsstunden

SG München, Urteil v. 21.12.2017 - S 15 KR 1283/15

RID 18-01-117

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

Die anfängliche Beatmung (nichtinvasive Maskenbeatmung - NIV) stellt eine maschinelle Beatmung im Sinne der DKR 2011 <1001h> dar. Zudem liegt die Voraussetzung des Satzes 4 der Definition der DKR 2011 <1001h> vor. Danach kann bei intensivmedizinisch versorgten Patienten eine **maschinelle Beatmung** auch **über Maskensysteme** erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden. Satz 4 ist nicht einschränkend dahin auszulegen, dass nur die Maskenbeatmung im Rahmen der Entwöhnung nach einer Tracheotomie oder Intubation zur maschinellen Beatmung gehört (so LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 21.03.2014 - L 4 KR 5233/12 - n.v., zur Beatmung mittels CPAP). Denn für eine Auslegung dahingehend, dass Maskensysteme nur an Stelle der bei diesem Patienten zuvor erfolgten Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden können, fehlt es am entsprechenden Wortlaut (ausführlich SG Ulm, Urt. v. 04.05.2017 - S 13 KR 630/16 - RID 17-03-203, juris Rn. 72).

Das SG verurteilte die Bekl., an die Klägerin 4.811,96 € nebst Zinsen zu zahlen.

### i) Keine besonderen Anforderungen an Beatmungsdokumentation

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.11.2017 - L 5 KR 1284/16

RID 18-01-118

Revision anhängig: B 1 KR 40/17 R

juris

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

Die **Kodierung der maschinellen Beatmung** ist in DKR 1001g (Version 2008) geregelt. Festgelegt sind neben der Definition der maschinellen Beatmung vor allem Einzelheiten zur Kodierung und zur Berechnung der Beatmungsdauer (Beginn und Ende der Beatmung). Anforderungen an die **Beatmungsdokumentation** als Kodierungsvoraussetzung sind nicht festgelegt. Der Hinweis in DKR D001a auf die allgemeine Bedeutung einer konsistenten, vollständigen Dokumentation in der Krankenakte besagt hierfür nichts. Es muss daher ohne Einschränkungen hinsichtlich der Beweismittel und des Beweismaßes vor allem an Hand der **Behandlungsdokumentation** in ihrer Gesamtheit geklärt werden, ob und wie lange eine maschinelle Beatmung i.S.d. DKR 1001g stattgefunden hat. Verbleibende Zweifel gehen grundsätzlich zu Lasten des Krankenhauses, das für das Vorliegen der Abrechnungsvoraussetzungen die objektive Beweislast trägt. Es ist jedoch nicht statthaft, für die Kodierbarkeit der maschinellen Beatmung nach DKR 1001g allein auf das Vorliegen von (maschinellen) Beatmungsprotokollen abzustellen und eine anderweit (etwa durch händische Eintragungen in der Patientenakte) dokumentierte (nachgewiesene) Beatmung als nicht kodierbar einzustufen.

SG Stuttgart, Urt. v. 23.02.2016 wies die Klage der Krankenkasse ab, das LSG die Berufung zurück.

## j) Suprapubischer Verweilkatheter ist Implantat

**LSG Sachsen, Urteil v. 27.10.2017 - L 1 KR 252/13**

**RID 18-01-119**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 95/17 B*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 69 I 3, 109 IV 3; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1**

**Leitsatz:** Ein suprapubischer **Verweilkatheter** ist ein **Implantat** im Sinne der Ziffer T83.- des Kapitels XIX der ICD-10-GM (a.A. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 14.09.2017 - L 1 KR 238/15 - RID 17-04-135).

*SG Chemnitz*, Urte. v. 23.05.2013 - S 10 KR 126/11 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

## k) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

**LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 10.11.2017 - L 5 KR 69/17**

**RID 18-01-120**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3; KHG § 17b I 15, II 1**

**OPS 8-981.1 (neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden)** setzt zwingend eine **ätiologische Diagnostik und Differenzialdiagnostik** gerade in Bezug auf das Vorliegen eines **Schlaganfalls** voraus. Dies ergibt sich aus dem Wortlaut der Prozedur („des Schlaganfalls“) und ferner auch daraus, dass eine Labordiagnostik nach den Mindestvoraussetzungen des OPS 8-981 nur genügt, wenn sie „spezialisiert“, d.h. auf einen Schlaganfall bezogen ist (LSG Rheinland-Pfalz, Urte. v. 21.07.2016 - L 5 KR 249/15 -).

*SG Speyer*, Urte. v. 20.02.2017 - S 19 KR 540/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## l) Sepsis: Nachweis einer Infektion

**SG Reutlingen, Urteil v. 08.11.2017 - S 1 KR 2880/16**

**RID 18-01-121**

juris

**SGB V § 109 IV 3**

**Leitsatz:** Zu dem für eine **Sepsis** notwendigen **Nachweis einer Infektion** reicht die Abnahme lediglich eines Blutkulturpärchens aus, wenn dieses eine Infektion positiv belegt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.313,09 € nebst Zinsen zu zahlen.

## m) Lippenbiopsie ohne Inzision an Mund und Mundhöhle

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.10.2017 - L 1 KR 397/16**

**RID 18-01-122**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Nach dem OPS-Code 1-420.0 wird eine Biopsie ohne Inzision an Mund und Mundhöhle, Lippe vergütet. Bereits nach dem Wortlaut ist eine Lippenbiopsie nach diesem Code zu kodieren. Eine Biopsie erfolgt ohne eine Inzision, wenn sie mittels eines Schnitts erfolgt und das Operationsgebiet selbst nicht vorab mittels einer Inzision freigelegt oder vorbereite wird, um die Voraussetzungen für eine Biopsie zu schaffen. **OPS 5-273.5** (Exzision, lokal, Lippe) kann dann nicht abgerechnet werden.

*SG Berlin*, Urte. 06.07.2016 - 35 KR 368/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## n) Teilstationäre onkologische Krankenhausbehandlung: Arzneimittel als Einzelmenge

**LSG Saarland, Urteil v. 25.08.2017 - L 2 KR 5/16**

**RID 18-01-123**

*Revision anhängig: B 1 KR 30/17 R*

juris

**SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 301 II 2; KHG § 17b I 15**

Es ist mit dem allgemeinen Sprachgebrauch nicht zu vereinbaren, ein Verweilen in einem Krankenhaus an einzelnen Tagen im Abstand von jeweils etwa drei Wochen noch als einen einzigen **Aufenthalt** in dem Krankenhaus zu verstehen. Für einen spezifisch krankenversicherungs- bzw.

vergütungsrechtlich geprägten „Aufenthalts“-begriff fehlt es an einer Grundlage. Bei einer **teilstationären onkologischen Krankenhausbehandlung** mit einem bestimmten **Arzneimittel**, die an verschiedenen Behandlungstagen erfolgt ist, können daher die Mengen des verabreichten Medikaments als **Einzelmenge**n abgerechnet werden.

*SG für das Saarland*, Urt. v. 23.11.2015 - S 15 KR 1196/14 - verpflichtete die Bekl., an die Kl. weitere 2.174,81 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

#### **o) Keine grundrechtsorientierte Leistungsgewährung bei abzulehnender Arzneimittelzulassung**

**SG Chemnitz, Urteil v. 25.10.2017 - S 38 KR 2463/15**

**RID 18-01-124**

*Sprungrevision anhängig: B 1 KR 36/17 R*

juris

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

An einer aufgrund der Datenlage begründeten Erfolgsaussicht fehlt es für eine Behandlung mit Avastin im Rahmen eines **Off-Label-Use** zur Behandlung eines Glioblastoms.

Eine **grundrechtsorientierte Leistungsgewährung** nach § 2 Ia SGB V gibt keinen Anspruch auf Fertigarzneimittel für eine Indikation, für die eine Genehmigung in einem Zulassungsverfahren nach VO (EG) Nr. 726/2004 abzulehnen war. Dazu genügt es, dass der Ständige Ausschuss für Humanarzneimittel - wie hier bei Avastin für die Indikation des rezidivierenden Glioblastoms - ein im Ergebnis ablehnendes Gutachten erstellte, ohne dass der Antragsteller das Verfahren weiterverfolgt. Das gilt, obwohl der Patient an einer regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung zum Zeitpunkt der Behandlung im April 2014 litt und eine zugelassene und dem allgemeinen Standard entsprechende Behandlungsmethode für ihn nicht mehr bestand.

Die Beteiligten streiten um die Vergütung einer tagesklinischen Krankenhausbehandlung im Jahr 2014; insb. darüber, ob die Bekl. die Kosten für die Behandlung ihres Versicherten mit Avastin (Bevacizumab) zu tragen hat. Das *SG* wies die Klage ab.

#### **p) Halbstündige Transportentfernung (OPS 8-98b)**

**LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 23.11.2017 - L 5 KR 90/16**

**RID 18-01-125**

*Revision anhängig: B 1 KR 39/17 R*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 109**

**Leitsatz:** Für die Abrechnung des OPS 8-98b reicht es nicht aus, wenn die **Zeitgrenze** nur bei Tageslicht eingehalten werden kann.

Die „**halbstündige Transportentfernung**“ als Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende ist nur gewahrt, wenn zwischen der Feststellung der Notwendigkeit eines neurochirurgischen Notfalleingriffs bzw. einer gefäßchirurgischen oder interventionell-radiologischen Maßnahme und dem möglichen Beginn der jeweiligen Maßnahme bei dem Kooperationspartner nicht mehr als 30 Minuten liegen.

*SG Trier*, Urt. v. 16.03.2016 - S 5 KR 47/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### **Parallelverfahren:**

**LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 23.11.2017 - L 5 KR 194/16**

**RID 18-01-126**

*Revision anhängig: B 1 KR 38/17 R*

juris

### **4. Aufwandspauschale**

#### **a) Aufwandspauschale nach Novellierung**

**SG Hannover, Urteil v. 17.11.2017 - S 86 KR 305/17**

**RID 18-01-127**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 275 Ic**

**Leitsatz:** 1. Die **Aufwendungspauschale** des § 275 Abs. 1 c S. 3 SGB V fällt seit Ergänzung der Norm um Satz 4 auch in Fällen der Prüfung auf **sachlich-rechnerische Richtigkeit** an.

2. Seit dem 01.01.2016 ist die Aufwandspauschale nicht mehr auf Prüfungen begrenzt, die die Krankenkassen ohne berechtigten Anlass eingeleitet haben.

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

### b) Keine Begrenzung der Aufwandspauschale auf Auffälligkeitsprüfungen

**SG Augsburg, Urteil v. 27.03.2017 - S 10 KR 21/16**

RID 18-01-128

*Berufung anhängig: LSG Bayern - L 4 KR 285/17 -*

*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

**SGB V § 275 Ic**

Eine Begrenzung des Anspruchs auf eine Aufwandspauschale auf „**Auffälligkeitsprüfungen**“ lässt sich entgegen der BSG-Rspr. nicht dem Gesetz entnehmen.

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

### c) Keine Unterscheidung der Prüfung

**SG Speyer, Urteil v. 08.09.2017 - S 16 KR 683/15**

RID 18-01-129

*juris*

**SGB V § 275 I Nr. 1, Ic**

**Leitsatz:** Der Anspruch auf **Aufwandspauschale** ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil es sich bei der durchgeführten Prüfung nicht um eine „Auffälligkeitsprüfung“, sondern um eine „**Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit**“ gehandelt haben könnte (entgegen BSG, Urteil vom 01.07.2014 - B 1 KR 29/13 R - Rn. 23; BSG, Urteil vom 23.06.2015 - B 1 KR 13/14 R - Rn. 23; BSG, Urteil vom 25.10.2016 - B 1 KR 18/16 R - Rn. 7 ff.; BSG, Urteil vom 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R - Rn. 8 ff.; BSG, Urteil vom 28.03.2017 - B 1 KR 23/16 R - Rn. 7 ff.; BSG, Urteil vom 23.05.2017 - B 1 KR 24/16 R - Rn. 8 ff.; BSG, Urteil vom 23.05.2017 - B 1 KR 28/16 R - Rn. 8 ff.; Anschluss an SG Mainz, Urteil vom 04.05.2015 - S 3 KR 428/14 - Rn. 22 ff.; SG Speyer, Urteil vom 28.07.2015 - S 19 KR 588/14 - Rn. 43 ff.; SG Mainz, Urteil vom 18.04.2016 - S 3 KR 580/15 - Rn. 30 ff.; SG Speyer, Urteil vom 22.04.2016 - S 19 KR 370/15 - Rn. 23 ff.).

Für die Annahme des 1. Senats des BSG, dass es neben dem Verfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V i.V.m. § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (vom BSG ungenau „Auffälligkeitsprüfung“ genannt) ein weiteres Prüferegime („Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit“) für Abrechnungsfragen bei Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V unter Einschaltung des MDK gebe, welches nicht den Beschränkungen und Rechtsfolgen des § 275 Abs. 1c SGB V unterliege, fehlt eine **gesetzliche Grundlage**. Die Auffassung des BSG ist mit Gesetzeswortlaut und -systematik nicht zu vereinbaren und verstößt daher - unter Berücksichtigung der Grenzfunktion des Gesetzeswortlauts - gegen den Grundsatz der Bindung an das Gesetz (Art. 20 Abs. 3 und Art. 97 Abs. 1 Grundgesetz - GG -).

Bei dem zum 01.01.2016 eingeführten § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V handelt es sich um eine **Klarstellung**. Unter einer legislativen Klarstellung ist zur Abgrenzung von einer echten Neuregelung eine Regelung zu verstehen, die eine bereits im vorherigen Regelungsgefüge methodisch korrekt mögliche Konkretisierung einer bestimmten Regelung festschreibt und damit andere vormals methodisch korrekt mögliche oder jedenfalls praktizierte Konkretisierungsmöglichkeiten ausschließt. Eine echte Neuregelung programmiert hingegen Rechtsfolgen, die aus dem vorherigen Regelungsgefüge methodisch korrekt noch nicht abgeleitet werden konnten.

Eine **klarstellende Regelung** macht vor ihrem Inkrafttreten ergangene, ihr widersprechende Entscheidungen zwar nicht rückwirkend rechtswidrig, sie „gilt“ ohne entsprechende gesetzliche Anordnung auch nicht rückwirkend (in diesem Sinne ist sie auch eine Neuregelung). Es bedürfte allerdings schwerwiegende Argumente, um die Klarstellung nicht auch für **noch nicht abgeschlossene Fälle** anzuwenden, für die die klarstellende Regelung an sich noch keine Geltung beansprucht.

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

## VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

### 1. Apotheken

#### a) Keine Auskunftspflicht über die Einkaufspreise des Lohnherstellers

**SG Duisburg, Urteil v. 11.04.2017 - S 39 KR 670/12**

**RID 18-01-130**

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 5 KR 333/17 -*

*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

**SGB V § 129 Vc 4**

§ 129 Vc SGB V ermächtigt eine Krankenkasse zum Erlass eines **Verwaltungsaktes**.

Ein Apotheker kann nicht verpflichtet werden, **Auskunft** über die **Einkaufspreise des Lohnherstellers** zu geben. Nach § 129 Vc 4 SGB V kann die Krankenkasse von den Apotheken nur Nachweise über Bezugsquellen und verarbeitete Mengen sowie die tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise verlangen. Aus dem Gesamtzusammenhang der Norm ergibt sich, dass es sich hierbei um die tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise der Apotheke – und nicht eines Dritten – handelt.

Das *SG* hob den angefochtenen Bescheid auf.

#### b) Bedeutung der Lauer-Taxe: Oxybutynin Instillationssets

**LSG Thüringen, Urteil v. 30.05.2017 - L 6 KR 424/14**

**RID 18-01-131**

*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

**SGB V § 129**

Ein **Apotheker** hat die **Zulassung eines Arzneimittels** nach § 21 AMG zu überprüfen (vgl. BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 2/05 R - BSGE 94, 213 = SozR 4-5570 § 30 Nr. 1, juris Rn. 29).

Bei **Oxybutynin Instillationssets** handelt es sich um Fertigarzneimittel, die seit der Änderung des AMG mit Wirkung vom 06.09.2005 erstmals der Zulassung nach § 21 AMG bedürfen. Nach der Übergangsvorschrift des § 141 IV AMG bestand Verkehrsfähigkeit. Das Fertigarzneimittel wurde in der **Lauer-Taxe** als verkehrsfähig gelistet. Die Lauer-Taxe stellt für Patienten, Vertragsarzt und Apotheker eine grundsätzlich verlässliche Informationsquelle dar. Die Einführung eines Fertigarzneimittels in den Markt erfolgt dadurch, dass der pharmazeutische Unternehmer dafür sorgt, dass die rechtlichen Voraussetzungen zur Abgabe des Fertigarzneimittels an Versicherte erfüllt sind. Die Markteinführung ist abgeschlossen, wenn das arzneimittelrechtlich verkehrsfähige Fertigarzneimittel mit PZN und Herstellerabgabepreis in der Lauer-Taxe gelistet ist (vgl. BSG, Urt. v. 02.07.2013 - B 1 KR 18/12 R - BSGE 114, 36 = SozR 4-2500 § 130a Nr. 9).

*SG Meiningen*, Urt. v. 28.01.2014 - S 16 KR 816/11 - verurteilte die Bekl., an den Kl. 7.368,79 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück, *BSG*, Beschl. v. 23.11.2017 - B 3KR 36/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde der Bekl. als unzulässig

#### c) Vitaminspritzen als Rezepturарzneimittel mit Rezepturzuschlag

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 10.10.2017 - L 4 KR 3408/15**

**RID 18-01-132**

*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

**SGB V § 129; AMPPreisV § 5**

**Leitsatz:** Ein Apotheker kann den **Rezepturzuschlag** nach der Anl. 3 des Vertrags zur Hilfstaxe für die von ihm hergestellten **Vitaminspritzen** abrechnen.

*SG Stuttgart*, Urt. v. 15.06.2015 - S 9 KR 5615/12 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 1.004,48 € nebst Zinsen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

## 2. Hilfsmittelerbringer

### a) Keine Verweisung einer vergaberechtlichen Streitigkeit

SG für das Saarland, Beschluss v. 11.12.2017 - S 1 KR 41/17 ER

RID 18-01-133

juris

SGB V § 127 I; GWB §§ 97 VI, 98, 99, 155, 156 II; SGG § 51 III, 98; GVG § 17a II

**Leitsatz:** 1. **Vergaberechtliche Streitigkeiten** im Rahmen des § 127 Abs. 1 Satz 6 SGB V sind von der Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit ausgenommen (§ 51 Abs. 3 SGG).

2. Eine **Verweisung** des Rechtsstreits an die Vergabekammer scheidet aus, da § 98 SGG i.V.m. § 17a Abs. 2 GVG nur eine Verweisung an Gerichte vorsieht.

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

### b) Ausschreibung von Verträgen zur Hilfsmittelversorgung: Unzuständigkeit der Sozialgerichte

SG Reutlingen, Beschluss v. 28.12.2017 - S 1 KR 2858/17 ER

RID 18-01-134

juris

SGB V §§ 69, 127 I 6; SGG § 51 I Nr. 2, III

**Leitsatz:** Der Einwand der fehlenden Zweckmäßigkeit einer **Ausschreibung** von Verträgen über die **Versorgung mit Hilfsmitteln** nach § 127 Abs. 1 Satz 6 SGB V wird von unionsrechtlichen Vorgaben und dem Vergaberechtsregime des Vierten Teils des GWB (§§ 97 - 184) vollständig überlagert.

Die Zuständigkeit der Gerichte der **Sozialgerichtsbarkeit** ist daher nicht gegeben.

Eine **Verweisung** an die zuständigen Vergabekammern scheidet ebenso aus wie eine Verweisung an das zuständige Oberlandesgericht (Vergabesenat).

Das *SG* verwarf den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes als unzulässig.

## 3. Möglichkeit der Kündigung einer Krankentransportvereinbarung durch Krankenkasse

LSG Hessen, Urteil v. 23.03.2017 - L 8 KR 260/15

RID 18-01-135

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 133

Aus der Verpflichtung der Krankenkasse, eine Vergütungsvereinbarung zu schließen, folgt nicht, dass sie eine bereits geschlossene Vergütungsvereinbarung nicht ordnungsgemäß **kündigen** kann. Die Kündigungsmöglichkeit entspricht dem Ziel der gesetzlichen Regelungen, den Anstieg der Preise für Krankenfahrten zu begrenzen. Aufgrund des vereinbarten Kündigungsrechts könne sich die Krankenkasse mit einer einseitigen Kündigung den **Weg zu neuen Vertragsverhandlungen** eröffnen. Der sich aus § 133 I 1, III SGB V i.V.m. Art. 3 I und Art 12 I GG ergebende **Kontrahierungszwang** verpflichte die Krankenkassen nicht, an bestehenden Vergütungsvereinbarungen festzuhalten, soweit ein Kündigungsrecht besteht.

*SG Frankfurt a. M.*, Gerichtsbes. v. 15.07.2017 - S 25 KR 262/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück, *BSG*, Beschl. v. 17.10.2017 - B 3 KR 30/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

## IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

### 1. Elektronische Gesundheitskarte

#### a) Ausstellung einer elektronischen Gesundheitskarte

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.11.2017 - L 1 KR 398/14

RID 18-01-136

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB V §§ 15, 291

Eine Krankenkasse ist berechtigt, zur **Ausstellung einer elektronischen Gesundheitskarte** ein **Lichtbild** anzufordern. Es besteht kein Anspruch darauf, **Sachleistungen** ohne Vorlage einer elektronischen Gesundheitskarte erhalten zu können.

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 27.06.2013 - S 9 KR 744/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### b) Kein Anspruch auf Ausstellung quartalsbezogener Berechtigungsnachweise

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.11.2017 - L 1 KR 789/15

RID 18-01-137

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB V §§ 15, 291

Ein Versicherter hat keinen Anspruch auf Ausstellung **quartalsbezogener Berechtigungsnachweise**, weil er sich weigert, beim Arzt zum Nachweis seiner Berechtigung eine **elektronische Gesundheitskarte** vorzulegen.

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 19.11.2015 - S 8 KR 569/15 - verurteilte die Bekl., dem Kl. quartalsbezogene Berechtigungsnachweise jeweils im Voraus auszustellen, das *LSG* wies die Klage ab.

### 2. Mitteilung über die Ausschüttung einer Prämie an Finanzverwaltung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.11.2017 - L 1 KR 484/15

RID 18-01-138

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB V § 242 II 1; SGB X § 71 I Nr. 4; EStG § 10 I Nr. 1, II 3, IIa 4

Eine Krankenkasse ist berechtigt, **Mitteilung** über die Ausschüttung einer Prämie (hier: 100 €) an ihr Mitglied an die **Finanzverwaltung** zu senden.

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 16.07.2015 - S 8 KR 224/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 3. Datenauskunft/Mitteilung an Hauptzollamt/Finanzbehörden

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.11.2017 - L 1 KR 384/16

RID 18-01-139

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB X §§ 69 I Nr. 1, 83 I; GVG § 71 II Nr. 2

Für einen Antrag auf Leistung von **Schadensersatz** ist das **Landgericht zuständig** (§ 71 II Nr. 2 GVG).

Ein Antrag auf **Auskunft** über sämtliche der Krankenkasse zu seiner Person vorliegenden **Daten** ist nach § 83 I 2 SGB X grundsätzlich unzulässig.

Die Zulässigkeit der **Übermittlung** von Name, Anschrift und Geburtsdatum des Kl. an das **Hauptzollamt** folgt aus § 69 I Nr. 1 SGB X, wonach eine Übermittlung von Sozialdaten zulässig ist, soweit sie für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe der übermittelnden Stelle nach dem Sozialgesetzbuch erforderlich ist.

Eine Krankenkasse ist nach § 71 I 1 Nr. 4 SGB X i.V.m. § 10 IIa 4 Nr. 2 EStG zur **Mitteilung** der im Jahre 2011 erfolgten Zahlung des Zusatzbeitrags i.H.v. 64 € sowie einer im Jahre 2012 erfolgten Erstattung gegenüber den zuständigen **Finanzbehörden** befugt.

Der Kläger begehrt die Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Sozialdaten, die Zahlung einer Vertragsstrafe wegen eines angeblichen Verstoßes gegen eine von der Bekl. abgegebene Unterlassungsverpflichtung, die Leistung von Schadensersatz und die Einleitung disziplinar- bzw. arbeitsrechtlicher Maßnahmen. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 08.03.2016 - S 11 KR 341/13 - wies die Klage ab, das *LSG* hob das Urteil auf, soweit das SG den Antrag zu 10), die Beklagte dem Grunde nach zur Leistung von

Schadensersatz nach § 823 ff. BGB an den Kläger, hilfsweise zum Aufwendungsersatz nach § 683 BGB, zu verurteilen, abgewiesen hat. Im Übrigen wies es die Berufung zurück.

#### 4. Erstattungsansprüche: Adaptionsbehandlung im Anschluss an Drogenentwöhnungstherapie

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 10.10.2017 - L 11 KR 131/16

RID 18-01-140

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 87/17 B*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 40; SGB IX § 14

**Leitsatz:** Eine sog. **Adaptionsbehandlung**, die im Anschluss an eine Drogenentwöhnungstherapie durchgeführt wird, kann eine Leistung der **medizinischen Rehabilitation** i.S. des § 40 SGB V sein. Der Umstand, dass ärztliche Interventionen im Rahmen einer Entwöhnungstherapie mit zunehmender Dauer weniger intensiv werden, spricht für den Erfolg der Maßnahme und führt nicht dazu, dass aus der mit dem Ziel der Entwöhnung medizinisch ausgerichteten Maßnahme eine berufliche oder soziale Maßnahme wird.

*SG Konstanz*, Urt. v. 26.11.2015 - S 2 KR 3052/13 - wies die Klage des Sozialhilfeträgers ab, das LSG verurteilte die bekl. Krankenkasse, dem Kl. 12.915,90 € nebst 4 % Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

#### X. Sonstiges

##### 1. Kosten der Reparatur eines Treppenliftes

SG Stuttgart, Urteil v. 16.08.2016 - S 27 KR 5559/14

RID 18-01-141

juris  
SGB XI § 40

Es besteht kein Anspruch auf Übernahme der **Kosten der Reparatur eines Treppenliftes** eines auf einen Rollstuhl angewiesenen Versicherten, auch wenn beim Einbau des Treppenliftes von der Pflegeversicherung der Zuschuss für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gewährt worden ist.

Das *SG* wies die Klage ab.

##### 2. Verfahrensrecht

###### a) Gerichtsbescheid des LSG bei erstinstanzlicher Zuständigkeit (Klage eines Versicherten gg. GBA)

LSG Berlin-Brandenburg, Gerichtsbescheid v. 05.01.2018 - L 9 KR 443/15 KL

RID 18-01-142

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§

**Leitsatz:** Sofern die Voraussetzungen nach § 105 Abs. 1 SGG vorliegen und die Beteiligten zuvor angehört wurden, darf ein Landessozialgericht im Rahmen seiner erstinstanzlichen Zuständigkeit nach § 29 Abs. 2 bis 4 SGG zum Mittel des **Gerichtsbescheides** greifen.

###### b) Keine Feststellungsklage auf Feststellung der Verfahrenskostentragung

LSG Hessen, Urteil v. 26.01.2017 - L 8 KR 400/14

RID 18-01-143

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 3/18 R*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGG §§ 55, 99

Eine im Wege der Klageänderung erhobene **Feststellungsklage**, die auf Feststellung der **Verfahrenskostentragung** gerichtet ist, ist unzulässig, da das Gericht über die Tragung der Kosten des gerichtlichen Verfahrens ohnehin gem. § 197a SGG i.V.m. §§ 154 ff. VwGO zu entscheiden hat.

*SG Kassel*, Urt. v. 26.11.2014 - S 12 KR 250/12 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das *LSG* verwarf den im Wege der Klageerweiterung gestellte Antrag auf Feststellung, dass die Bekl. verpflichtet ist, der Kl.



sämtliche materiellen Schäden, welche ihr durch und im Zusammenhang mit dem erstinstanzlichen und zweitinstanzlichen Gerichtsverfahren entstanden sind oder noch entstehen werden, zu erstatten, als unzulässig.

### c) Urteilsbegründung nach Rechtsmittelverzicht

**LSG Bayern, Urteil v. 24.10.2017 - L 5 KR 392/14**

**RID 18-01-144**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGG §§ 136 IV, 153 I**

**Leitsatz:** Nach Rechtsmittelverzicht kann auf Tatbestand und Entscheidungsgründe verzichtet werden.  
*SG Nürnberg*, Urt. v. 18.07.2014 - S 21 KR 193/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### d) Kostenentscheidung nach Erledigung des Rechtsstreits in der Hauptsache

**LSG Bayern, Beschluss v. 27.10.2017 - L 5 KR 4/16**

**RID 18-01-145**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGG § 193 I 3; ZPO §§ 91a, 93**

**Leitsatz:** Zur Kostenerstattung nach Erledigung der Hauptsache.

*SG Regensburg*, Urt. v. 07.12.2015 - S 2 KR 224/14 - wies die Klage ab, das *LSG* verpflichtete die Bekl., dem Kl. dessen notwendige außergerichtliche Kosten der Berufung zu zwei Zehntel zu erstatten.

## XI. Bundessozialgericht (BSG)

### 1. Kopforthesenbehandlung

**BSG, Urteil v. 11.05.2017 - B 3 KR 6/16 R**

**RID 18-01-146**

juris = SozR 4-2500 § 33 Nr. 51

Einer **Schädelasymmetrie** kann nicht von vornherein jeder **Krankheitswert** bzw. die Behandlungsbedürftigkeit im Rahmen der nach § 11 SGB V vorgesehenen verschiedenen Leistungsarten abgesprochen werden. Die Kopforthese gehört aber nicht zum Leistungskatalog der GKV. Ein Systemversagen liegt nicht vor.

Eine Krankenkasse hat **Hilfsmittel**, die im Rahmen einer **neuen vertragsärztlichen Behandlungs- oder Untersuchungsmethode** eingesetzt werden, regelmäßig erst nach einer positiven Bewertung durch den GBA zu gewähren. Solange der GBA zur Behandlung einer Schädelasymmetrie im Säuglingsalter mittels Kopforthese keine positive Empfehlung abgegeben hat, kann nur bei Vorliegen eines Ausnahmefalls ein Anspruch auf Versorgung mit einer Kopforthese bestehen.

**Parallelverfahren:**

**BSG, Urteil v. 11.05.2017 - B 3 KR 1/16 R**

**RID 18-01-147**

juris

**BSG, Urteil v. 11.05.2017 - B 3 KR 17/16 R**

**RID 18-01-148**

juris

### 2. Zahnärztliche Behandlung: Zahnreinigung

**BSG, Urteil v. 11.07.2017 - B 1 KR 30/16 R**

**RID 18-01-149**

BSGE = SozR 4-2500 § 27 Nr. 29 = KrV 2017, 204

**Leitsatz:** 1. Versicherte haben gegen ihre Krankenkasse keinen Anspruch auf **zahnärztliche Zahnreinigung** zur Entfernung weicher Zahnbeläge als nicht medizinische Vorgehensweise.

2. Die Zuordnung der Ansprüche Versicherter auf zahnärztliche Zahnreinigung zur Entfernung weicher Zahnbeläge zur **Pflegeversicherung** statt zur Krankenversicherung widerspricht weder UN-Konventions- noch Verfassungsrecht.

### 3. Genehmigungsfiktion

#### a) Kopforthese (Helmtherapie)/Notwendigkeit/Selbstbeschaffung

**BSG, Urteil v. 11.05.2017 - B 3 KR 30/15 R**

**RID 18-01-150**

BSGE = SozR 4-2500 § 13 Nr. 34

**Leitsatz:** 1. Zum Vorliegen einer **behandlungsbedürftigen Krankheit** und zur Erforderlichkeit von medizinischen Vorsorgeleistungen bei **Schädelasymmetrie im Säuglingsalter**.

2. Die krankenversicherungsrechtliche **Genehmigungsfiktion** sowie der darauf beruhende Kostenerstattungsanspruch treten bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen auch ein, wenn eine Leistung begehrt wird, die **nicht objektiv medizinisch notwendig** ist, wenn der Versicherte subjektiv von der Erforderlichkeit der Leistung ausgehen durfte, weil die Leistung nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt (Anschluss an BSG vom 8.3.2016 - B 1 KR 25/15 R = BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33 Leitsatz 1).

3. Die krankenversicherungsrechtliche **Genehmigungsfiktion** und der darauf beruhende Kostenerstattungsanspruch scheiden aus, wenn sich der Versicherte die Leistung **selbst beschafft**, bevor die der Krankenkasse gesetzlich eingeräumte **Frist** zur Entscheidung über den Leistungsantrag abgelaufen ist.

#### b) Neue Behandlungsmethode ohne Empfehlung des GBA

**BSG, Urteil v. 26.09.2017 - B 1 KR 6/17 R**

**RID 18-01-151**

juris

Eine beantragte, nicht rechtzeitig i.S.d. § 13 IIIa SGB V erbrachte Leistung, liegt für den Versicherten erkennbar nicht schon offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn es sich um eine **neue Behandlungsmethode** handelt, für die der GBA noch keine Empfehlung nach § 135 SGB V abgegeben hat.

#### c) Fristverlängerung/Erforderlichkeit (Liposuktion bei Lipödem)

**BSG, Urteil v. 26.09.2017 - B 1 KR 8/17 R**

**RID 18-01-152**

juris

Eine Krankenkasse hat die Kosten einer **stationären Liposuktion** zu übernehmen, wenn sie einer Versicherten nicht innerhalb der **Frist** des § 13 IIIa 1 SGB V beschieden hat, ohne ihr hinreichende **Gründe** für die Überschreitung der Frist mitzuteilen.

Die Regelung zur Genehmigungsfiktion nimmt bewusst in Kauf, dass die Rechtsauffassung des Ast. nur „zufällig“ rechtmäßig ist, mithin die Leistung auch dann als genehmigt gilt, wenn der Ast. auf diese objektiv **keinen materiell-rechtlichen Anspruch** hat. Wären nur die auf materiell-rechtlich bestehende Leistungsansprüche gerichteten Anträge fiktionsfähig, wäre die Regelung des § 13 IIIa 6 SGB V obsolet.

### 4. Beziehungen zu Krankenhäusern

#### a) Überprüfungsrecht auf sachlich-rechnerische Richtigkeit/Fallzusammenführung

**BSG, Urteil v. 28.03.2017 - B 1 KR 3/16 R**

**RID 18-01-153**

SozR 4-2500 § 109 Nr. 60 = ZMGR 2017, 214 = KHE 2017/21

**Leitsatz:** 1. Das **Überprüfungsrecht der Krankenkassen** auf **sachlich-rechnerische Richtigkeit** dient dazu, die Einhaltung der Abrechnungs- und Informationspflichten der Krankenhäuser zu überwachen, und unterliegt einem eigenen Prüfregime.

2. Das Wirtschaftlichkeitsgebot verbietet es, Überprüfungsmöglichkeiten der Krankenkassen gegenüber Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser über die allgemeinen gesetzlichen Rahmenvorgaben hinaus **zeitlich einzuschränken**.

3. Rechnet ein Krankenhaus zwei Krankenhausaufenthalte getrennt ab, obwohl sie zu einem Fall zusammenzuführen sind, ist der **Vergütungsanspruch** mangels sachlich-rechnerischer Richtigkeit nicht fällig.

### b) Voraussetzungen einer Beurlaubung

#### BSG, Urteil v. 28.03.2017 - B 1 KR 29/16 R

RID 18-01-154

BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 109 Nr. 61 = KRS 2017, 214 = KH 2017, 858 = KHE 2017/28

**Leitsatz:** 1. Ein Krankenhaus **beurlaubt** einen stationär behandelten Versicherten, wenn es in die Unterbrechung der Behandlung einwilligt und vorsieht, ihn in einem überschaubaren Zeitraum zur Fortsetzung der Behandlung wieder aufzunehmen, ohne dass dessen Wiederaufnahme im Zeitpunkt der Unterbrechung bereits sicher feststehen muss.

2. Ein Krankenhaus darf einen Versicherten, dessen stationäre Behandlung noch nicht abgeschlossen ist, nicht **entlassen**, sondern muss ihn für die zulässige Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung **beurlauben**, wenn dies **wirtschaftlicher** ist.

3. **Landesverträge** können die Voraussetzungen der Beurlaubung stationär behandelter Versicherter nicht wirksam abweichend von Bundesrecht regeln.

### c) Modulare Endoprothese (OPS-Kodes 5-829.d)

#### BSG, Beschluss v. 19.12.2017 - B 1 KR 17/17 B

RID 18-01-155

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 22.02.2017 - L 5 KR 3595/15 - RID 17-02-170 wird zurückgewiesen.

Es steht außer Zweifel, dass eine aus zwei mit einer Schraube oder Mutter verbundenen metallischen Einzelteilen bestehende **Endoprothese** keine modulare Endoprothese im Sinne der 2008 geltenden Fassung des OPS 5-829.d ist.

Die (verbindlichen) Hinweise zum OPS 5-829d (Implantation oder Wechsel von modularen Endoprothesen bei knöcherner Defektsituation mit Gelenk- und/oder Knochen<teil>ersatz oder individuell angefertigten Implantaten) definieren die modulare Endoprothese als aus drei oder mehr metallischen Einzelteilen an mindestens einer gelenkbildenden Komponente bestehend, wobei der Aufsteckkopf bei einer Hüftendoprothese nicht mitgezählt wird. Aus dem Zusammenspiel der Begriffe „modulare Endoprothese“ und „Einzelteil“ sowie der Nichtberücksichtigung des (modularen) Aufsteckkopfes folgt, dass es sich um eine Endoprothese aus - mit Ausnahme des Aufsteckkopfes - drei Bauteilen (Modulen) aus Metall handeln muss, um die Voraussetzungen des OPS 5-829d zu erfüllen. Reine Verbindungselemente wie Schrauben oder Muttern erfüllen die Voraussetzung des Bauteils aus Metall nicht. Soweit die Implantation einer modularen Endoprothese bzw. der (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz seit 2013 im OPS 5-829k geregelt ist, der von metallischen „Einzelbauteilen“ spricht, die „in ihrer Kombination die mechanische Bauteilsicherheit der gesamten Prothese gewährleisten“, mag die Bewertung nunmehr eine andere sein. **Eine von den Vertragsparteien eventuell gewollte Änderung eines OPS-Kodes hat keine Auswirkung auf vergangene Abrechnungsjahre.**

### d) Rechnungskorrektur nach Ende des Haushaltsjahrs

#### BSG, Urteil v. 23.05.2017 - B 1 KR 27/16 R

RID 18-01-156

SozR 4-2500 § 109 Nr. 62 = KrV 2017, 155 = ZMGR 2017, 255 = KRS 2017, 300 = KHE 2017/24

**Leitsatz:** 1. Erteilt ein Krankenhaus einer Krankenkasse vorbehaltlos eine nicht offensichtlich fehlerhafte **Schlussrechnung**, ist eine **Nachforderung** nach Ablauf des auf das laufende Haushaltsjahr nachfolgenden Haushaltsjahres nach Treu und Glauben verwirkt.

2. Verneint eine Krankenkasse lediglich die **Wirtschaftlichkeit** einer abgerechneten Behandlung eines Krankenhauses, ohne die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Rechnung in Zweifel zu ziehen, erschüttert sie nicht die Grundlage ihres **Vertrauens auf die Vollständigkeit der Schlussrechnung**.

## e) Aufwandspauschale

### aa) Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit

#### BSG, Urteil v. 23.05.2017 - B 1 KR 28/16 R

RID 18-01-157

ZMGR 2017, 257 = KHE 2017/29 = KRS 2017, 399

Die Regelung zur **Auffälligkeitsprüfung** erfasst nach den juristischen Auslegungsmethoden nur Prüfbegehren, die mit Hilfe des MDK die **Wirtschaftlichkeit** der Behandlung kontrollieren sollen, um eine Rechnungsminderung zu erreichen. Der **Gesetzesänderung** der Auffälligkeitsprüfung mit Wirkung vom 01.01.2016 kommt keine Rückwirkung zu. Bei Prüfung der **sachlich-rechnerischen Richtigkeit** einer Krankenhausabrechnung besteht keine Pflicht der Krankenkasse, eine **Aufwandspauschale** zu zahlen.

### bb) Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit/Keine Rückwirkung der Neuregelung

#### BSG, Urteil v. 23.05.2017 - B 1 KR 24/16 R

RID 18-01-158

SozR 4-2500 § 301 Nr. 8 = KHE 2017/39 = USK 2017-24

**Leitsatz:** Wendet ein Gericht die erst ab dem Jahr 2016 geltenden **Regelungen der Auffälligkeitsprüfung rückwirkend** auf davor begonnene Krankenhausbehandlungen an, verletzt es das Gewaltenteilungs- und das Rechtsstaatsprinzip, indem es unter Überschreitung der Grenzen richterlicher Rechtsfortbildung unzulässig in die Kompetenzen des demokratisch legitimierten Gesetzgebers eingreift.

## 5. Ausschluss der Masseur von Manueller Therapie

#### BSG, Urteil v. 16.03.2017 - B 3 KR 24/15 R

RID 18-01-159

BSGE = SozR 4-2500 § 125 Nr. 9

**Leitsatz:** Das auf ausgebildete Physiotherapeuten beschränkte Weiterbildungserfordernis für Leistungen der **manuellen Therapie**, das **Masseur/medizinische Bademeister** von der Erbringung dieser Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich ausschließt, enthält für diese Berufsgruppe eine gerechtfertigte und zumutbare Einschränkung ihrer Berufsausübungsfreiheit (Fortentwicklung von BSG vom 22.7.2004 - B 3 KR 12/04 R = SozR 4-2500 § 125 Nr. 2 und Nr. 6).

### Parallelverfahren:

#### BSG, Urteil v. 16.03.2017 - B 3 KR 14/16 R

RID 18-01-160

juris

#### BSG, Urteil v. 16.03.2017 - B 3 KR 15/16 R

RID 18-01-161

juris

## 6. Verfahrensrecht

### a) Verständigung mit einer hör- oder sprachbehinderten Person/Hörgeräteversorgung

#### BSG, Beschluss v. 28.09.2017 - B 3 KR 7/17 B

RID 18-01-162

juris = SozR 4-1720 § 186 Nr. 1

Auf Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. gegen **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 06.12.2016 - L 1 KR 390/13 - wird die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückverwiesen.

Nach § 202 SGG i.V.m. § 186 I GVG erfolgt die **Verständigung mit einer hör- oder sprachbehinderten Person** in der mündlichen Verhandlung nach ihrer Wahl mündlich, schriftlich oder mit Hilfe einer die Verständigung ermöglichenden Person, die vom Gericht hinzuzuziehen ist. Für die mündliche und schriftliche Verständigung hat das Gericht die geeigneten technischen Hilfsmittel bereitzustellen. Die hör- oder sprachbehinderte Person ist auf ihr Wahlrecht hinzuweisen. Diese Verfahrensvorschrift setzt keinen Antrag der hörbehinderten Person voraus. Eine Verletzung dieser Bestimmung liegt vor, wenn das Gericht nicht darauf hinweist, dass der Kl. ein Wahlrecht zusteht.

Zu den geeigneten **technischen Hilfsmitteln**, die das Gericht zur Verfügung zu stellen hat, gehören insb. Tonübertragungseinrichtungen, bei denen die Beteiligten in Mikrofone sprechen. Zweckmäßiger

Weise erfolgt ein solcher gerichtlicher Hinweis bereits rechtzeitig vor dem Termin, damit entsprechende Vorkehrungen getroffen werden können.

Ein **Hörgerät**, von dem aufgrund seiner technischen Ausstattung von vornherein feststeht, dass es den Anforderungen an eine ausreichende Versorgung nicht gerecht werden kann, muss ein **Versicherter nicht austesten**. Insb. vor dem Hintergrund, dass es bei der Hörgeräteversorgung allgemein üblich geworden ist, dass sich Rehabilitationsträger ihrer leistungsrechtlichen Verantwortung durch sog. **Verträge zur Komplettversorgung** nahezu vollständig entziehen und die Versorgung mit Hörgeräten dadurch praktisch nicht mehr vom Rehabilitationsträger selbst vorgenommen, sondern in die Hände der Leistungserbringer „outsourced“ wird (vgl hierzu BSGE 113, 40 = SozR 4-3250 § 14 Nr. 19 Rn. 20; dem sich der 5. Senat in vollem Umfang angeschlossen hat: BSGE 117, 192 = SozR 4-1500 § 163 Nr. 7 Rn. 35, 36), kann es der Kl. nicht zum Nachteil gereichen, wenn sie genau den von der Bekl. durch entsprechende Verträge mit den Leistungserbringern eingerichteten Beratungsweg einhielt und sich sogar bei mehreren Leistungserbringern beraten ließ. Eine dem **Kostenerstattungsanspruch** entgegenstehende **Vorfestlegung** kommt bei dieser Sachlage nur in Betracht, wenn der Versicherte von vornherein jede sinnvolle, d.h. auf eine ausreichende Versorgung gerichtete Beratung durch Leistungserbringer ablehnt, weil er bereits so fest auf ein bestimmtes Leistungsbegehren fixiert ist, dass eine offene Prüfung und Beratung insgesamt obsolet erscheint.

Deshalb wird das **LSG aufzuklären haben**, ob die Klägerin eine ausreichende Versorgung zum Festbetrag abgelehnt hat. Nach der Rechtsprechung des BSG haben Versicherte der GKV Anspruch auf diejenige Hörgeräteversorgung, die die nach dem Stand der Medizintechnik bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder erlaubt, soweit dies im Alltagsleben einen erheblichen Gebrauchsvorteil bietet. Dies gilt auch dann, wenn eine solche Versorgung zum Festbetrag nicht gewährleistet ist (BSGE 105, 170 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 2). Deshalb müsste die Kl. zunächst dazu **beraten** worden sein, mit welchen **zum Festbetrag erhältlichen Geräten** eine nach dem Stand der Medizintechnik **bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder** möglich gewesen wäre. Es müsste ihr zumindest **ein solches Gerät konkret zum Austesten angeboten** und vorgestellt worden sein. Erst wenn die Kl. das Austesten eines solchen Gerätes abgelehnt haben sollte, obwohl die von ihr gewünschte Versorgung keine im Alltagsleben relevante funktionale Verbesserung bietet, sondern allenfalls Vorteile im Bereich von Bequemlichkeit, Komfort oder Ästhetik, kann von einer **Vorfestlegung** ausgegangen werden.

## b) Geltendmachung eines Verstoßes gegen die tatrichterliche Sachaufklärungspflicht

**BSG, Beschluss v. 20.04.2017 - B 3 KR 1/17 B**

**RID 18-01-163**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 27.10.2016 - L 16 KR 59/15 RID 17-03-170 wird als unzulässig verworfen.

Wird sinngemäß ein **Verstoß gegen die tatrichterliche Sachaufklärungspflicht** (§ 103 SGG) gerügt, muss die **Beschwerdebegründung** hierzu folgende Punkte enthalten: (1) Bezeichnung eines für das Revisionsgericht ohne Weiteres auffindbaren Beweisantrages, dem das LSG nicht gefolgt ist, (2) Wiedergabe der Rechtsauffassung des LSG, aufgrund derer bestimmte Taten als klärungsbedürftig hätten erscheinen und zur weiteren Sachaufklärung drängen müssen, (3) Angabe des voraussichtlichen Ergebnisses der unterbliebenen Beweisaufnahme und (4) Schilderung, dass und warum die Entscheidung des LSG auf einer angeblich fehlerhaft unterlassenen Beweisaufnahme beruhen kann, das LSG mithin bei Kenntnis des behaupteten Ergebnisses der unterbliebenen Beweisaufnahme von seinem Standpunkt aus zu einem anderen, dem Beschwerdeführer günstigeren Ergebnis hätte gelangen könnte (zum Ganzen vgl. BSG SozR 4-1500 § 160a Nr. 3 Rn. 5 m.w.N.).

## c) Voraussetzungen einer Revision

### aa) Klärungsfähigkeit einer Rechtsfrage bei Divergenz

**BSG, Beschluss v. 31.07.2017 - B 1 KR 47/16 B**

**RID 18-01-164**

juris = SozR 4-1500 § 160 Nr. 30

**Leitsatz:** 1. Eine **Rechtsfrage** ist ungeachtet vorinstanzlich gestellter Beweisanträge **klärungsfähig**, wenn das Revisionsgericht über sie auf der Grundlage der Tatsachenfeststellungen der Vorinstanz

sachlich entscheiden kann, auch wenn es für die anschließende Anwendung des geklärten Rechtssatzes einer Zurückverweisung bedarf (Abgrenzung zu BVerwG vom 17.3.2000 - 8 B 287/99 = BVerwGE 111, 61).

2. Um eine **Abweichung** zu bezeichnen, kann der Beschwerdeführer einem Rechtssatz des Bundessozialgerichts einen nur sinngemäß vom Landessozialgericht aufgestellten, in scheinbar fallbezogene Ausführungen gekleideten widersprechenden abstrakten Rechtssatz gegenüberstellen und darlegen, dass sich dieser aus dem Berufungsurteil unzweifelhaft schlüssig ableiten lässt.

Das **BSG** verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Hamburg**, Urt. v. 27.04.2016 - L 1 KR 55/12 - als unzulässig.

## bb) Anforderungen an Begründung einer zugelassenen Revision

**BSG, Beschluss v. 26.09.2017 - B 1 KR 3/17 R**

**RID 18-01-165**

juris

Das Revisionsverfahren zu **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 21.02.2017 - L 11 KR 2090/16 - 17-02-127 (Genehmigungsfiktion: Fünf-Wochenfrist bei Einholung eines MDK-Gutachtens ohne Mitteilung) wird ausgesetzt.

Dem **Großen Senat** werden gemäß § 41 Abs. 4 SGG folgende Rechtsfragen zur Entscheidung vorgelegt (Az.: GS 1/17):

1. Muss die **Begründung einer zugelassenen Revision**, mit der keine Verfahrensmängel gerügt werden, **Tatsachen bezeichnen**, die den gerügten Mangel ergeben, insbesondere die in der angefochtenen Entscheidung getroffenen tatsächlichen Feststellungen angeben, um den Anforderungen der Regelung des § 164 Abs. 2 S. 3 SGG zu genügen?

2. Erfordert die Begründung einer zugelassenen Revision, mit der keine Verfahrensmängel gerügt werden, nach der Regelung des § 164 Abs. 2 S. 3 SGG, dass sie die **Gründe aufzeigt**, die nach Auffassung des Revisionsklägers aufgrund einer Auseinandersetzung mit den Gründen der angefochtenen Entscheidung das Urteil unrichtig erscheinen lassen, ohne eigens Tatsachen zu bezeichnen, insbesondere ohne die in der angefochtenen Entscheidung getroffenen tatsächlichen Feststellungen anzugeben?

## cc) Erfolgreiche Rüge bei offenkundiger Divergenz: Rückforderung einer Krankenhausvergütung

**BSG, Beschluss v. 26.09.2017 - B 1 KR 37/17 B**

**RID 18-01-166**

juris

Auf Nichtzulassungsbeschwerde der Bekl. gegen **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 25.04.2017 - L 4 KR 350/14 - RID 18-01 wird die Revision zugelassen (B 1 KR 35/17 R).

Die Bekl. legt divergierende Rechtssätze im Urteil des LSG und in der Rspr des Senats hinreichend dar. Hierzu trägt sie sinngemäß vor, das BSG habe den Rechtssatz aufgestellt, dass ein Krankenhaus, das einen **regelmäßig ambulant zu erbringenden Eingriff** unter vollstationären Bedingungen durchgeführt habe, ohne konkrete Angaben zum Grund der stationären Aufnahme zu machen (vgl. nach § 301 I 1 Nr. 3 SGB V), nicht darauf vertrauen dürfe, dass die betroffene Krankenkasse innerhalb der Grenzen der Verjährung rechtsgrundlos geleistete **Krankenhausvergütung nicht zurückfordern** werde. Das LSG habe demgegenüber für solche Fälle Vertrauensschutz des Krankenhauses wegen Verstoßes der Krankenkasse gegen Treu und Glauben und in der Sache **Verwirkung** bejaht. Es sei rechtsirrig davon ausgegangen, dass auch in einem solchen Fall die Klägerin aufgrund der vier Jahre lang unterlassenen Rechnungsprüfung darauf habe vertrauen dürfen, dass die Beklagte einen möglicherweise bestehenden Rückforderungsanspruch nicht mehr geltend machen werde. Zu Unrecht nehme das LSG an, dass das Unterlassen der Prüfung unmittelbar nach Rechnungseingang eine Pflichtverletzung der Beklagten darstelle.

Bei **offenkundiger Divergenz** genügt es, dass die Beschwerdebegründung den abweichenden Rechtssatz des LSG umschreibt. In diesem Sinne legt die Bekl. eine Abweichung des LSG von der Rspr. des erkennenden Senats zur Verwirkung als einem Unterfall von Treu und Glauben dar.

## C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

### I. Ärztliches Berufsrecht

#### 1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

##### a) Widerruf der Approbation: Betrug zu Lasten der eigenen Krankentagegeldversicherung

VGH Bayern, Urteil v. 28.06.2017 - 21 B 16.2065

RID 18-01-167

juris  
BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Für die Beurteilung der **Würdigkeit** der ärztlichen Berufsausübung ist nicht nur das Verhalten des Betroffenen bei der Behandlung seiner Patienten, also der **Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit**, maßgebend.

Wird eine **Gesamtfreiheitsstrafe** von einem Jahr und zehn Monaten wegen **Betrugs zu Lasten einer Krankentagegeldversicherung** (Bezug von Krankentagegeld in Höhe von 65.188,20 €) festgesetzt, so kann daraus geschlossen werden, dass die Ärztin bei objektiver Würdigung das notwendige Vertrauen in die vorrangig dem Wohl der Patienten orientierte Berufsausübung verloren hat.

Für die Beurteilung der Berufsunwürdigkeit als Voraussetzung für den Widerruf der Approbation kommt es auf die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens an, wobei es einer auf die Person des Betroffenen bezogenen (in die Zukunft gerichteten) **Gefahrenprognose** nicht bedarf (vgl. BVerwG, Beschl. v. 13.2.2014 - 3 B 68.13 - RID 14-02-234, juris Rn. 12).

##### b) Ruhen der ärztlichen Approbation: Unrichtige Gesundheitszeugnisse/Vermögensdelikte

VG Köln, Urteil v. 09.01.2018 - 7 K 6082/15

RID 18-01-168

juris  
BÄO § 6 I Nr. 1

Eine **Unzuverlässigkeit** ist anzunehmen, wenn sich der Vorwurf bestätigen sollte, dass der Kl. in erheblicher Anzahl von Fällen **unrichtige Gesundheitszeugnisse** ausgestellt und dadurch Träger der Gesundheitsversorgung betrügerisch geschädigt hat. In einem derartigen Missbrauch ärztlicher Kompetenzen zu Lasten von Trägern der Krankenversicherung liegt eine unmittelbare und nachhaltige Verletzung von Berufspflichten. Ein wahrheitsgemäßes Ausstellen von Gesundheitszeugnissen gehört offenkundig zu den beruflichen Pflichten eines Arztes. Unabhängig davon ergibt sich aus dem strafrechtlichen Vorwurf auch die **Unwürdigkeit** des Kl. zur Ausübung des ärztlichen Berufs.

Dass der Kläger es mutmaßlich in vielfältiger krimineller Weise unternommen hat, **Vermögensvorteile zu Lasten anderer** zu erlangen, um sich einen aufwendigen Lebensstil zu ermöglichen, ergibt sich aus den zahlreichen weiteren Strafverfahren wegen Vermögensdelikten, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der ärztlichen Berufsausübung stehen und die in mehrfache Anklageerhebungen gemündet sind. Sie zeichnen das Bild einer Person, die praktisch jede sich bietende Lebenssituation nutzt, um sich massiv an fremdem Vermögen zu bereichern und die die eigenen finanziellen Interessen über die Belange Dritter stellt. Die Staatsanwaltschaft beziffert den vom Kläger durch Betrugsstraftaten verursachten Schaden auf annähernd 800.000 €. Hinsichtlich der Steuerstraftaten beläuft sich der Steuerschaden auf ca. 350.000 €.

Die Behörde kann nach pflichtgemäßem Ermessen schon während des Strafverfahrens einzugreifen, um einzelne Patienten und die Allgemeinheit vor den mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit von dem Arzt ausgehenden Gefahren rasch zu schützen. Bei der **Anordnung des Ruhens der ärztlichen Approbation** handelt es sich um eine vorübergehende verwaltungsrechtliche Maßnahme, die dazu bestimmt ist, in unklaren Fällen oder in Eilfällen einem Arzt die Ausübung ärztlicher Tätigkeit für die Dauer eines schwebenden Strafverfahrens zu untersagen, wenn dies im Interesse der Allgemeinheit an einer ordnungsgemäßen Gesundheitsversorgung und zum Schutz von Patienten geboten ist.

Dem Umstand, dass die Staatsanwaltschaft mit der **Erhebung der Anklage** gegen den Kl. von einer hinreichenden **Verurteilungswahrscheinlichkeit** ausgegangen ist, kommt auch im Rahmen des vorliegenden verwaltungsgerichtlichen Verfahrens erhebliches Gewicht zu.

## 2. Anerkennung von Abschlüssen: Zahnärztliche Approbation für syrischen Zahnarzt

VG Aachen, Urteil v. 04.12.2017 - 5 K 272/14

RID 18-01-169

juris

ZHG § 2; ZÄPrO §§ 36, 51; ZPO §§ 437, 438

**Leitsatz:** Zahnärztliche Approbation für syrischen Zahnarzt.

## 3. BVerwG: Psycholog. Psychotherapeutin/Master in Psychologie mit klin. Psychologie ausreichend

BVerwG, Urteil v. 17.08.2017 - 3 C 12.16

RID 18-01-170

juris

GG Art. 3 I, 12 I, 74 I Nr. 19

**Leitsatz:** Ein im Inland an einer Universität oder gleichstehenden Hochschule bestandener **Masterabschluss** im Studiengang **Psychologie**, der das Fach **Klinische Psychologie einschließt**, ist eine Abschlussprüfung im Sinne von § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchst. a PsychThG.

Die Kl. studierte von 1993 bis 1996 an der **FH** im Fachbereich Sozialwesen und schloss das Studium mit dem akademischen Grad der **Dipl.-Soz.-Päd.** erfolgreich ab. Im Anschluss hieran arbeitete sie als Sozialpädagogin in einer psychosozialen Kontakt-Beratungsstelle. Berufsbegleitend absolvierte sie von 2009 bis 2013 den **Masterstudiengang Psychologie** an der „...“ (U1) in Berlin, einer vom Land Berlin anerkannten **privaten Hochschule mit Universitätsstatus**. Die Zulassung zum Masterstudium erfolgte seitens der U1 unter der Bedingung, dass die Kl. vier Brückenkurse in Allgemeiner Psychologie, Entwicklungspsychologie, Klinischer Psychologie und Methoden der Psychologie belegte. Zugleich bescheinigte ihr die U1, dass ihr zuvor erbrachtes Studium verbunden mit der Auflage, die Brückenkurse erfolgreich abzuschließen, als **einem Bachelorstudium Psychologie äquivalent** anzusehen sei. Im September 2013 schloss die Kl. das Masterstudium mit der Erlangung des akademischen Grades „Master of Arts“ erfolgreich ab. Der Bekl. lehnte den Antrag auf Zugang zur Ausbildung als Psychologische Psychotherapeutin ab. **VG Kassel**, Ur. v. 17.03.2015 - 3 K 1496/14.KS - RID 15-02-224 wies die Klage ab, **VGH Hessen**, Ur. v. 04.02.2016 - 7 A 983/15 - RID 16-02-201 wies die Berufung zurück. Das **BVerwG** verpflichtete den Bekl. festzustellen, dass die Klägerin die Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin nach § II 1 Nr. 1 Buchst. a PsychThG erfüllt.

## 4. Prüfung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Multiple-Choice

VG Köln, Urteil v. 10.08.2017 - 6 K 6546/16

RID 18-01-171

juris

KJPsychTh-APrV §§ 12, 16 V

Die Verwendung von Antwortauswahlaufgaben (**Multiple-Choice**) im schriftlichen Teil der staatlichen **Prüfung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** ist **nicht zu beanstanden**.

## 5. Verfahrensordnung für Sprachtests bei Anträgen auf Erteilung einer ärztlichen Berufszulassung

VGH Bayern, Beschluss v. 12.12.2017 - 21 NE 17.1455

RID 18-01-172

juris

BÄO § 3 I 1 Nr. 5; VwGO § 47 VI; Bayern VwVfG Art. 24

Die **Approbation** als Arzt setzt nach § 3 I 1 Nr. 5 BÄO voraus, dass ein Ast. die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen **Kenntnisse der deutschen Sprache** verfügt. Das trägt dem Umstand Rechnung, dass hinreichende Kenntnisse der deutschen Sprache für eine fehler- und schadensfreie ärztliche Behandlung und damit für die Patientensicherheit eine hohe Bedeutung haben.

Das **Interesse der Allgemeinheit**, dem erheblichen Gefahrenpotential zu begegnen, das bei unzureichenden Sprachkenntnissen eines Arztes für die Sicherheit der Patienten besteht, überwiegt



ersichtlich das Interesse, bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache von der Anwendung der Verfahrensordnung und damit von einem nach ihren Vorschriften durchgeführten Sprachtest verschont zu bleiben, den die Approbationsbehörde im Rahmen des aus Art. 24 BayVwVfG folgenden Untersuchungsgrundsatzes für notwendig erachtet. Zugunsten der Ast. fällt dabei nicht besonders ins Gewicht, dass sie **C1-Sprachzertifikate** vorgelegt haben. Nach dem Inhalt der Zertifikate war ein Arzt-Arzt-Gespräch nicht Gegenstand der jeweiligen Prüfung.

## 6. Zulassung zur Feststellung der Seediensntauglichkeit

OVG Hamburg, Beschluss v. 16.11.2017 - 3 Bs 243/17

RID 18-01-173

juris

SeeArbG §§ 12, 16, 17, 20

**Leitsatz:** 1. Zur **Zuverlässigkeit** eines Arztes, der die Zulassung zur **Feststellung der Seediensntauglichkeit** begehrt (§ 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SeeArbG).

2. Die Ausstellung eines **Seediensntauglichkeitszeugnisses** durch einen hierfür zugelassenen Arzt, der die Seediensntauglichkeitsuntersuchung zuvor nicht selbst durchgeführt hat, verstößt gegen die Vorschriften über die Feststellung der Seediensntauglichkeit.

## 7. Berufspflichten

### a) Anwendung des Maßnahmeverbots im berufsgerichtlichen Verfahren

OVG Bremen, Urteil v. 02.08.2017 - 10 LD 278/14

RID 18-01-174

juris

HeilBerG Bremen §§ 27 I, 61a, 62, 65, 73, 76, 77, 79, 84; StGB §§ 78, 78c, 263 I

**Leitsatz:** 1. Die rechtliche Überprüfung der einem Kammermitglied als aufsichtsrechtliche Maßnahme erteilten **Rüge** erfolgt im berufsgerichtlichen Verfahren. Leitet das Berufsgericht ein berufsgerichtliches Verfahren ein, überprüft es nicht lediglich die materielle Beurteilung des Berufspflichtverstoßes durch die Kammer, sondern trifft eine eigenständige Entscheidung.

2. Bei der **Auswahl und Bemessung** einer gegen das Kammermitglied zu verhängenden berufsgerichtlichen Maßnahme hat das Berufsgericht nach allgemeinen berufsrechtlichen Grundsätzen das Gewicht der Verfehlung des Kammermitglieds, seine Persönlichkeit und das Ausmaßes seiner Schuld, namentlich aber auch die Notwendigkeit zu berücksichtigen, das Ansehen der Angehörigen der Heilberufe zu wahren und das Vertrauen der Bevölkerung in die Integrität und die Zuverlässigkeit des Berufsstandes der Ärzte zu gewährleisten.

3. Das **Maßnahmeverbot** des § 14 Abs. 1 BremDG findet gemäß § 73 Abs. 1 S. 2 HeilBerG **im berufsgerichtlichen Verfahren Anwendung**. Weder die Eigenart des berufsgerichtlichen Verfahrens noch die Stellung des § 73 Abs. 1 Satz 2 im Heilberufsgesetz stehen seiner Anwendung entgegen.

Die Beschuldigte ist mit einer eigenen Praxis niedergelassene Zahnärztin in Bremen und zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. In der Zeit vom 05.04.2004 bis zum 05.07.2005 rechnete sie gegenüber der KZV Beratungsleistungen ab, die sie gegenüber einzelnen Patienten tatsächlich nicht erbracht hatte. Den Krankenkassen entstand dadurch insgesamt ein Schaden von 5.212,41 €. Im Jahr 2009 erging gegen die Beschuldigte ein Strafbefehl des AG Bremen-Blumenthal, mit dem gegen sie wegen mehrfachen Betruges eine Geldstrafe von 90 Tagessätzen zu je 120 € verhängt wurde (33 Cs 850 Js 42330/05). Durch Beschl. des Disziplinarausschusses der KZV wurde gegen die Beschuldigte außerdem wegen Verstoßes gegen die ihr durch die Satzung auferlegten Pflichten auf eine Geldbuße in Höhe von 8.000 € erkannt. **VG Bremen**, Urt. v. 30.07.2014 - H K 660/10 - RID 14-04-168 hielt den Rügebescheid der Zahnärztekammer Bremen mit der Maßgabe aufrecht, dass die gegen die Beschuldigte verhängte Geldbuße auf einen Betrag von 6.000 € reduziert wird; das **OVG** hob den Rügebescheid auf.

## b) Arzt auf der Damentoilette

Ärztl. BerufsG Niedersachsen, Urteil v. 01.03.2017 - BG 7/16

RID 18-01-175

MedR 2017, 908 = GesR 2017, 460

BO Niedersachsen

Leitsatz (MedR): 1. **Strafrechtliche Verurteilung** hindert nicht **berufsrechtliche Maßnahmen** wegen desselben Sachverhalts, sofern ein „berufsrechtlicher Überhang“ besteht.

2. Auch im privaten Lebensbereich gilt für den Arzt der Grundsatz „nihil nocere“, insbesondere die körperliche und seelische **Unversehrtheit anderer Menschen** zu wahren.

## c) Werbung auf einer Homepage für Bleaching mit Preisangabe

VG Münster, Urteil v. 22.11.2017 - 5 K 4424/17

RID 18-01-176

juris

HeilBerG NRW § 6 I 1 Nr. 6

Die **Werbung** auf einer **Homepage** ist einem **Zahnarzt** nicht grundsätzlich verboten.

Die Information über das **Bleaching** kann interessengerecht und sachangemessen sein. Die Angabe eines zu erwartenden **Gesamtpreises** für eine zahnärztliche Leistung auf Verlangen in einer Werbung ist nicht zu beanstanden. Die Höhe des zu erwartenden Preises einer medizinisch nicht notwendigen, sondern lediglich kosmetischen zahnärztlichen Behandlung ist für den Patienten ein zentraler Bestandteil der beworbenen Leistung. Wer sich aus eigenem Antrieb über eine solche informieren möchte, ist in besonderem Maße auf dementsprechende Informationen angewiesen. Dies gilt umso mehr, wenn für die zahnärztliche Behandlung - wie hier - entsprechende Gebührenpositionen in der GOZ nicht vorhanden sind und es bei der Beurteilung der Angemessenheit der Preisgestaltung entscheidend auf die betriebswirtschaftliche Kalkulation des Zahnarztes ankommt.

## 8. Operationsverbot für an HIV erkrankten Arzt für plastische Chirurgie

VG München, Beschluss v. 18.09.2017 - M 18 S 17.3676

RID 18-01-177

juris

VwGO § 80 V; IfSG §§ 28 I, 29, 31 S. 1

Die **Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung** einer Klage gegen das gegenüber einem **an HIV erkrankten Arzt für plastische Chirurgie** ergangene Verbot, ab sofort jegliche invasive operative Tätigkeiten inklusive Faltenunterspritzung zu unterlassen, kommt nicht in Betracht. Das **öffentliche Interesse** wird durch das überragende Rechtsgut der körperlichen Unversehrtheit der Patienten definiert.

## 9. Einstweilige Anordnung gegen infektionsschutzrechtlichen Hausbesuch

VG München, Beschluss v. 13.09.2017 - M 18 S 17.4089

RID 18-01-178

juris

VWGO § 80 V; IfSG §§ 16, 23

Ordnete die Behörde **ermessensfehlerhaft** die **Duldung eines infektionsschutzrechtlichen Hausbesuchs** in einer Arztpraxis an, kann das Gericht bei **Hygienemängeln** die aufschiebende Wirkung der Klage mit der **Auflage** anordnen, dass bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache der gefährlichste Übertragungsweg von Krankheitserregern durch Blut bzw. Infektionen der (minimalinvasiv geschaffenen) Wunde ausgeschlossen werden, indem dem **Arzt untersagt** wird, invasive Untersuchungsmethoden, hier besonders intramuskuläre EMG, anzuwenden.

## 10. Strafrecht

### a) Hinweis auf Schwangerschaftsabbrüche in der Praxis

AG Gießen, Urteil v. 24.11.2017 - 507 Ds 501 Js 15031/15

RID 18-01-179

juris  
StGB § 219a; GG Art. 1, 12

Der **Hinweis** einer Ärztin auf ihrer **Homepage**, dass in ihrer Praxis **Schwangerschaftsabbrüche** vorgenommen werden, erfüllt den Tatbestand des § 219a StGB. Da das in Art. 1 GG verfassungsrechtlich geschützte Recht des ungeborenen Lebens beeinträchtigt wird, ist insoweit die Einschränkung des Informationsrechts hinzunehmen.

### b) Sterbehilfearzt: Keine versuchte Tötung auf Verlangen durch Unterlassen

LG Hamburg, Urteil v. 08.11.2017 - 619 KLS 7/16 - 3490 Js 76/12

RID 18-01-180

juris  
StGB §§ 13, 216

Der jetzt 75-jährige angeklagte Facharzt für Neurologie und Psychiatrie war auf Kosten der Staatskasse freizusprechen, weil er sich unter keinem denkbaren rechtlichen Gesichtspunkt strafbar gemacht hat. Er war vereinbarungsgemäß in der Wohnung der beiden Frauen W. (85 Jahre alt) und M. (81 Jahre alt) anwesend, als diese sich im November 2012 **mittels von ihm empfohlener Medikamente freiverantwortlich das Leben nahmen**. Er beobachtete die Einnahme der Medikamente – Metoclopramid, Chloroquin und Diazepam – und protokollierte den gesamten Sterbevorgang. Nach Eintritt der Bewusstlosigkeit leitete er dem Wunsch beider Frauen entsprechend **keine Rettungsbemühungen** ein, stellte dann den Tod fest und rief – nach einer weiteren Wartezeit – die Feuerwehr. Seine Personalien wurden festgestellt und er entlassen.

Der Angeklagte war von dem Vorwurf der **versuchten Tötung auf Verlangen durch Unterlassen** aus rechtlichen Gründen freizusprechen. Er war wegen des beachtlichen – entgegenstehenden – Willens der beiden Frauen und der Freiverantwortlichkeit ihrer Entscheidung für den Suizid nicht verpflichtet, nach dem Eintritt ihrer Bewusstlosigkeit Rettungsmaßnahmen einzuleiten. Hinsichtlich der ihm vorgeworfenen unerlaubten Überlassung von Betäubungsmitteln erfolgte der Freispruch aus tatsächlichen Gründen. Es konnte nicht festgestellt werden, dass er den beiden Frauen das Diazepam überlassen hatte. Zudem wurden die für die Strafbarkeit vorausgesetzten Grenzwerte nicht überschritten (§ 13 Abs. 1 BtMG i.V.m. Anlage III).

### c) Erkennungsdienstliche Behandlung bei Delikten gegen die sexuelle Selbstbestimmung

VG Mainz, Urteil v. 14.09.2017 - 1 K 45/17.MZ

RID 18-01-181

juris  
StGB § 174c; StPO § 484 IV

**Leitsatz:** 1. Es ist für die **Anwendbarkeit des § 81b Alt. 2 StPO** ausreichend, wenn die Beschuldigteneigenschaft im Zeitpunkt des Erlasses des Ausgangsverwaltungsaktes vorliegt (Anschluss an SächsOVG, Beschluss vom 7. März 2017 - 3 A 853/16 -, BeckRS 2017, 116497; OVG MV, Urteil vom 25. November 2015 - 3 L 146/13 -, BeckRS 2016, 42877).

2. Zur **Widerholungsgefahr** bei **Delikten gegen die sexuelle Selbstbestimmung** im Rahmen der Prüfung des § 81b Alt. 2 StPO.

3. Die Geeignetheit **erkennungsdienstlicher Unterlagen** zur Förderung künftiger Ermittlungen kann grundsätzlich auch dann angenommen werden, wenn der Beschuldigte im Rahmen des Anlassdelikts nicht verdeckt aufgetreten ist.

## 11. Psychiatrischer Sachverständiger: Gespräch mit dem Probanden ist selbst durchzuführen

LSG Thüringen, Urteil v. 24.08.2017 - L 1 U 121/14

RID 18-01-182

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGG §§ 118, 202; ZPO §§ 407a, 407 ff.

**Leitsatz:** 1. Ein vom Gericht mit der Erstattung eines **psychiatrischen Gutachtens** beauftragter Sachverständiger ist verpflichtet, das explorierende **Gespräch mit dem Probanden** im wesentlichen Umfang **selbst** durchzuführen (vgl BSG, Beschluss vom 17.4.2013 - B 9 V 36/12 B = SozR 4-1500 § 118 Nr 3). Es obliegt grundsätzlich der Einschätzung des Sachverständigen, welche Zeit für die Exploration und die persönliche Begegnung mit dem Probanden im jeweiligen Einzelfall unter Berücksichtigung gezielter Vorarbeiten erforderlich ist. Handschriftliche Aufzeichnungen über den Inhalt des Gesprächs können die Erörterung wesentlicher Gesichtspunkte belegen.

2. Ausschließlich die **schriftliche Abfassung** des Gutachtens ist maßgebend. Mündliche Einschätzungen eines Sachverständigen sind nicht präjudizierend.

3. Ein **Zeitraum** von 2,5 Monaten zwischen durchgeführter Untersuchung und schriftlicher Abfassung des Gutachtens ist bei einem psychiatrischen Sachverständigengutachten in der Regel nicht zu beanstanden.

## 12. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

### a) Keine „Praxisklinik“ ohne Klinikerlaubnis nach Gewerbeordnung

LG Frankenthal, Urteil v. 28.09.2017 - 2 HK O 25/17

RID 18-01-183

juris = WRP 2017, 1530  
BGB § 339; GewO§ 30; UWG§ 5 I Nr. 3

**Leitsatz (WRP):** 1. Verfügt ein Facharzt für plastische und ästhetische Chirurgie nicht über eine **Klinikerlaubnis** nach der Gewerbeordnung, kann er die von ihm betriebene Einrichtung nicht als „Praxisklinik“ bezeichnen.

2. Wird er nach Abgabe einer strafbewehrten **Unterlassungserklärung** schriftlich darauf hingewiesen, dass entsprechende Eintragungen weiterbestehen, ist die in der Unterlassungserklärung versprochene **Vertragsstrafe** im Falle seiner Untätigkeit zur Beseitigung dieser Eintragungen **verwirkt**.

### b) Abmahnverein und Praxiswerbung: Fehlende Klagebefugnis

OLG Saarbrücken, Beschluss v. 27.11.2017 - 1 W 38/17

RID 18-01-184

juris  
UWG § 8 III Nr. 2

**Leitsatz:** Ein rechtsfähiger Verband, der seine **Klagebefugnis** auf § 8 Abs. 3 Nr. 2 UWG ableitet, kann seine damit verbundene Funktion der kollektiven Wahrnehmung von Mitgliederinteressen nur erfüllen, wenn ihm tatsächlich eine **ausreichende Zahl von Mitgliedern** angehört, deren Interessen von der Zuwiderhandlung berührt sind. Diese Voraussetzungen sind auf Verlangen des Abgemahnten auch vorgerichtlich schlüssig darzulegen.

## 13. Adressat des Einsichtnahmerechts des Patienten in Patientenakte

LG Göttingen, Beschluss v. 18.10.2016 - 12 T 4/16

RID 18-01-185

juris  
BGB §§ 630a, 630f, 630g, 810; BDSG § 34

**Leitsatz:** 1. Zur Auslegung des Begriffs „Behandelnder“ i.S.d. § 630a Abs. 1 BGB im Zusammenhang mit der diesen treffenden Dokumentationspflicht nach § 630f BGB und dem Einsichtnahmerecht des Patienten in die Patientenakte nach § 630g BGB.

2. Der die Behandlung tatsächlich durchführende **Erfüllungsgehilfe** eines Arztes ist nicht „Behandelnder“ und daher nicht Schuldner des Einsichtnahmerechts des Patienten in die Patientenakte.

3. Zum Anwendungsbereich und Regelungsgehalt von § 810 BGB und § 34 BDSG.

## 14. Sozialversicherungspflicht

### a) Keine rückwirkende Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht

LSG Bayern, Beschluss v. 19.01.2017 - L 19 R 347/15

RID 18-01-186

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB VI § 6 I 1 Nr. 1, IV 1; SGB X § 27 V

**Leitsatz:** Zur **Rückwirkung** des Antrages auf **Befreiung** von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht nach § 6 Abs. 4 Satz 1 SGB VI.

### b) Praktische Tätigkeit nach § 2 PsychTh-APrV sozialversicherungspflichtig

SG Münster, Urteil v. 19.12.2017 - S 14 R 29/16

RID 18-01-187

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB IV § 7 I

Die **praktische Tätigkeit nach § 2 PsychTh-APrV** ist als **abhängige Beschäftigung** anzusehen, wenn im stationären Rahmen Kinder, Jugendliche und Heranwachsende mit komplexen neurotischen, psychischen und psychosomatischen Störungen und Erkrankungen unter fachärztlich psychiatrischer und psychotherapeutischer Anleitung betreut werden, der Tätigen in diesem Rahmen die eigenständige Durchführung von 30 Behandlungsprozessen unter Supervision einschließlich Aufnahmegespräch, Anamnese, Diagnostik, Psychoedukation, Einzeltherapie, Eltern-, Hilfeplan-, Entlass- und Katamnesegespräch obliegt, sie eigenständig diagnostische Verfahren durchführt und auswertet, eigenständig Fallkonzeptionen entwickelt und Verlaufsdokumentationen erstellt sowie Kostenübernahmeanträge und Entlassbriefe verfasst und sie damit **Tätigkeiten wie eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin** verrichtet.

Das SG verurteilte die Bekl., festzustellen, dass die Tätigkeit der Kl. bei der Beigel. vom 01.01.-31.12.13 als abhängige Beschäftigung verrichtet wurde.

## 15. Unterlassungsanspruch: Löschung einer negativen Bewertung in einem Bewertungsportal

LG Augsburg, Urteil v. 17.08.2017 - 22 O 560/17

RID 18-01-188

juris = MMR 2017, 782 = AfP 2017, 537 = CR 2017, 817

BGB §§ 823 I, 1004; GG Art. 2 I

Orientierungssatz (juris): 1. Der **Betreiber einer Praxisklinik für Zahnmedizin** hat gegenüber dem Betreiber einer **Bewertungsplattform** im Internet, auf welcher Nutzer Bewertungen verschiedener Einrichtungen vornehmen können, keinen Anspruch auf Löschung einer Bewertung der Praxisklinik ohne weiteren Begründungstext mit lediglich einem von fünf möglichen Sternen. Der Nutzer bringt damit zwar seine subjektive und individuelle Bewertung über die Klinik des Betreibers zum Ausdruck, mit der Vergabe des Sterns ist jedoch keine Aussage getroffen, welche konkreten Leistungen oder Personen der Klinik gemeint sind. Der Hintergrund der Bewertung bleibt vielmehr für den Internetnutzer offen, so dass der Betreiber weder in seiner Ehre noch in seiner sozialen Anerkennung betroffen ist.

2. Insofern ist es nicht erheblich, dass der Betreiber behauptet, den **Nutzer weder zu kennen noch als Patient behandelt zu haben**. Entscheidend ist allein, dass der Nutzer in irgendeiner Art und Weise mit der Klinik in Berührung kam und sich über diesen Kontakt eine Meinung über die Klinik gebildet hat, die ihn veranlasst hat, eine Ein-Sternchen-Bewertung abzugeben.

3. Eine **Meinungsäußerung** wird auch nicht dadurch unzulässig, weil der Hintergrund der Bewertung offen bleibt und daher eine Meinung geäußert wird, ohne die Gründe zu nennen, die zu dieser Meinungsbildung geführt haben. Die Äußerung von zulässiger Kritik hat nicht zur Voraussetzung, dass zugleich die Hintergründe und Umstände aufgedeckt werden müssten, die zu der Meinungsbildung geführt haben. Zum Recht der freien Meinungsäußerung gehört auch seine Meinung

aussprechen zu können, ohne diese erklären zu müssen (Anschluss OLG Köln, 6. Januar 2009, 15 U 174/08, MMR 2009, 265).

## 16. Gewinnabführungspflicht bei Fortführung der Arztpraxis im Insolvenzverfahren

LG Hamburg, Urteil v. 02.06.2017 - 330 O 259/16

RID 18-01-189

juris  
InsO §§ 35 II 2, 295 II

Es ist höchstrichterlich geklärt, dass der **Insolvenzverwalter** bis zur Aufhebung des Insolvenzverfahrens gegen den **Schuldner** auf Zahlung **klagen** kann.

Maßstab für die Höhe der **Abführungspflicht** des Schuldners an die Insolvenzmasse ist das nach § 295 II InsO zu bestimmende pfändbare **fiktive Nettoeinkommen**. Der Schuldner ist dem Insolvenzverwalter gegenüber umfassend auskunftspflichtig hinsichtlich der Umstände, die für die Ermittlung des fiktiven Maßstabs erforderlich sind, aus denen sich die ihm mögliche abhängige Tätigkeit und das anzunehmende fiktive (Netto-)Einkommen ableiten lassen.

## 17. Plagiat bei einer experimentellen medizinischen Doktorarbeit

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 04.01.2018 - 14 A 610/17

RID 18-01-190

juris  
GG Art. 2, 12; HSchulG NRW §§ 64, 67

**Leitsatz:** Zum Vorliegen eines Plagiats bei einer experimentellen Doktorarbeit.

## 18. Ärztekammer

### a) Ungültige Wahl Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern 2014

VG Schwerin, Urteil v. 22.06.2016 - 7 A 1773/14

RID 18-01-191

juris  
Mecklenburg-Vorpommern HeilBerG §§ 15 I, 16, 20

**Leitsatz:** Zu einer nicht mehr zu rechtfertigenden Beeinträchtigung der **Wahlrechtsgleichheit** durch Dimensionierung und Zuschnitt von **Wahlkreisen** bei einer Mehrheitswahl.

### b) Nichtselbstständige Tätigkeit als Berufsschullehrer

VG Karlsruhe, Urteil v. 18.07.2017 - 1 K 1280/15

RID 18-01-192

juris = MedR 2017, 987  
HeilBerG BW §§ 2 I Nr. 1, 23 I, 26 I 1

Die Definition einer **ärztliche Tätigkeit** in einer Beitragsordnung als jede Tätigkeit, die der Arzt aufgrund der ihm erteilten Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde am Menschen ausübt sowie darüber hinaus jede weitere Tätigkeit, die er unter Verwendung seiner durch die ärztliche Ausbildung erworbenen medizinischen Fachkenntnisse ausübt, unabhängig davon, ob es sich um eine Haupt- oder Nebentätigkeit handelt, ist zulässig. Bei den Einkünften eines Arztes aus **nichtselbstständiger Tätigkeit als Berufsschullehrer** unter Verwendung seiner durch die ärztliche Ausbildung erworbenen Fachkenntnisse handelt es sich nach diesen Grundsätzen um solche aus ärztlicher Tätigkeit.

### c) Kein Unterlassungsanspruch wegen Auskunft zur „Germanischen Neuen Medizin“

VG Schwerin, Urteil v. 20.07.2016 - 7 A 2004/12

RID 18-01-193

juris  
Mecklenburg-Vorpommern HeilBerG § 4 I Nr. 1 u. 4

**Leitsatz:** Zu den Maßstäben für eine zulässige **Auskunft** der Ärztekammer über ihre Bewertung einer **alternativen Heilmethode** bei einer Anfrage aus Patientenkreisen.

## 19. Versorgungswerk

### a) Berufsunfähigkeit

#### aa) Alle beruflichen Tätigkeiten nach Berechtigung und Befähigung

VG München, Urteil v. 15.11.2017 - M 12 K 15.5695

RID 18-01-194

juris

Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung §§ 1, 36 I

**Berufsunfähigkeit** liegt nicht erst dann vor, wenn das Mitglied außerstande ist, jegliche Tätigkeit, zu deren Ausübung seine berufliche Vorbildung ganz oder teilweise Voraussetzung ist, fortzuführen, sondern es genügt, wenn das Mitglied nicht mehr in der Lage ist, in nennenswertem Umfang seinem Beruf nachzugehen. Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn die Möglichkeiten einer Berufsausübung krankheitsbedingt so stark eingeschränkt sind, dass ihr eine existenzsichernde Funktion – womit nicht die Aufrechterhaltung des bisherigen Lebensstandards gemeint ist – nicht mehr zukommen kann, auch wenn die Verrichtung einzelner ärztlicher Tätigkeiten noch möglich ist (VGH Bayern, Beschl. v. 07.04.2006 - 9 ZB 05.2587 - juris; VGH Bayern, Ur. v. 26.07.1995, NJW 1996, 1613).

Die Formulierung in § 36 I der Satzung „zur Ausübung seines Berufes unfähig“ ist umfassend so zu verstehen, dass sie **alle beruflichen Tätigkeiten** erfasst, zu deren Ausübung das Mitglied von seiner Ausbildung her berechtigt und unter Berücksichtigung des bisherigen beruflichen Werdeganges und der erworbenen Qualifikationen befähigt ist (VGH Bayern, Beschl. v. 06.09.1999 - 9 ZB 98.1402 - juris). Maßgeblich ist daher nicht, ob die Ärztin der zuletzt ausgeübten Tätigkeit weiterhin nachgehen kann, sondern ob es ihr möglich ist, eine existenzsichernde Tätigkeit auszuüben, die sich im Rahmen des durch die Ausbildung vorgezeichneten Berufsfelds eines Arztes hält (vgl. VG Würzburg, Ur. v. 08.05.2006 - W 7 K 05.559 - juris Rn. 19). Darauf, ob das Mitglied sich auf dem Arbeitsmarkt gegenüber anderen Bewerbern auf entsprechende Arbeitsstellen durchsetzen kann, kommt es für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit hingegen nicht an. Denn die Satzung deckt nur das Risiko ab, aus gesundheitlichen Gründen aus der Tätigkeit als Arzt kein hinreichendes Einkommen zu haben. Nicht erfasst ist das Risiko, auf dem vorhandenen Arbeitsmarkt nicht zum Zuge zu kommen (VGH Bayern, Beschl. v. 11.07.2011 - 21 ZB 11.721 - juris Rn. 5; VG Regensburg, Ur. v. 05.07.2012 - RN 5 K 11.1139 - juris Rn. 36).

#### bb) Berufsunfähigkeitsrente wegen neuropathischen Schmerzsyndroms

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.10.2017 - 17 A 1163/15

RID 18-01-195

juris

Satzung Ärzteversorgung Nordrhein § 10 I

**Leitsatz:** Ein **Arbeitsmarkt für ärztliche Tätigkeiten**, die krankheitsbedingt nur einhändig, unter permanenten, als stark limitierend erlebten Schmerzen mittlerer Intensität, in ständiger Schutzhaltung der gebrauchsunfähigen und extrem berührungsempfindlichen Hand sowie bei vollständig freier Zeiteinteilung auf Teilzeitbasis ausgeübt werden können, existiert faktisch nicht.

#### cc) Kein Nachweis bei gezieltem Täuschungsmanöver

VG Köln, Urteil v. 09.01.2018 - 7 K 7141/14

RID 18-01-196

juris

Satzung Nordrheinische Ärzteversorgung § 10

Von einer vollständigen und dauerhaften **Berufsunfähigkeit** ist nicht auszugehen, wenn die Vorgehensweise, mit der der Arzt seine angeblichen Erkrankungen zu belegen sucht, auf ein **gezieltes Täuschungsmanöver** hinweist. Anhand von lediglich **angabenbasierten Attesten** ist keine Überzeugung von einer tatsächlichen Erkrankung zu gewinnen.

## b) Vorgezogenes Altersruhegeld

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 26.10.2017 - 9 S 1554/15

RID 18-01-197

juris  
VersAusglG § 35 I

**Leitsatz:** Das **vorgezogene Altersruhegeld** nach § 25 Abs. 5 der Satzung der Baden-Württembergischen Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte stellt eine laufende Versorgung wegen Erreichens einer **besonderen Altersgrenze** im Sinne von § 35 Abs. 1 VersAusglG dar.

## c) Anrechnung von berufsständischen Versorgungsleistungen auf Beamtenversorgung

VerfGH Bayern, Entscheidung v. 06.12.2017 - Vf. 15-VII-13

RID 18-01-198

juris  
GG Art. 14; Verf Bayern Art. 91 S. 4, 95 I 2

**Leitsatz:** Die in Art. 85 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 BayBeamtVG vorgesehene **Anrechnung von Leistungen aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung** oder aus einer befreienden Lebensversicherung auf die **Versorgungsbezüge der Beamten** überschreitet die durch das Alimentationsprinzip (Art. 95 Abs. 1 Satz 2 BV) vorgegebenen Grenzen. Hat die öffentliche Hand zum Aufbau solcher Leistungen keine Mittel beigetragen, fehlt es an sachlichen Gründen, die eine Anrechnung rechtfertigen würden.

## d) Keine Befreiung von Rentenversicherungspflicht für Unternehmensberater

LSG Bayern, Urteil v. 20.09.2017 - L 19 R 1001/13

RID 18-01-199

Revision anhängig: B 5 RE 2/18 R  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
BÄO § 2; SGB VI § 6 I 1 Nr. 1

**Leitsatz:** Zur **Befreiung** eines Arztes von der **Rentenversicherungspflicht** nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI, der als **angestellter Unternehmensberater** tätig ist.

## II. Arzthaftung

### 1. Bundesgerichtshof (BGH)

#### a) Verbundene Amtshaftungsklage und Klage gegen Universitätsklinik

BGH, Urteil v. 21.11.2017 - VI ZR 436/16

RID 18-01-200

juris  
BGB § 823; ZPO §§ 301 I, 538 I 1 Nr. 7 ZPO

**Leitsatz:** Wird eine **Amtshaftungsklage** (hier: gegen einen beamteten Oberarzt einer Universitätsklinik) wegen desselben Schadens mit der **Klage gegen einen Dritten** (hier: die Universitätsklinik) **verbunden** und ist die Frage, ob diesen eine Ersatzpflicht trifft, noch nicht entscheidungsreif, darf die Amtshaftungsklage nicht mit dem Hinweis auf die noch nicht geklärte Ersatzpflicht des (einfachen) Streitgenossen durch **Teilurteil** abgewiesen werden, weil die Entscheidung hierüber für den durch Teilurteil entschiedenen Amtshaftungsanspruch präjudiziell ist (Bestätigung Senatsurteil vom 17. Februar 2004, VI ZR 39/03, VersR 2004, 785).



## b) Rechtliches Gehör: Übergehen vorgetragener Umstände

BGH, Beschluss v. 07.11.2017 - VI ZR 173/17

RID 18-01-201

juris

ZPO § 544 VII; GG Art. 103 I

**Leitsatz:** Das Gericht verletzt den Anspruch der Partei auf **rechtliches Gehör** aus Art. 103 Abs. 1 GG, wenn es bei seiner Annahme, ein Behandlungsfehler sei nicht als grober Fehler anzusehen, von der Partei vorgetragene, für die Bewertung des Behandlungsgeschehens erhebliche **Umstände übergeht** (hier: Vortrag dahin, der Fehler beruhe auf einem Organisations- bzw. Übertragungsfehler, nicht auf einer Abwägung der Chancen und Risiken der unterbliebenen Befundung).

## c) Subsidiarität im Nichtzulassungsbeschwerdeverfahren

BGH, Beschluss v. 26.09.2017 - VI ZR 81/17

RID 18-01-202

juris

BGB §§ 280, 823; GG Art. 103 I

**Leitsatz:** Zum Grundsatz der Subsidiarität im **Nichtzulassungsbeschwerdeverfahren**.

## 2. Stationäre Entbindung ohne Anerkennung als Belegarzt

OLG Karlsruhe, Urteil v. 06.12.2017 - 7 U 221/16

RID 18-01-203

juris

BGBEG Art. 229 § 5; BGB §§ 249, 611, 823 I

**Leitsatz:** Die Tatsache, dass ein Arzt in einem **Krankenhaus** eine **Entbindung** vornimmt, ohne dort über eine **Anerkennung als Belegarzt** zu verfügen, begründet allein noch keine Haftung für die Folgen der Behandlung.

## 3. Behandlungsfehler

### a) Kenntnisnahme von Laborbefund in Hausarztpraxis

OLG Koblenz, Beschluss v. 25.09.2017 - 5 U 427/17

RID 18-01-204

juris = GesR 2017, 784

BGB §§ 249, 254 I, 823 I

**Leitsatz:** Es liegt ein grober **Organisationsfehler** vor, wenn nicht sichergestellt wird, dass bei der **hausärztlichen Versorgung** ein **Laborbefund** sowie die in der Praxis erhobene Blutsenkungsgeschwindigkeit auch **ohne Patientenkontakt** zur Kenntnis genommen, ausgewertet und erforderlichenfalls nach Kontaktaufnahme zum Patienten mit diesem besprochen werden.

Allein der Umstand, dass ein Patient einen Laborbefund einfach persönlich in der Praxis abholt und damit ein Arzt-Patient-Gespräch verhindert, begründet kein **Mitverschulden** i.S.d. § 254 Abs. 1 BGB. Allein ein möglicherweise vorliegender **grober Behandlungsfehler des nachbehandelnden Arztes** beeinträchtigt die Zurechnung der kausalen Schadensfolgen gegenüber dem erstbehandelnden Arzt nicht. Die wertende Zuordnung der Schadensfolgen zum Verhalten des nachbehandelnden Arztes kommt nicht in Betracht, wenn die Behandlung durch dessen mutmaßliches Fehlverhalten nicht in eine völlig neue Richtung gelenkt wurde, das durch die Fehlbehandlung des erstbehandelnden Arztes gesetzte Risiko nicht abgeklungen war und beide Fehlverhalten zumindest gleichwertig nebeneinander stehen.

Leidet die **Mutter** der kurz nach Diagnosestellung an Leukämie **verstorbenen Tochter** anschließend an psychischen Beschwerden, die mit einer weitreichenden Isolierung, dem nahezu völligen Verlust von Lebensfreude sowie einer Beeinträchtigung der Lebensfähigkeit dahin, dass sie gefüttert werden musste, einhergehen, kann dies nicht mehr als „normales Lebensrisiko“ eingeordnet werden.

## b) Kein Diagnoseirrtum nach Sturzverletzung

OLG Koblenz, Beschluss v. 05.08.2016 - 5 U 723/16

RID 18-01-205

juris  
BGB § 823 I

**Diagnoseirrtümer**, die auf die Fehlinterpretation von Befunden und Untersuchungsergebnissen zurückzuführen sind, sind nach der BGH-Rspr. nur mit Zurückhaltung als behandlungsfehlerhaft zu werten (vgl. nur BGH, NJW 2003, 2827). Eine Einstandspflicht ist daher nicht gegeben, wenn sich die fehlerhafte Diagnose als in der gegebenen Situation vertretbare Deutung der Befunde darstellt, wobei auf die Sicht des Arztes zum Zeitpunkt der Diagnosestellung abzustellen ist. Hingegen liegt ein vorwerfbarer Diagnosefehler vor, wenn Symptome oder Befunde gegeben sind, die für eine bestimmte Erkrankung kennzeichnend sind, vom Arzt aber nicht ausreichend berücksichtigt oder falsch gedeutet werden (vgl. BGH, NJW 2003, 2827).

## c) Befunderhebungsfehler: Unterlassen einer Stanzbiopsie bei Mammakarzinom

LG Bielefeld, Urteil v. 06.10.2017 - 4 O 272/12

RID 18-01-206

juris  
BGB § 823 I

Ein **Befunderhebungsfehler** liegt vor, wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte. Nach den gut verständlichen Ausführungen der Sachverständigen wären vorliegend neben den bereits erhobenen Befunden mittels Sonographie als auch Mammographie bis zum sicheren Ausschluss einer Krebserkrankung der Frau P. C. weitere Befunde, insbesondere mittels **Stanzbiopsie**, zu erheben gewesen. Eine derartige Biopsie hätte sodann das Vorliegen eines invasiv-duktales Mammakarzinoms ergeben.

Soweit es um parallel laufende Aufgabenteilung der verschiedenen medizinischen Fachgebiete geht, handelt es sich um die sog. „**horizontale Arbeitsteilung**“. Hier gilt als Grundprinzip der Vertrauensgrundsatz: Jeder kann auf die objektiven im fremden Fach erhobenen Befunde vertrauen, solange nicht konkrete Anhaltspunkte für Zweifel bestehen. Eine **Gynäkologin** darf sich zwar auf die letztlich korrekte Befundung des **Radiologen** verlassen, muss indes aber selbst und unabhängig von möglichen falschen Empfehlungen des Radiologen zum weiteren Vorgehen abwägen, wozu dieser Befund in der konkreten Behandlung mangels seiner Aussagekraft veranlasst.

## d) Vorwurf einer Infektion wegen Hygienemängeln/Geänderter Beweisbeschluss

OLG Koblenz, Beschluss v. 07.09.2016 - 5 U 498/16

RID 18-01-207

juris = MedR 2017, 972  
BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823 I; ZPO §§ 286, 360 S. 2, 407a S. 2

**Leitsatz:** 1. Zur **Beweislastverteilung** beim Vorwurf einer **Infektion wegen Hygienemängeln**.

2. Ein haftungsbegründender **Ursachenzusammenhang** kann auch dann äußerst unwahrscheinlich sein und damit einer Beweislastumkehr wegen eines Befunderhebungsfehlers entgegenstehen, wenn die erforderliche Reaktion auf den bei Vornahme der Befunderhebung anzunehmenden Befund von dritter Seite zeitgerecht vorgenommen wurde.

3. **Ändert** das Gericht seinen **Beweisbeschluss** nach § 360 Satz 2 ZPO nachträglich ab und bestellt den tatsächlichen Ersteller des Gutachtens anstelle des ursprünglich beauftragten Gutachters zum Sachverständigen, ohne die Parteien hinreichend anzuhören, führt dies nicht zur Unverwertbarkeit des Gutachtens, wenn sich die Fehlerhaftigkeit der Beschlussfassung nicht auf das Beweisergebnis ausgewirkt haben kann.

#### e) Zurücklassen eines Vaginaltupfers: Keine Zählkontrolle erforderlich

OLG Köln, Beschluss v. 03.05.2017 - 5 U 147/16

RID 18-01-208

juris = MedR 2017, 879  
BGB § 630h

**Leitsatz:** 1. Das Zurücklassen eines Vaginaltupfers nach Versorgung einer Episiotomie fällt nicht in den von der Behandlungsseite vollbeherrschbaren Risikobereich.

2. Es entspricht nicht dem medizinischen Standard, die im Kreißaal zur Versorgung nach kleineren Eingriffen üblichen Tupfer einer Zählkontrolle zu unterziehen, um ein Zurücklassen zu verhindern.

#### f) Beendigung einer psychotherapeutischen Behandlung

LG Kiel, Urteil v. 07.11.2017 - 8 O 274/16

RID 18-01-209

juris  
BGB § 823 I

Ein Psychotherapieverhältnis kann nicht mehr erfolgversprechend fortgesetzt werden, wenn das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Therapeut nachhaltig gestört ist. Versucht eine Psychotherapeutin nach einer Kündigung seitens der Patientin, in den übrigen verbleibenden Terminen eine ordnungsgemäße Abwicklung vorzunehmen, so liegt darin insgesamt ein vernünftiges und vor dem Hintergrund der (auch für Therapeuten geltenden) Vertragsfreiheit gut vertretbares Verhalten.

#### g) Erleben der behandlungsfehlerhaft begleiteten Geburt des Sohnes durch Vater

OLG Koblenz, Urteil v. 08.03.2017 - 5 U 768/14

RID 18-01-210

juris  
BGB § 823 I

Nach der BGH-Rspr. kann auch eine durch ein haftungsbegründendes Ereignis ausgelöste, traumatisch bedingte psychische Störung von Krankheitswert eine Gesundheitsverletzung i.S.d. § 823 I BGB darstellen. Eine Schadensersatzpflicht für die psychische Auswirkung einer Verletzungshandlung setzt danach nicht voraus, dass hierfür eine organische Ursache besteht. Vielmehr genügt grundsätzlich die hinreichende Gewissheit, dass die psychisch bedingte Gesundheitsverletzung ohne die Verletzungshandlung nicht aufgetreten wäre (vgl. nur BGH, NJW 2015, 1451 m.w.N.). In bestimmten Konstellationen kann eine Gesundheitsverletzung auch bei einem Dritten, also einer nicht unmittelbar am Schadensereignis beteiligten Person vorliegen. Derartige psychisch vermittelte Gesundheitsverletzungen müssen indes pathologisch fassbar sein und über die gesundheitlichen Beeinträchtigungen hinausgehen, denen Angehörige in entsprechenden Situationen erfahrungsgemäß ausgesetzt sind (vgl. nur BGH, NJW 2012, 1730).

Das Erleben des Geburtsvorgangs kann als geeignetes Traumaereignis zur Auslösung einer entsprechenden Belastungsreaktion angesehen werden.

Ein Schmerzensgeld in Höhe von (zumindest) 13.000 € kann angemessen sein.

### 4. Aufklärung/Einwilligung

#### a) Keine Aufklärungsrüge in verjährter Zeit

LG Köln, Urteil v. 28.09.2016 - 25 O 15/15

RID 18-01-211

juris  
BGB §§ 195, 196, 823 I

Eine Aufklärungsrüge hat keinen Erfolg, wenn sie erst in verjährter Zeit erfolgt. Die Aufklärungsrüge stellt im Arzthaftungsprozess neben dem Behandlungsfehlervorwurf einen eigenen Streitgegenstand dar. Deswegen wird die Verjährung durch die ursprüngliche Klageerhebung im Hinblick auf die Aufklärungsrüge nicht gehemmt.

## b) Beweiswürdigung hinsichtlich eines Aufklärungsgesprächs

**OLG Koblenz, Urteil v. 19.07.2017 - 5 U 61/17**

**RID 18-01-212**

juris = GesR 2017, 771

**ZPO §§ 97 I, 287, 543 II 1, 708 Nr. 10, 711**

Es reicht nicht aus, die **Richtigkeit des Operationsberichts** zu bestreiten, da Standardverletzungen bei der Durchführung der Operation in der Darlegungs- und Beweislast des Patienten stehen.

Es ist nicht Aufgabe eines **sachverständigen Zeugen** (hier: des **Nachbehandlers**), sondern des **Sachverständigen**, dem Richter allgemeine Erfahrungssätze und besondere Erkenntnisse des jeweiligen Wissensgebiet zu vermitteln bzw. aufgrund von Erfahrungssätzen und besonderen Fachkenntnissen Schlussfolgerungen aus einem feststehenden Sachverhalt zu ziehen.

Während der **Arzt** insb. für häufige Eingriffe routinierte Abläufe entwickeln und daher seine Aufklärungsübung schildern kann, ist die Erinnerung des **Patienten** an das **Aufklärungsgespräch** in Anbetracht des häufig erheblichen Zeitabstands und der nicht seltenen Aufregung während und im Vorfeld medizinischer Behandlungsmaßnahmen häufig getrübt.

Generell ist für die Bewertung der Aufklärung das hierzu geführte Gespräch entscheidend. Allein der Umstand, dass der Arzt möglicherweise **nachträglich Ergänzungen auf dem Aufklärungsbogen** vorgenommen hat, steht einer Überzeugung von der Richtigkeit seiner Schilderung des Aufklärungsgesprächs nicht entgegen. Diese Vorgehensweise mag in Zweifelsfällen die Beweisführung zur Aufklärung erschweren, kann aber der Überzeugungsbildung indes nicht entgegenstehen, wenn der Arzt die Möglichkeit der nachträglichen Änderung nicht nur unmittelbar einräumt und plausibel begründet, sondern auch im Übrigen keine auf eine lückenlose Schilderung ausgerichtete Einlassung abgibt.

## c) Anaphylaktischer Schock durch Einnahme von Cefadroxil

**OLG Koblenz, Urteil v. 29.03.2017 - 5 U 963/16**

**RID 18-01-213**

BeckRS 2017, 127343 = juris

**ZPO §§ 287, 373, 531 II Nr. 3**

Leitsatz (BeckRS): 1. Für eine bestimmte **Behandlung im Notarztwagen** im Vorfeld der als behandlungsfehlerhaft beanstandeten Krankenhausbehandlung ist der Kläger darlegungs- und beweispflichtig. Eine Beziehung der **Behandlungsunterlagen** von Amts wegen ist ohne weiteres nicht veranlasst, da es sich um solche eines Drittbehandlers handelt.

2. Wurde erstinstanzlich lediglich ein **mündliches Sachverständigengutachten** erstattet, ist es nicht nachlässig im Sinne des § 531 Abs. 2 Nr. 3 ZPO, wenn erst in der **Berufungsbegründung** ein Hinweis des Sachverständigen auf eine zuvor nicht erörterte alternative Ursache des Bewusstseinsverlusts aufgegriffen wird.

## d) Empfängnisverhütung: Aufklärung über Wirksamkeit einer Kupferspirale

**OLG Koblenz, Urteil v. 27.04.2017 - 5 U 241/17**

**RID 18-01-214**

juris = GesR 2017, 728

**SGB V §§ 630a, 823 I**

Ein Gynäkologe ist aufgrund des Behandlungsvertrages verpflichtet, eine Patientin auf das **Risiko eines Misserfolgs der Empfängnisverhütung** bei Einsatz der **Kupferspirale** hinzuweisen. Auf den **Pearl-Index** muss nicht hingewiesen werden. Der Arzt erfüllt seine vertragliche Beratungspflicht bereits durch die Verdeutlichung der Möglichkeit eines Misserfolgs der Kupferspirale. Die statistische Häufigkeit hierzu muss er nicht vermitteln.

### e) Partielle Trisomie 13 und Beratung über Amniozentese

OLG Dresden, Urteil v. 20.12.2017 - 4 U 966/17

RID 18-01-215

juris  
ZPO § 286

**Leitsatz:** 1. Auf die **pränatale Untersuchung** in der Schwangerschaftsbetreuung finden die bei einem **Befunderhebungsfehler** anzuwendenden Regeln über die Beweislastumkehr keine Anwendung.  
2. Die **Beweislast**, dass die bei einem auffälligen Befund erforderliche **Beratung** über die Möglichkeit einer Amniozentese nicht erfolgt ist, trägt die Schwangere. Dies gilt auch dann, wenn der vom Arzt behauptete Hinweis, dass die Schwangere eine solche Amniozentese nicht wünscht, nicht in den Mutterpass eingetragen wurde.

### f) Risikoauflklärung vor Operation zur Entfernung des Osteosynthesematerials

OLG Karlsruhe, Urteil v. 13.12.2017 - 7 U 90/15

RID 18-01-216

juris  
BGB § 823 I

**Leitsatz:** 1. Zur Frage des Behandlungsfehlers bei unzureichender Ausstattung des Arztes.  
2. Zur Aufklärungspflicht über das Risiko, dass sich eine Schraube möglicherweise nicht lösen lässt und dadurch ein zweiter Eingriff erforderlich wird.

Vorausgehend: LG Heidelberg, Urt. v. 22.04.2015 - 4 O 221/13 - RID 15-03-219.

### g) Aufklärung bei relativer Indikation zur Operation an der Lendenwirbelsäule/Schmerzensgeld

OLG Hamm, Urteil v. 15.12.2017 - 26 U 3/14

RID 18-01-217

Revision anhängig: BGH - VI ZR 28/18 -  
juris  
BGB §§ 249, 253, 280, 823

**Leitsatz:** 1. Bei einer relativen Indikation zur **Operation an der Lendenwirbelsäule** bedarf es einer dezidierten **Aufklärung** über die echte Alternative einer konservativen Behandlung.  
2. An die Aufklärung bei einer relativen Operationsindikation sind besondere Anforderungen zu stellen, wenn der konservative Therapieansatz zu kurz gewählt worden ist. Auf das erhöhte **Risiko einer Duraverletzung** - wegen einer Voroperation - ist gesondert hinzuweisen.  
3. Bei einer chronischen inkompletten Kaudalähmung mit Störung der Sexualfunktion, Fußheber- und Fußsenkerparese und rückgebildeter Blasenentleerungsstörung sowie einer reaktiven depressiven Entwicklung kann ein **Schmerzensgeld** von 75.000,- EUR angemessen sein.

### h) Aufklärungsverschulden vor einer videoassistierten Thorakoskopie

OLG Oldenburg, Urteil v. 16.11.2016 - 5 U 108/16

RID 18-01-218

juris = RDG 2017, 256  
BGB §§ 280 I, 823 I

Es ist zu erwarten, dass der Arzt das **Formular** über die vorgenommene **Aufklärung** über eine videoassistierte Thorakoskopie **selbst unterschreibt**, wenn er Eltern anhand des Formulars aufgeklärt hat. Das Formular würde dem Arzt dann nämlich vorliegen, und er kann nicht nur die Eintragungen und Zeichnungen darauf vornehmen, sondern es selbst unterschreiben. Für die behauptete Aufklärung streitet auch nicht das Aufklärungsformular, wenn das Formular von einem anderen Arzt, der die Aufklärung unstreitig nicht vorgenommen hat, unterschrieben wird.

### i) Operation am offenen Herzen: Risiko eines Myokardinfarktes

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 29.11.2016 - 8 U 143/13

RID 18-01-219

juris

BGB §§ 249 II 1, 253 II, 280 I, 611, 823 I; ZPO §§ 138 I, 296, 525, 531 II

Wird über das **Risiko eines Myokardinfarktes** aufgeklärt und wird zudem das Herzinfarkttrisiko in dem Aufklärungsbogen ausdrücklich unter den „lebensbedrohlichen Zwischenfällen“ eingeordnet, so ist davon auszugehen, dass allgemein bekannt ist, dass ein Herzinfarkt einen für den Betroffenen **tödlichen Verlauf** nehmen kann. Es ist unerheblich, wodurch genau der Herzinfarkt möglicherweise ausgelöst wird.

### j) Streitgegenstand/Aufklärung und Zurechnungszusammenhang: Extraktion mehrerer Zähne

OLG Dresden, Beschluss v. 16.10.2017 - 4 U 1081/17

RID 18-01-220

juris

BGB § 823 I

**Leitsatz:** 1. **Aufklärungsmängel** und **Behandlungsfehler** stellen unterschiedliche **Streitgegenstände** dar.

2. Ein **haftungsrechtlicher Zurechnungszusammenhang** fehlt, wo die verletzte Aufklärungspflicht nicht die Verhinderung des konkret eingetretenen Schadens im Blick hat; bei der gleichzeitigen **Extraktion mehrerer Zähne** liegt er nicht vor, wenn feststeht, dass die Folgeschäden in gleicher Weise auch bei einem mehrzeitigen Vorgehen aufgetreten wären.

## 5. Schmerzensgeld bei Schwerstbehinderung und Zerstörung der Persönlichkeit

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 31.01.2017 - 8 U 155/16

RID 18-01-221

juris

BGB § 253

Die **Festsetzung des Schmerzensgeldes** mit 560.000 € ist nicht zu beanstanden. Für die Höhe des Schmerzensgeldes ist primär das Ausmaß der konkreten Beeinträchtigungen maßgebend, wobei an die Funktionen des Schmerzensgeldes anzuknüpfen ist, die wegen der Unmöglichkeit der tatsächlichen Wiedergutmachung in einem Ausgleich der Lebensbeeinträchtigung, des Weiteren auch in einer Genugtuung für das zugefügte Leid bestehen (vgl. BGH, Urt. v. 13.10.1992 - VI ZR 201/91 - juris Rn. 25; NJW 1993, 781 ff.), soweit die dem Genugtuungsgedanken zugewiesenen Funktionen nicht ohnehin dem Ausgleichsgedanken zuzuordnen sind.

## 6. Sachverständige

### a) Besorgnis der Befangenheit

#### aa) Scharfe verbale Reaktion des Sachverständigen

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 12.10.2017 - 8 W 19/17

RID 18-01-222

juris

ZPO §§ 42 II, 406, 407

**Leitsatz:** Bei der Prüfung, ob die Wortwahl des Sachverständigen eine **beleidigende Herabsetzung** einer Partei oder ihres Prozessbevollmächtigten darstellt, muss Berücksichtigung finden, ob und ggf. inwieweit eine **scharfe verbale Reaktion des Sachverständigen** durch massive persönliche Angriffe einer Partei oder ihres Prozessbevollmächtigten gegen Leistung und Person des Sachverständigen provoziert worden ist.

## bb) Überschreiten des Gutachtauftrags: Ungefragte Stellungnahme zur Aufklärungspflicht

OLG Dresden, Beschluss v. 12.12.2017 - 4 W 1113/17

RID 18-01-223

juris  
ZPO §§ 42, 406 I

**Leitsatz:** Ein medizinischer Sachverständiger, der aufgrund einer angenommenen Verpflichtung, „die Sache selbst vollumfänglich zu bewerten“, den ihm gesetzten **Gutachtauftrag überschreitet** und **ungefragt zu einer Aufklärungspflicht Stellung nimmt**, erweckt allein hierdurch noch nicht den Anschein der Befangenheit.

## cc) Einhaltung der Frist für Ablehnungsgesuch

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 14.12.2017 - 8 W 53/17

RID 18-01-224

juris  
ZPO § 406; StPO §§ 41 Nr. 8, 44 S. 1

**Leitsatz:** 1. Einen Ausschluss des Sachverständigen kraft Gesetzes kennt die Zivilprozessordnung nicht. Ein in Bezug auf den Sachverständigen vorliegender **Ausschlussgrund** muss daher durch einen Befangenheitsantrag unter Beachtung der dafür gesetzlich vorgesehenen Frist geltend gemacht werden.

2. Wer von einem befristeten Rechtsbehelf (wie einem gegen einen Sachverständigen gerichteten Ablehnungsgesuch) bewusst keinen Gebrauch macht, ist nicht im Sinne des § 406 Abs. 2 Satz 2 ZPO „verhindert, den **Ablehnungsgrund früher geltend zu machen**“. Auch das Bekanntwerden neuer gerichtlicher Entscheidungen oder eine andere Bewertung vermögen ein fehlendes Verschulden im Sinne des § 406 Abs. 2 Satz 2 ZPO nicht zu begründen.

## b) Haftung des Sachverständigen für aussagepsychologisches Gutachten im Strafprozess

OLG Saarbrücken, Urteil v. 23.11.2017 - 4 U 26/15

RID 18-01-225

juris  
BGB §§ 839 III, 839a; ZPO § 287

**Leitsatz:** 1. Zur **Haftung des gerichtlichen Sachverständigen** für ein unrichtiges **aussagepsychologisches Gutachten im Strafprozess**.

2. Im Schadensersatzprozess gegen den gerichtlichen Sachverständigen hat das **Regressgericht** nach dem Maßstab des § 287 ZPO über den hypothetischen Ausgang des Vorprozesses (hier: des Strafprozesses) zu befinden.

3. Sind im Regressprozess bessere oder **andere Erkenntnismöglichkeiten** vorhanden, als sie dem für den Vorprozess zuständigen Gericht zur Verfügung standen, dann entspricht es, wie im Rahmen der Rechtsberaterhaftung, der materiellen Gerechtigkeit, dem Schadensersatzkläger deren Verwendung nicht zu versagen.

4. Der **normative Schadensbegriff** gilt auch für die deliktische Haftung des gerichtlichen Sachverständigen.

5. Das **Nichteinholen eines Privatgutachtens im Strafprozess** fällt nicht unter § 839 Abs. 3 BGB (Anschluss an BGH, Beschluss vom 27. Juli 2017, III ZR 440/16, NJW-RR 2017, 1105).

## 7. Selbständiges Beweisverfahren: Rechtliches Interesse an vorprozessualer Klärung

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 11.12.2017 - 8 W 18/17

RID 18-01-226

juris  
ZPO §§ 485 II, 490 II 2, 493, 494 I

**Leitsatz:** Das **rechtliche Interesse** im Sinne von § 485 Abs. 2 ZPO an der Feststellung des Zustandes einer Person oder der Ursache eines Personenschadens muss sich auf das **Rechtsverhältnis zwischen Antragsteller und Antragsgegner** beziehen.

## 8. Bedeutung der Parteianhörung

### OLG Koblenz, Beschluss v. 17.07.2017 - 5 U 644/17

RID 18-01-227

juris = MDR 2017, 1301 = GesR 2017, 731  
ZPO §§ 141, 286 I

Leitsatz (MDR): Im Arzthaftungsrecht weist die **Parteianhörung** eine erhebliche Bedeutung bei der Tatsachenfeststellung auf. Ihr Ergebnis ist Gegenstand der Verhandlung und damit bei der **Würdigung** nach § 286 Abs. 1 ZPO zu berücksichtigen. Es kann bei hinreichender Plausibilität im Einzelfall durchaus die volle Überzeugung von der Wahrheit der zu beweisenden Tatsache begründen.

## 9. Kein Direktanspruch gegen Arzthaftpflichtversicherung in „Altfällen“

### OLG Koblenz, Beschluss v. 22.08.2016 - 5 U 564/16

RID 18-01-228

juris = VersR 2018, 91  
SGB V §§ VVG §§ 115, 154, 157, 158c I

Leitsatz (VersR 2018, 91): 1. Eine sich auf sogenannte „Altfälle“ erstreckende Rückwirkung der Regelung des § 115 VVG kommt nicht in Betracht.

2. Zum Verlust des Versicherungsschutzes in der Arzthaftpflichtversicherung bei unterlassener bzw. verspäteter Information des Versicherers über die erhobenen Ansprüche.

Die Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. gegen den Zurückweisungsbeschluss v. 19.09.2016 wies BGH, Beschl. v. 25.10.2017 - IV ZR 316/16 - zurück.

## 10. Erstattungsfähigkeit der Kosten mehrerer Prozessbevollmächtigter nach Klinikfusion

### OLG Koblenz, Beschluss v. 31.01.2017 - 14 W 34/17

RID 18-01-229

juris = GesR 2018, 55 = JurBüro 2017, 483  
ZPO §§ 78, 84, 91, 104, 138

**Leitsatz:** Fusionieren während eines Rechtsstreites innerhalb einer Instanz zwei Kliniken, die zuvor von **zwei Bevollmächtigten** vertreten wurden, so dass nunmehr eine Partei durch zwei Bevollmächtigte vertreten wird, sind nur die Kosten eines Bevollmächtigten erstattungsfähig.

## III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel

### 1. BVerwG: Blutegel zum Zweck der Arzneimittelherstellung

#### BVerwG, Urteil v. 17.08.2017 - 3 C 18.15

RID 18-01-230

juris  
AMG §§ 2, 72, 72a

**Leitsatz:** **Blutegel**, die zum Zweck der **Arzneimittelherstellung** importiert werden, sind im Zeitpunkt der **Einfuhr** keine **Arzneimittel** im Sinne von § 2 Abs. 1 Nr. 2 AMG, wenn bis zum abgabefertigen Endprodukt noch wesentliche Bearbeitungs- oder Aufbereitungsschritte erforderlich sind.

### 2. BGH: Großhandelszuschläge als Preisobergrenze

#### BGH, Urteil v. 05.10.2017 - I ZR 172/16

RID 18-01-231

juris  
UWG § 3a; AMG § 78 I 1 Nr. 1; AMPPreisV §§ 2 I 1, 3 I, II

**Leitsatz:** Großhandelszuschläge

Die Vorschrift des § 2 Abs. 1 Satz 1 AMPPreisV legt für den **pharmazeutischen Großhandel** bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln an Apotheken mit den dort vorgesehenen **Großhandelszuschlägen** lediglich eine **Preisobergrenze** fest. Der Großhandel ist danach nicht verpflichtet, einen Mindestpreis zu beanspruchen, der der Summe aus dem Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers, der Umsatzsteuer und einem Festzuschlag von 70 Cent entspricht. Er kann deshalb nicht nur auf den in § 2 Abs. 1 Satz 1 AMPPreisV genannten preisabhängigen, bis zur



Höchstgrenze von 3,15 Prozent veränderlichen Zuschlag, höchstens jedoch 37,80 Euro, sondern auch auf den darin erwähnten Festzuschlag von 70 Cent ganz oder teilweise verzichten.

### 3. Apotheken

#### a) Videoüberwachung des Verkaufsraums einer Apotheke

OVG Saarland, Urteil v. 14.12.2017 - 2 A 662/17

RID 18-01-232

juris

BDSG §§ 3, 4a, 6b, 32, 38 V

**Leitsatz:** 1. Die **Videoüberwachung des Verkaufsraums einer Apotheke** kann zur Wahrnehmung des Hausrechts (§ 6b Abs. 1 Nr 2 BDSG) und zur Wahrnehmung berechtigter Interessen nach § 6b Abs. 1 Nr 3 BDSG erforderlich sein.

2. Der Grad der Anforderungen an die Bestimmtheit und Vollständigkeit der **Einwilligungserklärung** nach § 4a Abs. 1 BDSG ist im Einzelfall abhängig von der Sensibilität der erhobenen Daten und der Eingriffstiefe in die Rechte der Betroffenen.

*VG Saarland*, Urt. v. 29.01.2016 - 1 K 1122/14 - RID 16-02-285 hob die (datenschutzrechtliche) Anordnung insoweit auf, als sie die Videoüberwachung an dem Betäubungsmittelschrank betrifft, und wies im Übrigen die Klage ab. Das *OVG* hob auf Berufung d. Kl. die Anordnung des Bekl. auch insoweit auf, als dem Kl. darin unter Nr. 1 aufgegeben wurde, die Videoüberwachung im Verkaufsraum der S. während der Öffnungszeiten einzustellen, und wies die Berufung des Bekl. zurück.

#### b) Heilmittelwerberecht/Zugaben

##### aa) Unzulässige Zuwendung eines Blutzuckermessgeräts

LG Bochum, Urteil v. 31.08.2017 - 14 O 100/17

RID 18-01-233

juris

UWG §§ 3, 3a; HeilMVerbG § 7

Die Werbung mit der kostenlosen Abgabe eines Blutzuckermessgerätes stellt eine **unerlaubte Zugabe** dar, wenn dies mit der Werbung für Messtage verknüpft wird.

##### bb) Zulässigkeit der Preisbindung und „Inländerdiskriminierung“ (Einkaufsgutschein)

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 02.11.2017 - 6 U 164/16

RID 18-01-234

juris

AMG § 78

**Leitsatz:** 1. Mit der gesetzlichen Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel ist es nicht vereinbar, wenn eine Apotheke bei Abgabe eines solchen Arzneimittels einen bei einer Bäckerei einzulösenden **Einkaufsgutschein** (hier: über „zwei Wasserweck oder ein Ofenkrusti“) gewährt.

2. Auch nach der Entscheidung des Gerichtshofs der Europäischen Union über die Unvereinbarkeit der Arzneimittelpreisbindung mit dem **Unionsrecht** (Urteil vom 19. Oktober 2016, C-148/15) ist das sich aus Nr. 1 ergebende Verbot verfassungsrechtlich - unter dem Gesichtspunkt der „**Inländerdiskriminierung**“ - erst dann bedenklich, wenn der sich daraus möglicherweise ergebende erhöhte Marktanteil ausländischer Versandapotheken im Bereich verschreibungspflichtiger Arzneimittel zu einer ernsthaften Existenzbedrohung der inländischen Präsenzapotheken führt. Hierfür bestehen nach dem Sach- und Streitstand im vorliegenden Rechtsstreit derzeit keine ausreichenden Anhaltspunkte.

### cc) Unzulässige Wertbons für verschreibungspflichtige Arzneimittel

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 02.08.2017 - 13 ME 122/17

RID 18-01-235

juris = Pharma Recht 2017, 459

AMG §§ 69 I 1, 78; GG Art. 3 I, 12 I; HeilMVerbG § 7 I 1 Nr. 1

**Leitsatz:** 1. Die Ausgabe von **Wertbons** bei der ausschließlichen Einlösung eines Rezeptes über verschreibungspflichtige Arzneimittel zur späteren Verrechnung mit dem Kaufpreis nicht preisgebundener Waren verstößt gegen die Arzneimittelpreisbindung nach § 78 Abs. 1 und 2 AMG.

2. Die **Arzneimittelpreisbindung** nach § 78 Abs. 1 und 2 AMG ist bei einer nicht grenzüberschreitenden Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel auch nach der Entscheidung des EuGH vom 19. Oktober 2016 - C-148/15 - „Deutsche Parkinson Vereinigung“ weiter gültig und zu beachten.

3. Für die Annahme einer an der wettbewerbsrechtlichen „Spürbarkeitsschwelle“ orientierten „Eingriffsschwelle“ im Rahmen des nach § 69 Abs. 1 Satz 1 AMG bestehenden **Entschließungsermessens** der Aufsichtsbehörde besteht nach der Ergänzung des § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 HWG durch das Dritte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 7. August 2013 kein Raum mehr.

### c) Rückerstattung der Umsatzsteuer (Zytostatika-Versorgung)

#### aa) Keine Rückerstattung der Umsatzsteuer bei Verträgen über Herstellung der Zytostatika

LG Dortmund, Urteil v. 11.01.2018 - 2 O 451/16

RID 18-01-236

juris

BGB §§ 651, 812 I 1

Bei **Verträgen** über die Herstellung der **Zytostatika** handelt es sich um Werklieferungsverträge, auf die das Kaufrecht anzuwenden ist und damit §§ 315 und 316 BGB.

Sofern die Parteien nicht ausdrücklich Abweichendes vereinbaren, ist die **Umsatzsteuer** grundsätzlich rechtlich unselbständiger Teil des zu zahlenden Preises.

Eine **Apotheke** ist nach BFH, Urt. v. 24.09.2014 - V R 19/11 - RID 15-01-297 nicht zu einer **nachträglichen Rechnungskorrektur** verpflichtet.

#### bb) Pflicht zur Rückerstattung von Umsatzsteuer für Zytostatika-Zubereitungen

LG Göttingen, Urteil v. 21.09.2017 - 12 O 58/16

RID 18-01-237

juris

BGB § 812 I 1, III; UStG § 4 Nr. 14 u. 16; AO §§ 37 II, 164 IV 1

**Leitsatz:** Ein in einem Krankenhaus ambulant behandelter **Patient** bzw. aus übergegangenem Recht dessen **Krankenversicherung** hat gegen das Krankenhaus, das in Unkenntnis der später ergangenen Rechtsprechung des BFH (Urt. v. 24.09.2014 - V R 19/11 - RID 15-01-297) für die entgeltliche Abgabe von individuell zubereiteten Zytostatika steuerrechtlich zu Unrecht Umsatzsteuer berechnet, eingezogen und an die Finanzbehörden weitergeleitet hat, unter dem Gesichtspunkt ungerechtfertigter Bereicherung gemäß § 812 Abs. 1 S. 1 1. Alt. BGB einen **Anspruch auf Rückzahlung** der entrichteten **Umsatzsteuer**, solange eine anderweitige steuerrechtliche Festsetzung der Umsatzsteuer zugunsten des Krankenhauses möglich ist.

#### cc) Berichtigung der Rechnungen als Voraussetzung

LG Tübingen, Urteil v. 24.03.2017 - 4 O 224/16

RID 18-01-238

juris

BGB § 812; UStG §§ 4 Nr. 14, 14c I 2

**Leitsatz:** Ohne die **Berichtigung der Rechnungen** nach § 14c Abs. 1 S. 2 UStG durch den Krankenhausträger scheidet ein Anspruch von privaten Krankenversicherern auf Rückforderung von materiell-rechtlich zu Unrecht geleisteter Umsatzsteuer auf Krankenhauszytostatika aus.

#### dd) Bruttopreisabrede schließt Rückforderung der Umsatzsteuer aus

LG Dortmund, Urteil v. 22.12.2017 - 4 O 189/17

RID 18-01-239

juris

BGB § 812 I 1 Alt. 1

Bei einer sog. **Bruttopreisabrede** ist die **Umsatzsteuer** in dem angebotenen Preis enthalten und damit ein bloßer Kalkulationsposten des leistenden Unternehmers. Es handelt sich insoweit nicht um Teilbeträge, die der Rückforderung unterliegen, wenn der Vertrag im Übrigen unangetastet bleiben soll.

#### ee) Bruttopreisabrede/Keine rechtliche Verpflichtung zur Vertragsanpassung

LG Kiel, Urteil v. 16.06.2017 - 8 O 95/17

RID 18-01-240

juris

BGB § 812 I; VVG §§ 86, 194

Enthält der konkludente Kaufvertrag über Arzneimittel zwischen dem Patienten und dem Krankenhausträger eine Einigung über die Zahlung des Preises einschließlich der Umsatzsteuer („**Bruttopreis**“) für die Medikamente, dann besteht kein Anspruch auf Rückforderung zu Unrecht gezahlter Umsatzsteuer nach den Grundsätzen der ungerechtfertigten Bereicherung.

Eine rechtliche Verpflichtung zur **Vertragsanpassung** ergibt sich nicht daraus, dass der Krankenhausträger nach der Rechtsprechung des BFH zwingend dazu gehalten wäre, die Rechnungen zu berichtigen und auch die damit verbundenen Steuerfestsetzungen ändern zu lassen.

#### ff) Bruttoentgeltvereinbarung

AG Gummersbach, Urteil v. 07.11.2017 - 15 C 96/17

RID 18-01-241

juris

BGB §§ 241 II, 280 I, 812 I; VVG §§ 86, 194

**Leitsatz:** Haben die Parteien keine ausdrückliche Vereinbarung im Hinblick auf die Frage getroffen, ob eine Bruttoentgelt- oder Nettoentgeltvereinbarung vorliegt, und hat die Rechnungsstellerin ihr Leistungsbestimmungsrecht zu Gunsten einer **Bruttoentgeltvereinbarung** ausgeübt, ist eine **Rückforderung zu Unrecht gezahlter Umsatzsteuer** nach den Grundsätzen der ungerechtfertigten Bereicherung ausgeschlossen.

#### gg) Vergütungsvereinbarung nur über tatsächlich anfallende Umsatzsteuer

AG Hamm, Urteil v. 12.09.2017 - 27 C 329/16

RID 18-01-242

juris

BGB § 812 I 1 Alt. 1; VVG §§ 86 I 1, 194 II

Ist eine **Vergütungsvereinbarung** dahingehend auszulegen, dass nach dem übereinstimmenden Willen nur die **tatsächlich anfallende Umsatzsteuer** von dem Patienten an die Apotheke gezahlt werden sollte, ist die irrtümlich erhobene Umsatzsteuer zurückzuzahlen. Für eine solche Auslegung spricht auch die Tatsache, dass die Umsatzsteuer in der Rechnung gesondert ausgewiesen wird.

#### hh) Kein Wegfall der Bereicherung bei Anspruch gegen Finanzamt

AG Wesel, Urteil v. 18.01.2017 - 26 C 167/16

RID 18-01-243

juris

BGB § 812 I 1 Alt. 1; VVG §§ 86, 194; UStG § 4 Nr. 14b

Nach dem **Anwendungserlass des Bundesministeriums für Finanzen** vom 28.09.2016 wird die Umsatzsteuerfreiheit für Zytostatika bejaht. Dies gilt auch, wenn eine Behandlung aufgrund eines zivilrechtlichen Behandlungsvertrages erfolgte. Ein **Wegfall der Bereicherung** kommt nicht in Betracht, wenn der Empfänger einen inhaltsgleichen Anspruch gegen einen Dritten erlangt hat. Selbst wenn die Bekl. die Umsatzsteuer an das Finanzamt weitergeleitet haben sollte, steht ihr ein

bereicherungsrechtlicher Erstattungsanspruch gegenüber dem Finanzamt zu, den sie mit Hilfe einer Rechnungskorrektur gegenüber dem Finanzamt geltend machen kann.

#### d) Verjährung der Zahlungsansprüche auf Beiträge zu einem Versorgungswerk

VG Köln, Urteil v. 20.11.2017 - 7 K 4085/16

RID 18-01-244

juris

BGB §§ 195, 199 I; Satzung des Versorgungswerks der Apothekerkammer Nordrhein - SVApO §§ 21, 38 VIII

Zahlungsansprüche auf **Beiträge** zu einem **Versorgungswerk verjähren** gem. § 38 Abs. 8 SVApO i.V.m. § 195 BGB innerhalb von drei Jahren. Diese **Frist beginnt** gem. § 199 I BGB mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist. Eine Beitragsnachforderung entsteht erst mit ihrer **Festsetzung durch Bescheid**, wenn der Satzungsgeber eine abweichende Regelung getroffen hat.

#### 4. Strafbarkeit des Inverkehrbringens von MMS-Produkten

LG Hildesheim, Urteil v. 27.10.2017 - 22 KLS 14 Js 10671/14

RID 18-01-245

juris

AMG §§ 5, 95; StGB §§ 53, 54, 55, 73 I, 73c, 73d

**Leitsatz:** 1. Die unter der Bezeichnung „**Mineral Miracle Supplement**“ (MMS/MMS2) zur oralen Einnahme vertriebenen Präparate auf Basis von Natriumchlorit oder Calciumhydrochlorit sind nach dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft nicht geeignet, der menschlichen Gesundheit zuträglich zu sein.

2. Aufgrund der schädlichen Wirkungen der vorgenannten Grundstoffe (u. a. Erbrechen und Durchfall) stellt das Vertreiben dieser Präparate mit einem Heilsversprechen ein nach § 95 AMG **strafbare Inverkehrbringen** bedenklicher Arzneimittel im Sinne des § 5 AMG dar. Diese Vorschriften des AMG gehen als *lex specialis* einer Strafbarkeit nach § 27 ChemG vor.

3. Mangels anderer Erkenntnisse kann der **steuerliche Gewinn** aus dem Vertrieb von selbst aus den Grundstoffen zusammengestellten MMS-Präparaten über das Internet auf 75% der Nettoeinnahmen geschätzt werden.

#### 5. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

##### a) Werbung bei fehlendem wissenschaftlichem Nachweis (Orthokin-Therapie)

LG Düsseldorf, Urteil v. 18.10.2017 - 12 O 133/16

RID 18-01-246

juris = Magazindienst 2017, 1218

HeilMWerbG § 3 Nr. 1; UWG §§ 3 I, 5 I; BGB § 339

Eine **Bewerbung** mit der Angabe: Schmerzen lindern, bei Arthrose, entzündungshemmend, Operation vermeiden, Heilung fördern, bei Gelenkproblemen, mit dem Anwendungsgebiet „Rückenschmerzen“ und „Sehnen- und Muskelschmerzen“ ist irreführend i.S.d. §§ 3 Nr. 1 HWG, 5 I UWG, wenn die der Methode zugeschriebene Wirksamkeit **wissenschaftlich nicht gesichert** ist.

##### b) Irreführende Werbung für homöopathisches Kopfschmerzmittel (sicherer Erfolg)

OLG München, Urteil v. 04.05.2017 - 29 U 335/17

RID 18-01-247

juris = WRP 2017, 1012 = Magazindienst 2017, 772 = PharmR 2017, 353

HeilMWerbG § 3 S. 2 Nr. 2 Buchst. a; UWG § 3

**Leitsatz:** 1. Ein Verstoß gegen § 3 Satz 2 Nr. 2 lit. a HWG setzt nicht voraus, dass ausdrücklich ein **sicherer Erfolg** versprochen wird. Es genügt vielmehr, dass die fraglichen Werbeaussagen einen solchen Eindruck hervorrufen. Auch ist nicht erforderlich, dass ein absoluter Heilerfolg für alle denkbaren Krankheitsbilder versprochen wird. Ausreichend ist vielmehr, wenn damit geworben wird, dass im Regelfall ein sicherer Erfolg erwartet werden kann.

2. Wird in der Werbung für ein **Arzneimittel** nicht darauf hingewiesen, dass es sich um ein **homöopathisches** handelt, so rechnet der Verbraucher nicht mit dem Phänomen der

Erstverschlimmerung, das allen Homöopathika gemein sein soll, und wird deshalb durch die Werbeaussage „ohne bekannte Neben- und Wechselwirkungen“ getäuscht.

### c) Angebot eines Medizinprodukts mit irreführenden Angaben über dessen Leistung

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 28.09.2017 - 6 U 183/16

RID 18-01-248

juris = WRP 2017, 1500

UWG § 3a; MPG § 4 II 2 Nr. 1

**Leitsatz:** Die einem **Medizinprodukt** verliehene **Zweckbestimmung** ist mit dem **Irreführungsverbot** des § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 MPG nicht allein deshalb vereinbar, weil der Hersteller das Produkt mit einer **CE-Kennzeichnung** versehen hat. Auch einem Händler ist der Vertrieb des Medizinprodukts unter der Zweckbestimmung daher jedenfalls dann zu untersagen, wenn feststeht, dass der CE-Kennzeichnung durch den Hersteller keine wissenschaftliche Bewertung für den Wirkungsnachweis zugrunde gelegen hat.

### 6. Abgrenzung Lebens-/Nahrungsergänzungsmittel von Arzneimittel (Ginkgo biloba-Trockenextrakt)

OVG Niedersachsen, Urteil v. 02.11.2017 - 13 LB 31/14

RID 18-01-249

juris

LFBG §§ 2 II, 54; EGRL 83/2001 Art. 1 Nr. 2

**Leitsatz:** 1. Eine **pharmakologische Wirkung** - als das für die Beurteilung des Vorliegens eines Arzneimittels wesentliche Kriterium - entfaltet ein Produkt, wenn es die menschlichen physiologischen Funktionen in nennenswerter Weise durch gezielte Steuerung wiederherstellen, korrigieren oder sonst positiv beeinflussen kann; maßgeblich für die Beurteilung ist der bestimmungsgemäße, normale Gebrauch. Die pharmakologische Wirkung muss wissenschaftlich nachgewiesen sein.

2. Eine pharmakologische Wirkung setzt nicht zwingend den Nachweis auch einer **therapeutischen Wirksamkeit** des Produkts voraus.

3. Der Annahme der pharmakologischen Wirkung eines Stoffgemisches steht nicht entgegen, dass dessen Wirkungsmechanismus nicht vollständig geklärt ist. Für die **Abgrenzung** eines **Arzneimittels** von einem Lebensmittel in Form eines **Nahrungsergänzungsmittels** anhand des Kernmerkmals der pharmakologischen Wirkung sind der Nachweis einer Ursache-Wirkungs-Beziehung und das Wirkungsausmaß entscheidend.

### 7. Beihilfe

#### a) Plavix und zum Festbetrag erhältliche Arzneimittel

VG Neustadt, Urteil v. 13.12.2017 - 3 K 1183/17.NW

RID 18-01-250

juris

BBhV §§ 7 II, 22 III; SGB V 35 I, VIII

**Leitsatz:** Die Beihilfefähigkeit des Medikaments **Plavix** setzt voraus, dass andere, zum **Festbetrag** erhältliche Arzneimittel mit demselben Wirkstoff für den Patienten **unzumutbar** sind.

#### b) Arzneimittel auf der Grundlage traditioneller chinesischer Medizin

VG Münster, Urteil v. 01.12.2017 - 5 K 47/16

RID 18-01-251

juris

BVO NRW §§ 3 I Nr. 1, 4 I Nr. 7

Aufwendungen für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel, die auf der Grundlage **traditioneller chinesischer Medizin** angefertigt wurden, sind nicht beihilfefähig.

## c) Physiotherapeutische Behandlungen

**VGH Bayern, Urteil v. 30.11.2017 - 14 B 15.2489**

RID 18-01-252

juris  
BBhV §§ 6 I, 23

Die Erfolglosigkeit des Eigenübungsprogramms führt nicht zwangsläufig zur **Notwendigkeit** der physikalischen Therapieoptionen Thermotherapie (Fango) und manuelle Therapie.

## IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

### 1. Privatbehandlung

#### a) Anfertigung von MRT-Aufnahmen als Persönlichkeitsrechtsverletzung

**KG Berlin, Urteil v. 25.09.2017 - 20 U 41/16**

RID 18-01-253

juris = MDR 2017, 1361  
BGB §§ 630d, 823

Leitsatz (MDR): Eine indizierte und nach dem Stand der medizinischen Kunst durchgeführte MRT-Aufnahme verstößt nicht gegen das Recht des Patienten auf **informationelle Selbstbestimmung**, auch wenn ein Teil der Aufnahmen ein von der Patientin nicht erwartetes „Nacktbild“ der Körperoberfläche darstellt.

#### b) Nichteinhaltung eines vereinbarten Behandlungstermins

**AG Bielefeld, Urteil v. 10.02.2017 - 411 C 3/17**

RID 18-01-254

juris  
BGB §§ 280, 296, 611, 615

Verpflichtet sich eine Patientin mit der Anmeldung dazu, bei **Nichteinhaltung eines vereinbarten Behandlungstermins**, sofern dieser nicht 24 Stunden zuvor abgesagt worden ist, **Schadensersatz** zu leisten, so muss sie von Anfang an damit rechnen, dass ein vereinbarter Termin gerade nicht nur der Sicherung des ordnungsgemäßen Ablaufes dient, sondern dass er ausschließlich für sie und ihre Behandlung reserviert ist. Diese Vereinbarung ist **wirksam**. Denn es ist zulässig, mit dem Patienten vor dem Beginn einer Behandlung und unter Verwendung von AGBs zu vereinbaren, dass er im Falle einer zu kurzfristigen Absage (weniger als 48 Stunden vor dem geplanten Termin) oder gar eines unentschuldigtem Nichterscheinsens das Honorar dennoch zu tragen hat.

Betreibt der Arzt eine **reine Bestellpraxis**, so dient die Vereinbarung eines Behandlungstermins nicht lediglich der Sicherung eines zeitlichen geordneten Behandlungsablaufs und stellt die mithin exklusive Terminvereinbarung eine **kalendermäßige Bestimmung der Leistungszeit** i.S.d. § 296 BGB dar.

Unstreitig sah der vereinbarte Termin eine Behandlung von 195 Minuten vor, und dass mehr als 115 Minuten durch andere Patienten abgedeckt werden konnten, ist nicht dargetan. Damit schuldet die Bekl. einen **entgangenen Gewinn** für 80 Minuten und folglich einen von 375,02 €. Denn dass der durchschnittliche Jahresgewinn 2016 des Zahnarztes entsprechend der Behauptung der Kl. 281,74 € beträgt, ist mangels Vortrags der Bekl. zugrunde zu legen.

#### c) Wahlleistung durch die persönliche Anwesenheit des Chefarztes

**OLG Hamm, Urteil v. 15.12.2017 - 26 U 74/17**

RID 18-01-255

juris  
BGB §§ 249, 280, 823

**Leitsatz:** 1. Im Falle der **Wahlleistungsvereinbarung** mit dem **Chefarzt** muss dieser - mit Ausnahme seiner Verhinderung - den **Eingriff selbst durchführen**.

2. Allein mit seiner **Anwesenheit** - z. B. als Anästhesist während der Operation - erfüllt der Chefarzt die Voraussetzungen an die persönliche Leistungserbringung nicht.

## d) Zahnärztliche Behandlung: Nr. 2290 und 2681 GOZ

AG Siegburg, Urteil v. 24.07.2017 - 116 C 29/15

RID 18-01-256

juris  
BGB §§ 611, 630a ff., 670

**Nr. 2290 GOZ** (Entfernung Krone, Brücken, Gliedinlay oder Steg) kann nur abgerechnet werden, wenn bestimmte Füllungsmaterialien wie entweder Gold, Keramik oder auch Kunststoff aus dem jeweiligen Zahn entfernt werden.

Für die Abrechnung der **Nr. 2681 GOZ** (Einrenkung des Unterkiefers nach Luxation) ist das Vorliegen einer akuten oder chronischen Luxation Voraussetzung.

## 2. Private Krankenversicherung

### a) Hörgeräteversorgung für Arzt für Allgemeinmedizin

AG Kleve, Urteil v. 10.02.2017 - 35 C 335/15

RID 18-01-257

juris  
MB/KK 1994 § 5 II

**Leitsatz:** Bei einem **Tarif** der Krankenversicherung für **Humanmediziner** kann der Arzt, der sich für eine Versicherung in diesem Tarif entschieden hat, erwarten, dass seine individuellen Bedürfnisse der Versorgung speziell dann, wenn es um die Versorgung zur Durchführung dieses Berufes ging, berücksichtigt werden.

### b) Kataraktoperation unter Einsatz eines Femtosekundenlasers

AG Landsberg, Urteil v. 19.10.2017 - 2 C 587/15

RID 18-01-258

juris  
AVB §§ 1 II, 4 VII

Es ist für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer unzumutbar, das **Risiko** der innerhalb des aus ärztlicher Sicht Vertretbaren liegenden **Behandlungsmethoden** und Behandlungsschritte uneingeschränkt tragen zu müssen. Zwar hat sich der Versicherer nur bei notwendiger Heilbehandlung zur Leistung verpflichtet und der Versicherungsnehmer hat die Notwendigkeit darzutun. Mehr als der Nachweis, dass es nach den damaligen medizinischen Befunden und Erkenntnissen vertretbar war, die Behandlung - hier: **Kataraktoperation unter Einsatz eines Femtosekundenlasers** - als notwendig durchzuführen, kann mit Rücksicht auf Sinn und Zweck der vorliegenden Versicherungen vom Versicherungsnehmer nach **Treu und Glauben** aber nicht verlangt werden. Jedenfalls dann, wenn die Entscheidung des behandelnden Arztes diesem Maßstab entspricht, muss der Versicherungsnehmer ihr auch im Blick auf seine Krankenversicherung vertrauen dürfen.

### c) Wirksame Altersbegrenzung für Kinderwunschbehandlung

LG Köln, Urteil v. 27.09.2017 - 23 O 313/16

RID 18-01-259

juris = VersR 2018, 88  
VVG §§ 1, 192; BGB § 307

**Leitsatz (VersR):** Die Klausel in den Bedingungen einer privaten Krankenversicherung, die für eine **In-vitro-Fertilisation** eine **Altersbegrenzung** beider Partner vorsieht, ist wirksam.

### d) Leistungspflicht bei physiotherapeutischen Leistungen

LG Frankfurt a. M., Urteil v. 17.11.2016 - 2-23 O 71/16

RID 18-01-260

ZMGR 2017, 354  
VVG § 192 I; MB/KK § 4 I

**Leitsatz (ZMGR):** Die **Leistungspflicht** einer privaten Krankenversicherung hinsichtlich der **physiotherapeutischen Leistungen** ist weder auf die Sätze der GOÄ noch auf die beihilfefähigen Höchstsätze beschränkt.

### e) Wirksame Leistungsbegrenzung auf die Höchstsätze amtlicher Gebührenordnungen

LG Köln, Urteil v. 08.11.2017 - 23 O 475/16

RID 18-01-261

juris = VersR 2018, 22

VVG § 192; MBKK 09 § 4 IV

Leitsatz (VersR): 1. Die **Begrenzung** der **Aufwendungserstattung** in den Bedingungen einer privaten Krankenversicherung auf die Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen ärztlichen Gebührenordnungen sowie den Verordnungen über Krankenhauspflegesätze bei **stationärer Behandlung** ist wirksam.

2. Diese Begrenzung widerspricht auch nicht dem Recht des Versicherungsnehmers auf freie Krankenhauswahl nach § 4 Abs. 4 MBKK 09.

### f) Stationäre Aknebehandlung

AG Frankfurt a. M., Urteil v. 13.10.2016 - 31 C 1923/15 (39)

RID 18-01-262

juris

MB/KK 09 §§ 1 Nr. 1, 2 u. 3, 4 Nr. 1 u. 4

Eine **stationäre Heilbehandlung** ist medizinisch **notwendig**, wenn zum Zeitpunkt der Einweisung im Rahmen einer Prognose davon auszugehen ist, dass der angestrebte Erfolg der **Aknebehandlung** durch weitere ambulante Maßnahmen nicht im gleichen Maße erzielt werden kann wie bei einer stationären Heilbehandlung und dass die spezifischen Einrichtungen des klinischen Krankenhausbetriebes zur Behandlung des bestehenden Leidens besser geeignet sind als die Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung in Therapiezentren.

### g) Tod des Versicherungsnehmers und Schweigepflichtentbindung

OLG Düsseldorf, Urteil v. 27.10.2017 - 4 U 145/16

RID 18-01-263

juris

VVG § 213

Leitsatz: 1. Nach dem **Tod des Versicherungsnehmers** dürften dessen Erben oder Angehörige schweigepflichtige Datenquellen (hier: **Gesundheitsdaten**) schon nicht von der über den Tod hinaus wirkenden Schweigepflicht entbinden können.

2. Sieht man das anders, müssten insoweit allerdings die **Vorgaben von § 213 VVG** eingehalten werden.

3. Wird lediglich der Krankenversicherer des Versicherungsnehmers von der **Schweigepflicht entbunden**, können auf diese Erklärung Anfragen des Versicherers an die vormals behandelnden Ärzte von vorneherein nicht gestützt werden.

### h) Anforderung an Folgeversicherungsvertrag nach Kündigung

OLG Nürnberg, Beschluss v. 02.11.2017 - 8 U 1054/17

RID 18-01-264

juris

VVG § 193; VAG §§ 12, 146

Ein Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem englischen Versicherer bietet keinen **substitutiven Krankenversicherungsschutz**, wenn die Erstattungsregeln gegen die gesetzliche Höchstgrenze von 5.000,00 € pro Kalenderjahr für Eigenleistungen verstoßen.

Vorausgehend: LG Nürnberg-Fürth, Urt. v. 27.04.2017 - 2 O 7905/15 - RID 17-02-333. Das **OLG** wies mit Beschl. v. 11.12.2017 die Berufung des Kl. zurück.



### 3. Beihilfe

#### a) Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)

##### aa) Krankheitsbegriff/Vorbeugende Brustdrüsenentfernung aufgrund BRCA 2 Genmutation

**BVerwG, Urteil v. 28.09.2017 - 5 C 10.16**

**RID 18-01-265**

<sup>juris</sup>  
BhV Hessen §§ 5 I, 6

**Leitsatz:** 1. Eine **Krankheit** im beihilferechtlichen Sinn liegt auch dann vor, wenn die auf Tatsachen gestützte konkrete Gefahr einer schwerwiegenden Gesundheitsschädigung besteht und die schädigenden Folgen, die im Falle des Ausbruchs der Krankheit einträten, so schwer sind, dass die Behandlungsbedürftigkeit bereits vor Realisierung der Gefahr zu bejahen ist, weil der betreffenden Person bei wertender Gesamtbetrachtung nicht zuzumuten ist, dem Geschehen seinen Lauf zu lassen und sich auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen zu beschränken.

2. Hinsichtlich des **Risikos einer Erkrankung an Brustkrebs** sind bei einer familiär vorbelasteten Person mit **BRCA2-Genmutation** neben der Wahrscheinlichkeit, innerhalb der üblichen Lebensspanne an Brustkrebs zu erkranken, in die Gesamtbetrachtung jedenfalls einzubeziehen das individuelle Risiko, innerhalb eines überschaubaren Zeitraums zu erkranken, sowie, ob Früherkennungsmaßnahmen vorhanden sind, die hinreichend sensitiv sind, um bei festgestellter Brustkrebserkrankung gute Heilungschancen zu bieten.

*VG Darmstadt*, Urt. v. 13.05.2015 - 1 K 491/13.DA - RID 15-03-301 gab der Klage statt, *VGH Hessen*, Urt. v. 10.03.2016 - 1 A 1261/15 - RID 16-02-315 wies die Berufung zurück, das **BVerwG** wies auf Revision des Bekl. die Sache an die Vorinstanz zurück.

##### bb) Auslegung ärztlicher Gebührenordnungen

**BVerwG, Urteil v. 19.10.2017 - 2 C 19.16**

**RID 18-01-266**

<sup>juris</sup>  
GOÄ § 4

**Leitsatz:** Die für das **Beihilferecht** entwickelte Rechtsprechung zur **Auslegung ärztlicher Gebührenordnungen** ist auf das **Dienstunfallfürsorgerecht** zu übertragen. Danach ist ein Gebührenansatz bereits dann angemessen, wenn er einer zumindest vertretbaren Auslegung der ärztlichen Gebührenordnung entspricht und der Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat, sofern es weder ein zivilgerichtliches Urteil im konkreten Fall noch eine einschlägige und eindeutige höchstrichterliche Rechtsprechung zu den sich im konkreten Fall stellenden gebührenrechtlichen Fragen gibt.

##### b) Med. Notwendigkeit: Heranziehen von med. Leitlinien (CT-gesteuerte Facetteninfiltration)

**VGH Bayern, Beschluss v. 06.12.2017 - 14 ZB 16.2202**

**RID 18-01-267**

<sup>juris</sup>  
BhV Bayern § 7 I, 48 II 1, V 1

Es begegnet keinen rechtlichen Bedenken, dass sich die Amtsärztin bei der Bewertung der **medizinischen Notwendigkeit** der streitgegenständlichen Behandlungsmethode auf einschlägige **medizinische Leitlinien** gestützt hat. Denn der Begriff der medizinischen Notwendigkeit ist nach objektiven Maßstäben auszufüllen und zudem kein spezieller Begriff des Beihilferechts.

### c) Keine Beihilfe für „KernspinResonanzTherapie“ bei Coxarthrose

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.10.2017 - 1 A 1712/14

RID 18-01-268

juris  
NRW BhV § 4

**Leitsatz:** Die sogenannte „MBST(r)-KernspinResonanzTherapie“ (MBST = „Multi-Bio-Signal-Therapie“) stellte im November 2011 in Bezug auf das Krankheitsbild „Coxarthrose“ (Hüftgelenksarthrose) weder eine wissenschaftlich allgemein **anerkannte Heilbehandlung** dar noch bestand insoweit eine begründete Erwartung der wissenschaftlichen Anerkennung.

### d) Katarakt-Operation unter Einsatz eines Femtosekundenlasers

VG Arnsberg, Urteil v. 27.03.2017 - 13 K 932/16

RID 18-01-269

juris  
BhV NRW § 3 I Nr. 1; GOÄ §§ 6 II, 12 IV

Eine „**Analogabrechnung**“ setzt voraus, dass die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich beschrieben und mit dem Hinweis „entsprechend“ sowie der Nr. und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung versehen werden muss (§ 12 IV GOÄ). Diese Voraussetzungen liegen nicht vor, wenn in der Rechnung lediglich die tatsächlich erbrachte Leistung beschrieben („Keratotomie/Kapsulotomie“) und die entsprechend angesetzte Gebührennr. (5855) benannt, nicht jedoch die Leistungsbeschreibung dieser als vergleichbar angesehenen Gebührenziff. wiedergegeben wird.

Eine medizinische Notwendigkeit kann nur für die Operation, nicht aber die Operationstechnik bestehen. Zudem ist die Eignung und Wirksamkeit der Nutzung des **Femtosekundenlasers** als Werkzeug bei der Katarakt-Operation wissenschaftlich anerkannt.

### e) Schwellenwertüberschreitung bei Augenoperation (Katarakt)

VG Hannover, Urteil v. 11.12.2017 - 13 A 7664/16

RID 18-01-270

juris  
GOÄ 3 5 II; Niedersachsen BhV § 5 I 3 Nr. 2

**Leitsatz:** Ein „extrem harter Linsenkern“ stellt bei einer Cataract-Operation eine patientenbezogene Besonderheit dar.

### f) Teambesprechung zw. Arzt und weiteren Krankenhausmitarbeitern nicht nach Nr. 685 GOÄ

VG Karlsruhe, Urteil v. 27.09.2017 - 9 K 3208/16

RID 18-01-271

juris  
BBhV § 6 I 1; GOÄ § 6 II; GOÄ Nr. 685

**Leitsatz:** GOÄ-Nr 685 („Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten über die Fortsetzung der Behandlung“) kann nicht für „**Teambesprechungen**“ zwischen dem **Arzt und den weiteren Krankenhausmitarbeitern** gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ analog herangezogen werden, in denen über das mit dem Patienten erfolgte Gespräch berichtet wird und in dem das weitere Vorgehen geplant wird.

## g) Heilpraktikerbehandlung

### aa) Keine Tiefenhyperthermie durch Heilpraktiker

VG Neustadt, Urteil v. 15.11.2017 - 1 K 232/17.NW

RID 18-01-272

juris

BhV § 11 Anl. 2 Nr. 1; § 11 Anl. 5

**Leitsatz:** 1. Eine durch einen **Heilpraktiker** angewandte **Tiefenhyperthermie** ist nach dem derzeit geltenden rheinland-pfälzischen Beihilfenrecht nicht beihilfefähig.

2. Die Differenzierung der Beihilfefähigkeit anhand der **Qualifikation des Leistungserbringers** (hier: keine Beihilfefähigkeit bei Anwendung durch Heilpraktiker, Beihilfefähigkeit bei Anwendung durch Mediziner) begegnet keinen rechtlichen Bedenken.

### bb) Beschränkte Beihilfe für heilpraktische Leistungen (Tiefenhyperthermie)

VG Neustadt, Urteil v. 06.12.2017 - 1 K 305/17.NW

RID 18-01-273

juris

BhV Rheinland-Pfalz §§ 8, 11, 21

**Leitsatz:** 1. Die Beschränkung der Beihilfefähigkeit von **heilpraktischen Leistungen** durch Anlage 5 BVO ist grundsätzlich unbedenklich.

2. **Tiefenhyperthermie** stellt bei einer Behandlung durch einen **Heilpraktiker** keine gemäß Anlage 5 BVO beihilfefähige Maßnahme dar.

3. Tiefenhyperthermie stellt bei einer Behandlung durch einen **Arzt** eine beihilfefähige Maßnahme dar.

4. § 66 Abs. 5 Satz 3 Nr. 2b LBG berechtigt den **Verordnungsgeber**, bei der Anerkennung beihilfefähiger Behandlungen im Rahmen der BVO zwischen der Erbringung durch einen Heilpraktiker (Beihilfefähigkeit: nein) und der Erbringung durch einen Arzt (Beihilfefähigkeit: ja) zu unterscheiden.

5. Zum Stand der **wissenschaftlichen Anerkennung** der **Tiefenhyperthermie**.

6. Die frühere Beihilfegewährung für eine Tiefenhyperthermie-Behandlung durch einen Heilpraktiker begründet keinen **Vertrauensschutz** dahingehend, dass eine solche Behandlung durch einen Heilpraktiker auch nach Wegfall der einschlägigen BVO-Regelung noch als beihilfefähig anerkannt wird.

7. **Infusionen mit Dichloracetat und Mitomer** sind im Rahmen einer **Tumorbehandlung** nicht beihilfefähig.

## h) Aufhebung einer Beihilfe

### aa) Kein Vertrauensschutz nach Einreichung manipulierter Arztrechnungen

VGH Bayern, Beschluss v. 29.08.2017 - 14 ZB 17.1353

RID 18-01-274

juris

Bayern VwVfg Art. 48; BG Bayern Art. 13

Der Antrag auf Zulassung der Berufung zu **VG Würzburg**, Urt. v. 06.06.2017 - W 1 K 15.950 - RID 17-04-266 wird abgelehnt.

Die geltend gemachte Verletzung des sich aus § 86 I VwGO ergebenden Untersuchungsgrundsatzes (**Aufklärungsrüge**) erfordert die substantiierte Darlegung, welche Tatsachen auf der Grundlage der materiell-rechtlichen Auffassung der Vorinstanz aufklärungsbedürftig waren, welche Aufklärungsmaßnahmen hierfür in Betracht kamen, welche tatsächlichen Feststellungen dabei voraussichtlich getroffen worden wären und inwiefern diese Feststellungen nach der maßgeblichen Rechtsauffassung der Vorinstanz zu einer für den Kläger günstigeren Entscheidung hätten führen können.

## bb) Nachweis/„Grobe“ Fahrlässigkeit

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 16.11.2017 - 2 S 1276/17

RID 18-01-275

juris

BGB § 818 III; BhV BW § 17 III

**Leitsatz:** 1. Nach § 17 Abs. 3 Satz 1 BVO hat der Beihilfeantragsteller seine Aufwendungen durch Vorlage geeigneter Belege **nachzuweisen**. Es ist nicht Sache des Landesamtes für Besoldung und Versorgung, aus einem eingereichten, wegen **betrügerischer Abrechnung** insgesamt nicht zum Nachweis geeigneten Beleg von Amts wegen solche einzelnen Leistungspositionen herauszudestillieren, die tatsächlich erbracht wurden und unter irgendeinem Gesichtspunkt noch beihilfefähig sein könnten. Vielmehr obliegt es dem Beihilfeantragsteller, bei Zweifeln an der Richtigkeit der Abrechnung eine korrigierte Rechnung einzureichen.

2. „**Grobe**“ **Fahrlässigkeit** i.S.v. § 15 Abs. 2 Satz 2 LBesG fehlt, wenn ein Beihilfeantragsteller aus der Kenntnis der bei ihm tatsächlich durchgeführten Behandlungen in Zusammenschau mit den Angaben auf der Rechnung nicht den Schluss ziehen musste, die Abrechnung könne nicht stimmen und die auf der Einreichung dieses Belegs beruhende Beihilfegewährung sei mit hoher Wahrscheinlichkeit rechtswidrig.

## i) Zahnärztliche Behandlung

### aa) Voranerkennungsverfahren für implantologische Leistungen

VG Köln, Gerichtsbescheid v. 31.08.2017 - 19 K 4644/15

RID 18-01-276

juris

NRW BhV § 4 II lit. b

Ein Anspruch für **implantologische Leistungen** besteht nicht, wenn das sog. **Voranerkennungsverfahren** nicht durchgeführt wird bzw. der Berechtigte sich nicht zur Voruntersuchung für die zahnärztliche Implantatbehandlung bei einem **Amtsarzt** einfindet.

### bb) Weitergehende Implantatversorgung

VG Potsdam, Urteil v. 22.11.2017 - 2 K 4716/15

RID 18-01-277

juris

BBhV § 15

**Leitsatz:** Die Beihilfefähigkeit gem. § 15 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 lit. f, S. 3 BBhV einer über zwei Implantate je Kiefer hinausgehenden **Implantatversorgung** setzt nicht voraus, dass das weitere Implantat unmittelbar infolge des Unfalls notwendig geworden ist. Maßgeblich ist (lediglich) das Vorliegen eines **größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekts**, der seine Ursache in einem **Unfall** hatte.

### cc) Implantologische Zahnarztleistungen: Implantatschrauben

VG des Saarlandes, Urteil v. 24.10.2017 - 6 K 936/15

RID 18-01-278

*Berufung anhängig: OVG Saarland - 1 A 828/17 -*

juris

BhV Saarland § 9 I 2; GOZ §§ 4 III, 9 I

**Leitsatz:** Da nach der Systematik der GOZ **Implantatschrauben**, die das eigentliche Implantat darstellen, der Regelung des § 4 Abs. 3 Satz 1, 2 Hs GOZ unterfallen, sind sie nicht als „**zahntechnische Leistungen**“ im Sinne des § 9 Abs. 1 Satz 2 BhVO einzustufen.

## dd) Kassenwechsel während kieferorthopädischer Behandlung

OVG Sachsen, Urteil v. 07.11.2017 - 2 A 693/16

RID 18-01-279

juris

BhV Sachsen § 5

Die Beihilfenvorschriften enthalten zu einem **Kassenwechsel** aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in die Beihilfe während andauernder Behandlung keine Regelungen, wie der Arzt bei der Abrechnung zu verfahren hat; gleiches gilt für die Bestimmungen der GOZ. Leistungen, die vor dem Wechsel erbracht und abgerechnet wurden, können **nicht nochmals abgerechnet** werden.

## V. Verschiedenes

### 1. Europäischer Gerichtshof (EuGH)

#### a) Werbeverbot für ästhetische Chirurgie

EuGH, Beschluss v. 26.10.2017 - C-356/16

RID 18-01-280

juris

Richtlinie 2005/29/EG

**Leitsatz:** Die Richtlinie 2005/29/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Mai 2005 über unlautere Geschäftspraktiken im binnenmarktinternen Geschäftsverkehr zwischen Unternehmen und Verbrauchern und zur Änderung der Richtlinie 84/450/EWG des Rates, der Richtlinien 97/7/EG, 98/27/EG und 2002/65/EG des Europäischen Parlaments und des Rates sowie der Verordnung (EG) Nr. 2006/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates (Richtlinie über unlautere Geschäftspraktiken) ist dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Regelung wie der im Ausgangsverfahren fraglichen, die die öffentliche Gesundheit sowie die Würde und die Integrität der Berufe des **Facharztes für ästhetische Chirurgie** und des Facharztes für ästhetische Medizin schützt, indem sie es natürlichen und juristischen Personen **untersagt, Werbung** mit Bezug auf Eingriffe der ästhetischen Chirurgie oder der nicht chirurgischen ästhetischen Medizin zu verbreiten, nicht entgegensteht.

#### b) „Bezweckte“ Wettbewerbsbeschränkung: Absprache zw. Arzneimittelherstellern (Avastin/Lucentis)

EuGH, Urteil v. 23.01.2018 - C-179/16

RID 18-01-281

juris

AEUV Art. 101

Hoffmann-La Roche Ltd u.a. gegen Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato.

Vorabentscheidungsersuchen der Consiglio di Stato

1. Art. 101 AEUV ist dahin auszulegen, dass eine nationale **Wettbewerbsbehörde** für die Zwecke der Anwendung dieses Artikels in den relevanten Markt außer den für die Behandlung der betreffenden Erkrankungen zugelassenen Arzneimitteln ein **anderes Arzneimittel einbeziehen** kann, dessen Genehmigung für das Inverkehrbringen eine solche Behandlung nicht deckt, das aber zu diesem Zweck eingesetzt wird und so in einem konkreten Substituierbarkeitsverhältnis zu den erstgenannten Arzneimitteln steht. Für die Feststellung, ob ein solches Substituierbarkeitsverhältnis besteht, muss die Wettbewerbsbehörde, sofern eine Prüfung der Konformität des in Rede stehenden Erzeugnisses mit den für seine Herstellung oder Vermarktung geltenden Vorschriften seitens der hierfür zuständigen Behörden oder Gerichte stattgefunden hat, das Ergebnis dieser Prüfung berücksichtigen, indem sie beurteilt, wie es sich möglicherweise auf die Struktur von Nachfrage und Angebot auswirkt.

2. Art. 101 Abs. 1 AEUV ist dahin auszulegen, dass eine Absprache zwischen den Parteien einer die Verwertung eines Arzneimittels betreffenden **Lizenzvereinbarung**, die, um den Wettbewerbsdruck auf dieses Arzneimittel bei der Anwendung zur Behandlung bestimmter Erkrankungen zu verringern, darauf abzielt, das Verhalten von Dritten zu beschränken, das darin besteht, die Anwendung eines anderen Arzneimittels für die Behandlung der gleichen Erkrankungen zu fördern, der Anwendung

dieser Bestimmung nicht deshalb entzogen ist, weil es sich etwa um eine Nebenabrede zu der Lizenzvereinbarung handelt.

3. Art. 101 Abs. 1 AEUV ist dahin auszulegen, dass die **Absprache zwischen zwei Unternehmen**, die zwei miteinander in Wettbewerb stehende Arzneimittel vermarkten, über die Verbreitung irreführender Informationen zu den Nebenwirkungen der Anwendung eines dieser Arzneimittel bei nicht von seiner Zulassung gedeckten Indikationen an die Europäische Arzneimittel-Agentur, die Angehörigen der Heilberufe und die Öffentlichkeit in einem Kontext, der durch einen ungesicherten wissenschaftlichen Kenntnisstand gekennzeichnet ist, zu dem Zweck, den Wettbewerbsdruck zu verringern, der sich aus dieser Anwendung für die Anwendung des anderen Arzneimittels ergibt, eine „bezweckte“ Wettbewerbsbeschränkung im Sinne dieser Bestimmung ist.

4. Art. 101 AEUV ist dahin auszulegen, dass eine solche Absprache nicht unter die **Freistellung** gemäß Abs. 3 dieses Artikels fallen kann.

## 2. BVerfG: Zulassung zum Medizinstudium teilweise verfassungswidrig

BVerfG, Urteil v. 19.12.2017 - 1 BvL 3/14, 1 BvL 4/14

RID 18-01-282

juris

GG Art. 3 I, 12 I 1, 20 I, 31, 72 III 1 Nr. 6

**Leitsatz:** 1. Nach Art. 12 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit Art. 3 Abs. 1 GG haben jede Studienplatzbewerberin und jeder Studienplatzbewerber ein Recht auf gleiche Teilhabe an staatlichen Studienangeboten und damit auf **gleichheitsgerechte Zulassung zum Studium** ihrer Wahl.

2. Regeln für die Verteilung knapper Studienplätze haben sich grundsätzlich am Kriterium der **Eignung** zu orientieren. Daneben berücksichtigt der Gesetzgeber **Gemeinwohlbelange** und trägt dem **Sozialstaatsprinzip** Rechnung. Die zur Vergabe knapper Studienplätze herangezogenen Kriterien müssen die Vielfalt der möglichen Anknüpfungspunkte zur Erfassung der Eignung abbilden.

3. Der **Gesetzgeber** muss die für die Vergabe von knappen Studienplätzen im **Studienfach Humanmedizin** wesentlichen Fragen selbst regeln. Insbesondere muss er die Auswahlkriterien der Art nach selbst festlegen. Er darf den Hochschulen allerdings gewisse Spielräume für die Konkretisierung dieser Auswahlkriterien einräumen.

4. Die **Abiturbestenquote** begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken. Die maßgebliche Orientierung der Vergabeentscheidung an den **Ortswunschangaben** sowie die Beschränkung der Bewerbung auf sechs Studienorte lassen sich im Rahmen der Abiturbestenquote verfassungsrechtlich jedoch nicht rechtfertigen.

5. **Verfassungswidrig** sind die gesetzlichen Vorschriften zum Auswahlverfahren der Hochschulen insofern,

- als der Gesetzgeber den Hochschulen ein eigenes **Kriterienerfindungsrecht** überlässt,
- als die **Standardisierung** und Strukturierung hochschuleigener Eignungsprüfungen nicht sichergestellt ist,
- als die Hochschulen neben eignungsbezogenen gesetzlichen Kriterien uneingeschränkt auch auf das Kriterium eines frei zu bestimmenden Ranges der **Ortspräferenz** zurückgreifen dürfen,
- als im Auswahlverfahren der Hochschulen die Abiturnoten berücksichtigt werden können, ohne einen Ausgleichsmechanismus für deren nur eingeschränkte **länderübergreifende Vergleichbarkeit** vorzusehen,
- als für einen hinreichenden Teil der Studienplätze neben der Abiturdurchschnittsnote keine weiteren Auswahlkriterien mit erheblichem Gewicht Berücksichtigung finden.

6. Die Einrichtung einer **Wartezeitquote** ist verfassungsrechtlich zulässig, wenngleich nicht geboten. Sie darf den jetzigen Anteil von 20 % der Studienplätze nicht überschreiten. Die Wartezeit muss in der Dauer begrenzt sein.

7. Wollen die Länder im Rahmen des Art. 125b Abs. 1 Satz 3 GG **von Bundesrecht abweichen**, müssen sie eine Neuregelung oder eine inhaltliche Regelung im unmittelbaren Zusammenhang mit bereits geltendem Landesrecht treffen. Rein redaktionelle Anpassungen genügen nicht. Die ausdrückliche Erklärung des Abweichungswillens ist nicht erforderlich.

### 3. Bundesgerichtshof (BGH)

#### a) Verdienstaufschlag bei Schädigung eines selbstständigen Zahnarztes

**BGH, Urteil v. 19.09.2017 - VI ZR 530/16**

**RID 18-01-283**

juris = VersR 2017, 1412 = GesR 2017, 794  
**BGB § 252; ZPO § 287**

**Leitsatz:** Zu den im Rahmen der Bemessung des **Erwerbsschadens** an die Darlegung der hypothetischen Entwicklung des **Geschäftsbetriebs eines Selbständigen** (hier: **Zahnarztpraxis**) zu stellenden Anforderungen.

#### b) Personenstandssache: Eintragung eines Frau-zu-Mann Transsexuellen als Mutter

**BGH, Beschluss v. 06.09.2017 - XII ZB 660/14**

**RID 18-01-284**

juris = NJW 2017, 3379 = FamRZ 2017, 1855 = NZFam 2017, 1051 = GesR 2017, 811  
**BGB §§ 1591, 1592; TSG §§ 5 III, 8 I, 11 S. 1**

**Leitsatz:** 1. Ein **Frau-zu-Mann-Transsexueller**, der nach der rechtskräftigen Entscheidung über die Änderung der Geschlechtszugehörigkeit ein Kind geboren hat, ist im Rechtssinne **Mutter des Kindes**.  
2. Er ist sowohl im **Geburtenregister** des Kindes als auch in den aus dem Geburtenregister erstellten Geburtsurkunden - sofern dort Angaben zu den Eltern aufzunehmen sind - **als „Mutter“** mit seinen früher geführten weiblichen Vornamen einzutragen.

#### c) Tabakwerbung im Internet

**BGH, Urteil v. 05.10.2017 - I ZR 117/16**

**RID 18-01-285**

juris  
**UWG § 3a; TabakerzG § 19**

**Leitsatz:** Tabakwerbung im Internet

1. Das **Werbeverbot für Tabakerzeugnisse** in Diensten der Informationsgesellschaft gemäß § 21a Abs. 4 VTabakG und § 19 Abs. 3 TabakerzG ist eine **Marktverhaltensregelung** im Sinne des § 3a UWG.

2. Es stellt eine **verbotene Tabakwerbung** in einem Dienst der Informationsgesellschaft dar, wenn ein Unternehmen auf der Startseite seines Internetauftritts für Tabakerzeugnisse wirbt.

### 4. Krankenhäuser

#### a) Krankenhausplanung: Keine besondere Bedarfsanalyse für Schmerzklinik

**OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 05.10.2017 - OVG 5 B 6.17**

**RID 18-01-286**

juris  
**KHG §§ 1 I, 6 I, IV, 8 I, II; Berlin KHG §§ 1 I, 6 I, II, 7 I, II; GG Art. 12 I**

**Leitsatz:** Es steht mit §§ 1, 6 LKG BE i.V.m. §§ 1, 6 KHG in Einklang, wenn sich die Ermittlung des landesweiten **Bedarfs** für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern in Berlin an der **fachliche Gliederung nach Fachgebieten** der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer orientiert.

Für diesen Fall besteht keine Verpflichtung des Landes Berlin, bei der Krankenhausplanung den **Bedarf** für die **Behandlung eines spezifischen Krankheitsbildes** innerhalb einer bestimmten Fachdisziplin zu ermitteln; dementsprechend bedarf es auch im Rahmen einer Einzelfallentscheidung nach § 7 LKG BE keiner Bedarfsanalyse für ein spezifisches Angebot eines antragstellenden Krankenhauses unterhalb der Gliederung nach den Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung erfolgen (Anknüpfung an den Beschluss des Bundesverwaltungsgerichts vom 25. Oktober 2011 - BVerwG 3 B 17.11 - ).

## b) Krankenhausfinanzierung

### aa) Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.10.2017 - 13 A 2563/17

RID 18-01-287

juris

KHEntgG §§ 15 III, 18 V

Ein Krankenhaus hat einen Entgeltanspruch für **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**. Abzurechnen ist dieser zwar nicht in unmittelbarer Anwendung des § 15 III KHEntgG. § 15 III KHEntgG ist aber **entsprechend** anzuwenden.

### bb) Teilbarkeit des Entgelttableaus/Entgeltrechtliche Zentrumseigenschaft

VG Köln, Urteil v. 24.10.2017 - 7 K 7023/15

RID 18-01-288

juris

KHEntgG § 5 III

Die **Schiedsstelle** entscheidet nur über den streitigen und zu ihrer Entscheidung gestellten Teil der Entgeltfestsetzung. Hierauf bezieht sich auch die **Genehmigung** der zuständigen **Landesbehörde** nach § 14 I 2 KHEntgG. Damit geht das KHEntgG schon im Ansatz von einer grundsätzlichen **Teilbarkeit des Entgelttableaus** in einem Vereinbarungszeitraum aus. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die positive Entscheidung über die Gewährung eines Zentrumszuschlages für den Bereich Kinderonkologie und die ablehnende Entscheidung hierüber im Bereich Erwachsenenonkologie in einem nicht trennbaren Zusammenhang stehen. Zuschläge für besondere Aufgaben werden von den Vertragsparteien vielmehr krankenhausesindividuell vereinbart, § 5 III 1 KHEntgG. Sie sind stets aufgabenbezogen, § II 2 Nr. 4 KHEntgG.

Ein **besonderer Versorgungsauftrag** und damit die **entgeltrechtliche Zentrumseigenschaft** können nicht durch die Eigenschaft als **Universitätsklinik** oder die Anerkennung als **onkologisches Spitzenzentrum im nationalen Krebsplan** begründet werden. Gleiches gilt für Auszeichnungen durch die **Deutsche Krebshilfe**. Eine **krankenhausesplanerische Ausweisung** ist jedoch nicht erfolgt. Sie hier für entbehrlich zu halten, liefe auf eine Selbstermächtigung des betroffenen Krankenhauses hinaus, die diesem innerhalb des durch das KHEntgG bestehenden Rahmens nicht zusteht. Abweichendes ergibt sich auch nicht aus dem Umstand, dass die **Richtlinie des GBA** über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gem. § 137 I 1 Nr. 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zur Kinderonkologie) ausdrücklich vorschreibt, dass die stationäre Versorgung von Patienten mit pädiatrisch-hämato-onkologischen Krankheiten ausschließlich in einem „Zentrum“ zu erfolgen habe, das die Anforderungen der Richtlinie erfülle. Hiermit wird im Rahmen der Zuständigkeit des GBA eine **Qualitätsaussage** getroffen, nicht aber krankenhausesplanerisch eine Aufgabe zugewiesen.

### Parallelverfahren:

VG Köln, Urteil v. 24.10.2017 - 7 K 7140/15

RID 18-01-289

juris

### cc) Zuschläge für kideronkologisches Zentrum

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.10.2017 - 13 A 673/16

RID 18-01-290

juris

KHG § 17b I 10; KHEntgG §§ 6, 11

Eine **Schiedsstelle** kann nicht den Tagessatz und die Erlössumme für den Vereinbarungszeitraum 2012 festsetzen, ohne dass das beigel. Universitätsklinikum die für eine Vereinbarung des Entgelts erforderlichen **Unterlagen** vorgelegt hat. Dem steht nicht entgegen, dass die Schiedsstelle - von der Schlüssigkeit des Vortrags des Beigel. ausgegangen ist.

**Zuschläge** für ein „**Kinderonkologisches Zentrum**“ sind nur zu gewähren ist, wenn die Leistung nicht durch Fallpauschalen oder sonstige Entgelte vergütet werden kann, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt. In der Rechtsprechung geklärt ist,



dass patientenübergreifende Leistungen (z.B. Konsile, interdisziplinäre Video-Fallkonferenzen einschließlich der Nutzung moderner Kommunikationstechnologien, besondere Dokumentationsleistungen, z.B. für klinische Krebsregister und die Nachsorgeempfehlungen, Fortbildungsaufgaben und ggf. Aufgaben der Qualitätssicherung) ebenso wie spezielle Behandlungsangebote Zentrumsleistungen sein können. Für letztere ist aber erforderlich, dass sie so nur bei den Zentren und Schwerpunkten anfallen und sich deshalb einer Vergütung über die üblichen Entgelte entziehen. Die in einem Zentrum angebotene Standardleistung wird nicht allein deshalb zu einer besonderen Aufgabe, weil sie qualitativ hochwertiger erbracht wird als in anderen Krankenhäusern. Liegt eine Zentrumsleistung vor, ist - weil es sich um eine besondere Aufgabe handelt - davon auszugehen, dass sie nicht DRG-relevant ist.

Leistungen sind nicht schon deshalb über einen Zentrumszuschlag zu vergüten, weil die Behandlung nach den Vorgaben des **GBA aus Gründen der Qualitätssicherung** ausschließlich in „Zentren“ erbracht werden dürfen, die bestimmte Anforderungen erfüllen. Hieraus folgt aber auch nicht zwangsläufig, dass es sich hinsichtlich sämtlicher Aufgaben um nicht bereits anderweitig vergütete Leistungen handelt. Dass einzelne **Standardleistungen qualitativ besonders hochwertig** zu erbringen sind und deshalb möglicherweise nicht angemessen oder ausreichend vergütet werden, genügt als Voraussetzung für die Gewährung eines Zentrumszuschlags nicht.

Die vom Beigel. benannten **Leistungspositionen** VIII. Vorhaltung einer zellbiologischen Laboreinheit, IX. Referenzdiagnostik, X. Weiterbildung und Treffen der Studiengruppen, XI. Teilnahme an Therapieoptimierungsstudien und XII. Meldung an das Kinderkrebsregister sind im Vereinbarungsjahr 2012 spezielle Leistungen, die so nur in einem kideronkologischen Zentrum anfallen und sich deshalb einer Vergütung über die üblichen Entgelte entziehen.

### c) Nothelfersanspruch

#### aa) Höhe der Aufwendungen: Abrechnung „pro rata temporis“

**SG Aachen, Urteil v. 19.12.2017 - S 20 SO 41/17**

**RID 18-01-291**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

**SGB XII §§ 25, 97, 98**

Maßstab für die gebotene **Höhe der Aufwendungen** sind (im Grundsatz) die Kosten, die der Sozialhilfeträger bei rechtzeitiger Kenntnis hätte aufwenden müssen (BSG, Urt. v. 23.08.2013 - B 8 SO 19/12 R - BSGE 114, 161 = SozR 4-5910 § 121 Nr. 1). Um „Aufwendungen in gebotenum Umfang“ i.S.d. § 25 SGB XII handelt es sich jedenfalls dann, wenn die geltend gemachte Vergütung der nach dem SGB V und den sonstigen Normen und Verträgen entspricht (BSG, Urt. v. 18.11.2014 - B 8 SO 9/13 R - BSGE 117, 261 = SozR 4-3500 § 25 Nr. 5).

Als „Aufwendungen in gebotenum Umfang“ hat der Sozialhilfeträger ausgehend von der jeweils maßgeblichen Fallpauschale eine tagesbezogene anteilige Vergütung („pro rata temporis“) zu erstatten. Ein **Krankenhaus** als Nothelfer, das sich seinen Obliegenheiten entsprechend verhält, erlangt auch bei einer **Abrechnung „pro rata temporis“** einen umfassenden Kostenerstattungsanspruch für die gesamte Behandlung. Soweit Hilfebedürftigkeit des Patienten tatsächlich besteht und das Krankenhaus rechtzeitig Kenntnis vom Eilfall gegeben hat, trägt der Sozialhilfeträger auch die Kosten der Behandlung im Anschluss daran (BSG, Urt. v. 18.11.2014 - B 8 SO 9/13 R - aaO.). Die **Kenntnis des Sozialhilfeträgers** (bzw. die Obliegenheitsverletzung durch das Krankenhaus) bildet die **Zäsur** für die sich gegenseitig ausschließenden Ansprüche des Nothelfers und des Hilfebedürftigen. Von der Gesamtzahl an Tagen, für die der Sozialhilfeträger in Kenntnis der Sozialhilfebedürftigkeit Hilfe zur Krankheit zu erbringen gehabt hätte, steht dem Krankenhaus als Nothelfer deshalb eine Kostenerstattung nur für die Anzahl von Tagen, an denen ein Eilfall im Sinne des § 25 SGB XII vorlag.

## bb) Fehlende Feststellung der Identität des Patienten

**SG Hamburg, Urteil v. 30.05.2017 - S 28 SO 299/14**

**RID 18-01-292**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB XII § 25**

Ein Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen gem. § 25 S. 1 SGB XII setzt voraus, dass auch ein **sozialhilferechtlicher Eilfall** vorliegt, der nur gegeben ist, wenn eine rechtzeitige Hilfe des Sozialhilfeträgers objektiv nicht zu erlangen ist, der Sozialhilfeträger also nicht eingeschaltet werden konnte. Die Voraussetzungen für einen Eilfall sind deshalb nur dann und solange erfüllt, wie es der hilfebedürftigen Person bzw. dem Krankenhausträger nicht möglich oder zumutbar ist, den Sozialhilfeträger über den Hilfefall zu unterrichten, dieser also Kenntnis von dem Eilfall erhält (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 18.11.2014 - B 8 SO 9/13 R - BSGE 117, 261 = SozR 4-3500 § 25 Nr. 5, juris Rn. 15 f. m.w.N.).

Allerdings scheidet der geltend gemachte Anspruch, weil im Hinblick auf die hier nicht hinreichend festgestellte **Identität des Patienten** dessen Hilfebedürftigkeit als Voraussetzung für den ggfs. auch nur hypothetisch bestehenden Leistungsanspruch gegenüber dem Bekl. auf Leistungen auf Hilfen zur Gesundheit nach §§ 19 III, 23 I, 48 S. 1 SGB XII nicht ausreichend festgestellt werden kann. Die **Nichterweislichkeit** der in diesem Sinne anspruchsbegründenden Tatsachen des § 25 SGB XII geht dabei stets zu Lasten des Nothelfers.

## 5. Rettungsdienst: Beteiligung an der interimswisen Vergabe einer Dienstleistungskonzession

**VG Ansbach, Beschluss v. 08.12.2017 - AN 14 E 17.02475**

**RID 18-01-293**

juris

**VwGO § 123; RettDG Bayern Art. 13**

Im Freistaat **Bayern** werden Verträge über die Versorgung der Bevölkerung mit Rettungsdienstleistungen nach dem Bayerischen Rettungsdienstgesetz in der Form von **Dienstleistungskonzessionen** vergeben.

In Fällen **besonderer Dringlichkeit** ist eine direkte Vergabe **ohne Eröffnung eines Wettbewerbs** möglich. Die danach ausnahmsweise und als ultima ratio zulässige interimswise, freihändige Vergabe der Sofortmaßnahmen ist als besonders dringliche Leistung nur für den Zeitraum rechtmäßig, den der Ag. für die Vorbereitung und Durchführung des von ihm beabsichtigten ordnungsgemäßen förmlichen Vergabeverfahrens für den Rettungsdienstbereich benötigt. Hierfür erscheint ein Zeitraum von maximal zwölf Monaten als ausreichend und angemessen.

## 6. Pflegeeinrichtungen

### a) Abgrenzung Wohngemeinschaft/Einrichtung eines Pflegedienstes

**VG Düsseldorf, Urteil v. 24.11.2017 - 26 K 6422/16**

**RID 18-01-294**

juris

**Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) NRW §§ 18, 24**

**Leitsatz:** 1. Bei einer aus schwerstpflegebedürftigen, einer rund-um-die-Uhr-Betreuung bedürftigen Personen bestehenden **Personenmehrheit**, die in von einem **Pflegedienst** an diese vermieteten einzelnen Räumen einer Wohnung gepflegt werden, handelt es sich nicht um eine selbstverantwortete **Wohngemeinschaft** i.S. des § 24 WTG NRW. Vielmehr betreibt dort der Pflegedienst eine **Einrichtung** mit umfassendem Leistungsangebot i.S. des § 18 WTG NRW.

2. Maßgeblich für die rechtliche Einordnung einer solchen vermeintlichen Wohngemeinschaft sind die **tatsächlichen Verhältnisse**, nicht aber von diesen abweichende Vertragsgestaltungen zwischen Pflegedienst und Nutzern/Bewohnern.

## b) Überwachungspflicht des Pflegepersonals in psychiatrischer Einrichtung

OLG Dresden, Beschluss v. 24.10.2017 - 4 U 1173/17

RID 18-01-295

juris

BGB § 280 I; SGB X § 116 I 1

**Leitsatz:** 1. Das **Pflegepersonal in einer psychiatrischen Einrichtung** hat nur in den Grenzen des Erforderlichen und Zumutbaren die Pflicht, **von einem Patienten Gefahren abzuwenden**, die diesem aufgrund seiner Krankheit drohen.

2. Eine **lückenlose Überwachung** ist auch dann nicht geschuldet, wenn der Patient aufgrund einer schizoiden Störung im geschlossenen Wohnbereich der Einrichtung untergebracht ist.

## c) Reinigung der Arbeitskleidung der Mitarbeiter eines Pflegezentrums

VG Stuttgart, Urteil v. 09.11.2017 - 4 K 4634/15

RID 18-01-296

juris

WohnsteuG BW §§ 10, 22

**Leitsatz:** 1. Bei der für **Pflegertätigkeiten** in der stationären Alten- und Krankenpflege vorzunehmenden **Gefährdungsbeurteilung** nach § 4 BioStoffV kommt es nach den - arbeitsschutzrechtlichen - TRBA 250 (Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege) in Übereinstimmung mit Art. 8 Abs. 2 der Richtlinie 2000/54/EG auf die Potenzialität der **Kontamination der Berufskleidung mit Krankheitserregern** an.

2. Die in den - dem Gesundheitsschutz der Beschäftigten dienenden - TRBA 250 niedergelegten wissenschaftlichen Erkenntnisse können erst recht zur Konkretisierung der Anforderungen an den **Schutz der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen** nach § 10 Abs. 2 Nr. 11 WTPG (Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz) herangezogen werden.

3. Die prozeduralen Anforderungen des § 22 Abs. 2 und 3 WTPG stellen **keine Schutznormen** zugunsten der Träger und Anbieter von stationären Einrichtungen dar, sondern sind lediglich den **Interessen der Kostenträger** zu dienen bestimmt.

## 7. Pflegekräfte

### a) Gesundheits- und Krankenpflegerin: Strafbare Medikamentenverwechslung

LG Frankfurt a. M., Urteil v. 04.04.2017 - 5/27 KLS 16/16

RID 18-01-297

juris = RDG 2017, 25

StGB §§ 56, 222

Verwechselt eine **Gesundheits- und Krankenpflegerin** infolge von Unachtsamkeit ein Medikament und verabreichte der Patientin statt des eigentlich verordneten Melperons eine Dosis von 10 ml Methadon und führt dies zum Tod der Patientin, so kann eine **fahrlässige Körperverletzung** vorliegen (hier: Verurteilung zu Freiheitsstrafe von 1 ½ Jahren auf Bewährung). Gerade das eigenverantwortliche Richten und Verabreichen von Medikamenten nach Maßgabe ärztlicher Verordnungen gehört zu den Kernaufgaben einer Gesundheits- und Krankenpflegerin, bei der eine besonnene und gewissenhafte Pflegekraft sich besonders sorgfältig verhalten wird, um **Medikamentenverwechslungen** mit potentiell tödlichen Auswirkungen zu vermeiden.

Der Verstoß gegen die der Angeklagten obliegende **Sorgfaltspflicht** wird noch dadurch vertieft, dass die Angeklagte - entgegen der in dem Computersystem des Klinikums vorgesehenen Praxis - nicht im unmittelbaren Anschluss an die Methadongabe diese in der elektronischen „Fieberkurve“ vermerkte, sondern die Medikamentenverordnung bereits um 15.33 Uhr durch Setzen eines entsprechenden Hakens als verabreicht markierte. Damit begab sie sich selbst der Möglichkeit einer Eigenkontrolle im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der tatsächlichen Gabe des Methadons.

## b) Sozialversicherungspflicht: Kooperationsvertrag zw. selbstst. Pflegedienst u. Sozialstation

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 19.07.2017 - L 2 R 3158/16

RID 18-01-298

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB IV § 7a

**Leitsatz:** Zum sozialversicherungsrechtlichen Status einer im ambulanten Pflegedienst tätigen (Kranken-)Pflegerkraft.

## 8. Weitergabe von Patientendaten durch Arzthelferin: Außerordentliche Kündigung

LAG Baden-Württemberg, Urteil v. 11.11.2016 - 12 Sa 22/16

RID 18-01-299

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BAG - 6 AZN 1154/16 -*  
juris = AE 2017, 61 = RDG 2017, 182 = ArztR 2017, 234 = KH 2017, 989 = GesR 2018, 59  
BGB § 626; StGB § 203

**Leitsatz:** 1. Verletzt eine **medizinische Fachangestellte (Arzthelferin)** ihre arbeitsvertragliche **Verschwiegenheitspflicht** dadurch, dass sie Patientendaten an eine nicht berechnigte Person weitergibt, stellt dies an sich einen wichtigen Grund dar, das Arbeitsverhältnis der Fachangestellten **außerordentlich zu kündigen**.

2. Im Hinblick auf die Schwere eines solchen Vertragsverstoßes kann eine **Abmahnung** der Fachangestellten entbehrlich sein, weil sich das Vertrauen des Arbeitgebers in die Diskretion der Fachangestellten nicht wiederherstellen lässt.

## 9. Zahntechnikerhandwerk: „Meisterzwang“ verfassungsmäßig

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 20.11.2017 - 4 A 1113/13

RID 18-01-300

juris  
WwO §§ 1, 7, 7b, 8, 9; GG Art. 3 I, 12 I, 20 III

**Leitsatz:** Die Regelungen der Handwerksordnung, die den selbstständigen Betrieb des **Zahntechnikerhandwerks** im stehenden Gewerbe nur den in der Handwerksrolle eingetragenen natürlichen oder juristischen Personen und Personengesellschaften gestatten und diese Eintragung im Regelfall vom Bestehen der **Meisterprüfung** abhängig machen, beugen keinen durchgreifenden verfassungsrechtlichen Zweifeln.

## 10. Heilpraktikervorbehalt: „CranioSacraleTherapie“ auf Grund ärztlicher Verordnung

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 23.11.2017 - 6 U 140/17

RID 18-01-301

juris  
UWG § 3a; HeilprG § 1

**Leitsatz:** Die Ausübung von Heilkunde (hier: „CranioSacrale Therapie nach Upledger“) unterfällt nur dann dem **Heilpraktikervorbehalt** (§ 1 HeilPrG), wenn von der Behandlung eine zumindest **mittelbare Gesundheitsgefährdung** ausgeht. Ob die Anwendung der Therapie selbst mit gesundheitlichen Gefahren verbunden ist, kann im Zivilprozess nur dann beurteilt werden, wenn der Kläger Anwendungsgebiete und Formen der Therapie im Einzelnen darlegt (im Streitfall verneint). Eine mittelbare Gesundheitsgefährdung kann sich grundsätzlich auch daraus ergeben, dass Patienten infolge der Therapie von einem Arztbesuch abgehalten werden; daran fehlt es jedoch, wenn die Anwendung der Therapie ausschließlich **auf Grund ärztlicher Verordnung** erfolgt.

## 11. Sozialrecht

### a) Impfschadensrecht: Nachweis der Impfkomplication

LSG Bayern, Urteil v. 18.05.2017 - L 20 VJ 5/11

RID 18-01-302

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

IfSG § 60

**Leitsatz:** Die gesundheitliche Schädigung als Primärschädigung, d.h. die **Impfkomplication**, muss neben der Impfung und dem Impfschaden, d.h. der dauerhaften gesundheitlichen Schädigung, im **Vollbeweis**, d.h. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen sein.

*BSG*; Beschl. v. 30.11.2017 - B 9 V 36/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

### b) Delfintherapie keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation

LSG Hamburg, Urteil v. 12.06.2017 - L 4 SO 35/15

RID 18-01-303

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

SGB XII §§ 48, 52, 54; SGB V §§ 32, 92, 138

Die **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** entsprechen gem. § 52 V SGB XII den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und sind daher im Hinblick auf die Heilmittel (§ 32 SGB V) auf den Leistungskatalog der GKV beschränkt. Die Delfintherapie ist nicht Gegenstand der GKV. Neue Heilmittel unterliegen einem Erlaubnisvorbehalt. Sie sind gemäß § 138 SGB V nur verordnungsfähig, wenn der GBA zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach § 92 I 2 Nr. 6 SGB V Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat.

Als Anspruchsgrundlage für eine Übernahme der Kosten für die Delfintherapie als Leistung zur Teilhabe an der Gemeinschaft kommt § 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 3 SGB IX in Betracht.

### c) Blindengeld

#### aa) Blindheitsnachweis

LSG Bayern, Urteil v. 26.09.2017 - L 15 BL 8/14

RID 18-01-304

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris

Bayern BlindG Art. 1

**Leitsatz:** 1. Bei der **Blindheitsbegutachtung** können im Rahmen von Plausibilitätskontrollen auch die Ergebnisse von Untersuchungen berücksichtigt werden, die nicht mit dem Goldmann-Perimeter (Reizmarke III/4e) oder mit Landoltringen (Fernvisus) entsprechend der Vorgaben der Versorgungsmedizinischen Grundsätze bzw. der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft durchgeführt worden sind. Den zusätzlichen Untersuchungsmethoden und Kontrollen darf jedoch keine Beweiskraft zugemessen werden (Fortsetzung der Rechtsprechung des Senats vom 31.01.2013 - L 15 BL 6/07).

2. In besonderen **Ausnahmefällen spezieller Krankheitsbilder** ist die Annahme von Blindheit auch außerhalb der normierten Fallgruppen der Versorgungsmedizinischen Grundsätze bzw. der Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft nicht von vornherein ausgeschlossen. Voraussetzung für die Berücksichtigung ist jedoch, dass feststeht, ob die Visus- und Gesichtsfeldwerte unter die normierten Grenzen herabgesunken sind bzw. welche Werte im Einzelnen erreicht werden. Ein allgemeiner, pauschaler Vergleich genügt nicht (Fortsetzung der ständigen Rechtsprechung des Senats, zuletzt vom 05.07.2016 - L 15 BL 17/12).

3. Auch bei Betroffenen, die an einer **Makuladegeneration** leiden, gelten für die Prüfung der Blindheit die allgemeinen Regeln, nach denen es auf den Fernvisus ankommt, selbst wenn ein (fast) vollständiger Verlust der Lesefähigkeit vorliegt und die Sehschärfe in der Ferne (deutlich) besser ist.

## bb) Anrechnung von Landesblindengeld auf die Blindenhilfe

LSG Bayern, Urteil v. 16.11.2017 - L 8 SO 154/15

RID 18-01-305

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 8 SO 127/17 B*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB XII §§ 19 III, 72 I 1, 82 I 1, 83 I, 87 I 3

**Leitsatz:** Das **Landesblindengeld** nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz (BayBlindG) ist bei Gewährung der Blindenhilfe (§ 72 SGB XII) nach § 83 SGB XII als **Einkommen** zu berücksichtigen. § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XII ist nicht als *lex specialis* zu § 83 SGB XII anzusehen.

## cc) Blindengeld in freiwilliger Krankenversicherung nicht beitragspflichtig

SG Mainz, Urteil v. 11.07.2017 - S 14 KR 197/17

RID 18-01-306

juris

SGB V § 240

**Leitsatz:** Landesblindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz Rheinland-Pfalz vom 28. März 1995, das nach der gesetzlichen Zweckbestimmung zum Ausgleich der durch Blindheit bedingten Mehraufwendungen dient, ist wegen dieser Zweckbestimmung nicht bei der **Beitragsbemessung für die freiwillige Krankenversicherung** zu berücksichtigen. (Anschluss an die landesrechtsspezifische Rechtsprechung der Landessozialgerichte Bayern (Bayerisches LSG, Urteil vom 21. Februar 2017 - L 5 KR 313/15 -), Baden-Württemberg (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 26. Januar 2016 - L 11 KR 888/15 -, Rn. 30, juris) und Sachsen (Sächsisches LSG Urteil vom 6. Dezember 2012 - L 1 KR 172/11 - juris).

## dd) Keine Einbeziehung des Landesblindengeldes bei Beitragsbemessung

LSG Bayern, Urteil v. 21.02.2017 - L 5 KR 313/15

RID 18-01-307

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 240 I; SGB XI § 57 IV 1

Die Einbeziehung des **Landesblindengeldes** bei der **Beitragsbemessung** verstößt gegen Art. 1 I des Bayerischen Blindengeldgesetzes.

Aufgrund der Regelung in § 240 Abs. 1 S. 1 SGB V und § 3 Abs.1 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler, wonach die Beitragsbemessung auf der Grundlage der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zu erfolgen hat, bestand ein **Vertrauenstatbestand** dahingehend, dass Sozialleistungen in Form von Landesblindengeld auch weiterhin nicht der Beitragsbemessung unterliegen.

Diese vom Landesgesetzgeber getroffene Zweckbestimmung vermag eine **untergesetzliche Norm** wie die vom Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen erlassenen **Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler** nicht zu ändern oder außer Kraft zu setzen.

## d) Besonderer Bedarf: Fahrkosten zu Ärzten

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 19.12.2017 - L 7 AS 3405/17

RID 18-01-308

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB VI § 21 VI

**Leitsatz:** Es besteht mangels **besonderen Bedarfs** kein Anspruch auf Berücksichtigung eines Mehrbedarfes gemäß § 21 Abs. 6 SGB II für **Fahrtkosten zu Ärzten**, wenn die Fahrtkosten den im Regelbedarf für Verkehr enthaltenen Anteil nicht deutlich übersteigen.

### e) Keine Gleitsichtbrille durch Jobcenter

SG Nürnberg, Urteil v. 30.08.2017 - S 22 AS 723/15

RID 18-01-309

juris

SGB II § 16 I 2, III; SGB III § 44

**Leitsatz:** Eine Förderung der Kosten für eine **Gleitsichtbrille** durch das **Jobcenter** aus dem Vermittlungsbudget nach § 16 Abs. 1 Satz 2, Abs. 3 SGB II i.V.m. § 44 SGB III kommt schon deshalb nicht in Betracht, weil eine „normale Gleitsichtbrille“ vorrangig dem Rechtskreis der gesetzlichen Krankenversicherung zuzurechnen ist.

Das **SG** wies die Klage ab, **LSG Bayern**, Beschl. v. 04.12.2017 - L 11 AS 761/17 NZB - RID 18-01 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

### f) Keine Gleitsichtbrille aus Vermittlungsbudget

LSG Bayern, Beschluss v. 04.12.2017 - L 11 AS 761/17 NZB

RID 18-01-310

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB II § 16; SGB V § 44

**Leitsatz:** Die Förderung der Anschaffung einer Brille aus dem **Vermittlungsbudget** kommt bei **Arbeitsplatz- und Bildschirmbrillen** in Betracht, nicht aber bei der Anschaffung einer für den Alltag erforderlichen **Gleitsichtbrille**.

**SG Nürnberg**, Urt. v. 30.08.2017 - S 22 AS 723/15 - RID 18-01 wies die Klage ab, das **LSG** die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

### g) Hörgerät: Alltagsgebrauch und berufsbedingter Mehrbedarf

LSG Hessen, Urteil v. 15.12.2017 - L 5 R 276/14

RID 18-01-311

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2, 12, 13, 33, 35; SGB IX § 14

**Leitsatz:** 1. Eine **Kostenerstattung** ist nach § 13 Abs. 3 Satz 1, 2. Fall SGB V oder § 15 Abs. 1 Satz 4, 2. Fall SGB IX ausgeschlossen, wenn Versicherte von vornherein Systemgrenzen nicht beachten wollen. Nur wer bereit ist, sich auf die Regeln des Naturalleistungssystems einschließlich des **Beschaffungswegs** einzulassen, kann Kostenerstattung beanspruchen.

2. Besteht eine medizinische Notwendigkeit für eine höherwertige Ausstattung eines **Hörgeräts** bereits für den **Alltagsgebrauch**, scheidet ein **berufsbedingter Mehrbedarf**, dessen Mehrkosten dem Rentenversicherungsträger zur Last fallen würden, hinsichtlich dieser Ausstattung aus.

Zu Leitsatz 1.: Anschluss an BSG, Urt. v. 16.12.2008 - B 1 KR 2/08 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 20.

Zu Leitsatz 2.: Anschluss an BSG, Urt. v. 24.01.2013 - B 3 KR 5/12 R - BSGE 113, 40 = SozR 4-3250 § 14 Nr. 19.

## 12. Haftpflichtversicherer der Hersteller- u. Vertreiberfirma von Brustimplantaten: Kein Schadensersatz

OLG Oldenburg, Beschluss v. 12.06.2017 - 11 U 7/17

RID 18-01-312

juris

ZPO § 290; BGBEG Art. 40 I; AEUV Art. 18, 34

**Leitsatz:** 1. Zur Verpflichtung, **Rechtsgutachten** zur Feststellung ausländischen Rechts einzuholen.

2. Die **territoriale Beschränkung des Versicherungsschutzes** ist weder nach französischem Recht noch nach Unionsrecht zu beanstanden.

## 13. Steuerrecht

### a) Einkommensteuerrecht

#### aa) BFH: Aufwendungen einer Frau für IVF in gleichgeschlechtlicher Partnerschaft

**BFH, Urteil v. 05.10.2017 - VI R 47/15**

**RID 18-01-313**

juris = BFHE  
EStG § 33 I

**Leitsatz:** 1. **Aufwendungen** einer empfangnisunfähigen (unfruchtbaren) Frau für eine heterologe künstliche Befruchtung durch **In-vitro-Fertilisation (IVF)** sind als außergewöhnliche Belastung (Krankheitskosten) auch dann zu berücksichtigen, wenn die Frau in einer **gleichgeschlechtlichen Partnerschaft** lebt.

2. Da die Aufwendungen dazu dienen, die Fertilitätsstörung der Steuerpflichtigen auszugleichen, sind sie als **insgesamt** - einschließlich der auf die Bereitstellung und Aufbereitung des Spendersamens entfallenden Kosten - auf dieses Krankheitsbild abgestimmte Heilbehandlung darauf gerichtet, die Störung zu überwinden. Eine **Aufteilung der Krankheitskosten** kommt insoweit nicht in Betracht.

**Parallelverfahren:**

**BFH, Urteil v. 05.10.2017 - VI R 2/17**

**RID 18-01-314**

juris

#### bb) Liposuktion keine wissenschaftlich anerkannte Methode zur Behandlung eines Lipödems

**FG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.09.2017 - 7 K 1940/17**

**RID 18-01-315**

juris  
EStG § 33

**Krankheitskosten** können als außergewöhnliche Belastungen nach § 33 EStG nur dann berücksichtigt werden, wenn die Aufwendungen nach den Erkenntnissen und Erfahrungen der Heilkunde und nach den Grundsätzen eines gewissenhaften Arztes zur Heilung oder Linderung der Krankheit angezeigt sind und vorgenommen werden, also medizinisch indiziert sind. Aufwendungen für die operative Behandlung eines Lipödems (**Liposuktion**) sind nicht absetzbar, weil es sich um eine wissenschaftlich nicht anerkannte Methode zur Behandlung eines Lipödems handelt.

#### cc) Kein Betriebsausgabenabzug eines Zahnarztes für Professorentitel in Ungarn

**FG Münster, Urteil v. 13.10.2017 - 4 K 1891/14 F**

**RID 18-01-316**

juris  
EStG §§ 4 IV, 12 Nr. 1

**Vermittlungskosten** (hier: 40.000 € zzgl. 7.600 € Umsatzsteuer) für eine **Professorenbezeichnung** können nicht als **Betriebsausgabenabzug** eines selbständigen **Zahnarztes** geltend gemacht werden, da von einer nicht unerheblichen privaten Mitveranlassung auszugehen ist.

### b) Umsatzsteuerrecht

#### aa) EuGH: Pharmazeutische Unternehmen/Abschläge für private Krankenversicherung

**EuGH, Urteil v. 20.12.2017 - C-462/16**

**RID 18-01-317**

juris  
EGRL 112/2006 Art. 73, 79, 90 I

Im Licht der vom Gerichtshof der Europäischen Union im Urteil vom 24. Oktober 1996, Elida Gibbs (C-317/94, EU:C:1996:400, Rn. 28 und 31), aufgestellten Grundsätze zur Bestimmung der Mehrwertsteuerbemessungsgrundlage und unter Berücksichtigung des unionsrechtlichen Gleichbehandlungsgrundsatzes ist Art. 90 Abs. 1 der Richtlinie 2006/112/EG des Rates vom 28. November 2006 über das gemeinsame Mehrwertsteuersystem dahin auszulegen, dass der **Abschlag**, den ein **pharmazeutisches Unternehmen** aufgrund einer nationalen Gesetzesregelung einem



**Unternehmen der privaten Krankenversicherung** gewährt, im Sinne dieses Artikels zu einer **Minderung der Steuerbemessungsgrundlage** für dieses pharmazeutische Unternehmen führt, wenn es Arzneimittel über Großhändler an Apotheken liefert, die die Arzneimittel an privat Krankenversicherte liefern, denen von der privaten Krankenversicherung die Kosten für den Bezug der Arzneimittel erstattet werden.

**bb) BFH: EuGH-Vorlage/Steuerbefreiung med. Analysen (Facharzt f. Laboratoriumsdiagnostik)**

**BFH, Beschluss v. 11.10.2017 - XI R 23/15**

**RID 18-01-318**

juris

EGRL 112/2006 Art. 132; UStG § 4 Nr. 14

**Leitsatz:** 1. Beurteilt sich die **Steuerfreiheit von Heilbehandlungen** eines **Facharztes für klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik** im Bereich der Humanmedizin unter Umständen wie denen des Ausgangsverfahrens nach Art. 132 Abs. 1 Buchst. c MwStSystRL oder nach Art. 132 Abs. 1 Buchst. b MwStSystRL?

2. Setzt die Anwendbarkeit von Art. 132 Abs. 1 Buchst. c MwStSystRL - falls diese Bestimmung anwendbar ist - ein **Vertrauensverhältnis** zwischen dem Arzt und der behandelten Person voraus?

**cc) Laborarzt: Umsatzsteuerfreie Analyse und Befundung von Gewebeproben**

**FG Hamburg, Urteil v. 29.08.2017 - 2 K 221/15**

**RID 18-01-319**

Revision anhängig: BFH - XI R 30/17 -

juris

UStG § 4 Nr. 14; EGRL 112/2006 Art. 132 I

**Leitsatz:** Umsätze eines **Laborarztes**, der Gewebeproben anderer Ärzte und/oder Krankenhäuser analysiert und befundet, sind als **Heilbehandlungsleistungen** nach § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG **steuerfrei**. Die Regellösung setzt nicht das Bestehen eines persönlichen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient voraus.

**c) BFH: Körperschaftsteuerbefreiung für Abgabe von Faktorpräparaten zur Heimselbstbehandlung**

**BFH, Urteil v. 18.10.2017 - V R 46/16**

**RID 18-01-320**

juris = BFHE

SGB V § 116b; KStG § 5 I Nr. 9; AO §§ 14, 52, 67

**Leitsatz:** Die **Abgabe von Medikamenten zur Blutgerinnung** (sog. Faktorpräparate) an Hämophiliepatienten ist auch dann dem **Zweckbetrieb Krankenhaus** (§ 67 AO) zuzuordnen, wenn sich der Patient selbst das Medikament im Rahmen einer ärztlich kontrollierten Heimselbstbehandlung verabreicht.

### Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 19.02.2018. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
<b>Honorarverteilung</b>				
Unterdurchschnittlich abrechnende Praxen	B 6 KA 16/16 R <b>Termin:</b> 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?	<i>SG Kiel</i> , 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 <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , 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 <b>Termin:</b> 24.01.2018	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.	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 15.11.2016 - L 4 KA 27/14 -	17-02-5
Anerkennung eines MVZ als Aufbaupraxis	B 6 KA 23/16 R <b>Termin:</b> 24.01.2018	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 überdurchschnittlichem Honorar vor?	<i>LSG Bayern</i> , 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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 26.10.2016 - L 5 KA 4823/15 -	17-02-1 NZB
Richtigstellung eines RLV nach Reduzierung des Versorgungsauftrags	B 6 KA 65/17 R	Unter welchen Voraussetzungen darf das dem Vertragsarzt vor dem Abrechnungsquartal zugewiesene Regelleistungsvolumen in dem nach Ablauf des Abrechnungsquartals ergehenden Honorarbescheid geändert werden?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 25.10.2017 - L 5 KA 3809/15 -	17-04-8
Verminderung des RLV wegen Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung	B 6 KA 66/17 R	War die im Quartal 1/2009 vorgenommene Bereinigung des Regelleistungsvolumens nur bei den an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten rechtmäßig?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 25.10.2017 - L 5 KA 1251/14 -	17-04-5
Regelleistungsvolumen und	B 6 KA 41/16 R	Hat ein Facharzt für Urologie einen Anspruch darauf, dass ambulante Operationen (hier:	<i>LSG Hamburg</i> ,	17-01-17

ambulante Operationen	<b>Termin:</b> 29.11.2017	im Bereich der Harnröhren- und Blasenspiegelung) außerhalb des Regelleistungsvolumens zu den vollen Gebührenwerten ohne Quotierung vergütet werden?	Beschl. v. 30.09.2016 - L 5 KA 14/15 -	
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 Dauerhaftigkeit der Spezialisierung rückblickend unter Berücksichtigung der vorliegenden Abrechnungen des Arztes (nicht vor Ablauf von vier Quartalen) festgestellt werden können?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 13.04.2016 - L 3 KA 2/13 -	16-03-8 NZB
Rückwirkende Änderungen des HVM	B 6 KA 1/18 R	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung befugt, rückwirkende Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (hier: Regelungen zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten) für Sachverhalte vor dem 1.1.2012 (hier: im Quartal I/2009) ohne eine Vereinbarung einseitig nur im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vorzunehmen?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 18.10.2017 - L 7 KA 18/14 -	18-01-3
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?	<b>SG Mainz</b> , Urt. v. 01.02.2017 - S 8 KA 174/16 -	17-02-2
Psychotherapeutenvergütung 2013/ Strukturpauschale	B 6 KA 35/17 R <b>Termin:</b> 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.	<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 22.03.2017 - S 11 KA 8/15 -	17-03-1
	B 6 KA 36/17 R B 6 KA 37/17 R <b>Termin:</b> 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?	<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 22.03.2017 - S 11 KA 27/15 - - S 11 KA 26/15 -	17-03-2 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)?	<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 24.05.2017 - S 83 KA 934/16 -	17-03-4
Psychotherapeutenvergütung 2011	B 6 KA 8/16 R <b>Termin:</b> 11.10.2017	Zur Frage der angemessenen Bewertung psychotherapeutischer Leistungen in der im Jahr 2011 maßgeblichen EBM-Bewertung (juris: EBM-Ä 2008).	<b>SG Kiel</b> , 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 <b>Termin:</b> 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.	<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 17.08.2016 - S 2 KA 195/12 - <b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 01.06.2016 - L 12 KA 150/14 -	16-04-8 17-03-3 NZB
	B 6 KA 32/17 R <b>Termin:</b> 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?	<b>SG Magdeburg</b> , Urt. v. 16.11.2016 -S 13 KA 173/12 WA -	17-03-11
Krankenhaus-Notfallambulanz: Darlegungslast für Labor- und Röntgenleistungen	B 6 KA 68/17 R	Darf die Vergütung der von einem Krankenhaus erbrachten Notfallbehandlung davon abhängig gemacht werden, dass das Krankenhaus die Notwendigkeit der Notfallbehandlung im Einzelnen begründet und ist das Krankenhaus ggfs gehalten, diese Begründung bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens abzugeben?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 19.10.2017 - L 5 KA 1/17 -	18-01-19
Notdienstvergütung: Zulässigkeit strukturvertraglicher Regelungen	B 6 KA 12/16 R <b>Termin:</b> 28.06.2017	Verstoßen Gebührenordnungspositionen zur Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, die von den Partnern der Gesamtverträge für den Bezirk der	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 16.12.2015	16-03-11

zur Benachteiligung von Krankenhäusern		kassenärztlichen Vereinigung vereinbart wurden, gegen höherrangiges Recht, weil sie eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung der von Vertragsärzten im organisierten Notfalldienst auf der einen und von Krankenhausambulanzen auf der anderen Seite erbrachten Notfallbehandlungen darstellen?	- L 12 KA 209/14 -	
Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus (2008)	B 6 KA 67/17 R	Verstoßen die vom Bewertungsausschuss erlassenen Neuregelungen für die Vergütung von Leistungen im Notfalldienst im Jahr 2008 gegen höherrangiges Recht?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 08.02.2017 - L 12 KA 85/15 -	17-02-25 NZB
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?	<b>LSG Baden-Württemberg,</b> Urt. v. 26.10.2016 - L 5 KA 268/15 -	17-02-26
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?	<b>LSG Rheinland-Pfalz,</b> 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?	<b>LSG Rheinland-Pfalz,</b> 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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> 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 <b>Termin:</b> 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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> 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 <b>Termin:</b> 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.	<b>LSG Saarland,</b> 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 <b>Termin:</b> 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?	<b>LSG Saarland,</b> 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 <b>Termin:</b> 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?	<b>LSG Saarland,</b> Urt. v. 24.05.2016 - L 3 KA 1/13 - - L 3 KA 2/13 -	16-03-39 16-03-40

Versorgungsauftrag nach Ausscheiden eines Arztes aus Dialysepraxis	B 6 KA 18/16 R B 6 KA 19/16 R <b>Termin:</b> 15.03.2017	Erlischt ein nach altem Recht erteilter nephrologischer Versorgungsauftrag mit dem Ausscheiden des Arztes aus der Praxis?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 21.08.2015 - L 3 KA 20/13 - - L 3 KA 21/13 -	16-04-27 16-04-28 NZB
Klagebefugnis bei Verlängerung einer Zweigpraxisgenehmigung eines konkurrierenden Nephrologen	B 6 KA 22/16 R <b>Termin:</b> 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 3 Anh 9.1.5 Anl 9.1 BMV-Ä erteilt worden ist, wenn sich die genehmigte Dialysepraxis in ihrer Versorgungsregion befindet?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 21.10.2015 - L 12 KA 108/14 -	16-04-23
Anfechtungsberechtigung: Ausscheiden aus einer überörtlichen BAG	B 6 KA 64/17 R	Zur Anfechtungsberechtigung in Bezug auf eine Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrags zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, wenn nach Auflösung einer auf dem Gebiet der Dialyse tätigen überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) die bisherigen Mitglieder ihre Tätigkeiten getrennt, aber im Übrigen unverändert an ihren jeweils beibehaltenen Vertragsarztsitzen fortsetzen.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 09.08.2017 - L 3 KA 128/15 -	18-01-24
Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt	B 6 KA 32/16 R <b>Termin:</b> 29.11.2017	Verstoßen die Vertragspartner gegen höherrangiges Recht, wenn sie das Fortbestehen der Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einem DMP-Plattformvertrag und den dazugehörigen Diabetes-Vereinbarungen mit dem Erfordernis einer Mindestpatientenzahl (hier: 250 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder 2) verbinden?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. 16.03.2016 - L 12 KA 59/14 -	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?	<i>SG Mainz</i> , Urt. v. 28.06.2017 - S 2 KA 66/14 -	17-04-24
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?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 14.12.2016 - L 4 KA 18/15 -	17-01-33 NZB
Notdienst: Zusätzlicher Bereitschaftsdienst am Sitz der Zweigpraxis	B 6 KA 51/17 R	Verstoßen Regelungen in einer Bereitschaftsdienstordnung einer Kassenärztlichen Vereinigung, wonach Betreiber einer Filialpraxis, die in einem anderen Bereitschaftsdienstbereich als dem Vertragsarztsitz betrieben wird, verpflichtet sind, zusätzlich auch im Bereitschaftsdienstbereich der Filiale am Bereitschaftsdienst teilzunehmen, gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 05.04.2017 - L 12 KA 125/16 -	17-04-27

**Sachlich-rechnerische Berichtigung**

Übertragung der Prüfung auf Folgequartale/Bronchoskopie nach Nr. 09315 EBM	B 6 KA 63/17 R	Darf die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen einer sachlich-rechnerischen Berichtigung aus der Unrichtigkeit der Abrechnung von Leistungen in einem Quartal auf die Unrichtigkeit der Abrechnung dieser Leistungen auch in den Folgequartalen schließen? (Falls ja: unter welchen Voraussetzungen?)	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Beschl. v. 31.03.2017 - L 5 KA 3288/16 -	18-01-13 NZB
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?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 13.06.2017 - L 4 KA 16/14 -	17-04-13
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?	<i>LSG Thüringen</i> , 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 <b>Termin:</b> 29.11.2017	Resultiert aus der Belegarztanerkennung zugleich eine zahlenmäßige Beschränkung der abrechnungsfähigen Leistungen?	<i>LSG Saarland</i> , Beschl. v. 11.01.2016 - L 3 KA 41/12 -	16-04-17 NZB
Untersuchung eines Materials durch Pathologen	B 6 KA 47/16 R <b>Termin:</b> 21.03.2018	Ist für die persönliche Leistungserbringung ausreichend, dass ein Pathologe vorbereitete Befunde überprüft?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 03.03.2016 - L 5 KA 23/15 -	17-01-18 NZB
Akupunktur	B 6 KA 56/17 R	Muss das "ärztlich dokumentierte Schmerzintervall" im Sinne des § 5 Abs 1 Nr 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur unmittelbar dem Beginn der Akupunkturbehandlung vorausgehen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 221/14 -	juris NZB
Vertrauensschutz durch Genehmigung für fachfremde Leistung (Akupunktur)	B 6 KA 47/17 R B 6 KA 48/17 R B 6 KA 49/17 R	Dürfen vertragsärztliche Leistungen sachlich-rechnerisch richtig gestellt werden, wenn eine bestandskräftige Abrechnungsgenehmigung vorlag, die jedoch von Anfang an gegen die Fachgebietsgrenze verstieß und daher nicht hätte erteilt werden dürfen?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 15.03.2017 - L 5 KA 16/15 - - L 5 KA 17/15 - - L 5 KA 18/15 -	17-03-25 17-03-26 17-04-20 NZB
Ort der Leistungserbringung: Zytologischer Arbeitsplatz	B 6 KA 61/17 R	Lässt die Zervix-Zytologie-Vereinbarung nach § 135 Abs 2 SGB 5 eine Erbringung vorbereitender Tätigkeiten an einem nicht von einer Genehmigung erfassten Ort zu?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 18.07.2017 - L 4 KA 17/15 -	17-04-18
Job-Sharing-Obergrenze: Eintritt in bestehende BAG	B 6 KA 48/16 R <b>Termin:</b> 24.01.2018	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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.03.2016 - L 5 KA 3901/12 -	17-01-20 NZB
Berechnung der Rückforderung und vorherige Kürzungen	B 6 KA 58/17 R	Sind bei der Berechnung der Rückforderung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung bereits zuvor erfolgte Honorierungen wegen Überschreitens der Job-Sharing-Obergrenze in voller Höhe als Eurobetrag zu berücksichtigen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 165/14 -	juris 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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 <b>Termin:</b> 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)?	<i>LSG Sachsen</i> , 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 <b>Termin:</b> 24.01.2018 Erl. durch Vergleich	Darf ein Arzneimittelregress allein anhand der Verordnungswerte der Versichertengruppe "Familienangehörige" festgesetzt werden, wenn die Fallzahl dieser Gruppe 20 % der durchschnittlichen Gesamtfallzahl der Fachgruppe unterschreitet?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 17.09.2015 - L 5 KA 29/13 -	16-03-44 NZB
Zuständigkeit der Prüfungsgremien für Verordnung von Impfstoffen	B 6 KA 31/17 R <b>Termin:</b> 21.03.2018	Gehören Impfleistungen zur vertragsärztlichen Versorgung, und ist eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ihrer Verordnung durch die Prüfungsgremien zulässig?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 07.03.2017 - L 4 KA 81/14 -	17-03-40
Schadensregress der Krankenkasse gegen Zahnärztin nur bei	B 6 KA 15/16 R <b>Termin:</b> 10.05.2017	Ist der Regressanspruch einer Krankenkasse gegenüber einem Zahnarzt wegen Mängeln in der prophetischen Versorgung in Fällen, in denen eine Nachbesserung nicht möglich	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 17.06.2015	15-03-47 NZB

Unzumutbarkeit		ist, davon abhängig, dass dem Versicherten die Neuanfertigung durch den bisher behandelnden Zahnarzt nicht zumutbar ist?	- L 12 KA 5044/13 -	
<b>Zulassung und Ermächtigung</b>				
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?	<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 10.05.2017 - S 87 KA 946/16 -	17-04-36
Zulassung (eines MVZ): Aktuelle Rechtslage maßgebend	B 6 KA 31/16 R <b>Termin:</b> 29.11.2017	Ist für den Anspruch auf Zulassung auf die Rechtslage zum Zeitpunkt der Antragstellung abzustellen?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , 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?	<b>LSG Hessen</b> , 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 <b>Termin:</b> 28.06.2017	Haben die Zulassungsgremien bei einem Antrag auf Sonderbedarfszulassung im Bereich der vertragspsychotherapeutischen Versorgung (hier: Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie) die konkrete Versorgungssituation zu ermitteln oder genügt es, wenn auf einen unstreitig hohen Versorgungsgrad in diesem Bereich verwiesen wird?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 27.04.2016 - L 7 KA 48/14 -	16-04-46
Auswahlentscheidung: Berücksichtigung der Tätigkeit nach aufgehobener sofortigen Vollziehung	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 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?	<b>LSG Thüringen</b> , Urt. v. 25.08.2016 - L 11 KA 928/15 -	17-03-48 NZB
Beschäftigung einer Ärztin in der fachinternistischen und hausärztlichen Versorgung	B 6 KA 62/17 R	Darf ein medizinisches Versorgungszentrum eine angestellte Ärztin auf jeweils einer halben Vertragsarztstelle mit einem Versorgungsauftrag in der fachinternistischen und der hausärztlichen Versorgung beschäftigen?	<b>SG Hamburg</b> , Urt. v. 27.09.2017 - S 27 KA 350/16 -	18-01-35
Umwandlung einer MVZ-Arztstelle nach Einstellung des Praxisbetriebs/Kein Teil der Insolvenzmasse	B 6 KA 27/16 R <b>Termin:</b> 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.	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 27.04.2016 - L 7 KA 30/14 -	16-03-66
Verlegung einer Anstellungsgenehmigung	B 6 KA 38/16 R <b>Termin:</b> 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?	<b>SG Hamburg</b> , Urt. v. 28.09.2016 - S 27 KA 39/16, S 27 KA 47/16, S 27 KA 50/16-	17-02-54
Herausgabe einer Bürgschaftsurkunde nach Gesellschafterwechsel	B 6 KA 2/18 R	Kann der Gesellschafter einer GmbH, die ein medizinisches Versorgungszentrum betreibt, nach seinem Ausscheiden aus der Gesellschaft im Rahmen eines Gesellschafterwechsels die Rückgabe einer von ihm dem Zulassungsausschuss vorgelegten Bürgschaftsurkunde verlangen und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 08.11.2017 - L 3 KA 109/15 -	18-01-36
Übernahme einer Einrichtung nach § 311 SGB V durch Erbringer häuslicher Krankenpflege	B 6 KA 46/16 R <b>Termin:</b> 21.03.2018	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?	<b>SG Potsdam</b> , Urt. v. 28.09.2016 - S 1 KA 19/15 -	17-01-50

**Gesamtvergütung/Integrierte  
Versorgung/Aufsicht/GBA/KV/ Pädiatrische  
Spezialambulanz/Hausarztzentrierte Versorgung**

Regionale Punktwertzuschläge auf den Orientierungswert	B 6 KA 5/16 R <b>Termin:</b> 10.05.2017	Verstoßen regionale Punktwertzuschläge auf den Orientierungswert gegen die Grundsätze der Beitragssatzstabilität, der Vorjahresanknüpfung sowie der Wirtschaftlichkeit?	<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 16.12.2015 - L 5 KA 68/13 KL -	16-03-69
Regionaler Punktwert/Veränderungsrate 2013 Bayern	B 6 KA 14/16 R <b>Termin:</b> 10.05.2017	Ist ein Schiedsamt an Beschlüsse des Bewertungsausschusses und des erweiterten Bewertungsausschusses gebunden?	<b>LSG Bayern</b> , 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 <b>Termin:</b> 29.11.2017	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?	<b>LSG Hessen</b> , 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 <b>Termin:</b> 24.01.2018	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.	<b>LSG Saarland</b> , 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?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 02.11.2017 - L 4 KA 14/12 -	17-02-67
Honorarkürzung u. Fortbildungspflicht: Krankenkassenanspruch?	B 6 KA 60/17 R	Sind die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen verpflichtet, das nach § 95d Abs 3 SGB 5 einbehaltene Honorar an die Krankenkassen auszukehren?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 08.03.2017 - L 11 KA 21/15 -	17-04-49
Ausschluss des Medizinprodukts Laxatan	B 6 KA 34/16 R <b>Termin:</b> 29.11.2017	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?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 28.06.2016 - L 7 KA 100/13 KL -	16-04-56
Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei KV-Gremienwahlen	B 6 KA 57/17 R	Findet der Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei Wahlen von Gremien der Vertreterversammlung einer Kassenärztlichen Vereinigung auch dann Anwendung, wenn die Satzung keine "Fraktionen" vorsieht und unabhängig davon, ob es sich um Gremien mit Entscheidungskompetenz oder um solche mit nur beratender Funktion handelt?	<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 31.05.2017 - S 12 KA 100/17 -	17-03-71
Pädiatrische Spezialambulanz: Zusätzliche Pauschale nicht für Vergangenheit	B 6 KA 10/16 R (alt: B 1 KR 12/16 R) <b>Termin:</b> 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?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 03.03.2016 - L 5 KA 25/15 KL -	16-02-59
Hausarztzentrierte Versorgung	B 6 KA 44/16 R <b>Termin:</b> 21.03.2018	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?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 149/14 -	17-02-68
Hausarztzentrierte Versorgung: Geschiedster Vertrag/Aufsichtsverfügung	B 6 KA 59/17 R (alt: B 1 KR 27/17 R) <b>Termin:</b> 21.03.2018	Darf die Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse zur Umsetzung des von der Schiedsperson festgesetzten Vertrags zur Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung verpflichten, obwohl die Krankenkasse den Vertrag für rechtswidrig hält und dies gegenüber dem Vertragspartner gerichtlich geltend macht?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 04.04.2017 - L 5 KR 244/15 KL -	17-04-148

**Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV**



<b>Hessen</b>				
Einnahmen aus Sonderverträgen/ Rederecht des weiteren Stellvertreters des Vorsitzenden des Beirats	B 6 KA 53/17 R B 6 KA 55/17 R B 6 KA 52/17 R B 6 KA 54/17 R	Inwieweit sind Einnahmen aus Sonderverträgen bei der Festsetzung des Punktwertes nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in der Fassung ab 1.7.2012 zu berücksichtigen? In welchem Umfang sind die inaktiven Mitglieder des gewählten EHV-Beirats der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen an den Sitzungen der Vertreterversammlung zu beteiligen, und welche Auswirkungen hat dies auf die formelle Rechtmäßigkeit der in der Sitzung verabschiedeten Satzungsregelungen zu den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung?	<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 31.05.2017 - S 12 KA 704/15 - - S 12 KA 727/15 - - S 12 KA 706/15 - - S 12 KA 705/15 -	17-03-82 17-03-83 17-03-84 17-03-85

**Sonstiges/Verfahrensrecht**

**Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung**

Stand: 14.02./15.02.2018. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 1. bzw. 3. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

<b>Sachgebiet</b>	<b>Aktenzeichen:</b>	<b>Rechtsfrage</b>	<b>Vorinstanz</b>	<b>RID</b>
<b>Ärztliche Behandlung</b>				
Ambulante PET-CT-Untersuchung bei metastas. Sigmakarzinom	B 1 KR 29/17 R	Zum Anspruch Versicherter auf eine PET-CT-Diagnostik nach § 2 Abs 1a SGB 5.	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 28.03.2017 - L 4 KR 215/14 -	17-04-72 NZZ
Zahnärztliche Behandlung: Zahnreinigung	B 1 KR 30/16 R <b>Termin:</b> 11.07.2017	Umfasst die Regelung des § 22a SGB V die Entfernung weicher Zahnbeläge?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 26.04.2016 - L 4 KR 116/14 -	17-01-75 NZZ
<b>Kostenerstattung</b>				
Behandlung durch Podologen bei Systemmangel (eingewachsene Zehennägel)	B 1 KR 34/17 R	Kann eine im Anhang I des EBM (juris: EBM-Ä 2008) als nicht gesondert berechnungsfähig aufgeführte vertragsärztliche Leistung (hier: podologische Nagelspannbehandlung) zur Überwindung eines Systemmangels (keine leistungsbereiten Vertragsärzte) ausnahmsweise auch bei einem fachkundigen nichtärztlichen Leistungserbringer (hier: bei einem staatlich geprüften und fachlich qualifizierten Podologen) zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen werden?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 11.10.2017 - L 9 KR 299/16 -	18-01-77
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?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 29.09.2016 - L 16/1 KR 321/14 -	17-02-149 NZZ
Genehmigungsfiktion bei allen möglichen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	B 3 KR 8/16 R (alt: B 1 KR 14/16 R) <b>Zurücknahme</b>	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	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 23.02.2016 - L 5 KR 351/14 -	16-03-108

		Nutzen abgegeben und der Bewertungsausschuss sie nicht zum Gegenstand des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) gemacht hat?		
Genehmigungsfiktion: Fünf-Wochenfrist bei Einholung eines MDK-Gutachtens ohne Mitteilung	B 1 KR 3/17 R <b>Termin:</b> 26.09.2017 Vorlagebeschl. an GrS	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?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , 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 einholt, zur Geltung der 3-Wochenfrist des § 13 Abs 3a S 1 Fall 1 SGB 5?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 18.05.2017 - L 8 KR 159/16 - - L 8 KR 42/16 -	17-03-118 17-03-119
Fristverlängerung (Liposuktion bei Lipödem)	B 1 KR 8/17 R <b>Termin:</b> 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?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 02.03.2017 - L 5 KR 217/16 -	17-02-112
Genehmigungsfiktion: Leistungen der medizinischen Rehabilitation/Aufhebung der Genehmigungsfiktion	B 3 KR 12/17 R <b>Termin:</b> 15.03.2018	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.	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 31.01.2017 - L 5 KR 471/15	17-02-133
Genehmigungsfiktion: Beschränkung auf Leistungskatalog der GKV (Liposuktion)	B 1 KR 33/17 R	Liegt eine Liposuktion für den Versicherten erkennbar offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung, so dass kein Raum für eine Genehmigungsfiktion (§ 13 Abs 3a SGB 5) ist?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Beschl. v. 31.05.2017 - L 4 KR 4101/16 -	18-01-70 NZB
Kein Sachleistungsanspruch aufgrund der Genehmigungsfiktion (Therapiepedreirad)	B 3 KR 4/16 R <b>Termin:</b> 15.03.2018	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.	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 10.12.2015 - L 1 KR 413/14 -	16-01-118
Genehmigungsfiktion und Sachleistungsanspruch	B 1 KR 26/16 R <b>Termin:</b> 11.07.2017	Gewährt § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 einen Sachleistungsanspruch eigener Art?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 07.09.2016 - L 20 KR 597/15 -	16-04-120
Sachleistungsanspruch	B 1 KR 7/17 R <b>Termin:</b> 07.11.2017 B 1 KR 12/17 R Zurücknahme B 1 KR 16/17 R Zurücknahme	Gewährt § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 einen Sachleistungsanspruch eigener Art?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 06.12.2016 - L 1 KR 680/15 - <b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 12.01.2017 - L 4 KR 37/15 - <b>LSG Saarland</b> , Urt. v. 22.02.2017 - L 2 KR 47/16 -	17-01-96 NZB 17-03-133 17-03-151
Genehmigungsfiktion und Liposuktion	B 1 KR 1/17 R <b>Termin:</b> 11.07.2017	Findet § 13 Abs 3a SGB 5 Anwendung, wenn die Krankenkasse nicht fristgerecht über einen Antrag auf stationäre Liposuktion entscheidet?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , 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?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 28.03.2017 - L 4 KR 97/15 -	17-03-146
Genehmigungsfiktion: Leistungsberechtigung/Einwendungsausschluss	B 1 KR 2/17 R <b>Termin:</b> 07.11.2017	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?	<b>SG Köln</b> , Urt. v. 15.11.2016 - S 34 KR 1026/15 -	17-02-115
Genehmigungsfiktion: Unterschenkelprothese u. Reha-Leistung	B 3 KR 18/17 R <b>Termin:</b> 19.12.2017	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?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 05.01.2017 - L 5 KR 43/16 -	17-04-92 NZB

Genehmigungsfiktion: Zurücknahme/Sachleistungsanspruch	B 1 KR 15/17 R <b>Termin:</b> 07.11.2017	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?	<i>LSG Saarland,</i> Urt. v. 17.05.2017 - L 2 KR 24/15 -	17-03-156
Ruhen des Anspruchs nach § 13 IIIa SGB V während Auslandsaufenthalts	B 1 KR 1/18 R	Kann ein Versicherter seinen infolge der Genehmigungsfiktion bestehenden Anspruch durch eine im (vertragslosen) Ausland selbst beschaffte Leistung (hier: Brust- und Bauchstraffungsoperation durch Abdominalplastik in der Türkei) realisieren oder ruht der Anspruch aus § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V aufgrund seines Aufenthalts im Ausland?	<i>LSG Hessen,</i> Urt. v. 09.11.2017 - L 1 KR 210/17 -	18-01-73
Zurücknahme einer fingierten Genehmigung	B 1 KR 24/17 R <b>Termin:</b> 07.11.2017	Kann eine Krankenkasse eine fingierte Genehmigung durch Verwaltungsakt zurücknehmen, wenn die Versicherte die Leistung - hier: Abdominalplastik - sich noch nicht selbst beschafft hat. 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> Urt. v. 06.04.2017 - L 16 KR 202/16 -	17-03-155

#### Stationäre Behandlung

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?	<i>LSG Sachsen,</i> Urt. v. 23.07.2015 - L 1 KR 104/15 - <i>LSG Baden-Württemberg,</i> 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz,</i> Urt. v. 18.05.2017 - L 5 KR 95/15 -	17-03-127

#### Auslandskrankenbehandlung

##### Arzneimittel

Immunglobuline bei monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz	B 1 KR 4/17 R <b>Termin:</b> 20.03.2018	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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen,</i> 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.	<i>LSG Berlin-Brandenburg,</i> 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 <b>Termin:</b> 15.03.2018	Umfasst der Anspruch auf Versorgung mit Inkontinenzmaterial auch die Kosten für die Entsorgung nach dem Gebrauch?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urtr. v. 19.10.2016 - L 5 KR 71/16 -	16-04-137 NZB
<b>Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe</b>				
Seniorenresidenz als geeigneter Ort	B 3 KR 11/16 R <b>Termin:</b> 30.11.2017	Kann häusliche Krankenpflege durch den Betreiber eines Pflegedienstes erfolgen, der einen Schwerstpflegebedürftigen in einem für die Intensivpflege hergerichteten, ihm gehörenden Gebäude pflegt ("Service-Wohnen")?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urteil v. 19.11.2015 - L 5 KR 5/15 -	16-01-141 NZB
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	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urtr. v. 15.12.2016 - L 5 KR 33/16 -	17-02-148
<b>Fahrkosten</b>				
<b>Zuzahlung</b>				
<b>Rehabilitationsmaßnahmen</b>				
<b>Krankenhauskosten</b>				
Transkatheter-Aortenklappen-Implantation und Grundversorgung	B 1 KR 2/18 R	Hat ein zur akutstationären Grundversorgung zugelassenes Plankrankenhaus (hier: der Versorgungsstufe 1 in Bayern) einen Vergütungsanspruch für die Durchführung einer Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI) gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse?	<i>LSG Bayern</i> , Urtr. v. 18.07.2017 - L 5 KR 102/14 -	18-01-107
Krankenhauseinweisung für stationäre Behandlung	B 1 KR 26/17 R	Ist die ärztliche Krankenhauseinweisung Voraussetzung für die stationäre Behandlungsbedürftigkeit sowie für die Abrechenbarkeit stationärer Vergütungsansprüche?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urtr. v. 25.07.2017 - L 4 KR 10/15 -	17-04-117
Erfüllungsfiktion des § 107 SGB X	B 1 KR 15/16 R <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Hamburg</i> , Urtr. v. 30.03.2016 - L 1 KR 18/14 -	16-04-148
Rechnungskorrektur nach Ende des Haushaltsjahrs	B 1 KR 27/16 R <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urtr. v. 22.09.2016 - L 5 KR 396/16 -	17-01-138
Rückforderungsanspruch: Unterlassen der Prüfung der Behandlungsbedürftigkeit durch MDK	B 1 KR 35/17 R	Ist der Rückforderungsanspruch einer Krankenkasse nach Treu und Glauben ausgeschlossen, wenn sie die Erforderlichkeit einer stationären Aufnahme nicht unmittelbar nach der Behandlung prüft, obwohl das Krankenhaus zu der eigentlich ambulant durchführbaren Behandlung keine Angaben zum Grund der stationären Aufnahme gemacht hat?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urtr. v. 28.06.2017 - L 4 KR 40/16 - Urtr. v. 25.04.2017 - L 4 KR 350/14 -	18-01-105 18-01-104
Teilstationäre Krankenhausbehandlung: Abrechnung der Arzneimittel als Einzelmengen	B 1 KR 30/17 R	Können bei einer teilstationären onkologischen Krankenhausbehandlung mit einem bestimmten Arzneimittel, die an verschiedenen Behandlungstagen erfolgt ist, die Mengen des verabreichten Medikaments als Einzelmengen abgerechnet werden?	<i>LSG Saarland</i> , Urtr. v. 25.08.2017 - L 2 KR 5/16 -	18-01-123
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.	<i>LSG Hamburg</i> , Urtr. v. 26.06.2016 - L 1 KR 116/13 -	16-04-153
Fallzusammenführung	B 1 KR 3/16 R <b>Termin:</b> 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)?	<i>LSG Hamburg</i> , Urtr. v. 21.01.2016 - L 1 KR 172/13 -	16-03-142
Voraussetzungen einer Beurlaubung	B 1 KR 29/16 R	Fordert das Wirtschaftlichkeitsgebot, dass die Behandlung eines Versicherten, der nach	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> ,	17-01-146

	<b>Termin:</b> 28.03.2017	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?	Urt. v. 02.06.2016 - L 5 KR 38/16 -	NZB
Kodierung nicht vollendeter oder unterbrochener Prozeduren	B 1 KR 9/17 R <b>Termin:</b> 26.09.2017	Zur Kodierung von nicht vollendeten oder unterbrochenen Prozeduren.	<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 20.07.2016 - L 1 KR 13/15 -	17-02-172 NZB
Zusatzentgelt	B 1 KR 17/17 R <b>Termin:</b> 19.12.2017	Wie ist die Vereinbarung eines Zusatzentgelts gemäß § 6 Abs 2 KHEntG im Rahmen der Auslegung des Qualitätsgebots zu berücksichtigen, wenn das Krankenhaus eine neue Behandlungsmethode - hier Implantation von endobronchialen Nitinolspiralen zur Lungenvolumenreduktion - anwendet?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , 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 <b>Termin:</b> 20.03.2018	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?	<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 17.05.2017 - L 1 KR 56/14 -	17-04-134
Maschinelle Beatmung	B 1 KR 18/17 R <b>Termin:</b> 19.12.2017	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?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 15.11.2016 - L 11 KR 4054/15	17-01-147 NZB
Anrechenbare Beatmungsstunden	B 1 KR 40/17 R	Hat eine Krankenkasse, auch ohne Einverständnis des Versicherten, einen Anspruch auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen des Krankenhauses während des Rechtsstreits über die Abrechnung der DRG A11C?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 22.11.2017 - L 5 KR 1284/16 -	18-01-118
Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen	B 1 KR 19/17 R <b>Termin:</b> 19.12.2017	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 Komplexleistungen.	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14.12.2016 - L 5 KR 4875/14 -	17-01-148 NZB
Gebiet „Chirurgie“: Implantation der Knie-TEP nach Krankenhausplan	B 1 KR 32/17 R	Ist bei der Beurteilung des für die Feststellung des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses maßgeblichen Versorgungsauftrags nach dem Landeskrankenhausplan auf die jeweils im Zeitpunkt der streitigen Leistungserbringung gültige Weiterbildungsordnung abzustellen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 29.06.2017 - L 16 KR 711/15 -	18-01-113
OPS 8-98b: Zeitgrenze von 30 Minuten	B 1 KR 38/17 R B 1 KR 39/17 R	Reicht es für die Abrechnung des OPS 8-98b aus, dass die Zeitgrenze von 30 Minuten für den Transport eines Patienten zu einem Kooperationspartner des behandelnden Krankenhauses nur bei Tageslicht eingehalten werden kann?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 23.11.2017 - L 5 KR 194/16 - - L 5 KR 90/16 -	18-01-126 18-01-125
Grundrechtsorientierte Leistungsgewährung bei abzulehnender Arzneimittelzulassung	B 1 KR 36/17 R	Besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Medikamenten, bei denen im Rahmen des Zulassungsverfahrens bereits Anhaltspunkte bestehen, dass eine Zulassung nicht erteilt werden würde und die Zulassung nicht weiter betrieben wird (hier: Avastin für die Indikation des rezidivierenden Glioblastoms)?	<b>SG Chemnitz</b> , Urt. v. 25.10.2017 - S 38 KR 2463/15	18-01-124
Aufwandspauschale und Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit	B 1 KR 24/16 R <b>Termin:</b> 23.05.2017	Gibt es bei der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung die Pflicht der Krankenkasse, eine Aufwandspauschale zu zahlen?	<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 08.08.2016 - S 6 KR 93/16 -	16-04-165
	B 1 KR 28/16 R <b>Termin:</b> 23.05.2017	Gibt es bei Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung die Pflicht der Krankenkasse, eine Aufwandspauschale zu zahlen?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 21.06.2016 - L 16/1 KR 541/14 -	16-03-158 NZB
Feststellungsklage auf Feststellung	B 1 KR 3/18 R	Zur Zulässigkeit der Umstellung einer Klage auf Erstattung von Krankenhausvergütung	<b>LSG Hessen</b> ,	18-01-143

der Verfahrenskostentragung		auf einen materiellrechtlichen Kostenerstattungsanspruch. Keine Feststellungsklage auf Feststellung der Verfahrenskostentragung	Urt. v. 26.01.2017 - L 8 KR 400/14 -	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	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 07.12.2016 - L 9 KR 333/13 -	17-02-192
Ausländische Versandapotheke und Umsatzsteuer	B 3 KR 19/17 R	Zur umsatzsteuerrechtlichen Behandlung von Arzneimittellieferungen einer Apotheke aus einem anderen EU-Land an die Mitglieder inländischer gesetzlicher Krankenkassen.	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 06.07.2017 - L 5 KR 105/16 -	17-04-140
Mischpreisbildung für Arzneimittel (Wirkstoff: Albiglutid)	B 3 KR 20/17 R	Zur Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs der Schiedsstelle nach § 130b Abs 5 SGB 5 bezüglich des Zuschlag(es) auf die Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie und der Mischpreisbildung in der Konstellation unterschiedlich nutzenbewerteter Patientengruppen.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 28.06.2017 - L 9 KR 213/16 KL -	17-03-215
Mischpreisbildung bei unterschiedlich nutzenbewerteter Patientengruppen	B 3 KR 21/17 R	Zum Begründungsumfang eines Schiedsspruchs zur Festsetzung von Erstattungsbeträgen für Arzneimittel gemäß § 130b SGB 5 insbesondere im Hinblick auf eine Verpflichtung zur Offenlegung des Rechenwegs. Zur Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs der Schiedsstelle nach § 130b Abs 5 SGB 5 zur Mischpreisbildung bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages in der Konstellation unterschiedlich nutzenbewerteter Patientengruppen.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 28.06.2017 - L 9 KR 72/16 KL -	17-04-141
Arzneimittelhersteller/Festbetragsfestsetzung: Vorübergehende Lieferschwierigkeiten	B 3 KR 9/16 R	Zur Frage der Rechtmäßigkeit der Anpassung eines Festbetrages für Arzneimittel bei einem zwischenzeitlich eingetretenen Zeitablauf von mehreren Monaten zwischen dem Bewertungsstichtag und dem Wirksamwerden der Festbetragsanpassung einschließlich einer eingeschränkten Lieferfähigkeit des Produkts.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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?	<i>LSG Hessen</i> , Ur. 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.	<i>LSG Bayern</i> , Ur. 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-/Flexionsbegrenzung") oder ist der vom Gesetzgeber vorgegebene Zweck des Hilfsmittelverzeichnisses bereits dann erfüllt, wenn das betreffende Hilfsmittel überhaupt aufgenommen/gelistet wird?	<i>LSG Thüringen</i> , Ur. v. 28.03.2017 - L 6 KR 1809/13 -	17-03-216
Hilfsmittelverzeichnis: Aufnahme des Speedy-Duo 2?	B 3 KR 3/16 R <b>Termin:</b> 30.11.2017	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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Ur. v. 08.12.2015 - L 1 KR 61/11 -	16-01-184
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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Ur. 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?	<i>LSG Thüringen</i> , Ur. v. 20.04.2017 - L 6 KR 936/14 -	17-03-218
Unterbliebene Durchführung des Schiedsverfahrens	B 3 KR 31/15 R <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Ur. v. 18.11.2015 - L 5 KR 2883/13 - <i>LSG Baden-Württemberg</i> , Ur. v. 21.02.2017 - L 11 KR 4278/15 -	16-01-185 17-02-200

#### **Integrierte Versorgung**

##### **Krankenkassen**

Elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild?	B 1 KR 31/17 R	Ist die Krankenkasse berechtigt, ein eingereichtes Lichtbild länger als zur Herstellung der elektronischen Gesundheitskarte erforderlich zu speichern?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Ur. v. 23.11.2016 - L 5 KR 1768/16	17-04-145 NZB
Spielraum zur Erhöhung der Vorstandsbezüge	B 1 A 1/17 R (alt: B 1 KR 23/17 R) <b>Termin:</b> 20.03.2018	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?	<i>LSG Bayern</i> , Ur. v. 21.03.2017 - L 5 KR 334/15 KL -	17-04-147

##### **GBA**

##### **Sonstiges**

Abgabepflicht für Mitarbeiter eines Ärzteblatts einer Ärztekammer	B 3 KS 3/15 R <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Ur. v. 16.06.2015 - L 4 R 183/10 -	16-01-251
Selbstständige Tätigkeit/abhängige Beschäftigung im Rundfunk	B 1 KR 31/16 R (alt: B 12 KR 21/16 R) <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Hessen</i> , Ur. v. 06.10.2016 - L 8 KR 101/14 -	juris

Beschwerdewert	B 3 KR 14/17 R	Kommt es für den Beschwerdewert iS von § 144 Abs 1 S 1 Nr 1 SGG auf den wegen der Erfüllungswirkung nach § 107 Abs 1 SGB 10 verringerten Betrag der geltend gemachten Forderung an (hier: wenn der Kläger einen Anspruch auf Krankengeld geltend macht, im streitgegenständlichen Zeitraum aber bereits Leistungen in Form von Arbeitslosengeld bezogen hat)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 20.04.2017 - L 5 KR 175/16 -	17-04-154
----------------	----------------	---	---	-----------

### Anhang III: BSG - Anhängige Verfahren Großer Senat

Stand: 24.01.2018. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen Großer Senat <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
<b>Verfahrensfragen</b>				
Anforderungen an Begründung einer zugelassenen Revision	GS 1/17 (B 1 KR 3/17 R)	Muss die Begründung einer zugelassenen Revision, mit der keine Verfahrensmängel gerügt werden, Tatsachen bezeichnen, die den gerügten Mangel ergeben, insbesondere die in der angefochtenen Entscheidung getroffenen tatsächlichen Feststellungen angeben, um den Anforderungen der Regelung des § 164 Abs 2 S 3 SGG zu genügen? Erfordert die Begründung einer zugelassenen Revision, mit der keine Verfahrensmängel gerügt werden, nach der Regelung des § 164 Abs 2 S 3 SGG, dass sie die Gründe aufzeigt, die nach Auffassung des Revisionsklägers aufgrund einer Auseinandersetzung mit den Gründen der angefochtenen Entscheidung das Urteil unrichtig erscheinen lassen, ohne eigens Tatsachen zu bezeichnen, insbesondere ohne die in der angefochtenen Entscheidung getroffenen tatsächlichen Feststellungen anzugeben?	<i>BSG</i> , Beschl. v. 26.09.2017 - B 1 KR 3/17 R -	18-01-