

Rechtsprechungsinformationsdienst 17-01

REDAKTION	9
EDITORISCHE HINWEISE	9
ERRATUM	9
A. VERTRAGSARZTRECHT	10
I. Honorarverteilung	10
1. Vergütung ab Quartal I/12	10
a) Umfang der Bindung an KBV-Vorgaben/Zuschlagsregelung für Kooperationen	10
b) Obergrenze als Regelleistungsvolumen: Neurochirurg (Nr. 16210 bis 16212 EBM)	10
c) Härtefallregelung nach § 6b HVM KV Nordrhein	11
2. Vergütung ab Quartal I/09	11
a) Regelleistungsvolumen (RLV)/QZV	11
aa) Jungpraxis: Fallzahlen des Vorjahresquartals bis zum Fachgruppendurchschnitt	11
bb) Honorarregelungen für sog. Jungpraxen (KV Brandenburg)	11
cc) Zuweisung des Regelleistungsvolumens nach Zulassungsstatus	12
dd) Keine Ausnahme für ambulante Operationen	12
ee) Praxisbesonderheit im aktuellen Quartal/Bezug auf Gesamthonoraranforderung	12
ff) Fallzahlerhöhung: „Außergewöhnlich starke“ Erhöhung der Fallzahlen	13
gg) MVZ: Keine Fallzahl vorheriger Praxis/Kooperationszuschlag/Morbiditätszuschlag	13
hh) Schmerztherapeutisch tätige Fachärztin für Anästhesiologie: Kein QZV Akupunktur	13
b) Budgetierung Vorwegleistungen (KV Hessen: Anpassungs- u. Sicherstellungsindex/Nephrologen)	14
c) Investitionskostenabschlag von 10 % auch bei Vergütung von Dialysesachkosten	14
3. Vergütung bis Quartal IV/08	14
a) Abstufung der Fallpunktzahl/Fallzahlobergrenze	14
b) Punktwert der invasiv tätigen Kardiologen (Quartal I/06 KV Hessen)	14
4. Leistungsbegrenzung bei nur hälftigem Versorgungsauftrag	15
5. Bindungswirkung eines rechtskräftigen Bescheidungsurteils	15
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	15
1. Plausibilitätsprüfung	15
a) Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Untersuchung eines Materials durch Pathologen	15
b) Pauschalierende Erwägungen bis zum Grenzwert von 10 % gemeinsamer Fälle	16
2. Job-Sharing	17
a) Job-Sharing-Obergrenze	17
aa) Bindung an zu hohe Festsetzung	17
bb) Keine Bindung bei sittenwidriger Festsetzung	17
b) Wirksamwerden eines Verzichts auf Job-Sharing-Zulassung	18
3. Punktion von Gelenken (Nr. 02341 EBM)	18
4. Neurochirurgen: Offen chirurgische Facettendenervationen (Nr. 31131 EBM)	18
5. Zuschlag für diabetologische Schwerpunktpraxen nur bei Hausärzten (Nr. 03212 EBM)	19
6. Erhebung von allgemeinen Verwaltungskosten auch für Leistungen im Notdienst	19
7. Kein Vollziehungsinteresse nach 15-jähriger Untätigkeit der KV	19
8. Zahnärztliche Behandlung	19
a) Häufigere Fluoridierung in Ausnahmefällen nur in regelmäßigen Abständen	19
b) Beginn der Ausschlussfrist bei kieferorthop. Behandlung/Fehlender Leistungsnachweis	20
III. Genehmigung/Zweigpraxis/Notdienst/Disziplinarrecht	20
1. Widerruf der Genehmigung zur Teilnahme an Diabetesvereinbarung/Mindestpatientenzahl	20
2. Rücknahme eines weiteren Versorgungsauftrages nach Anlage 9.1 BMV-Ä	20
3. Keine Zweigpraxis in 1,7 km Entfernung vom Hauptsitz	21
4. Notdienst	21
a) Keine Teilnahmepflicht eines ermächtigten Krankenhausarztes	21
b) Verpflichtung zur Teilnahme am Sitz der Zweigpraxis	21
5. Anfechtung eines Disziplinarbescheids: Keine Verfahrensunterbrechung nach Insolvenzeröffnung	22
6. Genehmigung einer Dialysepraxis nach § 6 III der Anl. 9.1 BMV-Ä	22
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	23

1. Einziehung durch KV/30-jährige Verjährung für vollstreckbare Vergleiche	23
2. Keine Aufrechnung von Kostenerstattungsansprüchen mit Honorarkonto/-kürzung	24
3. Arzneikostenregress	24
a) Richtgrößenprüfung: Praxisbesonderheit wegen belegärztlicher Tätigkeit/„Filterverfahren“	24
b) Sprechstundenbedarf: Unterdurchschnittliche Einzelverordnungen (Onkologie)	24
4. Zulässigkeit statistischer Durchschnittsprüfung/„Schwere Fälle“/Zahnerhaltende Behandlung	25
V. Zulassungsrecht	25
1. Zulassungen	26
a) Sonderbedarfszulassung	26
aa) Zumutbare Wegezeiten/Versorgungsanspruch der Versicherten und Versorgungsbedarf	26
bb) Abstellen auf Einzugsbereich der Praxis und nicht auf Planungsbereich	26
cc) Keine Ergänzung einer KJP-Zulassung durch Zulassung als Psycholog. Psychotherapeut	26
b) Teilaufhebung der Sperrung: Job-Sharing-Verhältnis/Bewerbersauswahl	27
c) Praxisnachfolge durch Anstellung: Allgemeine Voraussetzungen der Praxisnachfolge	27
2. Zulassungsentziehung	28
a) Nichtmehrausüben der vertragsärztlichen Tätigkeit: Geringe Fallzahl	28
b) Visuelles Ausspionieren der Praxisangestellten in ihrer Intimsphäre	28
3. Keine Übernahme einer Einrichtung nach § 311 SGB V durch Erbringer häuslicher Krankenpflege	29
4. Verlegung des Vertragsarztsitzes in stärker übertersorgten Teilbereich des Planungsbereichs	29
5. MVZ kann Gründer eines anderen MVZ sein	29
VI. Gesamtvergütung/Erstattungsanspruch § 95d SGB V	30
1. Erhöhter regionaler Punktwert: Kriterien einer prospektiven Schätzung	30
2. Erstattungsanspruch der Krankenkasse wg. Honorarkürzung nach § 95d SGB V	30
VII. Streitwert/Kosten/Sonstiges	30
1. Termingebühr nach Nr. 3104 VV-RVG: Grundsätzliche Einigungsbereitschaft	30
2. Amtsentbindung ehrenamtlicher Richter nach Versetzung in den einstweiligen Ruhestand	31
VIII. Bundessozialgericht (BSG)	31
1. Honorarverteilung	31
a) Investitionskostenabschlag auch für Behandlung ambulanter Notfälle	31
b) Investitionskostenabschlag für Dialysesachkosten	31
2. Sachlich-rechnerische Berichtigung	32
a) Antrag einer Krankenkasse/Bagatellgrenze/Bindung an Prüfung der Krankenkasse	32
b) EBM-Wortlautauslegung nach allgemeinem Bedeutungsgehalt, nicht nach Fachterminologie	32
c) MKG-Chirurgen: Splittingverbot	32
3. Aufhebung einer Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrages nach Anl. 9.1 BMV-Ä	32
4. Strahlentherapeutische Leistungen für Radiologen fachfremd	33
5. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	33
a) Richtgrößenprüfung: Keine Differenzierung zwischen ländlich/städtisch geprägten Regionen	33
b) Darlegungspflicht des Vertragsarztes vor Prüfungsgremien	33
6. Zulassungsrecht	34
a) BAG-Arztanstellung/Bedarfsplanung und Arztgruppen/Entscheidungssperre	34
b) Nachbesetzung einer Arztstelle: Umwandlung einer Vollzulassung in ¾-Stelle	34
c) Beteiligtenfähigkeit des MVZ-Rechtsträgers/Nachbesetzung einer ¼-Arztstelle u. Antragsfrist	34
d) MVZ selbst nicht beteiligtenfähig	34
7. Vorläufiges Zurückbehaltungsrecht: Einbehalte von Gesamtvergütungsanteilen (EKV-Z)	35
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	36
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	36
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: Liposuktion	36
2. Zahnärztliche Behandlung	36
a) Zahnreinigung nach Behandlungsrichtlinie-ZÄ bei behinderungsbedingten Einschränkungen	36
b) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode: Unterkieferprotrusionsschiene	36
II. Stationäre Behandlung	37
1. Präfinaler Zustand: Ambulante Palliativversorgung ausreichend	37
2. Potential i. S. d. § 137c III SGB V: Liposuktion bei Lipödem	37
3. Bariatrische Operation: Nahtinsuffizienz einer Gastroplastik	37
4. Operative Entfernung von Fetteinlagerungen (Xanthelasmata) im Lidbereich	38
5. Mammareduktionsplastik bei Rückenbeschwerden	38
6. Keine Korrekturoperation der Brüste wegen psychischer Belastung	38
7. Transsexualismus: Subkutane Mastektomie nicht nach subjektiver Vorstellung des Versicherten	38

III. Kostenerstattung	39
1. Genehmigungsfiktion	39
a) Fristsetzung für Mitwirkungshandlung erforderlich (Magenbypass)	39
b) Unzureichende Mitteilung/Sachleistungsanspruch/Rücknahme (Magenbypass-Operation)	39
c) Naturalleistungsanspruch für Magenband-Operation	39
d) Nichteinhaltung der Frist/Sachleistungsanspruch (Hautstraffungsoperation u. Liposuktion)	40
e) Sachleistungsanspruch (Bodylift im Rahmen einer stationären Behandlung)	40
f) Genehmigungsfiktion auch nach Erhalt ablehnenden Bescheids (Bariatrische Operation)	40
g) Keine Beschränkung auf Kostenerstattung (Postbariatrische Wiederherstellungsoperationen)	41
h) Ambulante mehrschrittige Liposuktion/Sachleistungsanspruch	41
i) Naturalleistungsanspruch/Keine Rücknahme der Genehmigungsfiktion	41
j) Sachleistungsanspruch/Leistungskatalog der GKV/Fristbeginn/Rücknahme	41
k) Sachleistungsanspruch/Leistung zur medizinischen Rehabilitation/Rücknahmevoraussetzungen	42
l) Sachleistungsanspruch/Rücknahme der fiktiven Genehmigung nur bei deren Rechtswidrigkeit	43
m) Sachleistungsanspruch (Magen-Bypass-Operation)	43
n) Sachleistungsanspruch (Körperstraffungs- und Wiederherstellungsoperation)	43
o) Genehmigungsfiktion auch bei neuer Behandlungsmethode (Crosslinking-Behandlung)	43
p) Befürwortung der ambulanten wasserstrahlassistierten Liposuktion durch behandelnde Ärzte	43
q) Privatleistung außerhalb GKV-Leistungskatalogs/Keine Unaufschiebbarkeit bei Liposuktion	44
r) Folgenabwägung: Genehmigungsfiktion umfasst auch Sachleistungsanspruch (Bariatrische Operation)	44
s) Einverständnis mit MDK-Untersuchung schafft Vertrauenstatbestand	44
t) Fußhebersystem keine Leistung der medizinischen Rehabilitation	45
u) Medizinische Rehabilitation: Versorgung mit wasserfester Oberschenkelprothese mit Kniegelenk	45
v) Keine Zurücknahme einer Genehmigungsfiktion	45
w) Rücknahmebescheid: Fehlende Rechtswidrigkeit/Vertrauensschutz (Bariatrische Operation)	46
x) Aufhebung der Genehmigungsfiktion: Ermessensentscheidung/Rechtmäßiger Verwaltungsakt	46
y) Keine Rücknahme nach Eintritt der Genehmigungsfiktion	46
2. Behandlung nur durch Vertragspsychotherapeuten	47
3. Nicht zugelassener Leistungserbringer (Brustkrebstest)	47
4. Helmtherapie: Keine unaufschiebbare Maßnahme	47
IV. Arzneimittel	47
1. Keine Mehrkosten für eine glutenfreie Ernährung	48
2. Grüntee-Extrakt bei seniler TTR-Amyloidose	48
V. Hilfsmittel/Heilmittel	48
1. Oberschenkelorthese E-MAG Active: Produktbeschreibung	48
2. Orthopädische Schuhspanner	48
3. Bereitstellung eines Duschrollstuhls durch Pflegeheim	49
4. Freistehbarren ist als Hilfsmittel der Heimausstattung zuzurechnen	49
5. Fingerprothese am rechten Zeigefinger	49
6. Neuroprothese	49
7. High-Flow-Warmluftbefeuchter: Keine neue Behandlungsmethode	49
8. Therapie mit „MukoStar“	50
9. Umrüstung und Fahrstunden zur Nutzung des umgerüsteten PKWs	50
10. Blindenführhund	50
11. Hörgeräte: Kein einstweiliger Rechtsschutz bei vorläufiger Versorgung	50
12. Heilmittel: Genehmigungsfiktion nach § 32 Ia 3 SGB V: Dokumentation des Antragseingangs	51
VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe	51
1. Anschlussrehabilitation: Unmittelbarer Anschluss/Vertragsärztliche Verordnung	51
2. Häusliche Krankenpflege	51
a) Medikamentengabe durch Träger einer betreuten Wohnform	51
b) Medikamentengabe im Rahmen des ambulanten betreuten Paarwohnens durch Krankenkasse	52
c) Verjährungsfrist für Rückforderungsansprüche nach erschlichenen Intensiv-Pflegedienstleistungen	52
d) Fehlender Anordnungsgrund bei bestandskräftigem Ablehnungsbescheid	52
3. Leistungen der Haushaltshilfe bei Schwangerschaft	53
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	53
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	53
a) Kein materieller Ausschluss bei „Verstoß“ gegen § 276 II SGB V	53
b) Frist für Nachforderungen eines Krankenhausträgers	53
c) Keine Rechnungskorrektur nach Ende des Haushaltsjahrs	54
d) „Verrechnung“ als nachträgliche Änderung der Tilgungsbestimmung der ursprünglichen Zahlung	54
e) Keine Verhandlungen im Hinblick auf eine Hemmung der Verjährung	54
2. Neue Behandlungsmethoden	55
a) Allogene Stammzelltherapie	55

aa) Vergütungsanspruch nicht ohne Einwilligung des Versicherten	55
bb) Qualitätsgebot: „Klassische“ myeloablative Konditionierung	55
b) Implantation von Nitinolspiralen zur Lungenvolumenreduktion	55
3. Fallpauschalen	56
a) Fallzusammenführung dreier stationärer Krankenhausaufenthalte	56
b) Aufteilung in zwei stationäre Aufenthalte unwirtschaftlich	56
c) Voraussetzungen einer Beurlaubung	56
d) Künstliche Beatmung von mehr als 95 Stunden Dauer	57
e) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550)	57
aa) Umfang der Dokumentationspflicht	57
bb) Keine Einschränkung der Behandlungsberechtigung durch Fachprogramm „Akutgeriatrie“	57
f) Prophylaktische Antibiotikagabe bei einem Neugeborenen	57
g) Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt	58
4. Verpflichtung zum Schadensersatz für Kosten aufgrund vertragsärztlicher Verordnung Dritter	58
5. Keine Rückerstattung der Umsatzsteuer für Zytostatika an Krankenkasse	59
6. Keine Beschränkung auf dem MDK vorgelegte Unterlagen	59
7. Aufwandspauschale	59
a) Auffälligkeitsprüfung: Bestimmung der Haupt- bzw. Nebendiagnose	59
b) Verzinsung der Aufwandspauschale: Fälligkeit mit Entstehung des Aufwands	59
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	60
1. Arzneimittelhersteller: Festbetragsanpassung (Keine mündliche Anhörung)	60
2. Pflegedienst: Kein Anspruch auf Kostenerstattung für Erteilung von Auskünften	60
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen	60
1. Aufsicht: Nachträgliche Änderung einer Satzung/Einstweilige Anordnung	60
2. Förderung nur einer Selbsthilfe-Kontaktstelle pro Kreis	61
X. Bundessozialgericht (BSG) und BVerfG	61
1. BVerfG: GBA/Mindestmenge für die Behandlung sehr geringgewichtiger Früh- und Neugeborener	61
2. Versorgung mit Kontaktlinsen bei funktionell Einäugigen	61
3. Beziehungen zu Krankenhäusern	62
a) Nachkodierung einer versehentlich unterbliebenen Kodierung	62
b) BVerfG: Prüfverfahren/Keine ausschließliche Zuständigkeit eines bestimmten MDK	62
4. Hilfsmittelverzeichnis: Neue Qualitätsstandards/Nachweispflicht	62
5. Schiedsspruch häusliche Krankenpflege: Feststellungsklage/Beitragsstabilität	63
6. Aufrechnung von Ausgleichsansprüchen mit Beitragsansprüchen im Insolvenzverfahren	63
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	64
I. Ärztliches Berufsrecht	64
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis	64
a) Widerruf der Approbation	64
aa) Verurteilung wegen Steuerhinterziehung	64
bb) Behandlungsfehler bei Krebsvorsorgeuntersuchung: Ungeklärte Folgen	64
b) Ruhen der Approbation	64
aa) Nicht rechtskräftiges Strafurteil: Totschlag durch Unterlassen	64
bb) Notwendige suchtmedizinische Rehabilitationsbehandlung/Selbstkritische Auseinandersetzung	65
cc) Anordnung von Ersatzzwangshaft zur Abgabe der Approbationsurkunde	65
dd) Kostenentscheidung nach Aufhebung einer Ruhensanordnung	65
c) Verlängerung der vorläufigen Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs	65
2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen/Fachkunde/Fortbildung	66
a) Trennung der Genehmigungen für Weiterbildung: Ermächtigung und Weiterbildungsstätte	66
b) Zugangsvoraussetzungen für Psychologischen Psychotherapeuten: Bachelor- und Masterstudium	66
c) Keine Gleichwertigkeitsanerkennung nach Eintrag in österreichische Psychotherapeutenliste	66
d) Zahnmedizinische Ausbildung in der Ukraine nicht vergleichbar	67
e) Keine Gleichwertigkeit der zahnärztl. Ausbildung an der Staatl. Universität Chisinau (Rep. Moldau)	67
3. Kurs zur Fachkunde im Strahlenschutz für Röntgeneinrichtung nicht überwiegend online	67
4. Strafrecht	67
a) Tötung auf Verlangen durch Unterlassen	67
b) M III-Laboruntersuchungen: Kein Betrug bei Mitwirkungshandlungen	68
c) Anforderungen an die Aufsichtspflicht des Laborarztes	68
d) Ärztliche Bescheinigung über zweite Leichenschau	69
5. Abstinenzgebot: Kein gemeinsamer Urlaub mit Patienten	69
6. Teilnahmeverpflichtung am ärztlichen Notdienst auch ohne Kassenzulassung	69
7. Verfassungswidrigkeit des Verbots einer Ärzte-GmbH	70
8. Beseitigung von Mängeln in internistisch-allgemeinmedizinischer Gemeinschaftspraxis	70

9. Einsicht in Patientenakte über Behandlung nach Zwangseinweisung in Psychiatrie	70
10. Kein Anspruch des Ehemanns auf Herausgabe befruchteter Eizellen der verstorbenen Ehefrau	71
11. Präimplantationsdiagnostik: Trophektodermbiopsie an muralen Trophektodermzellen	71
a) Zustimmung der Ethikkommission notwendig	71
b) Subsidiarität einer Feststellungsklage	71
12. Arzneimittelherstellung durch Ärzte: Einstweiliger Rechtsschutz und Auflage (Gefrierzellentherapie)	71
13. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht	72
a) Pauschalpreis für Zahnreinigungs- und Bleachingleistungen unzulässig	72
b) Titel eines Psychologen nur nach Psychologiestudium	72
14. Ärztliches Bewertungsportal	72
a) Kein Überwiegen der ärztlichen Interessen	72
b) Internetbewertung eines Arztes als Meinungsfreiheit	72
15. Keine Überprüfung der Anwendbarkeit des § 10 GOZ für Zahnärzte (Fälligkeit der Vergütung)	73
16. Arbeits- und Sozialrecht	73
a) BAG: Ordentliche Kündigung eines Chefarztes nach Ehescheidung und erneuter Heirat	73
b) Verjährung der Erstattung zu Unrecht abgeführter Liquidationserlöse	73
c) Beschäftigungsverhältnis trotz „Gesellschaftsvertrags“	74
d) Sozialversicherungspflicht von Honorarärzten im Krankenhaus	74
aa) Einbindung in Organisation des Krankenhauses	74
bb) Fehlendes Rechtsschutzbedürfnis: Bescheid in der Rechtsfolge ohne Versicherungspflichten	74
e) Keine Versicherungspflicht für Fachreferentin im Bereich der Transplantationsmedizin	74
f) Freiwillige Krankenversicherung: Verkaufserlös für Praxis beitragspflichtig	75
17. BGH: Berufsunfähigkeit/Zuletzt in gesunden Tagen ausgeübte Tätigkeit maßgebend	75
18. Entschädigung als Zeuge oder Sachverständiger	75
a) Kürzung wegen nicht erforderlichen Zeitaufwands	75
b) Keine Kürzung der Gutachtervergütung bei Unklarheit über Vorschuss	76
19. Kassenärztliche Vereinigung (KV)	76
a) Modellvorhaben zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ausschreibungspflichtig	76
b) Ruhegeldzahlungen der KBV an stellvertretende Leiterin der Rechtsabteilung	76
c) Ruhegeldzahlungen der KBV: Freistellung bei Reibungsverlusten in der Führungsebene	77
20. Heilberufskammern	77
a) Fälligkeit mit Beitragsbescheid/Keine Verjährung bei verspäteter Meldung	77
b) Berufsordnung: Recht zur Einsichtnahme in Patientenakte	77
21. Versorgungswerk	78
a) Beitragsbemessung: Alle Einkünfte aus beruflichen Tätigkeiten	78
b) Witwenrente: Auflösende Bedingung einer erneuten Eheschließung	78
II. Arzthaftung	78
1. Bundesgerichtshof (BGH)	78
a) Aufklärung: Fehlvorstellung des Patienten	78
b) Vorweggenommene Beweiswürdigung	79
c) Selbständiges Beweisverfahren: Ablehnung der Urkundenvorlegung nicht anfechtbar	79
d) Öffentlich-rechtliche Aufgabe des Durchgangsarztes	79
aa) Behandlung zur Entscheidung über die richtige Heilbehandlung/Erstversorgung	79
bb) Entscheidung über Erforderlichkeit der Heilbehandlung erforderlich	80
e) Sachverständigenablehnung: Mitwirkung vor Gutachter- und Schlichtungsstelle	80
f) Verjährung: Unterschiedliche Fristen/Ende der Hemmung durch Einschlafen der Verhandlungen	80
g) Gehörsverstoß	80
h) Kostenfestsetzung: Kosten für Privatgutachter durch Dritten (Haftplichtversicherer)	80
i) Ausgleichsanspruch aus § 426 I 1 BGB	81
2. Rettungsdienst BW privatrechtlich/Verbringung in Krankenhaus nach Schlaganfall	81
3. Behandlungsfehler	81
a) Unterbrechung des Zurechnungszusammenhangs bei Behandlungsfehlern	81
b) Haftungsrechtliche Standards keine „Optimalstandards“/Unvollständige Dokumentation	82
c) Übersehene seltene Erkrankung (Riesenzellenarteriitis) als nicht vorwerfbarer Diagnoseirrtum	82
d) Grober Behandlungsfehler: HWS-Operation ohne neurologische Untersuchung	82
e) Weitere Sachverhaltsermittlung bei Bedenken gegen Gutachten (HWS-Operation)	82
f) Operation eines nicht konsentierten Wirbelkörpers ohne Schädigung des Patienten	83
g) Hüftgelenksendoprothese: Unwesentliche Abweichungen vom Idealzustand	83
h) Hüftgelenksluxation: Unzureichende U3-Untersuchung/Weiteres Versäumnis durch Orthopäden	83
i) Nierentransplantationsmedizin und Off-Label-Use	83
j) Geburtsschaden: Missachtung alarmierender CTG-Aufzeichnungen/Schmerzensgeldbemessung	84
k) Einbringen eines Pessars nach Zervixverkürzung bei Zwillingsschwangerschaft	84
l) Ermessensentscheidung beim Einsatz eines sog. Berlin Hearts	85
m) Keine eindeutige Ursache der Beschwerden im Unterbauch und im Leistenbereich (Kleinkind)	85
n) Proktologisches Befunderhebungsversäumnis: Beweislast des Arztes	85
o) Infektion nach Ringbandsplattung der Finger: Darlegungslast/Behandlungsalternative	86
p) Operation einer Dupuytrenschen Kontraktur: Methodenwahl/Lupenbrille	86

q) Beweiswert der Dokumentation für Dosierung eines Neuroleptikums/Befunderhebungsversäumnis	86
4. Aufklärung/Einwilligung	87
a) Keine ausreichende Aufklärung sechs Monate vor Operation	87
b) Mehrmals voroperierter Patient/Hypothetische Einwilligung bei Aufklärungsdefizit	87
c) Aufklärung und Standard bei einer psychotherapeutischen Behandlung	87
d) Erhöhtes Risiko alternativer Operationsmethode: Hüftoperation („Robodoc-Methode“)	88
e) Aufklärung des Spenders zur Organentnahme: Entnahme einer Niere	88
f) Prostata-Laserung mit 120 W-Laser	88
g) Retropubische Prostataektomie unter Verwendung eines Elektrokauters	88
h) Fehlende Anzeichen für Trisomie-21-Erkrankung	89
i) Keine lückenlose AU-Bescheinigung wegen Praxisschließung	89
5. Selbständiges Beweisverfahren/Vorterminliche Beweisaufnahme	89
a) Rechtliches Interesse/Ergänzende Fragen	89
b) Vorterminliche Beweisaufnahme: Klageerweiterung	89
6. Sachverständige	90
a) Besorgnis der Befangenheit	90
aa) Ausräumung eines möglicherweise berechtigten Misstrauens	90
bb) Befangenheitsantrag nach Anhörung des Sachverständigen und Antragstellung	90
b) Kein intensivmedizinisches Gutachten bei Allgemeinmedizinern als Notfallärzte	90
7. Keine Erstattung des Blindengelds nach Behandlungsfehler	90
8. Schadensersatzanspruch einer gesetzlichen Krankenkasse gegen Krankenhaus	90
9. Haftung einer Hebamme bei geburtshilflicher Tätigkeit im Krankenhaus	91
10. Überleitung des Haftungsanspruchs: Einwand der Erschöpfung der Deckungssumme	91
11. Zahnärztliche Behandlung	91
a) Vorgehen bei einer Craniomandibulären Dysfunktion (CMD)/Unvernünftige Wünsche des Patienten	91
b) Beweisvereitelung durch Zurückhalten der strittigen Prothese durch Zahnarzt	92
c) Gelegenheit zur Nachbesserung vor Austausch der Prothese	92
III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel	92
1. EuGH: Weiteres Konformitätsbewertungsverfahren bei Reimport eines Medizinprodukts	92
2. Apotheken	93
a) Offenstehende Türen zu Apothekenbetriebsräumen	93
b) Rezeptsammelstelle in einem Supermarkt	93
c) Unzulässiges Prämienmodell/Zulässiger Rabatt auf rezeptfreie Medikamente	93
d) Notdienstregelung: Zumutbare Wegstrecken	93
e) Versorgungsvertrag zwischen Krankenhaus und externer Apotheke/Einstweiliger Rechtsschutz	94
f) Konkurrentenklage: Defekturzneimittel eines Apothekers (Harnstoffkapseln)	94
g) Unterstützungsfonds der Apothekerkammer Bayern	94
h) Rentenversicherungspflicht: Leiter der Abteilung „Projektentwicklung und -implementierung“	95
3. Arzneimittelrechtl. Unterlagenschutz vor Vermarktung wirkstoffgleichen Produkts (Abänderungsantrag)	95
4. Ruhen der arzneimittelrechtlichen Zulassung aus Gründen der Arzneimittelsicherheit (Sofortvollzug)	95
5. Keine Dosierungsangabe bei Registrierung von homöopathischen Arzneimitteln	95
6. Vergaberecht: Für den Sprechstundenbedarf von Radiologen erforderliche Kontrastmittel	96
7. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht	96
a) Bundesgerichtshof (BGH)	96
aa) Orthopädietechniker innerhalb einer Arztpraxis	96
bb) Werbung für Abnehmprodukt: Angaben zu Ausmaß und Dauer einer Gewichtsabnahme	96
b) Abgabe von Arzneimittelmustern an Apotheken	97
8. Rechtsweg zu Sozialgerichten: Unterlassung des Abschlusses bestimmter Rabattverträge	97
9. Beihilfe	97
a) Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	97
b) Keine Beihilfe für Arzneimittel zur Behandlung des Chronic Fatigue Syndroms	97
c) Vitamin C-Tabletten	98
d) Homöopathische Arzneimittel: Präparat „NeyAthos“	98
e) Präparat Uniselen 200 Ne ist Nahrungsergänzungsmittel	98
f) Medizinprodukt: Präparat „Durolane 3 ml Hyaluronsäure Fertigspritzen“	98
g) Heilmittel	99
aa) Nordic-Walking und Terrain-Training nicht beihilfefähig/Elektrotherapie	99
bb) Auswirkungen eines Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms/Korrektur der Diagnose	99
IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe	99
1. Privatbehandlung	99
a) BGH: Treuwidriges Berufen auf formnichtige Honorarvereinbarung	99
b) Einsichtsgewährung in die Behandlungsdokumentation	99
c) Vorleistungspflicht des Patienten für Abschriften aus der Patientenakte	100
d) Zahnärztliche Behandlung	100
aa) Begründung bei Überschreitung des 2,3-fachen Gebührensatzes muss leistungsbezogen sein	100
bb) Einhaltung der Schriftform in Heil- und Kostenplan kann unerheblich sein	100

2. Private Krankenversicherung	101
a) Keine Erhebung des Einwands fehlender medizinischer Notwendigkeit	101
b) Alternative Behandlungsmethoden: Dendritische Zelltherapie bei metastasiertem Brustkrebs	101
c) Irreversible Elektrooperation	101
d) LASIK-Behandlung medizinisch notwendig	102
e) Beschränkung der erstattungsfähigen Versuche künstlicher Befruchtung/Immunglobulinbehandlung	102
f) Künstliche Befruchtung auch bei nichtehelicher Lebensgemeinschaft	102
g) Mehrkosten für Krankenhausleistungen durch Wahl eines anderen Krankenhauses	102
h) Pflicht zur Erhebung der Einrede der Verjährung gegen Behandler	103
i) Krankentagegeldversicherung: Verletzung der gerichtlichen Hinweispflicht	103
j) Zahnärztliche Behandlung	103
aa) Begründung eines Steigerungssatzes bei kieferorthopädischer Behandlung	103
bb) Ziff. 9150 GOZ, Ziff. 250 GOÄ und Analogabrechnung von Ziff. 2040, 2330, 7000 GOZ	104
3. Beihilfe	104
a) Voraussetzungen einer Arztrechnung	104
b) Vorlage weiterer Behandlungsunterlagen	104
c) Zweifel an Notwendigkeit und Angemessenheit einer Behandlung	105
d) Periradikuläre Therapie durch CT-gesteuerte Steroidapplikationen	105
e) Neben einer PET auch Computertomographie zur Findung eines Karzinoms	105
f) Behandlung von Lungenkrebs mit dendritischen Zellen	105
g) Anthroposophische Anamnese	105
h) Photodynamische Therapie	106
i) Keine Beihilfefähigkeit der radialen Stoßwellentherapie	106
j) Kataraktoperation mittels Femtosekundenlaser	106
k) Katarakt-Operation unter Einsatz eines Femtosekundenlasers	106
l) Psychotherapeutische Trauerbegleitung als Lebensberatung nicht beihilfefähig	107
m) Ausschlusses von Aufwendungen für sog. konduktive Förderung nach Petó	107
n) Beschränkung der Beihilfe für Dialysebehandlungen in den USA	107
o) Voruntersuchung zu stationärer Operation außerhalb § 115a SGB V keine Wahlleistung	107
p) Stationäre Behandlung	107
aa) Aufwendungen für Leistungen in Privatklinik	107
bb) Vergleichsberechnung nach Behandlung in Privatklinik: Diagnosebezogene Fallpauschalen	108
cc) Kostenvergleich anhand von Fallpauschalen: Krankheitsbild maßgeblich	108
dd) Begrenzte Kostenerstattung für Aufwendungen in Privatklinik (Fallpauschale)	108
ee) Vergleichsberechnung: Behandlung einer mittelgradigen depressiven Episode in Privatklinik	108
ff) Kostenvergleich anhand von Fallpauschalen	109
gg) Rechtmäßigkeit einer Höchstbetragsregelung bei Behandlung in einer Privatklinik	109
hh) Ärztlich verordnete Verlegungsfahrten zwischen zwei Krankenhäusern	109
q) Eingeschränkter Beihilfeanspruch bei Bestehen einer gesetzlichen Krankenversicherung	109
r) Belastungsgrenzenregelung NRW rechtswidrig	110
s) Rückforderung von Beihilfe wegen Abrechnungsbetrugs	110
t) Zahnärztliche Behandlung	111
aa) Begründungsanforderungen für überdurchschnittlichen Aufwand	111
bb) Ermittlung der Anzahl der beihilfefähigen Implantate	111
cc) Keine Beratung nach Nr. 34 GOÄ bei chronischer Parodontitis	111
dd) Nr. 2197 GOZ (adhäsive Befestigung) neben Nr. 6100 GOZ (Eingliederung eines Klebebrackets)	111
ee) Beschränkung kieferorthopädischer Behandlungen bis zum 18. Lebensjahr	112
V. Verschiedenes	112
1. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)	112
a) Anspruch eines Strafgefangenen auf umfassende Einsicht in Krankenakte	112
b) Prüfdichte bei Entscheidung über die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes	112
2. Bundesgerichtshof (BGH)	113
a) Keine Vaterschaftsfeststellung für Embryo	113
b) Berichterstattung über Gesundheitszustand einer in der Öffentlichkeit bekannten Person	113
3. Krankenhäuser	113
a) Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)	113
aa) Gewährung eines Zentrumszuschlags: Besonderer Versorgungsauftrag erforderlich	113
bb) Sicherstellungszuschlag/Geringer Versorgungsbedarf	114
b) Krankenhausplan	114
aa) Geriatriischer Versorgungsbedarf	114
bb) Bedarfsanalyse: Einzugsgebiet des Krankenhauses/Auswertung neurochirurgischer Fallzahlen	114
cc) Aufnahme weiterer Planbetten in Krankenhausplan: Einstweiliges Anordnungsverfahren	115
c) Zahlungsanspruch gegen Patienten nach Einweisung in Psychiatrie	115
d) Nothelferanspruch	115
aa) Kein Anspruch des Nothelfers bei fehlender Bedürftigkeit	115
bb) Keine Verurteilung des Krankenversicherungsträgers nach Beiladung	116
e) Rechtsnatur eines Klinik-Card-Vertrages: Abtretungsvereinbarung (Örtliche Zuständigkeit)	116

f) Zentrumszuschlag für besondere Aufgaben eines Krankenhauses	116
g) Anforderungen an Gutachten zum Festhalten in der Klinik wegen Durchgangssyndroms	116
h) Polizeiliche Gewalt gegen Patientin wegen Verlassens der Klinik bei Lebensgefahr	117
i) Konkludenter Vertragsschluss mit Krankenpfleger nach Tätigkeitsaufnahme	117
j) Freiberuflich selbstständige Pflegefachkraft im Nachtdienst	117
k) Rechtsschutzbedürfnis für eine sog. flankierende Anfechtungsklage	117
4. Krankenkassen: BGH/Kein Schadensersatz für Erbin wegen Verletzung des Persönlichkeitsrechts	118
5. Rettungsdienst	118
a) BAG: Betriebsübergang eines Rettungsdienstes	118
b) Vorbeugender Rechtsschutz nur bis zum Abschluss des öffentlich-rechtlichen Vertrages	119
c) Verträglichkeitsprognose: Einsparmöglichkeiten im Hinblick auf Vorhaltung von Rettungsmitteln	119
d) Geschäftsführer ohne Auftrag/Schadensersatzanspruch gegen Schädiger	119
e) Rettungsdienstgebühren der Berliner Feuerwehr in den Jahren 2005 bis 2009	120
6. Hebammen: Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung/Unzuverlässigkeit	121
7. Heilpraktiker/Physiotherapie: Kenntnisprüfung für Krankenschwester u. Krankengymnastin	122
8. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche	122
a) Kombination unwahrscheinlicher Thalidomideinnahme mit atypischem Schädigungsbild	122
b) Fehlbildungen aufgrund einer Thalidomideinnahme	122
c) Teratologische Reihe	122
d) Fehlender Nachweis einer Schädigung im Zeitpunkt der Geburt	123
9. Sozialrecht/Opferentschädigungsrecht/Impfschadensrecht/Blindengeld	123
a) Basistarif der privaten Krankenversicherung deckt Sozialhilfebedarf	123
b) Zuschuss private Krankenversicherung: Auszahlung an den Versicherungsträger	123
c) Übernahme von Fahrkosten zur ambulanten Psychotherapie	123
d) Keine Medizinal-Cannabisblüten auf Kosten des Sozialhilfeträgers	123
e) Kürzung von Sozialleistungen wegen Pflegebetrugs	124
aa) Kick-Back-Zahlungen kein „Einkommen“ im Sinne des Sozialhilferechts	124
bb) Keine Sozialhilfekürzung wegen Pflegebetrugs (Fehlender Nachweis)	124
cc) Einkünfte aus strafbaren Handlungen anrechenbar auf Sozialhilfe	124
f) Opferentschädigungsrecht	125
aa) Ausnutzung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patientin	125
bb) Keine Information über männlichen Chromosomensatz	125
cc) Keine Leistungen zur Verhütung einer Schwangerschaft	125
g) Impfschadensrecht	125
aa) Polio- und Diphtherie-Tetanus-Impfung: Fehlende Ursächlichkeit	125
bb) Aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisstand (Impfung gegen Hepatitis B/Multiple Sklerose)	126
h) Blindengeld	126
aa) Nachweis von Blindheit auch bei minimalem Bewusstseinszustand	126
bb) Zerebrale Störung des Sehvermögens	126
cc) Plausibilitätskontrollen und ophthalmologische Blindheitsbegutachtung	126
10. Widerruf des Einverständnisses zur künstlichen Befruchtung	127
11. Anspruch auf arbeitsmedizinische Wunschvorsorge	127
12. Steuerrecht	128
a) Einkommensteuerrecht	128
aa) BFH: Nachzahlung der KV und Tarifbegünstigung	128
bb) Mit einer Vertragsarztzulassung zusammenhängender Vorteil nicht abschreibungsfähig	128
b) Umsatzsteuerrecht: Steuerbefreiung/Heiler ohne Heilpraktikererlaubnis	128

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT 129

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG 134

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

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

e-mail: pawlita@web.de;

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

Telefax: 0641/250 2801.

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

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

Ältere Ausgaben sind z.T. über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar:

www.dg-kassenarztrecht.de.

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank www.sozialgerichtsbarkeit.de wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 05.02.2017 eingestellten Entscheidungen.

Erratum

Zu **SG Mainz**, Urteil v. 05.08.2015 - S 8 KA 227/13 - RID 16-04-20 wurde irrtümlich das Az.: S 12 KA 472/15 angegeben.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 25.01.2017 - **B 6 KA 6/16 R** - verstößt es nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz, dass die **Grenze**, bis zu der Leistungen mit einem **festen Punktwert** vergütet werden, bei **psychotherapeutischen Leistungen personenbezogen**, bei den dem Regelleistungsvolumen (RLV) unterworfenen Arztgruppen dagegen praxisbezogen ermittelt wird. Das für psychotherapeutische Leistungen geltende System der Leistungsbewertung unterscheidet sich grundlegend vom System der RLV. Das RLV erfasst nicht notwendig alle wesentlichen Leistungen des jeweiligen Fachgebiets in jedem Behandlungsfall. Dagegen werden die von psychologischen Psychotherapeuten erbrachten, überwiegend antrags- und zeitgebundenen Leistungen bis zu einer typisierend ermittelten - auf den einzelnen Therapeuten bezogenen - Grenze der Vollauslastung mit festen Punktwerten vergütet. Dem liegt der Gedanke zu Grunde, dass der einzelne Therapeut die Menge der erbrachten Leistungen aufgrund der starren Zeitvorgaben nur in engen Grenzen ausweiten kann. Nach BSG, Urt. v. 30.11.2016 - **B 6 KA 4/16 R** - ist eine KV grundsätzlich berechtigt, Steuerungsmaßnahmen hinsichtlich der Leistungen, die außerhalb von Regelleistungsvolumina (RLV), aber innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet wurden (**Vorwegleistungen**), zu ergreifen. Dazu durfte für diese Leistungen ein Honorarkontingent gebildet und eine **Quotierung** eingeführt werden. Die Bildung gesonderter Kontingente, insbesondere für überweisungsgebundene Leistungen, war nicht zwingend erforderlich. Voraussetzung für die Quotierung war auch nicht, dass eine Mengenausweitung bei den Vorwegleistungen konkret nachgewiesen wurde. Verlagerungen zwischen dem hausärztlichen und fachärztlichen Bereich in Folge der Laborreform 2008 hat die KV zum Quartal I/10 berücksichtigt, indem sie die allgemeinen Laborleistungen unquotiert vergütet hat. Für die beiden Vorquartale war die Honorarverteilung insofern unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung gerechtfertigt.

1. Vergütung ab Quartal I/12

a) Umfang der Bindung an KBV-Vorgaben/Zuschlagsregelung für Kooperationen

LSG Bayern, Urteil v. 11.05.2016 - L 12 KA 37/15

RID 17-01-1

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b

In welcher Art und Weise eine KV die **Vorgabe der KBV** umsetzt, steht in ihrem Ermessen, da das Gesetz hierzu keine Vorgaben macht. Es muss sich lediglich um Regelungen handeln, die zur Erreichung des angestrebten Zwecks geeignet sind.

Das Grundkonzept der KBV der „Vorgaben zur Berücksichtigung **kooperativer Behandlung** von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen“ in Ziff. 2 sieht eine **Zuschlagsregelung** zum Teil abhängig vom Kooperationsgrad vor, also eine finanzielle Förderung der Kooperationsformen. Die KV Bayern durfte hiervon in ihrem HVM (Quartal III/12) insofern **abweichen**, als sie standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden BAGs nicht die Anpassungsfaktoren nach Teil D Ziffer 2c, sondern lediglich 10 % zugebilligt hat.

Die Kl. begehrt im Rahmen der Zuweisung des Regelleistungsvolumens für das Quartal III/12 einen höheren Aufschlag für standortübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften. Die Kl. ist eine in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts betriebene überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft. Sie besteht aus den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Mitgliedern MVZ A-Stadt, Dr. G., H., Dr. V., A-Stadt, Dr. R., R. sowie Dr. A. B., B-Stadt. **SG München**, Urt. v. 23.01.2015 - S 28 KA 648/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Obergrenze als Regelleistungsvolumen: Neurochirurg (Nr. 16210 bis 16212 EBM)

SG München, Urteil v. 01.12.2016 - S 38 KA 1844/14

RID 17-01-2

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

Die Abkehr von den „Praxisbesonderheiten“ als Kriterium für eine mögliche Korrektur des Fallwertes nach dem HVM 2013 bedeutet letztendlich, dass eine solche Korrektur an **strengere Voraussetzungen** als vor dem 01.01.2013 geknüpft ist. Dies ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Für **Grundleistungen** ist dem Grunde nach die Anerkennung eines besonderen Versorgungsbedarfs ausgeschlossen. Nr. 16210 bis 16212 EBM stellen als Kernleistungen für Neurochirurgen keine Spezialleistungen dar, die zu berücksichtigen sind (vgl. BSG, Beschl. v. 03.08.2016 - B 6 KA 12/16 B - RID 16-04-70, Verfassungsbeschwerde anhängig).

Der kl. Neurochirurg wandte sich gegen die Ablehnung der Korrektur der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs. Das *SG* wies die Klage ab.

c) Härtefallregelung nach § 6b HVM KV Nordrhein

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 05.10.2016 - L 11 KA 69/15

RID 17-01-3

Nichtzulassungsbeschwerde B 6 KA 87/16 B wurde zurückgenommen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b; SGG § 86b II

Die **Härtefallregelung** nach § 6b HVM KV Nordrhein definiert eine „letzte“ **Auffangregelung**, was durch das Substantiv „im Einzelfall“ nochmals betont wird. Hieraus folgt, dass „weitere Umstände“ nur solche sein können, die nicht schon dem Regelwerk der §§ 5 bis 6a HVM unterworfen sind. Diese „weiteren Umstände“ müssen indes solche sein, die eine Vertragsärztin - individualisiert - betreffen. Die Wortfolge „weitere Umstände“ und die Überschrift des § 6b HVM mit „Auffangregelung“ belegt, dass eine Ausnahmesituation vorliegen muss. § 6b HVM ist eng auszulegen. Das gilt umso mehr, als § 6 HVM bereits eine Ausnahmenvorschrift enthält, mithin § 6b HVM umso mehr **eng zu interpretieren** ist (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 16.10.2014 - L 11 KA 41/14 B ER - RID 14-04-16).

Für die Härtefallregelung nach § 6b HVM KV Nordrhein reicht der **Vortrag** nicht aus, dass der gesunkene Jahresumsatz bei Ausbleiben von Konvergenzzahlungen zu einer Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz führe und die Ausgleichszahlungen benötigt werden, um wirtschaftlich arbeiten zu können, ohne darzulegen, warum dies der Fall sein sollte.

Die Kl. ist Fachärztin für Neurochirurgie. Streitig ist die Erhöhung des RLV aufgrund der Anwendung der Härtefallregelung des § 6b HVM für die Quartale III/13 bis II/14. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 19.08.2015 - S 2 KA 437/14 - verurteilte die Bekl. zur Neubescheidung, das *LSG* wies die Klage ab.

2. Vergütung ab Quartal I/09

a) Regelleistungsvolumen (RLV)/QZV

aa) Jungpraxis: Fallzahlen des Vorjahresquartals bis zum Fachgruppendurchschnitt

LSG Bayern, Urteil v. 14.09.2016 - L 12 KA 35/15

RID 17-01-4

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Die Bestimmung, nach der bei **Jungpraxen** statt der Abrechnungszahlen des Vorjahresquartals die eigenen Fallzahlen im Abrechnungsquartal maßgeblich sind, begrenzt durch den jeweiligen **Fachgruppendurchschnitt**, begegnet keinen rechtlichen Bedenken. Ist der Vertragsarzt aufgrund seiner **speziellen Ausrichtung** gehindert, von dieser Regelung zu profitieren, ist dies Ausfluss seiner unternehmerischen Entscheidung.

Der kl. Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin begehrt ein höheres Honorar und RLV/QZV für das Quartal II/10. *SG München*, Urt. v. 01.12.2014 - S 39 KA 72/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

bb) Honorarregelungen für sog. Jungpraxen (KV Brandenburg)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.11.2016 - L 24 KA 25/15

RID 17-01-5

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 89/16 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Die Honorarregelungen im Land Brandenburg für das Jahr 2011 für sog. Jungpraxen sind nicht zu beanstanden.

SG Potsdam, Urt. v. 06.05.2015 - S 1 KA 134/13 - RID 15-04-1 wies die Klage der Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gegen die Honorarbescheide für die Quartale I, III u. IV/11 (9., 11. und 12. Abrechnungsquartal) ab, das *LSG* die Berufung zurück.

cc) Zuweisung des Regelleistungsvolumens nach Zulassungsstatus

LSG Hessen, Urteil v. 30.11.2016 - L 4 KA 81/14
SGB V § 87b

RID 17-01-6

Maßgeblich für die Ermittlung der Regelleistungsvolumina ist allein der auf der Weiterbildung beruhende **Zulassungsstatus**.

An der Erbringung spezieller Leistungen für eine **Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen** fehlt es, wenn sich die geltend gemachten Besonderheiten bei der Leistungserbringung nicht aus einer gegenüber der Fachgruppe der **Allgemeinärzte** atypischen Leistungsspezialisierung, sondern aus der für die Fachgruppe **untypischen Zusammensetzung des Patientenklientels** - hier: weit überwiegend Kinder und Jugendliche - ergibt.

Für eine Ausnahme von der **Altersstrukturquote** fehlt es an einer Rechtsgrundlage.

Kl. ist eine BAG mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und einer Fachärztin für Allgemeinmedizin. Die BAG behandelt fast ausschließlich Kinder und Jugendliche. Die Beteiligten streiten über die Honorarbescheide und eine Sonderregelung zu den Regelleistungsvolumina für die Quartale I/09 bis I/11 mit Ausnahme des Honorarbescheids für das Quartal III/09 und hierbei insb. darüber, ob die Fachärztin für Allgemeinmedizin als rein kinderärztliche und jugendmedizinisch tätige Ärztin zu behandeln ist. *SG Marburg*, Gerichtsbb. v. 22.10.2014 - S 12 KA 601/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

dd) Keine Ausnahme für ambulante Operationen

LSG Hamburg, Beschluss v. 30.09.2016 - L 5 KA 14/15

RID 17-01-7

Revision anhängig: B 6 KA 41/16 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 87b, 115b

§ 115b I 1 SGB V zwingt nicht zu einer Sichtweise, wonach die Vergütung für **ambulante Operationen** durch Vertragsärzte von den allgemeinen Regeln über **RLV** und **quotierte Vergütung** auszunehmen wäre.

Der kl. Facharzt für Urologie begehrt die Neubescheidung seiner Honorarabrechnungen für die Quartale I/09 bis einschließlich I/10 sowie III und IV/10 unter Zugrundelegung einer von Mengengrenzungen ausgenommenen Vergütung von Leistungen im Bereich der Urethrozystoskopie (Harnröhren- und Blasenspiegelung). *SG Hamburg*, Urt. v. 05.08.2015 - S 27 KA 75/12 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

ee) Praxisbesonderheit im aktuellen Quartal/Bezug auf Gesamthonoraranforderung

LSG Hessen, Urteil v. 30.11.2016 - L 4 KA 69/14

RID 17-01-8

SGB V §§ 87 I 1, 87a, 87b

Sieht ein Honorarvertrag bzw. ein Honorarverteilungsmaßstab vor, dass der Vorstand der KV im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von einer Abstufung in Ausnahmefällen und auf Antrag ganz oder teilweise absehen und in begründeten Fällen Sonderregelungen zum Regelleistungsvolumen beschließen kann, was insb. für Praxisbesonderheiten gilt, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 20 % vorliegt (RLV und QZV), so kommt es maßgeblich auf den **Leistungsanteil im aktuellen Abrechnungsquartal** (und nicht im Vorjahresquartal/Aufsatzquartal) an.

Leistungen, für die ein **QVZ** (Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen) eingeräumt wird (hier: Nr. 30900 EBM), sind im Rahmen einer RLV-Sonderregelung nicht berücksichtigungsfähig.

Die für eine RLV-Sonderregelung zu berücksichtigenden Leistungen sind hinsichtlich des maßgeblichen Anteils auf die **Gesamthonoraranforderung** zu beziehen.

Die Beteiligten streiten um die Honorarbescheide für die fünf Quartale III/11 bis III/12 und eine Sonderregelung zu den Regelleistungsvolumina insb. wegen der Erbringung von Leistungen des Schlaflabors. *SG Marburg*, Gerichtsbb. v. 29.08.2014 - S 12 KA 353/13 - RID 14-04-9 gab der Klage teilweise statt, das *LSG* wies auf die Berufung der Bek. die Klage vollständig ab und verwarf die Anschlussberufung der Kl. als unzulässig.

ff) Fallzahlerhöhung: „Außergewöhnlich starke“ Erhöhung der Fallzahlen

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 05.01.2017 - S 12 KA 421/15

RID 17-01-9

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

Leitsatz: Von einer „außergewöhnlich starken“ Erhöhung der Fallzahlen ist im Rahmen einer Sonderregelung für das Regelleistungsvolumen (hier: Quartale I bis IV/09) erst ab einer **Steigerungsrate von etwa 10 %** auszugehen (Anschluss an SG Hamburg, Urtr. v. 12.08.2015 - S 27 KA 250/12 - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris Rdnr. 30).

Die Beteiligten streiten um die Honorarbescheide für die Quartale I und II/09 sowie um eine Sonderregelung zu den Regelleistungsvolumina für die Quartal I bis IV/09 und hierbei insb. um die für das RLV relevante Fallzahl aufgrund von der Kl. geltend gemachter Praxisschließungen. Das **SG** wies die Klage ab.

gg) MVZ: Keine Fallzahl vorheriger Praxis/Kooperationszuschlag/Morbiditätszuschlag

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.11.2016 - L 24 KA 10/15

RID 17-01-10

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

Durch die **Aufgabe einer Einzelpraxis** und die **Anstellung in einem MVZ** besteht eine erhebliche Veränderung und können die **Fallzahlen** der Einzelpraxis nicht zur Bildung des **RLV** herangezogen werden. Nur in Einzelpraxen wird jeder Arztfall in die Berechnung einbezogen, wohingegen in MVZ auf Behandlungsfälle abgestellt wird, an denen auch mehrere Ärzte Anteil haben können. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass in Einzelpraxen die Zahl der für die Berechnung des RLV erheblichen Behandlungsfälle je Arzt regelmäßig höher ist als in Gemeinschaftspraxen oder MVZ.

Der **Kooperationszuschlag** verliert dann seine Berechtigung, wenn - wie bei der Neugründung eines MVZ - alle Arztfälle der angestellten Ärzte in die Berechnung des dem MVZ zugewiesenen Regelleistungsvolumens eingehen (vgl. bereits LSG Berlin-Brandenburg, Urtr. v. 18.03.2016 - L 24 KA 22/15 - RID 16-03-10, juris Rn. 59).

Die Gewährung eines **Morbiditätszuschlags** wegen Alters ist bei Neupraxen nicht ausgeschlossen.

Die Kl. ist ein in der Rechtsform einer GmbH seit dem Quartal II/10 zugelassenes MVZ, das als angestellte Ärztinnen die Fachärztin für Nervenheilkunde Frau Dr. L und die Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Frau W beschäftigte. Beide Ärztinnen hatten auf ihre Zulassung verzichtet. **SG Potsdam**, Urtr. v. 28.01.2015 - S 1 KA 20/13 - wies die Klage gegen den Honorarbescheid für das Quartal II/10 ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., über den Honoraranspruch der Kl. für II/10 erneut unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts zum Morbiditätszuschlag zu entscheiden.

hh) Schmerztherapeutisch tätige Fachärztin für Anästhesiologie: Kein QZV Akupunktur

LSG Hessen, Urteil v. 28.09.2016 - L 4 KA 53/13

RID 17-01-11

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 84/16 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 87a, 87b

Leitsatz: Ausschließlich bzw. weit überwiegend **schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte** gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM erfüllen nicht die Voraussetzungen für die Zuerkennung eines **qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens** nach Abschnitt II HV 2010 in der Fassung der 2. Nachtragsvereinbarung zum HV 2010 ab 1. Juli 2010 i. V. m. Anlage 6 zu Abschnitt II Nr. 6 HV 2010 und Ziff. 3.3. i. V. m. Anlage 3 zum Beschluss des BewA vom 26. März 2010 (218. Sitzung, DÄBl. 2010 Beilage zu Heft 16, S. 1 ff).

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 31.07.2013 - S 11 KA 871/11 - RID 13-03-3 hob den Antragsbescheid betreffend die Quartale III/10 und IV/10 sowie den Honorarbescheid für das Quartal IV/10 insoweit auf, als die Bekl. der Kl. keine QZV gewährt hat, und verurteilte insoweit die Bekl., die kl. Fachärztin für Anästhesiologie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden, im Übrigen wies es die Klage ab. Das **LSG** hob auf die Berufung der Kl. den Gerichtsbescheid insoweit auf, als damit die auf eine weitergehende Erhöhung der RLV-Fallzahl gerichtete Klage für die Quartale III/10 und IV/10 abgewiesen wurde; es verurteilte für das Quartal IV/10 die Bekl., die Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden. Auf die Berufung der Bekl. wies das LSG die Klage gegen den Antragsbescheid betreffend die Quartale III/10 und IV/10 sowie den Honorarbescheid für das Quartal IV/10 ab.

b) Budgetierung Vorwegleistungen (KV Hessen: Anpassungs- u. Sicherstellungsindex/Nephrologen)

LSG Hessen, Urteil v. 28.09.2016 - L 4 KA 37/13

RID 17-01-12

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

Leitsatz: Vertragsärzte haben keinen Anspruch auf die **unquotierte Vergütung** der **nephrologischen Leistungen** des Kapitels 13.3.6 EBM-Ä (Fortführung von BSG, Urteil vom 23. März 2016, B 6 KA 33/15 R, SozR 4-2500 § 87b Nr. 8 und BSG, Urteil vom 17. Juli 2013, B 6 KA 45/12 R, SozR 4-2500 § 87b Nr. 4).

SG Marburg, Urt. v. 15.05.2013 - S 11 KA 615/11 - RID 13-03-2 wies die Klage der aus zwei Nephrologen bestehenden Gemeinschaftspraxis gegen die Honorarbescheide für die Quartale IV/09 bis II/10 ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Investitionskostenabschlag von 10 % auch bei Vergütung von Dialysesachkosten

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.03.2016 - L 5 KA 666/13

RID 17-01-13

juris
SGB V § 120

Der **Investitionskostenabschlag** von 10 % gem. § 120 III 2 SGB V in der bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung (a.F.) war auch bei der Vergütung von **Dialysesachkosten** in Abzug zu bringen.

SG Stuttgart, Urt. v. 22.11.2012 - S 20 KA 2423/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung, *BSG*, Beschl. v. 30.11.2016 - B 6 KA 45/16 B - RID 17-01-58 die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

3. Vergütung bis Quartal IV/08

a) Abstufung der Fallpunktzahl/Fallzahlobergrenze

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 05.10.2016 - L 5 KA 1918/14

RID 17-01-14

Nichtzulassungsbeschwerde B 6 KA 83/16 B wurde zurückgenommen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 85

Leitsatz: Die nach § 4 Nr. 6 HVM-V festgelegte **Abstufung der Fallpunktzahl** und die nach Nr. 7 festgelegte **Fallzahlobergrenze** steht mit den sich aus § 85 Abs. 4 SGB V a.F. i.V.m. dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ergebenden Anforderungen in Einklang. Sie sind weitere Instrumente zur Mengensteuerung und Gesamthonorarbegrenzung.

Der kl. Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde streitet über die fallzahlbedingte Abstufung der Punktzahlen, die Anhebung des Punktzahlgrenzvolumens zur Kompensation der Absenkung durch die Anwendung der fallzahlabhängigen Abstufung und die Anwendung der Härtefallregelung im Rahmen der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen für die Quartale ab I/08. *SG Stuttgart*, Urt. v. 06.03.2014 - S 20 KA 5998/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Punktwert der invasiv tätigen Kardiologen (Quartal I/06 KV Hessen)

SG Marburg, Urteil v. 25.01.2017 - S 16 KA 61/13

RID 17-01-15

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 85 IV

Leitsatz: Der rechnerisch **obere Punktwert der invasiv tätigen Kardiologen in Hessen** im Quartal I/2006 ist nicht zu beanstanden.

Das *SG* wies die Klage ab.

4. Leistungsbegrenzung bei nur hälftigem Versorgungsauftrag

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 26.10.2016 - L 3 KA 1/14

RID 17-01-16

juris

SGB V §§ 85 IV 6, 87b V 3, 95 III 1

Leitsatz: Die Kassenärztlichen Vereinigungen waren auch im Jahr 2010 berechtigt, in ergänzenden Honorarvereinbarungen Regelungen zu treffen, die eine **Leistungsbegrenzung** nur mit **hälftigem Versorgungsauftrag** tätiger Ärzte sicherstellen. Die Begrenzung gilt unabhängig davon, ob die erfassten Leistungen Teil des Regelleistungsvolumens sind.

Die Bet. streiten um die Höhe vertragsärztlichen Honorars im Quartal I/10. *SG Hannover*, Urt. v. 03.07.2013 - S 61 KA 15/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Bindungswirkung eines rechtskräftigen Bescheidungsurteils

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 12.10.2016 - L 7 KA 55/13

RID 17-01-17

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 6/17 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 141 I Nr. 1

Leitsatz: Wenn ein Gericht einen Beklagten zur **Neubescheidung** verurteilt und dabei der Rechtsauffassung des Klägers nicht in vollem Umfang folgt, so kann der Kläger bei der erneuten Bescheidung mit denjenigen Einwendungen, die das Gericht in seiner für die Neubescheidung für maßgeblich erklärten Rechtsauffassung nicht berücksichtigt hat, aufgrund der **Bindungswirkung des rechtskräftig gewordenen Urteils** nicht mehr gehört werden.

SG Berlin, Urt. v. 28.02.2007 - S 71 KA 102/04 - wies die Klage der Fachärztin für Allgemeinmedizin ab, *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 24.11.2010 - L 7 KA 37/07 - RID 11-02-13 verpflichtete zur Neubescheidung (Individualbudgetierung: Sonderregelung bei Arbeitsunfähigkeit im Bemessungsjahr). *SG Berlin*, Urt. v. 08.05.2013 - S 71 KA 111/12 - verurteilte die Bekl., über das Individualbudget der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden, das *LSG* wies auf Berufung der Bekl. die Klage ab.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 30.11.2016 - *B 6 KA 17/15 R* - findet das sog **Splittingverbot** auch in der Konstellation Anwendung, in der ein **MKG-Chirurg in einer BAG mit Zahnärzten** tätig wird, die nicht auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

1. Plausibilitätsprüfung

a) Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Untersuchung eines Materials durch Pathologen

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 03.03.2016 - L 5 KA 23/15

RID 17-01-18

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 47/16 R

juris

SGB V §§ 82 I, 98 II, 106a; Ärzte-ZV § 32 I 1

Für die **Abrechnung der Nr. 19310 EBM (Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials)** ist es ausreichend, dass der **Pathologe** die Schnittprobe selbst mikroskopiert. Er hat dafür Sorge zu tragen, dass er ausreichend viele Schnitte in Augenschein nimmt, um eine sichere Beurteilung des Präparates vornehmen zu können, und dass der übermittelte Befund dem tatsächlichen Präparat und dem histologischen Befund entspricht. Inwieweit er dafür vorhandene Textbausteine variiert oder an die Gegebenheiten des untersuchten Befundes anpasst oder den Text frei formuliert, ist ihm freigestellt. Er kann die **von den Oberärzten vorbereiteten Befunde** prüfen und sich zu eigen machen. Damit hat er die Leistung persönlich erbracht.

Im Bereich der Untersuchung von **Prostatastanziopsien sowie Proben aus der gastroenterologischen Endoskopie** ist kennzeichnend, dass jeweils eine Reihe von Materialproben aus verschiedenen Stellen desselben Organs zu beurteilen ist. Dies führt zu wesentlichen **Synergieeffekten** sowohl im Bereich der Befunderhebung als auch bei der Niederlegung des Befundberichts, weil mehrere Präparate im Zusammenhang betrachtet und auch beschrieben werden

können, so dass gemeinsame Strukturen nur ein einziges Mal erkannt und im Befundbericht dargestellt werden müssen.

Ein **besonders qualifizierter und erfahrener Pathologe** ist in der Lage, die Prüfung schneller als weniger routinierte Pathologen durchzuführen.

Ergebnisse staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen können verwertet werden. Bei **Einstellung des Verfahrens nach § 153a StPO** ist es fraglich, ob die KV berechtigt ist, die angefochtenen Bescheide allein auf die Ermittlungen der Staatsanwaltschaft zu stützen.

SG Mainz, Urt. v. 15.04.2015 - S 8 KA 101/13 - hob den Bescheid auf Klage des ermächtigten Pathologen auf, das *LSG* wies die Berufung zurück.

b) Pauschalierende Erwägungen bis zum Grenzwert von 10 % gemeinsamer Fälle

LSG Hessen, Urteil v. 30.11.2016 - L 4 KA 22/14

RID 17-01-19

SGB V § 106a

Fälle einer „**kollegialen Vertretung**“ sind nicht aus der Zahl der von beiden Ärzten behandelten Fälle herauszurechnen (vgl. BSG, Beschl. v. 02.07.2014 - B 6 KA 2/14 B - juris Rn. 10; Beschl. v. 06.02.2013 - B 6 KA 43/12 B - juris Rn. 6).

Bei der **Berechnung der Rückforderung** wurden zugunsten des Kl. 30% der Doppelbehandlungsfälle als zutreffend unterstellt und die verbleibenden gemeinsamen Fälle beiden Partnern der Praxisgemeinschaft zugerechnet, d.h. nochmals halbiert. Damit ist dem Kl. in erheblichem Umfang Honorar für einen Anteil von Patientenidentitäten belassen worden, so dass Fehler bei der sachgerechten Ausübung des Schätzungsermessens nicht ersichtlich sind.

Soweit das Sozialgericht bei dieser Vorgehensweise beanstandet, dass sie bei den beteiligten Praxen der Praxisgemeinschaft aufgrund der hälftigen Teilung zwischen den unterschiedlich großen Praxen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führt, weil bei dem Kläger in den streitgegenständlichen Quartalen bezogen auf die Gesamtfallzahl der Praxis verhältnismäßig weniger gemeinsame Behandlungsfälle als plausibel anerkannt wurden, ist dies der Sache nach zwar zutreffend. Der Senat kann aber offen lassen, ob diese unterschiedlichen Ergebnisse zur Rechtswidrigkeit der Ermessensausübung der Beklagten bei der Festsetzung des Rückforderungsbetrags führen, da der Kl. als **Inhaber der verhältnismäßig größeren Praxis** von dieser Berechnungsweise im Vergleich zu der Partnerin der Praxisgemeinschaft **begünstigt** wird und somit die Berechnungsweise insoweit jedenfalls nicht zu einer Verletzung subjektiv-öffentlicher Rechte führt.

Mit der Vorinstanz ist davon auszugehen, dass allein **pauschalierende Erwägungen** zur Begründung des **Kürzungsermessens** nicht ausreichend sind, wenn dies zu einer Anerkennungsquote der patientenidentischen Behandlungsfälle von weniger als 20% und damit unterhalb des in der Richtlinie nach § 106a SGB V angegebenen Grenzwertes führt. Es reicht aber aus, dass die KV in ihre Ermessenserwägungen die **Größenordnung der gegenseitigen Vertretung von unter 10%** im Fachgruppendurchschnitt in Hessen einstellt und dieser Wert mit der Kürzung nicht unterschritten wird.

Die Beteiligten streiten um eine Honorarrückforderung in Höhe von 17.035,65 € gegenüber dem Kl. zu 1) bzw. 14.776,57 € gegenüber der Kl. zu 2) aufgrund einer Plausibilitätsprüfung der Honorarabrechnungen der vier Quartale II/06 bis I/07 und hierbei insb. eines Praxisabgleichs innerhalb der Praxisgemeinschaft beider Kl. mit einem Anteil gemeinsamer Patienten zwischen 20,8 % und 33,1 % bzw. 31,2 % und 42,3 %. Der Kl. zu 1) ist seit Oktober 1982 und die Kl. zu 2) seit Januar 1987 als Arzt/Facharzt bzw. Ärztin/Fachärztin für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie führen seit 1987 und im streitbefangenen Zeitraum eine Praxisgemeinschaft. Seit dem 01.10.2010 führen sie eine Gemeinschaftspraxis. *SG Marburg*, Urt. v. 29.01.2014 - S 12 KA 359/12, S 12 KA 360/12 - RID 14-01-16 hob die Honorarberichtigung hinsichtlich des Kl. zu 1) bzgl. der Quartale III/06 bis I/07 auf und wies im Übrigen die Klagen ab. Das *LSG* wies auf die Berufung der Bekl. die Klage insgesamt ab.

2. Job-Sharing

a) Job-Sharing-Obergrenze

aa) Bindung an zu hohe Festsetzung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.03.2016 - L 5 KA 3901/12

RID 17-01-20

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 48/16 R
juris
SGB V §§ 101 I 1 Nr. 4, 106a

Bei der **Festlegung einer Job-Sharing-Obergrenze** werden der „Berechnungsweg“ bzw. „einzelne Berechnungselemente“ von der **Bestandskraft** nicht umfasst, da diese nicht vom Verfügungssatz umfasst sind (vgl. BSG, Urte. v. 25.03.2015 - B 6 KA 22/14 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 82, juris).

Soll ein Arzt in eine bereits bestehende **Gemeinschaftspraxis** aufgenommen werden, so hat der Zulassungsausschuss die Berechnung nach § 23c BedarfspRL entsprechend der Zahl der bereits tätigen Vertragsärzte in der Gemeinschaftspraxis zu mindern; gefordert ist eine Division des abgerechneten Punktzahlvolumens „der“ Gemeinschaftspraxis durch die Zahl ihrer Mitglieder. Zu dem so errechneten Volumen sind dann nach § 23c S. 2 und § 23d S. 3 Hs. 2 BedarfspRL 3 % des durchschnittlichen Umsatzes der Arztgruppe des einzustellenden Arztes zu addieren. Hierdurch steht der maximale Abrechnungsumfang fest (vgl. BSG, Urte. v. 21.03.2012 - B 6 KA 15/11 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 12).

Hält sich der Zulassungsausschuss nicht an den in §§ 23c, 23d BedarfspRL vorgeschriebenen Berechnungsmodus zur Bestimmung der Punktzahlobergrenze, sondern bestimmt diesen **rechtswidrig zu hoch**, ist diese zu hohe Festsetzung der Punktzahlobergrenze für die Beteiligten **bindend**. Die KV ist nicht berechtigt, das aktuelle Punktzahlvolumen in gleicher - und damit rechtswidriger - Weise zu berechnen.

Die Kl. ist eine Gemeinschaftspraxis bestehend aus zwei Fachärzten für Innere Medizin - Kardiologie. Ihr wurde die Genehmigung zur Gründung einer Job-Sharing-BAG mit Dr. E. als angestellter Ärztin ab 01.04.2002 erteilt. Zur Bestimmung der Punktzahlobergrenze wurde entgegen der Vorgaben des § 23d BedarfspRL nicht lediglich das anteilige - vorliegend hälftige - Punktzahlvolumen der Gemeinschaftspraxis festgesetzt, sondern das gesamte Volumen der Gemeinschaftspraxis. *SG Stuttgart*, Urte. v. 09.08.2012 hob die angefochtenen Bescheide auf, das *LSG* wies die Berufung der bekl. KV zurück.

bb) Keine Bindung bei sittenwidriger Festsetzung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 26.10.2016 - L 3 KA 76/13

RID 17-01-21

juris
BGB §§ 242, 826; BMV-Ä § 45 II 1; BedarfspRL Nr. 23c

Leitsatz: Die Kassenärztliche Vereinigung ist an die vom Zulassungsausschuss bestandskräftig, aber **rechtswidrig zu hoch festgesetzte Leistungsobergrenze** einer Jobsharing-Praxis ausnahmsweise dann **nicht gebunden**, wenn diese in **sittenwidriger Weise** festgesetzt worden ist (hier: **kollusives Zusammenwirken des Vertragsarztes mit Funktionsträger der Kassenärztlichen Vereinigung**).

Die Kl. sind Mitglieder einer chirurgischen Gemeinschaftspraxis. Ab August 2000 trat im Rahmen einer **Job-Sharing-Gemeinschaftspraxis** die Beigel. in die Praxis ein. Für die Leistungsbegrenzung wurden die Quartale II/95 bis I/96 zugrunde gelegt und als **Obergrenze** für die Quartale I bis IV eines jeden Jahres auf 2.824.488,6 Punkte, 2.539.482,8 Punkte, 2.473.481,2 Punkte bzw. 3.393.159,4 Punkte festgesetzt. Die Zulassung der Beigel. endete zum Januar 2002. Der **Zulassungsausschuss** nahm die Berechnung der Leistungsbeschränkung und der Punktzahlvolumina im Beschluss gemäß § 45 IV SGB X **für die Vergangenheit zurück** und ersetzte diese durch die niedrigeren Punktzahlvolumina der Quartale I bis IV/99. Der Widerspruch war erfolglos. *SG Bremen*, Urte. v. 17.10.2007 -S 24 KA 29/03 - wies die Klage ab, *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urte. v. 26.05.2010 - L 3 KA 107/07 - RID 10-03-48 gab der Klage statt. Die KV forderte für die Quartale III/00 bis IV/01 **91.441,76 € zurück**. *SG Bremen*, Urte. v. 19.06.2013 - S 30 KA 48/10 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Wirksamwerden eines Verzichts auf Job-Sharing-Zulassung

LSG Hessen, Urteil v. 23.12.2016 - L 4 KA 9/15

RID 17-01-22

SGB V § 106a; Ärzte-ZV § 28

Es wird auf die Ausführungen der Vorinstanz verwiesen, wonach der **Verzicht auf eine sog. Job-Sharing-Zulassung** auch nach § 28 I 1 Ärzte-ZV mit dem **Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung folgenden Kalendervierteljahres wirksam** wird und die Verkürzung der Frist nicht bereits durch einseitige Erklärung des Vertragsarztes eintritt, sondern erst durch Beschluss des Zulassungsausschusses.

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Honorarberichtigung wegen Überschreitung des Praxisumfangs im Rahmen eines sog. Job-Sharings in Höhe von 36.575,42 € brutto für die drei Quartale III/10 bis I/11 (1. Leistungsjahr). *SG Marburg*, Gerichtsbl. v. 05.01.2015 - S 12 KA 332/13 - RID 15-01-22 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Punktion von Gelenken (Nr. 02341 EBM)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.10.2016 - L 5 KA 1494/14

RID 17-01-23

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

Leitsatz: Die Injektion intraartikulär, intrakutan, subkutan, submukös, subkonjunktival oder intramuskulär ist nach Anhang 1 des EBM ein möglicher Bestandteil der chirurgischen Grundpauschalen nach GOP 07210 EBM, 07211 EBM und 07212 EBM. Dies gilt auch dann, wenn vor der Applikation des Arzneimittels mithilfe der Kanüle eine Aspiration erfolgt. GOP 02341 EBM (Punktion II) ist nur dann abrechenbar, wenn tatsächlich Körperflüssigkeiten oder Gewebe entnommen wird.

Die Beteiligten streiten über eine nach einer Plausibilitätsprüfung erfolgte Neufestsetzung der Honoraransprüche des Kl., eines Chirurgen, für die Quartale II/08 bis I/12 und eine daraus resultierende Rückforderung in Höhe von 12.260,67 €. *SG Stuttgart*, Urt. v. 18.02.2014 - S 20 KA 3093/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Neurochirurgen: Offen chirurgische Facettendenerivationen (Nr. 31131 EBM)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.09.2016 - L 11 KA 55/15

RID 17-01-24

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 90/16 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a

Nach der Präambel 31.2.4 Nr. 3 setzt die Berechnung der Nr. 31131 EBM für die **Facettendenerivation** OPS-Code 5-830.2 die **offen chirurgische Durchführung** des Eingriffs voraus, während minimalinvasive Verfahren (z.B. zur Schmerztherapie) mit den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.5 berechnungsfähig sind. Es kommt daher nicht darauf an, dass der OPS-Code 5-830.2 in seinem Wortlaut kein offen chirurgisches Vorgehen fordert. Die Facetten-Kryodenerivation ist nach dem EBM eine minimalinvasive Vorgehensweise (im Ergebnis auch LSG Niedersachsen, Urt. v. 08.06.2016 - L 3 KA 49/13 - RID 16-03-27).

Erklärt der Vertragsarzt, dass es in seiner Abrechnung keine Fälle gebe, in denen nach der Definition der KV offen chirurgisch vorgegangen worden sei, man gehe immer nach der gleichen Methode vor, so kann davon ausgegangen werden, dass die aufgedeckten **Abrechnungsfehler in sämtlichen streitbefangenen Quartalen** vorhanden waren (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.02.2015 - L 11 KA 82/14 B ER - RID 15-02-24 und Urt. v. 11.03.2009 - L 11 (10) KA 3/07 - RID 09-03-30).

SG Düsseldorf, Urt. v. 08.07.2015 - S 2 KA 432/13 - RID 15-03-12 wies die Klage des Facharztes für Neurochirurgie gegen eine Honorarberichtigung für die Quartale I/08 bis IV/11 in Höhe von insgesamt 439.203,23 € ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Zuschlag für diabetologische Schwerpunktpraxen nur bei Hausärzten (Nr. 03212 EBM)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 26.10.2016 - L 3 KA 72/13

RID 17-01-25

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 14/17 B

juris

SGB V § 87 I; GG Art. 3 I; EBM Nr. 03212

Leitsatz: Es verletzte kein höherrangiges Recht, wenn der **Zuschlag** nach der EBM Ziffer 03212 in den Jahren 2009 und 2010 nur **Hausärzten** mit **diabetologischen Schwerpunktpraxen**, nicht aber fachärztlich tätigen Internisten mit diabetologischen Schwerpunktpraxen gewährt werden konnte.

SG Bremen, Ur. v. 29.05.2013 - S 1 KA 49/09 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

6. Erhebung von allgemeinen Verwaltungskosten auch für Leistungen im Notdienst

SG München, Urteil v. 01.12.2016 - S 38 KA 379/15

RID 17-01-26

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 75, 81 I Ziff. 5; RDG Bayern Art. 14 I, 35 III 2

Eine Absetzung in Höhe von 2,5 % **Verwaltungskosten** auch bei den Leistungen, die im Rahmen des **Notarzdienstes** in den Quartalen IV/12 und I/13 erbracht wurden, ist rechtlich nicht zu beanstanden. Nach Art. 14 I BayRDG ist die Behandlung von Notfallpatienten auch Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und von der KV Bayerns sicherzustellen. Somit handelt es sich auch bei der Vergütung aus dem Notarzdienst um einen **Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit**. Gegen die Erhebung von allgemeinen Verwaltungskosten spricht auch insb. nicht Art. 35 III BayRDG. Erst bei einem wesentlich höheren Prozentsatz als 2,5 % könnte die **Angemessenheit** in Frage gestellt werden.

Das *SG* wies die Klage ab.

7. Kein Vollziehungsinteresse nach 15-jähriger Untätigkeit der KV

SG Marburg, Beschluss v. 09.12.2016 - S 12 KA 698/16 ER

RID 17-01-27

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: Bei einer über **15-jährigen Untätigkeit** der Kassenärztlichen Vereinigung bzgl. eines Rückforderungsanspruchs aufgrund einer **sachlich-rechnerischen Berichtigung** sinkt ein evtl. **öffentliches Vollziehungsinteresse** gegen null. Bei einer solch langen Untätigkeit ist kein Grund ersichtlich, dass die Behörde nicht ein Gerichtsverfahren bis zu einer evtl. Vollziehung abwarten könnte.

Die bekl. KV berichtigte mit Bescheid vom 13.06.2001 die Vergütung des kl. Universitätsklinikums, weil das Poliklinikbudget 1997 fehlerhaft berechnet worden sei. Nach fristgerechter Einlegung des Widerspruchs und Begründung im Jahr 2001 wies die Bekl. mit Widerspruchsbescheid vom 26.10.2016 den Widerspruch als unbegründet zurück. Das *SG* stellte die aufschiebende Wirkung der Klage wieder her.

8. Zahnärztliche Behandlung

a) Häufigere Fluoridierung in Ausnahmefällen nur in regelmäßigen Abständen

SG München, Urteil v. 19.05.2016 - S 21 KA 5210/15

RID 17-01-28

<http://files.vogel.de/infodienste/smfiledata/9/5/7/7/6/188076.pdf>

SGB V § 106a; BEMA-Z IP4

Im **Ausnahmefall** kann bei Versicherten mit hohem Kariesrisiko eine **Fluoridierung** zweimal im Kalenderhalbjahr erfolgen. Der Individualprophylaxe-RL ist zu entnehmen, dass eine Anwendung in regelmäßigen Abständen vorgesehen ist. Dem entspricht eine Fluoridierung am Ende eines Kalenderhalbjahres und dann erneut zum Beginn des folgenden Kalenderhalbjahres mit nur wenigen Tagen/Wochen Abstand nicht. Gleiches gilt für die zweimalige Fluoridierung im Kalenderjahr in

Ausnahmefällen; auch hier ist auf eine Anwendung in möglichst **regelmäßigen Abständen**, also ca. drei Monaten, zu achten.

Streitig ist die sachlich-rechnerische Berichtigung von Leistungen nach Nr. IP4 BEMA-Z in drei Behandlungsfällen in Höhe von 33,81 € im Quartal II/15. Das *SG* wies die Klage ab.

b) Beginn der Ausschlussfrist bei kieferorthop. Behandlung/Fehlender Leistungsnachweis

SG Hamburg, Urteil v. 17.08.2016 - S 27 KA 229/13

RID 17-01-29

<http://files.vogel.de/infodienste/smfiledata/9/8/4/3/8/189416.pdf>

SGB V § 106a

Der **Beginn der vierjährigen Ausschlussfrist** zur Berichtigung der kieferorthopädischen Abrechnung ist der **Zeitpunkt des Abschlusses der kieferorthopädischen Behandlung**.

Kann ein Vertrags(zahn)arzt nicht **nachweisen**, dass er abgerechnete Leistungen erbracht hat, sind diese der sachlich-rechnerischen Richtigstellung zugänglich. Der Vertrags(zahn)arzt trägt das wirtschaftliche Risiko, wenn er seine **Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten** nicht beachtet.

Die bekl. KZV berichtige die Abrechnung des kl. Kieferorthopäden in 50 Behandlungsfällen, von denen einer im Jahr 2009, die anderen im Jahr 2010 abgeschlossen worden waren, um 35.445,89 €. Das *SG* wies die Klage ab.

III. Genehmigung/Zweigpraxis/Notdienst/Disziplinarrecht

Nach BSG, Urt. v. 30.11.2016 - *B 6 KA 38/15 R* - **verletzt** ein Vertragsarzt seine **vertragsärztlichen Pflichten** dadurch schuldhaft, dass er wiederholt seine Praxis während der Sprechstundenzeiten schließt, um an einem vertragsärztlichen „**Warnstreik**“ **teilzunehmen**. Ein Recht der Vertragsärzte, Forderungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen im Wege von „Arbeitskampfmaßnahmen“ durchzusetzen, ist in verfassungsrechtlich nicht zu beanstandender Weise durch die Bestimmungen des Vertragsarztrechts beschränkt worden.

1. Widerruf der Genehmigung zur Teilnahme an Diabetesvereinbarung/Mindestpatientenzahl

LSG Bayern, Urteil v. 16.03.2016 - L 12 KA 59/14

RID 17-01-30

Revision anhängig: B 6 KA 32/16 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 73a; SGB X § 48; GG Art. 3 I, 6, 12 I

Bei der **Genehmigung zur Teilnahme am DMP-Vertrag** und den Diabetes-Vereinbarungen handelt es sich um einen **Verwaltungsakt mit Dauerwirkung**. Sie kann nach § 48 SGB X **widerrufen** werden.

Bezüglich der Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergibt sich für die Vertragspartner ein weiter **Gestaltungsspielraum**. Ein **Strukturvertrag** nach §§ 73a, 83 SGB V zur Diabetesbehandlung kann eine **Mindestpatientenzahl** von 250 Patienten mit Diabetes mellitus (Typ 1 und/oder Typ 2) für das Fortbestehen der Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt vorsehen. Das Erfordernis einer Mindestpatientenzahl verstößt insb. nicht gegen die Grundrechte aus den Art. 3, 12 und 14 GG.

SG München, Urt. v. 12.03.2014 - S 38 KA 495/12 - RID 14-02-43 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Rücknahme eines weiteren Versorgungsauftrages nach Anlage 9.1 BMV-Ä

LSG Saarland, Urteil v. 12.02.2016 - L 3 KA 37/12

RID 17-01-31

juris

SGB V §§ 82 I, 135 II; SGB X § 45; BMV-Ä Anl. 9 §§ 4, 7

Die **Genehmigung zur Übernahme eines weiteren Versorgungsauftrages nach Anlage 9.1 BMV-Ä** kann nach § 45 SGB X aufgehoben werden, wenn entgegen der ursprünglichen Annahme kontinuierlich weniger als 150 Patienten entsprechend § 5 Abs. 7 Buchst. c Satz 3 Nr. 3 Anl. 9.1

BMV-Ä behandelt werden und die Praxis hinsichtlich der **maßgeblichen Patientenzahl** (zumindest) in wesentlicher Hinsicht grob fahrlässig unrichtige Angaben gemacht hat.

SG für das Saarland, Urt. v. 18.07.2012 - S 2 KA 34/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung, *BSG*, Beschl. v. 30.11.2016 - B 6 KA 35/16 B - RID 17-01-62 die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

3. Keine Zweigpraxis in 1,7 km Entfernung vom Hauptsitz

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 05.10.2016 - L 11 KA 63/15

RID 17-01-32

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Ärzte-ZV § 24 III

Einzugsbereich des Hauptsitzes und Einzugsbereich der Zweigpraxis dürfen nicht deckungsgleich sein. Sind die Einzugsbereiche wegen ihrer räumlichen Nähe **identisch**, fehlt es an einer **Versorgungsverbesserung**, weil die Leistungen auch am Hauptsitz angeboten werden können.

Eine einfachere und mithin bequemere **Erreichbarkeit** der Zweigpraxis stellt gerade keine Versorgungsverbesserung dar, da mit jeder Zweigpraxis zumindest für einen Teil der Patienten eine Wegezeitverkürzung verbunden ist und das Erfordernis der Versorgungsverbesserung mithin leerliefe.

Der Kl. ist Facharzt für Innere Medizin und nimmt als Hausarzt an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Er beantragte erfolglos die Genehmigung einer Zweigpraxis, deren Standort in derselben Gemeinde in 1,7 km Entfernung vom Hauptsitz liegt. *SG Dortmund*, Urt. v. 29.07.2015 - S 16 KA 82/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Notdienst

a) Keine Teilnahmepflicht eines ermächtigten Krankenhausarztes

LSG Hessen, Urteil v. 14.12.2016 - L 4 KA 18/15

RID 17-01-33

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 7/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 75 I 2, 77 III, 81 I 1 Nr. 10, 95 III, IV

Leitsatz: 1. Die Heranziehung **ermächtigter Krankenhausärzte** zur Teilnahme am ÄBD ist rechtswidrig.

2. Die grundsätzliche Verpflichtung eines jeden Vertragsarztes zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst folgt aus seinem **Zulassungsstatus**. Die Teilnahme am Bereitschaftsdienst hat der Gesetzgeber als Annex zur Niederlassung in freier Praxis ausgestaltet (st. Rspr. *BSG*, Urteil vom 11. Dezember 2013 - B 6 KA 39/12 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 14, Rdnr. 14). Von diesem Status der Zulassung unterscheidet sich der Status eines nach § 116 SGB V persönlich ermächtigten Krankenhausarztes. Die **Ermächtigung** ist gegenüber der Zulassung nicht nur nachrangig, sondern insbesondere streng auf den von den Zulassungsgremien explizit zu bestimmenden **Umfang begrenzt**. Nur in diesen Grenzen nimmt damit der ermächtigte Krankenhausarzt im Sinne von § 95 Abs. 4 Satz 1 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teil und unterscheidet sich damit grundlegend von dem in freier Praxis (§ 32 Abs. 1 Satz 1 *Ärzte-ZV*) arbeitenden zugelassenen Vertragsarzt.

Zwischen den Beteiligten ist die die grundsätzliche Teilnahmepflicht eines ermächtigten Krankenhausarztes am ärztlichen Bereitschaftsdienst streitig. *SG Marburg*, Urt. v. 25.02.2015 - S 11 KA 11/15 - RID 15-02-46 wies die Klage ab, das *LSG* stellte fest, dass der Bescheid über die Einteilung zum ärztlichen Bereitschaftsdienst des Obmanns für den Bezirk A-Stadt für den Zeitraum Oktober 2014 bis Januar 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides rechtswidrig ist.

b) Verpflichtung zur Teilnahme am Sitz der Zweigpraxis

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 29.06.2016 - L 11 KA 5/15

RID 17-01-34

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 5/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 75; Ärzte-ZV § 24 III

Die Ausführungen in *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 19.03.2012 - L 11 KA 15/12 B ER - RID 12-02-40 werden bestätigt:

Die **Verpflichtung zur Teilnahme am organisierten Notdienst** betrifft im Bereich der KV Nordrhein Vertragsärzte nicht nur hinsichtlich ihres Stammsitzes - auch wenn dieser in einem anderen KV-Bezirk liegt -, sondern auch hinsichtlich der von ihnen geführten **Zweigpraxis**. Dies verstößt weder gegen Art. 12 I GG noch gegen Art. 3 I GG (vgl. bereits LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.12.2009 - L 11 B 19/09 KA ER - RID 10-01-36).

Mit der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung ist der Vertragsarzt zu einer grundsätzlich 24-stündigen Bereitschaft verpflichtet. Dem kommt er nach, wenn er kontinuierlich in 24-stündiger Bereitschaft steht oder aber jedenfalls am organisierten ärztlichen Notfalldienst teilnimmt. Alles andere liefe darauf hinaus, dass Inhaber einer Zweigpraxis einseitig die pekuniären Vorteile des erweiterten Tätigkeitsbereichs in Anspruch nehmen, damit verbundene Verpflichtungen indessen negieren. Grundsätzlich zumutbar ist es daher, einen mehrere Praxen betreibenden Arzt auch **mehrfach am Notfalldienst** zu beteiligen.

Der einem Arzt wegen Betreibens mehrerer Praxen obliegenden erhöhten Mitwirkungspflicht an der Notfallversorgung ist in der Weise Rechnung zu tragen, dass der Betreffende entsprechend seiner an der Zahl seiner Praxen orientierten größeren Regelversorgung der Bevölkerung entweder - bei Lage seiner Praxen in **demselben Notfalldienstbezirk** - mehrfach zum Notfalldienst in einem Bezirk einzuteilen oder - bei Lage seiner Praxen in **mehreren Notfalldienstbezirken** - zum Notfalldienst in mehreren Bezirken heranzuziehen ist (vgl. BVerwG, Urt. v. 12.12.1972 - I C 30.69 - NJW 1973, 576).

Der kl. Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Praxissitz in C im Zuständigkeitsbereich der KV Westfalen-Lippe ist in einer BAG mit Zweigpraxis in S, die im Zuständigkeitsbereich der bekl. KV Nordrhein liegt, tätig. Die Bekl. teilte den Kl. zum ärztlichen Notfalldienst für die erste Jahreshälfte 2012 unter Anordnung der sofortigen Vollziehung ein. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 29.10.2014 (in d.F.d. Berichtigungsbeschl. v. 23.02.2015) - S 14 KA 82/12 - stellte fest, dass der Bescheid rechtswidrig gewesen sei, das **LSG** wies die Klage ab.

Im **Parallelverfahren** des Praxispartners wies **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 01.02.2012 - S 14 KA 30/12 ER - den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

5. Anfechtung eines Disziplinarbescheids: Keine Verfahrensunterbrechung nach Insolvenzeröffnung

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 16.06.2016 - L 5 KA 2/15
SGB V § 81 V; ZPO § 240

RID 17-01-35

Die **Anfechtung eines Disziplinarbescheids** betrifft nicht die Insolvenzmasse, weshalb eine Verfahrensunterbrechung nach **Insolvenzeröffnung** nicht eintritt.

SG Mainz, Gerichtsbb. v. 23.01.2015 - S 16 KA 253/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück, weil die Klage wegen Verfristung unzulässig ist. **BSG**, Beschl. v. 06.12.2016 - B 6 KA 59/16 B - BeckRS 2016, 113148 wies den Antrag auf Bewilligung von PKH ab und verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

6. Genehmigung einer Dialysepraxis nach § 6 III der Anl. 9.1 BMV-Ä

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 21.12.2016 - L 3 KA 83/16 B ER

RID 17-01-36

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

BMV-Ä Anl. 9.1 §§ 4, 6 III

Vorgaben aus einer Verurteilung zur **Neubescheidung** sind zu beachten. Soll ein Arzt in einer Dialysepraxis alkoholabhängig gewesen sein und sich aus zahlreichen Patientenbeschwerden ergeben, dass in der Dialysepraxis erhebliche hygienische und organisatorische Mängel bestehen, so ist der Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln. Anschließend ist zu würdigen, ob die Umstände, die sich durch diese Ermittlungen als stichhaltig erwiesen haben, dazu führen, dass die Versorgungssituation in der Praxis tatsächlich als unzumutbar anzusehen ist - und zwar jeweils auf der Grundlage der Verhältnisse im Zeitpunkt der erneuten Erteilung des Versorgungsauftrags.

Streitig ist die Rechtmäßigkeit einer Genehmigung zur kontinuierlichen Betreuung von bis zu 30 Dialysepatienten. Die Kl. ist eine aus ursprünglich drei Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie bestehende BAG. Sie betreibt ein Dialysezentrum mit der Genehmigung zur kontinuierlichen Betreuung von (anfangs) bis zu 150 Dialysepatienten. Der Beigel. zu 1) war eines der fachärztlichen Mitglieder der BAG. Er beantragte die Verlegung seines Vertragsarztsitzes unter Mitnahme seines anteiligen Auftrags zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten. Die KV erteilte ihm für seine neugegründete Einzelpraxis eine zusätzliche Genehmigung zur kontinuierlichen Betreuung von bis zu 30

Dialysepatienten, weil er bisher 37 der knapp über 100 Dialysepatienten der Kl. betreut habe und dadurch ein besonderes Vertrauensverhältnis entstanden sei, sodass für eine kontinuierliche und wohnortnahe Versorgung dieser Patienten aus Sicherstellungsgründen eine zusätzliche Facharztpraxis erforderlich sei. **SG Hannover**, Urt. v. 07.03.2012 - S 78 KA 457/10 - wies die Klage ab, **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urteil v. 23.07.2014 - L 3 KA 33/12 - RID 15-01-28 hob den angefochtenen Bescheid auf, **BSG**, Urt. v. 28.10.2015 - B 6 KA 43/14 R - SozR 4-5540 § 6 Nr. 2 hob den angefochtenen Bescheid mit der Maßgabe auf, dass die Bekl. den Antrag des Beigel. zu 1) auf Erteilung einer Genehmigung zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten mit Dialyse erneut zu bescheiden hat. Die Aufhebung erfolgte mit der Maßgabe, dass ihre Wirkungen mit der neuen Entscheidung der Bekl., spätestens mit Ablauf des 30.06.2016 eintreten. Im Übrigen wies es die Revisionen der Bekl. und des Beigel. zu 1) zurück. Die Ag. erteilte für die Dialysepraxis der Beigel. zu 1) unter Anordnung der sofortigen Vollziehung erneut einen entsprechenden Versorgungsauftrag. **SG Hannover**, Beschl. v. 15.08.2016 - S 24 KA 230/16 ER - lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung ab, das **LSG** stellte die aufschiebende Wirkung der beim SG Hannover unter dem Az. S 24 KA 329/16 angehängten Klage (gerichtet gegen den der Beigel. zu 1) erneut erteilten Versorgungsauftrag) ab dem 01.04.2017 wieder her und lehnte im Übrigen den Antrag ab.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 25.01.2017 - **B 6 KA 7/16 R** - sind die **Prüfgremien**, unabhängig davon, ob Impfleistungen zur vertragsärztlichen Versorgung gehören oder nicht und ob eine Zuständigkeit der Prüfgremien für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der **Verordnung von Impfstoffen** in Bayern begründet ist, **zuständig**, wenn der Arzt die Impfstoffe als Arzneimittel für einzelne Versicherte vertragsärztlich verordnet hat und der Beschwerdeausschuss nicht die Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Impfstoffen beurteilt, sondern die Zulässigkeit dieser Verordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit Arzneimitteln. Diese hat er zu Recht verneint, wenn nach der Vereinbarung zu Schutzimpfungen sowie zur Verordnung von **Sprechstundenbedarf** der Bezug der hier betroffenen Impfstoffe gesondert im Rahmen des Sprechstundenbedarfs zu erfolgen hat. Damit war die Verordnung auf einem vertragsärztlichen Verordnungsblatt zu Lasten der zuständigen KK auf den Namen eines einzelnen Patienten unzulässig. Sprechstundenbedarfs-Verordnungen und Einzelverordnungen sind wegen der zwischen ihnen bestehenden Unterschiede nicht austauschbar. Ob der beigeladenen KK konkret ein Schaden entstanden ist, ist im Hinblick auf den im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung geltenden normativen Schadensbegriff unerheblich. Nach BSG, Urt. v. 30.11.2016 - **B 6 KA 29/15 R** - sind die Prüfgremien im Rahmen einer auf **einzelne Gebührenordnungspositionen** (GOP) bezogenen **statistischen Vergleichsprüfung** zwar grundsätzlich berechtigt, die **Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis** je nach GOP **unterschiedlich** festzusetzen. Sie sind auch nicht gehindert, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis nicht – wie vom Senat „typisierend“ angenommen – beim Doppelten des Vergleichsgruppenniveaus anzusetzen, sondern ggf. deutlich zu unterschreiten. Dies kommt insb. dann in Betracht, wenn es sich bei der geprüften GOP um eine typische Grundleistung handelt. Ungeachtet dessen muss die zutreffende Anwendung der einschlägigen Beurteilungsmaßstäbe jedoch erkennbar und nachvollziehbar sein. Daher muss der Bescheid die Erwägungen erkennen lassen, die den Beschwerdeausschuss bei seiner Entscheidung, den Grenzwert niedriger anzusetzen, geleitet haben. Eine Prüfung nach Durchschnittswerten ist auch zulässig, wenn die Leistungslegende neben einem obligatorischen einen fakultativen Leistungsinhalt aufweist.

1. Einziehung durch KV/30-jährige Verjährung für vollstreckbare Vergleiche

SG München, Urteil v. 13.12.2016 - S 28 KA 469/14

RID 17-01-37

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Leitsatz: Zur Frage der Verjährung und des Vorliegens eines vollstreckbaren gerichtlichen Vergleichs i.S.d. § 197 Abs. 1 Nr. 4 BGB i.V.m. § 199 Abs. 1 Nr. 3 SGG, wenn die Kassenärztliche Vereinigung an dem Abschluss des Vergleichs, der sie zur Einziehung der Schadensersatzforderungen der Krankenkassen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise des Vertragsarztes berechtigt, nicht beteiligt war.

Das **SG** verurteilte den bekl. Vertragsarzt (Urologen), an die Kl. 26.193,00 € sowie Prozesszinsen zu zahlen. Nach dem SG gilt die **Verjährung** nach **§ 197 I Nr. 4 BGB** auch für **vollstreckbare Vergleiche** im Vertragsarztrecht, da das Sozialrecht keine Sonderregelungen enthält.

2. Keine Aufrechnung von Kostenerstattungsansprüchen mit Honorarkonto/-kürzung

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 09.01.2017 - L 3 KA 87/16 B ER

RID 17-01-38

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106; SGB I § 51; SGG §§ 172, 198; ZPO § 769 I 1

Leitsatz: 1. Im sozialgerichtlichen Verfahren ist die **Beschwerdemöglichkeit** gegen Entscheidungen der Sozialgerichte über Anträge auf **einstweilige Einstellung der Zwangsvollstreckung** - anders als im Zivilprozess - nicht ausgeschlossen.

2. Eine Kassenzahnärztliche Vereinigung kann Ansprüche des Vertragszahnarztes gegen den Beschwerdeausschuss auf Kostenerstattung aus einem abgeschlossenen Gerichtsverfahren nicht gegen Honorarrückforderungsansprüche aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen aufrechnen.

SG Hannover, Beschl. v. 05.08.2016 - S 35 KA 21/16 ER - wies den Antrag des Beschwerdeausschusses auf einstweilige Einstellung der Zwangsvollstreckung zurück, das *LSG* die Beschwerde zurück.

3. Arzneikostenregress

a) Richtgrößenprüfung: Praxisbesonderheit wegen belegärztlicher Tätigkeit/„Filterverfahren“

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.10.2016 - L 5 KA 3599/13

RID 17-01-39

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Leitsatz: Die Prüfungsgremien dürfen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung (Arzneimittelregress) zur Ermittlung und Bewertung von **Praxisbesonderheiten** rechnergestützte, auf statistischen und medizinisch-pharmakologischen Grundsätzen beruhende **Filterverfahren** anwenden. Sie müssen aber jeweils eine **abschließende (intellektuelle) Prüfung** durchführen, die die Ergebnisse des Filterverfahrens und außerdem die vom Arzt im Zuge seiner (gesteigerten) Mitwirkungspflicht hinreichend substantiiert geltend gemachten oder sonst - außerhalb des Filterverfahrens - erkennbaren Praxisbesonderheiten zum Gegenstand hat.

Die kl. BAG mit zwei HNO-Ärzten wandte sich gegen einen Arzneimittelregress in Höhe von 8.768,48 € aufgrund einer Richtgrößenprüfung für das Jahr 2007. *SG Stuttgart*, Ur. v. 24.07.2013 - S 5 R 4418/11 - hob den Bescheid des Bekl. auf, das *LSG* wies die Berufung zurück.

b) Sprechstundenbedarf: Unterdurchschnittliche Einzelverordnungen (Onkologie)

LSG Bayern, Urteil v. 09.11.2016 - L 12 KA 140/15

RID 17-01-40

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 19/17 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Ein Vertragsarzt wird durch die Berücksichtigung seiner deutlich unterdurchschnittlichen Zahlen bei der Einzelverordnung von Arzneimitteln als Einsparung beim **Sprechstundenbedarf** im Quartal nicht beschwert. Zwar ist es im Grundsatz zutreffend, dass die Verordnung von Sprechstundenbedarf und **Einzelverordnungen** eigenen Regeln folgen und nicht austauschbar sind. Es kann aber im Rahmen der **intellektuellen Prüfung** eine andere Sichtweise geboten sein, wenn der Vertragsarzt mit **onkologischer Schwerpunktpraxis** eine Ausnahmegenehmigung nach der Sprechstundenbedarfsvereinbarung besitzt, die es ihm erlaubt, Zytostatika, Metastasenhemmer und Diphosphonate, die grundsätzlich vom Bezug als Sprechstundenbedarf ausgeschlossen und auf Einzelrezept auf den Namen des Patienten zu verordnen sind, gleichwohl als Sprechstundenbedarf zu verordnen.

In den Quartalen II/01 und II/02 bestand keine Veranlassung dazu, auf die Frage des Vorliegens kausaler Einsparungen näher einzugehen, da der Kl. hier auch bei der Verordnung von Einzelverordnungen **Überschreitungen** aufweist.

Der Kl. wandte sich gegen ihn festgesetzte Regresse wegen unwirtschaftlicher Ordnungsweise beim Sprechstundenbedarf. Der Kl. nahm aufgrund einer Sonderbedarfzulassung ab 1998 als Hämatologe und internistischer Onkologe an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Praxis des Kl. wurde im Juni 1999 als onkologische Schwerpunktpraxis anerkannt. Dem Kl. wurde die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung

mit Bescheid des Berufungsausschusses vom 16.11.2004 entzogen. Der Kl. hatte fertige Zytostatikarezepturen über Sprechstundenbedarfsrezepte und zum Teil auch auf Namen einzelner Patienten verordnet, während die Apotheke aber nur die wesentlich billigeren Einzelbestandteile (zytostatische Wirkstoffe und Trägerlösungen) an ihn als den behandelnden Onkologen lieferte; die applikationsfertigen Medikamente stellte er dann selber gegen eine vom Apotheker gewährte „Aufwandsentschädigung“ in Höhe von bis zu 20.000,00 DM oder mehr her. Die Klage blieb erfolglos (LSG Bayern, Urt. v. 04.02.2009 - L 12 KA 492/07 - RID 09-02-70, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgenommen). Das **LSG** hob auf die Berufung des Kl. **SG München**, Urt. v. 12.06.2015 - S 21 KA 661/13 - auf und verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch des Kl. gegen den Prüfbescheid vom 10.08.2005 (Quartal IV/01) erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden. Die Berufungen des Kl. gegen **SG München**, Urt. v. 12.06.2015 (S 21 KA 661/13, S 21 KA 662/13, S 21 KA 664/13) wies es zurück.

4. Zulässigkeit statistischer Durchschnittsprüfung/„Schwere Fälle“/Zahnerhaltende Behandlung

SG München, Urteil v. 09.11.2016 - S 38 KA 5170/15

RID 17-01-41

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 12 KA 5014/16 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Die **statistische Durchschnittsprüfung** ist zwar nicht mehr als Regelprüfmethode anzusehen, gleichwohl handelt es sich aber um eine zulässige und anerkannte Prüfmethode, die ihre Rechtsgrundlage in § 106 II 4 SGB V i.V.m. der **Prüfvereinbarung** findet.

Die Prüfungsgremien sind nicht verpflichtet, Gründen für eine **unterdurchschnittliche Fallzahl** nachzugehen, soweit der Grenzwert von 20 % der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe erreicht oder überschritten wird (BSG, Urt. v. 21.03.2012 - B 6 KA 17/11 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 35).

Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung können **schwere Fälle** durch Herausrechnen derselben berücksichtigt werden, insb. bei Praxen, deren Fallzahl wesentlich niedriger liegt als bei dem Durchschnitt der Fachgruppe. Hierfür angenommene **Fallwerte** über 500 € bzw. über 400 € überschreiten nicht den Beurteilungsspielraum.

Es ist davon auszugehen, dass alle Zahnärzte entsprechend der Richtlinien (B III.2 i.V.m. § 92 SGB V) grundsätzlich großen Wert auf **zahnerhaltende Maßnahmen** legen. **Kronenversorgung** und Füllungstherapie sind daher nicht beliebig austauschbar. **Extraktionen** von Zähnen erfolgen generell nur dann, wenn eine zahnmedizinische Notwendigkeit hierfür besteht, vor allem bei Zähnen, die nicht mehr erhaltungsfähig und -würdig sind. Insofern kann auch zwischen Füllungsleistungen und Extraktionen kein Zusammenhang bestehen.

Das **SG** wies die Klage ab.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 25.01.2017 - **B 6 KA 11/16 R** - können nach § 5 II **BMV-Ä** Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen gleichberechtigt und nebeneinander ohne Bedarfsprüfung zur Durchführung dieser Leistung - Nr 01780 EBM („Planung der Geburtsleistung durch den betreuenden Arzt der Entbindungsklinik“) - ermächtigt werden. Diese Umstände schließen es hier aus, der persönlichen Ermächtigung von Ärzten den Vorrang vor der **Ermächtigung einer ärztlich geleiteten Einrichtung** zu geben. Der Ermächtigung steht auch nicht entgegen, dass sie für Leistungen begehrt wird, für die **besondere Qualifikationsanforderungen** bestehen. Der Senat hat bislang die Erteilung einer Institutsermächtigung für grundsätzlich unzulässig gehalten, wenn die Leistungserbringung den Nachweis einer speziellen Qualifikation voraussetzt. In Fortentwicklung dieser Rechtsprechung sieht der Senat eine Institutsermächtigung dann als zulässig an, wenn **in der Ermächtigung sichergestellt wird**, dass die qualifikationsabhängigen Leistungen **ausschließlich von entsprechend qualifizierten Ärzten erbracht** werden. Hierzu ist erforderlich, dass der Krankenhausträger mitteilt, welche Ärzte die von der Institutsermächtigung umfassten qualifikationsabhängigen Leistungen erbringen werden und über welche Qualifikationen sie verfügen. In jedem Leistungs- und Abrechnungsfall muss durch eine geeignete Kennzeichnung - etwa durch die Vergabe einer Arztnummer - für die KÄV kenntlich gemacht werden, welcher der Ärzte mit der erforderlichen Qualifikation die konkrete Leistung erbracht hat. Eine solche Inhaltsbestimmung hat der Bekl. vorzunehmen. Die Erteilung der bedarfsunabhängigen Ermächtigung steht nicht im Ermessen des Beklagten. Nach BSG, Urt. v. 25.01.2017 - **B 6 KA 2/16 R** - ist die Ablehnung einer beantragten Erweiterung der bestehenden **Ermächtigung einer Kinderklinik** (Pädiatrische Onkologie und Hämatologie) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bzgl. der Erbringung von Leistungen nach den Nrn. 01510-01512 EBM (**Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung**) rechtswidrig, weil für den Ausschluss von Krankenhausambulanzen ein sachlicher Grund nicht vorhanden ist. Ein sachlicher und personeller Mehraufwand für die Beobachtung und Betreuung der Patienten entsteht im Rahmen der onkologischen Behandlung sowohl in Arztpraxen als auch in Krankenhausambulanzen. Auch der Gedanke einer Strukturförderung trägt den Ausschluss der Krankenhausambulanzen

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

1. Zulassungen

a) Sonderbedarfszulassung

aa) Zumutbare Wegezeiten/Versorgungsanspruch der Versicherten und Versorgungsbedarf

SG Marburg, Urteil v. 11.01.2017 - S 12 KA 262/16

RID 17-01-42

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 101 I 1 Nr. 3; BedarfspIRL §§ 36 f.

Leitsatz: 1. Aus der **Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen** und die Vermittlung von Facharztterminen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband folgt nicht, dass ein Facharzt der allgemeinen fachärztlichen Versorgung innerhalb von 30 Minuten **erreichbar** sein muss. Hinzu kommen die Wegezeiten des Versicherten zum nächstgelegenen Facharzt.

2. Kann der **Versorgungsanspruch der Versicherten** auf Erreichbarkeit eines Arztes in zumutbarer Entfernung nicht in jedem Einzelfall erfüllt werden (vgl. BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 22/09 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 8, juris Rdnr. 28; LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 08.01.2016 - L 9 KA 1/15 B ER - juris Rn. 37), so folgt hieraus nicht, dass eine Sonderbedarfszulassung zu erteilen ist. Eine Sonderbedarfszulassung kommt erst dann in Betracht, wenn im Einzugsbereich der geplanten Praxis eine **Versorgungslücke im Umfang eines wenigstens hälftigen Versorgungsauftrags** besteht.

Die Beteiligten streiten um eine Sonderbedarfszulassung als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie mit einem - weiteren - hälftigen Versorgungsauftrag. Das **SG** wies die Klage ab.

bb) Abstellen auf Einzugsbereich der Praxis und nicht auf Planungsbereich

SG Marburg, Urteil v. 11.01.2017 - S 12 KA 258/16

RID 17-01-43

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 101 I 1 Nr. 3; BedarfspIRL §§ 36 f.

Leitsatz: Nach der **Neufassung der §§ 36, 37 BedarfspIRL** gilt, dass für die Ermittlung des **Sonderbedarfs** allein auf den **Einzugsbereich der Praxis**, unabhängig von den **Planungsbereichsgrenzen**, abzustellen ist (§ 36 Abs. 3 Nr. 1 BedarfspIRL).

Die Beteiligten streiten um eine Sonderbedarfszulassung des Kl. als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem hälftigen Versorgungsauftrag. Nach Zulassung durch den Zulassungsausschuss wies der bekl. Berufungsausschuss den Widerspruch der aus zwei Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin bestehenden beigel. BAG, die ihre Praxis im ca. 6 km entfernten Nachbarort, der zu einem anderen Planungsbereich gehört, ab. Das **SG** verurteilte die Bekl., über den Widerspruch der Beigel. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

cc) Keine Ergänzung einer KJP-Zulassung durch Zulassung als Psycholog. Psychotherapeut

SG Marburg, Urteil v. 11.01.2017 - S 12 KA 427/16

RID 17-01-44

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 101 I 1 Nr. 3; BedarfspIRL §§ 36 f.; BedarfspIRL a.F. Nr. 24 lit. a u. b, 25

Leitsatz: 1. Eine im Jahr 2000 erteilte **Sonderbedarfszulassung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut** nach Nr. 24 lit. a Bedarfsplanungs-Richtlinie a.F. kann nicht in eine „Vollzulassung“ als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Psychologischer Psychotherapeut

umgewandelt werden. Regelungen nach Nr. 24 lit. b Bedarfsplanungs-Richtlinie a.F. sind hierauf nicht anwendbar.

2. Bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten handelt sich um **zwei selbständige Heilberufe** (vgl. BVerfG, Beschl. v. 28.07.1999 - 1 BvR 1056/99 - juris Rdnr. 2). Auch vertragsarztrechtlich handelt es sich bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht um eine bloße Subspezialisierung, da das Vertragsarztrecht mit der Approbation als Zulassungsvoraussetzung (§ 95 Abs. 2 Satz 1 und 3, 95c Satz 1 Nr. 1 SGB V) an das Berufsrecht anknüpft.

Der Kl. ist approbierter Psychologischer Psychotherapeut und approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Er wurde im Juni 2000 aufgrund eines lokalen Sonderbedarfs nach Nr. 24 lit. a BedarfsplRL a.F. als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. 2014 beantragte er erfolglos, ihn neben seiner Zulassung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als Psychologischen Psychotherapeuten an seinem bisherigen Vertragspsychotherapeutensitz zuzulassen. Er trug u.a. vor, zwar habe der GBA im Jahr 2005 die bis dahin geltende Regelung abgeschafft, nach der nach Ablauf von fünf Jahren eine Sonderbedarfszulassung - unabhängig von der tatsächlichen Versorgungslage - in eine Vollzulassung übergehen konnte. Der GBA habe jedoch für bestehende Zulassungen eine Übergangsregelung geschaffen. Bei seiner Sonderbedarfszulassung handele es sich um einen qualitativen Versorgungsbedarf nach § 24 lit. b BedarfsplRL, was in einer Neufassung klargestellt worden sei, weshalb er unter das Übergangsrecht falle. Das *SG* wies die Klage ab.

b) Teilaufhebung der Sperrung: Job-Sharing-Verhältnis/Bewerberauswahl

LSG Hessen, Urteil v. 30.11.2016 - L 4 KA 1/15

RID 17-01-45

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 12/17 B

SGB V §§ 85 II, 101, 103 III; Ärzte-ZV § 16b; BedarfsplRL § 26

Ein **Job-Sharing-Verhältnis** begründet nur dann einen vorrangigen Anspruch auf Zulassung bzw. Wegfall der Leistungsbeschränkungen, wenn es vor einer Teilaufhebung der Sperrung des Planungsbereichs durch den Landesausschuss bereits begründet worden ist.

Im Rahmen der von den Zulassungsgremien vorzunehmenden Bewerberauswahl können **konservative** als auch **operative Behandlungsformen** auf dem Gebiet der HNO-Heilkunde als gleichrangig angesehen werden.

Zusatz-Weiterbildungen sind ein geeignetes Indiz für den Nachweis des Umfangs, in dem sich ein Arzt auf seinem Fachgebiet weitergebildet hat.

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer aktiven Konkurrentenklage um die Vergabe eines hälftigen Vertragsarztsitzes für einen Facharzt/Fachärztin für HNO-Heilkunde nach partieller Öffnung. *SG Marburg*, Urt. v. 26.11.2014 - S 12 KA 539/13 - RID 15-01-45 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Praxisnachfolge durch Anstellung: Allgemeine Voraussetzungen der Praxisnachfolge

SG Marburg, Urteil v. 11.01.2017 - S 12 KA 584/16

RID 17-01-46

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 103 IV, IVb, IVc

Leitsatz: 1. § 103 Abs. 4b Satz 2 SGB V lässt ebenso wie § 103 Abs. 4c Satz 1 SGB V die **Anstellung eines Arztes im Wege der Praxisnachfolge** zu, suspendiert aber nicht von den **allgemeinen Voraussetzungen der Praxisnachfolge**. Vielmehr wird durch die gleichzeitig **fingierte Praxisverlegung** - wie bei einer ausdrücklichen Praxisverlegung - zusätzlich verlangt, dass Gründe der vertragsärztlichen Versorgung einer Übernahme nicht entgegenstehen. Durch die Integration in die tatbestandlichen Voraussetzungen der Anstellungsgenehmigung handelt es sich eindeutig um einen **einzigsten Verwaltungsakt**, nämlich die Anstellungsgenehmigung selbst. Eine Aufspaltung in die Genehmigung der Praxisnachfolge einschließlich der Anstellungsgenehmigung einerseits und der Sitzverlegung andererseits ist vom Gesetz nicht vorgegeben.

2. Für eine Anstellungsgenehmigung im Wege der Praxisnachfolge bedarf es einer **nachfolgefähigen Praxis** und eines **Fortführungswillens** des anstellenden Vertragsarztes.

Die Beigel. zu 8) ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und betrieb mit der im Parallelverfahren zum Az.: S 12 KA 585/16 Beigel zu 8), ebf. Fachärztin für Allgemeinmedizin, eine Berufsausübungsgemeinschaft in M im Mittelbereich W. Wegen Kündigung ihrer Praxisräume verlegten sie ihre Praxis um 1,3 km in den benachbarten

Ort G, der im angrenzenden Mittelbereich R liegt, nachdem dort zwei Vertragsarztsitze ausgeschrieben worden waren. Nach Verzicht auf ihre Zulassung in M wurden diese Vertragsarztsitze zur Praxisnachfolge ausgeschrieben. Einzige Bewerber waren die Beigel. zu 1), die jeweils für ihre Praxis, gelegen im innerstädtischen Bereich von W, eine Ärztin anstellen wollten. Die Zulassungsgremien gaben den Anträgen statt. Die kl. KV wandte sich gegen die Verlegung der Vertragsarztsitze in den stärker überversorgten innerstädtischen Bereich. Das *SG* hob in beiden Verfahren den Beschluss des Bekl. auf.

Parallelverfahren:

SG Marburg, Urteil v. 11.01.2017 - S 12 KA 585/16

RID 17-01-47

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

2. Zulassungsentziehung

a) Nichtmehrausüben der vertragsärztlichen Tätigkeit: Geringe Fallzahl

LSG Hessen, Urteil v. 30.11.2016 - L 4 KA 29/16

RID 17-01-48

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 8/17 B

SGB V § 95 VI

Zur Beurteilung der Frage, ob die vertragsärztliche Tätigkeit noch ausgeübt wird, ist auf die Sach- und Rechtslage im **Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung** abzustellen (ständige höchstrichterliche Rspr., vgl. nur BSG, Urt. v. 17.10.2012 - B 6 KA 49/11 R - BSGE 112, 90 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 26, juris Rn. 19 ff.; Beschl. v. 28.10.2015 - B 6 KA 36/15 B - juris Rn. 16 f.; Beschl. v. 22.03.2016 - B 6 KA 69/15 B - juris Rn. 13). Dabei hat die zuständige Behörde, von diesem Zeitpunkt ausgehend, eine **Prognoseentscheidung** dahingehend zu treffen, ob aufgrund aller bekannten tatsächlichen Umstände auch in Zukunft von einer Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit auszugehen ist (zum Ruhen so schon LSG Hessen, Urt. v. 15.03.2006 - L 4 KA 29/05 - RID 06-02-45, juris Rn. 20; vgl. auch LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.12.2009 - L 3 KA 117/08 - RID 10-02-54, juris Rn. 36).

Ab einer **Fallmenge** pro Quartal, die **unter 10 % des Fachgruppenschmitts** liegt, ist unbedenklich von einer **Nichtausübung der Vertragsarztstätigkeit** auszugehen (vgl. auch bereits - ohne Festlegung auf konkrete Prozentzahlen - LSG Hessen, Beschl. v. 30.07.2008 - L 4 KA 15/08 - RID 09-02-73, juris Rn. 19). Angesichts dieses geringen Abrechnungsumfanges kommt es weder auf das Maß der angebotenen Sprechstundenzeiten an noch greift der Einwand, es werde ein besonderes Patienten Klientel betreut, dessen Behandlung überdurchschnittlich viel Zeit in Anspruch nehmen.

SG Marburg, Urt. v. 16.03.2016 - S 12 KA 7/16 - RID 16-02-49 wies die Klage eines hausärztlich tätigen Internisten ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Visuelles Ausspionieren der Praxisangestellten in ihrer Intimsphäre

SG Gotha, Urteil v. 23.03.2016 - S 7 KA 2580/15

RID 17-01-49

SGB V § 95 VI

Auch **Verfehlungen außerhalb der eigentlichen vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit** können eine Zulassungsentziehung rechtfertigen (vgl. BSG, Beschl. v. 31.03.2006 - B 6 KA 69/05 B - juris Rn. 8 unter Bezugnahme auf BSG, Urt. v. 19.06.1996 - 6 BKa 52/95 - juris im Fall der versuchten Vergewaltigung einer Praxishelferin; BSG, Beschl. v. 26.06.2007 - B 6 KA 20/07 B - im Fall sexueller Übergriffe eines Arztes gegen Auszubildende in seiner Praxis; vgl. ferner LSG Hamburg, Urt. v. 07.10.2015 - L 5 KA 20/13 - RID 15-04-55 und LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.10.2003 - L 11 KA 165/02 - RID 04-02-86 in Fällen von Vermögensdelikten).

Bestehen an der Richtigkeit des **staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsergebnisses** keine Zweifel, dann kann ein vom Vertragszahnarzt eingestandener Sachverhalt zur Grundlage der Beurteilung einer Pflichtverletzung im Zulassungsentziehungsverfahren gemacht werden.

Wird ein **Strafverfahren** im Berufungsverfahren **wegen eines Verfahrenshindernisses** - hier: Zurücknahme der Strafanzeigen - **eingestellt**, bedeutet dies formalrechtlich nicht, dass der erstinstanzlich festgestellte und der Verurteilung zugrunde liegende Sachverhalt als „ungeschehen“ und damit als unverwertbar zu bewerten ist oder dessen abstrakte Strafbarkeit rückwirkend entfällt bzw. nicht in die Erwägungen der Zulassungsgremien eingestellt werden darf.

Ein Vertragszahnarzt verstößt schwerwiegend gegen seine (Verhaltens-) Pflichten als Zahnarzt und Inhaber einer Praxis, wenn er mittels einer von ihm aufwändig installierten technischen Vorrichtung tausende Videodateien anfertigt oder die bei ihm beschäftigten Helferinnen beim Umkleiden in „Echtzeit“ beobachtet und die **Praxisangestellten** so über Jahre **in ihrer Intimsphäre visuell ausspioniert**, um auf diese Weise sexuelle Befriedigung zu erlangen.

Nach der Anklageschrift stellte der kl. Vertragszahnarzt heimlich Videoaufnahmen seiner Helferinnen in der Umkleidekabine her. Das AG verurteilte den kl. Vertragszahnarzt wegen unbefugten Herstellens, Übertragens von Bildaufnahmen in 211 tatmehrheitlichen Fällen in Tateinheit mit Gebrauchens der Aufnahmen (§ 201a I, II StGB) zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren und vier Monaten ohne Bewährung. Nach Geldzahlungen des Kl. an die geschädigten Mitarbeiterinnen im Berufungsverfahren nahmen diese die Strafanzeigen zurück und stellte das LG das Verfahren ein. Die Zulassungsausschuss entzog dem Kl. die Zulassung. Der Widerspruch blieb erfolglos. Das *SG* wies die Klage ab.

3. Keine Übernahme einer Einrichtung nach § 311 SGB V durch Erbringer häuslicher Krankenpflege

SG Potsdam, Urteil v. 28.09.2016 - S 1 KA 19/15

RID 17-01-50

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 46/16 R
juris

SGB V §§ 95, 311 II; SGB X § 34 I

Der in § 311 II 1 SGB V geregelte **Besitzstand** erfasst nur den Umfang der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Im Übrigen sind die **Regelungen für MVZ** anzuwenden und somit § 95 SGB V. Mit der Änderung der zulässigen Gründer bzw. Träger eines MVZ ist die bisherige Möglichkeit entfallen, dass bereits die Teilnahme an der medizinischen Versorgung der Versicherten durch Vertrag - wie der Kl. es unbestritten über den Vertrag der häuslichen Krankenpflege tut - genügt, um ein MVZ zu gründen.

Das *SG* wies die Klage ab.

4. Verlegung des Vertragsarztsitzes in stärker überversorgten Teilbereich des Planungsbereichs

SG Marburg, Urteil v. 11.01.2017 - S 12 KA 223/16

RID 17-01-51

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 1/17 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Ärzte-ZV § 24 VII 1

Leitsatz: Einer **Verlegung** des Vertragsarztsitzes (hier: Psychologische Psychotherapeutin) in einen **stärker überversorgten Teilbereich** des Planungsbereichs stehen **Versorgungsgründe** entgegen.

Die Beteiligten streiten nach einer Praxisnachfolge um die Verlegung des Vertragsarztsitzes mit hälftigem Versorgungsauftrag als Psychologische Psychotherapeutin an den Vertragsarztsitz, für den die Kl. als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin zugelassen ist. Das *SG* wies die Klage ab.

5. MVZ kann Gründer eines anderen MVZ sein

LSG Hessen, Urteil v. 30.11.2016 - L 4 KA 20/14

RID 17-01-52

Revision anhängig: B 6 KA 1/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 72 I 2, 95 Ia

Leitsatz: 1. Ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) kann **Gründer eines MVZ** im Sinne von § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V i. d. F. des GKV-VStG sein.

2. Nicht vom **Bestandsschutz** der Zulassung nach § 95 Abs. 1a Satz 2 SGB V umfasst ist die Möglichkeit für ein zugelassenes MVZ ein neues MVZ zu gründen.

3. § 95 Abs. 1a Satz 2 SGB V ist nach § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V **entsprechend auf zugelassene MVZ anwendbar**.

Die Beteiligten streiten um die Feststellung der Rechtswidrigkeit der Ablehnung eines Antrags auf Zulassung eines MVZ. *SG Marburg*, Gerichtsbb. v. 20.01.2014 - S 12 KA 117/13 - RID 14-01-47 wies die Klage ab, das *LSG* stellte fest, dass der Beschluss des Bekl. v. 18.09.2012 rechtswidrig ist.

VI. Gesamtvergütung/Erstattungsanspruch § 95d SGB V

1. Erhöhter regionaler Punktwert: Kriterien einer prospektiven Schätzung

LSG Hessen, Urteil v. 28.09.2016 - L 4 KA 35/15 KL

RID 17-01-53

Revision anhängig: B 6 KA 42/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 87, 89

Leitsatz: 1. Auch für die Entscheidung über einen regionalen Zu- oder Abschlag nach § 87a Abs. 2 S. 2 SGB V gilt der **Grundsatz der Vorjahresanknüpfung**.

2. Im **Schiedsverfahren** nach § 89 Abs. 1 SGB V gilt der **Amtsermittlungsgrundsatz** nur in eingeschränktem Umfang.

3. Auch bei einem Vorgehen im Wege der **prospektiven Schätzung** genügt das Schätzungsergebnis nur dann rechtsstaatlichen Anforderungen, wenn bei der Schätzung an in der Vergangenheit liegende tatsächliche Umstände angeknüpft wird, welche zur Grundlage der Schätzung gemacht werden und die ihr Ergebnis bei rationaler Betrachtung rechtfertigen.

Das **LSG** hob Ziff. 3 des Schiedsspruchs des Bekl. v. 16.10.2013 auf Klage der Krankenkassenverbände auf, soweit darin der regionale Punktwert für das Jahr 2013 gegenüber dem Orientierungswert für das Jahr 2013 um 1,1 % erhöht worden ist, und verpflichtete den Bekl., über die Erhöhung des regionalen Punktwertes bis zu einem Umfang von 1,1 % unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

2. Erstattungsanspruch der Krankenkasse wg. Honorarkürzung nach § 95d SGB V

SG München, Urteil v. 30.09.2016 - S 49 KA 5196/15

RID 17-01-54

SGB V § 95d

Eine Krankenkasse hat gegen die K(Z)V einen **öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch** auf Auskehrung der von ihr vorgenommenen **sachlich-rechnerischen Berichtigungen**, wenn die Vergütung der vertrags(zahn)ärztlichen Leistungen durch die Krankenkasse im Wege der **Einzelleistungsvergütung** erfolgt (BSG, Urt. v. 25.10.1989 - 6 RKA 17/88 - BSGE 66, 1 = SozR 2200 § 368f Nr. 1). Hierzu zählen auch die **Honorarkürzungen gem. § 95d III 3 SGB V**, bei denen es sich um eine sachlich-rechnerische Richtigstellung handelt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der kl. AOK Auskunft über die Höhe der seit dem 01.01.2011 von ihr vorgenommenen Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 S. 3 SGB V zu erteilen, soweit sie anteilig auf die Kl. entfallen und an die Kl. den nach Erteilung der Auskunft sich ergebenden Betrag auszubezahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

VII. Streitwert/Kosten/Sonstiges

Vgl. *Wenner/Bernard*, NZS 2006, 1; NZS 2003, 568; NZS 2001, 57; *Straßfeld*, SGB 2008, 119 u. 191; s.a. Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit/Streitwertkatalog, 4. Aufl. 2012, www.sozialgerichtsbarkeit.de (rechts unten auf der Startseite ist link vorhanden); Die Sozialgerichtsbarkeit Nordrhein-Westfalen; Kompendium zum kostenrechtlichen Symposium am 11. Juni 2008, http://www.lsg.nrw.de/aktuelles/kompendium_symposium.pdf.

1. Termingsgebühr nach Nr. 3104 VV-RVG: Grundsätzliche Einigungsbereitschaft

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 11.08.2016 - L 5 SF 92/15 E

RID 17-01-55

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
VV-RVG Nr. 3104

Eine **Termingsgebühr** nach Nr. 3104 VV-RVG auch in Verbindung mit Teil 3 Vorb. 3 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 entsteht auch für die Mitwirkung an Besprechungen, die auf die Vermeidung oder Erledigung des Verfahrens gerichtet sind. Es ist auch erforderlich, dass die **Gegenseite** die Vermeidung oder Erledigung des Verfahrens zumindest im Laufe der Besprechung für sich mit ins Auge fasst und die Besprechung (auch) zu diesem Zwecke führt. **Verweigert** der Gegner von vornherein entweder ein solches sachbezogenes Gespräch oder eine gütliche Einigung, kommt eine auf die Erledigung des Verfahrens gerichtete Besprechung bereits im Ansatz nicht zu Stande.

Will der Vorsitzende des Ag. (hier: Beschwerdeausschuss) erst die **Entscheidung des LSG im einstweiligen Rechtsschutzverfahren abwarten**, dann kann von der für das Entstehen der

Vergleichsgebühr notwendigen **grundsätzlichen Einigungsbereitschaft** hinsichtlich des einstweiligen Rechtsschutzverfahrens nicht ausgegangen werden.

2. Amtsentbindung ehrenamtlicher Richter nach Versetzung in den einstweiligen Ruhestand

SG München, Beschluss v. 07.12.2016 - S 46 SF 501/16 ERI

RID 17-01-56

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG §§ 12 III, 17 IV, 22 I 1

Leitsatz: Durch **Versetzung in den einstweiligen Ruhestand** geht die Eigenschaft als leitender Beschäftigter nach § 17 Abs. 4 SGG verloren. Dies hat zur Folge, dass der bisherige ehrenamtliche Richter nach § 22 Abs. 1 Satz 1 SGG von seinem **Amt zu entbinden** ist.

VIII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Honorarverteilung

a) Investitionskostenabschlag auch für Behandlung ambulanter Notfälle

BSG, Beschluss v. 30.11.2016 - B 6 KA 47/16 B

RID 17-01-57

BeckRS 2016, 110387

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 02.03.2016 - L 12 KA 129/14 - wird zurückgewiesen.

Schließlich hätte es weiterer Darlegungen zur Klärungsbedürftigkeit der aufgeworfenen Rechtsfrage bedurft, weil der Senat bereits in seinem Urt. v. 13.05.1998 (B 6 KA 41/97 R - SozR 3-2500 § 120 Nr. 8) entschieden hat, dass die räumliche Trennung zwischen Klinik und Notfallambulanz nicht genügt, um die rechtliche **Zuordnung der Notfallbehandlungen zu den (poli-)klinischen Leistungen** aufzuheben.

b) Investitionskostenabschlag für Dialysesachkosten

BSG, Beschluss v. 30.11.2016 - B 6 KA 45/16 B

RID 17-01-58

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 16.03.2016 - L 5 KA 666/13 - RID 17-01 wird zurückgewiesen.

Der Senat hat noch nicht ausdrücklich entschieden, ob die **Vergütungen von Dialysesachkosten** zu der Vergütung i.S. des § 120 I SGB V a.F. gehören, auf die in Abs. 3 Satz 2 Bezug genommen wird. Dass das der Fall ist, ist durch die schon ergangene Rechtsprechung des Senats zur Anwendung des § 120 III 2 SGB V a.F. und zu den Dialysesachkosten allerdings so eindeutig vorgezeichnet, dass es insoweit der Durchführung eines Revisionsverfahrens nicht bedarf (vgl. zu einer solchen Konstellation zuletzt BSG, Beschl. v. 28.09.2016 - B 6 KA 11/16 B - BeckRS 2016, 74276, Rn. 6).

Der in § 120 III 2 SGB V a.F. normierte **Abschlag für Investitionskosten** knüpft allein an die Leistungserbringung in einem Krankenhaus an. Da in den Positionen für die **ärztlichen Leistungen** im EBM in der Regel auch **Anteile für Kosten** kalkuliert sind, kann nicht zweifelhaft sein, dass der Investitionskostenabschlag auch auf Vergütungsbestandteile anzuwenden ist, die - rein rechnerisch - entstandene Kosten ausgleichen und (noch) nicht zu einem Überschuss des Leistungserbringers führen. Wenn ausnahmsweise die genuin ärztlichen Leistungen und die Sachkosten rechnerisch getrennt vergütet werden - wie bei der Dialyse -, spricht unter dem Aspekt der Gleichbehandlung (Art. 3 I GG) nichts dafür, die Sachkostenerstattung vom Vergütungsabschlag auszunehmen. Ob Leistungen oder Kostenerstattungen innerhalb oder außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen honoriert bzw. ausgeführt werden, ist insoweit ohne Bedeutung. Eine Differenzierung liegt auch deshalb fern, weil der Senat unter dem vergleichbaren Aspekt der Verwaltungskosten bereits ausdrücklich entschieden hat, dass diese auch auf die hier betroffenen Sachkostenerstattungen bei der Dialyse zu entrichten sind (BSG, Urt. v. 17.08.2011 - B 6 KA 2/11 R - SozR 4-2500 § 81 Nr. 4).

2. Sachlich-rechnerische Berichtigung

a) Antrag einer Krankenkasse/Bagatellgrenze/Bindung an Prüfung der Krankenkasse

BSG, Urteil v. 23.03.2016 - B 6 KA 8/15 R

RID 17-01-59

SozR 4-2500 § 106a Nr. 15

Leitsatz: Die Kassenärztliche Vereinigung ist an das Ergebnis einer der **Krankenkasse** in eigener Zuständigkeit obliegenden **Abrechnungsprüfung** in der vertragsärztlichen Versorgung gebunden und bei deren Umsetzung auf die Prüfung etwaiger Begrenzungen der Richtigstellungsbefugnis gegenüber dem Vertragsarzt beschränkt.

b) EBM-Wortlautauslegung nach allgemeinem Bedeutungsgehalt, nicht nach Fachterminologie

BSG, Beschluss v. 30.11.2016 - B 6 KA 17/16 B

RID 17-01-60

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 24.02.2016 - L 5 KA 5799/11 - RID 16-02-22 wird zurückgewiesen.

Für die **Auslegung vertrags(zahn)ärztlicher Vergütungsbestimmungen** ist nach der st. Rspr. des BSG in erster Linie der **Wortlaut** der Regelungen maßgeblich. Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände ist dann, wenn der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es einer Klarstellung bedarf. Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen ebenfalls in Betracht, kann allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben. Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden. Daraus hat das LSG zutreffend gefolgert, dass es **nicht auf die in einem bestimmten medizinischen Fachgebiet gebräuchliche Terminologie** ankommt, sondern auf den **allgemeinen Bedeutungsgehalt** der vom Normgeber verwendeten Worte. Eine **erweiterte Abrechnungsmöglichkeit** kann nicht damit begründet werden, dass die Terminologie der Gebührenordnungen der medizinischen Realität nicht gerecht werde (BSG SozR 3-5533 Nr. 2449 BMÄ Nr. 1 S. 3). Dass bei der Verwendung von **Fremdwörtern** lateinischen Ursprungs die deutsche Übersetzung heranzuziehen ist, entspricht dem Grundsatz der Wortlautauslegung.

c) MKG-Chirurgen: Splittingverbot

BSG, Urteil v. 04.05.2016 - B 6 KA 16/15 R

RID 17-01-61

SozR 4-5532 Allg. Nr. 2 = KrV 2016, 191 = ZMGR 2016, 367

Leitsatz: 1. Das Verbot für **Mund-Kiefer-Gesichts (MKG)-Chirurgen**, in einem einheitlichen Behandlungsfall durchgeführte Leistungen teilweise gegenüber der KÄV und teilweise gegenüber der KZÄV abzurechnen (**Splittingverbot**), ist rechtmäßig.

2. Das Splittingverbot gilt auch, soweit in einem Behandlungsfall Leistungen in **der Einzelpraxis des MKG-Chirurgen** und in der **zahnärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft**, deren Mitglied der MKG-Chirurg ist, erbracht werden.

3. Aufhebung einer Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrages nach Anl. 9.1 BMV-Ä

BSG, Beschluss v. 30.11.2016 - B 6 KA 35/16 B

RID 17-01-62

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Saarland*, Urt. v. 12.02.2016 - L 3 KA 37/12 - RID 17-01-31 wird zurückgewiesen.

Für die **Beurteilung des Auslastungsgrades einer Praxis** sind jedenfalls auch die Verhältnisse zum Zeitpunkt der Entscheidung maßgebend. Die Frage, ob auch im vorliegenden Zusammenhang eine Prognose zum künftig erwarteten Auslastungsgrad anzustellen ist, kann dahingestellt bleiben. Die Deckung des Bedarfs durch einen **Wettbewerber**, der über eine angefochtene und damit „**nicht**

bestandssichere“ Genehmigung verfügt, kann grundsätzlich nicht unberücksichtigt bleiben. Ausschlaggebend für die Beurteilung des Bedarfs sind zunächst immer die tatsächlichen Verhältnisse und damit nicht mögliche Änderungen der Bedarfslage als Ergebnis eines laufenden Rechtsstreits. Der Umstand, dass die **Berufsrichter**, die an der Entscheidung eines LSG mitgewirkt haben, nach dem Geschäftsverteilungsplan des LSG auch **weiteren**, nicht für das Vertragsarztrecht zuständigen **Senaten zugeteilt** worden waren, ist nicht geeignet, eine fehlerhafte Besetzung zu begründen.

4. Strahlentherapeutische Leistungen für Radiologen fachfremd

BSG, Urteil v. 04.05.2016 - B 6 KA 13/15 R

RID 17-01-63

SozR 4-2500 § 135 Nr. 25

Leitsatz: Strahlentherapeutische Leistungen dürfen von einem Facharzt für **Diagnostische Radiologie** wegen **Fachfremdheit** nicht erbracht und abgerechnet werden.

5. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

a) Richtgrößenprüfung: Keine Differenzierung zwischen ländlich/städtisch geprägten Regionen

BSG, Beschluss v. 28.09.2016 - B 6 KA 11/16 B

RID 17-01-64

BeckRS 2016, 74276

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 09.12.2015 - L 3 KA 40/14 - wird zurückgewiesen.

Es entspricht st. Rspr. des Senats, dass bei der Festsetzung des Regresses **Patientenzahlungen** und der **Apothekenrabatt** abzuziehen sind (vgl. BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 51 m.w.N.). In der Regel wird es sich dabei um eine einfache Rechenoperation handeln. Sofern es näherer **Ermittlungen** bedarf, gelten die allgemeinen Grundsätze.

Bei den zwischen den Vertragspartnern der gemeinsamen Selbstverwaltung zu treffenden Vereinbarungen handelt es sich um Rechtsnormen in Form von **Normsetzungsverträgen**; für **Richtgrößenvereinbarungen** nach § 84 Abs. 6 SGB V gilt nichts anderes. Die **gerichtliche Prüfung** beschränkt sich darauf, ob die Vertragspartner ihren Gestaltungsspielraum überschritten oder diesen missbräuchlich ausgeübt haben. Es ist weder dargelegt noch ersichtlich, dass der **Verzicht auf eine Differenzierung zwischen ländlich und städtisch geprägten Regionen** nach diesem Prüfungsmaßstab mit Bundesrecht kollidieren könnte.

b) Darlegungspflicht des Vertragsarztes vor Prüfungsgremien

BSG, Beschluss v. 30.11.2016 - B 6 KA 36/16 B

RID 17-01-65

BeckRS 2016, 110713

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 08.03.2016 - L 4 KA 51/13 - wird zurückgewiesen.

Die **Darlegungspflicht** des Vertragsarztes vor den Prüfungsgremien beruht auf einer besonderen **Mitwirkungspflicht**, die über die allgemeine Pflicht aus § 21 SGB X hinausgeht (vgl. BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 35 Rn. 40). Einwände, die der Arzt erst **im gerichtlichen Verfahren** vorbringt, obwohl es ihm oblegen hätte, diese schon den Prüfungsgremien gegenüber zu erheben, können unberücksichtigt bleiben, weil der Arzt nicht berechtigt ist, das Prüfverfahren zu unterlaufen und die den Prüfungsgremien vorbehaltene Prüfung in das gerichtliche Verfahren zu verlagern (BSG, aaO. Rn. 41 m.w.N.). Die **Nichtberücksichtigung von Vorbringen im gerichtlichen Verfahren** wegen nicht hinreichender Mitwirkung im Verwaltungsverfahren ist von der **prozessrechtlichen Präklusion** nach § 106a SGG zu unterscheiden. Soweit der Kläger seinen Mitwirkungspflichten vor den Prüfungsgremien nicht genügt hat, kann dies nicht durch die Amtsermittlungspflicht der Sozialgerichte überspielt werden.

6. Zulassungsrecht

a) BAG-Arztanstellung/Bedarfsplanung und Arztgruppen/Entscheidungssperre

BSG, Urteil v. 04.05.2016 - B 6 KA 24/15 R

RID 17-01-66

BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 103 Nr. 19 = GesR 2016, 634 = ZMGR 2016, 304

Leitsatz: 1. Die **Genehmigung zur Anstellung eines Arztes** ist der **Berufsausübungsgemeinschaft** und nicht einem ihr angehörenden einzelnen Mitglied zu erteilen.

2. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) darf in die **Bedarfsplanung Arztgruppen** einbeziehen, denen bundesweit nicht mehr als 1000 Ärzte angehören.

3. Im Zusammenhang damit ist der GBA ermächtigt, eine **Entscheidungssperre** zu regeln, die bereits eingreift, bevor die Planungsbereiche und die Verhältniszahlen festgelegt worden sind.

b) Nachbesetzung einer Arztstelle: Umwandlung einer Vollzulassung in 3/4-Stelle

BSG, Urteil v. 04.05.2016 - B 6 KA 21/15 R

RID 17-01-67

BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 103 Nr. 20 = KRS 2016, 385 = ArztR 2016, 318 = GesR 2016, 771 = ZMGR 2016, 373 = MedR 2016, 1006

Leitsatz: 1. Verzichtet ein Arzt auf seine (volle) Zulassung, um in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) im Umfang einer 3/4-Stelle tätig zu werden, kann die Stelle nach seinem Ausscheiden aus dem MVZ auch nur im Umfang einer 3/4-Stelle **nachbesetzt** werden.

2. Das **Recht zur Nachbesetzung** einer in das MVZ eingebrachten Stelle steht dem MVZ grundsätzlich nur zu, wenn der Arzt dort **mindestens drei Jahre tätig** war, oder - wenn er früher ausscheidet - jedenfalls ursprünglich die Absicht hatte, dort mindestens drei Jahre tätig zu sein.

c) Beteiligtenfähigkeit des MVZ-Rechtsträgers/Nachbesetzung einer 1/4-Arztstelle u. Antragsfrist

BSG, Urteil v. 04.05.2016 - B 6 KA 28/15 R

RID 17-01-68

SozR 4-2500 § 103 Nr. 21 = GesR 2016, 775

Leitsatz: 1. **Beteiligtenfähig** in einem Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren ist nur der **Rechtsträger eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)**.

2. Die **Nachbesetzung einer Viertelstelle** in einem MVZ muss grundsätzlich innerhalb eines Jahres nach ihrem Freiwerden betrieben werden.

d) MVZ selbst nicht beteiligtenfähig

BSG, Beschluss v. 21.09.2016 - B 6 KA 78/15 B

RID 17-01-69

BeckRS 2016, 73988

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Bayern**, Urt. v. 21.10.2015 - L 12 KA 66/15 - RID 16-01-56 wird zurückgewiesen.

Beteiligtenfähig nach § 70 SGG ist nur der **MVZ-Rechtsträger**, also die juristische Person oder die GbR und nicht die rechtlich **unselbstständige Einrichtung MVZ**. Bei einem MVZ handelt es sich nur um eine besondere Organisations- und Kooperationsform im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - B 6 KA 8/13 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 80 Rn. 35; BSG, Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 28/15 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 21, juris Rn. 11 f.).

Parallelverfahren:

BSG, Beschluss v. 21.09.2016 - B 6 KA 77/15 B

RID 17-01-70

BeckRS 2016, 73987

BSG, Beschluss v. 21.09.2016 - B 6 KA 79/15 B

RID 17-01-71

BeckRS 2016, 73989

BSG, Beschluss v. 21.09.2016 - B 6 KA 80/15 B

RID 17-01-72

BeckRS 2016, 73990

7. Vorläufiges Zurückbehaltungsrecht: Einbehalte von Gesamtvergütungsanteilen (EKV-Z)

BSG, Urteil v. 23.03.2016 - B 6 KA 14/15 R

RID 17-01-73

SozR 4-5555 § 17 Nr. 1

- Leitsatz:** 1. Ist der in einer bundesmantelvertraglichen Bestimmung geregelte „Einbehalt“ von Gesamtvergütungsanteilen nicht zweifelsfrei als endgültiger Anspruchsverlust zu verstehen, ist von einem **vorläufigen Zurückbehaltungsrecht** auszugehen.
2. Der Ablauf **vertraglich vereinbarter Antragsfristen** steht einer Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung nicht notwendig entgegen.
3. Gesamtvergütungsansprüche sind mit fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu **verzinsen**.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 13.12.2016 - *B 1 KR 4/16 R* - haben Versicherte keinen Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung durch **nicht approbierte, nur als Heilpraktiker zugelassene Diplom-Psychologen**.

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: Liposuktion

LSG Thüringen, Urteil v. 23.08.2016 - L 6 KR 241/14

RID 17-01-74

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Ein Anspruch auf eine **ambulante vertragsärztliche Liposuktion** scheidet bereits daran, dass der GBA die neue Behandlungsmethode der Liposuktion nicht in Richtlinien nach § 135 I 1 SGB V i.V.m. § 92 I 2 Nr. 5 SGB V positiv empfohlen hat und kein Ausnahmefall vorliegt, in welchem dies entbehrlich ist.

SG Altenburg, Gerichtsbb. v. 08.01.2014 - S 4 KR 2625/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Zahnärztliche Behandlung

a) Zahnreinigung nach Behandlungsrichtlinie-ZÄ bei behinderungsbedingten Einschränkungen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 26.04.2016 - L 4 KR 116/14

RID 17-01-75

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 30/16 R

juris

SGB V §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 2, 28 II; GG Art. 3 III

Soweit B.III.1 **Behandlungsrichtlinie-ZÄ** regelt, dass die Vorbeugung und Behandlung der Gingivitis, Parodontitis und Karies bei Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, insb. die Anleitung des Patienten zu effektiver Mundhygiene und Hinweise zur Reduktion von Risikofaktoren sowie ggf. die Entfernung harter Beläge und iatrogener Reizfaktoren umfasst, ist dies eine **Anspruchsgrundlage** für die **Reinigung der Zähne**.

Die durch Art. 3 III 2 GG bewirkte Ausstrahlung des **Schutzes Behinderter** durch das Grundgesetz ist bei der Auslegung der Behandlungsrichtlinie-ZÄ zu berücksichtigen. Besondere behinderungsbedingte Einschränkungen können es erforderlich machen, dass eine (langwierige) Behandlung durch die Zahnärztin stattfindet, wodurch die Reinigung der Zähne sich als mehr als nur eine reine Alltagshandlung darstellt (die ggf. vom Träger der Pflegeversicherung zu tragen wäre).

SG Hannover, Urt. v. 13.02.2014 verurteilte die Bkl., dem Kl. Kosten für selbstbeschaffte Zahnpflege in Höhe von 150 € zu erstatten sowie die Kosten der wöchentlichen Behandlung der Zähne und des Mundraumes durch zahnärztliche Maßnahmen in Form von Reinigung der Zähne unter Einsatz von Ultraschall sowie mechanisch unter Zuhilfenahme von Bürstchen und ähnlichem sowie Einbringen von Chlorhexidin-Gel zu übernehmen, solange und soweit die behandelnden Zahnärzte dies zur Behandlung der bestehenden Mund- und Zahnerkrankungen für erforderlich hielten. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

b) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode: Unterkieferprotrusionsschiene

SG Leipzig, Urteil v. 16.08.2016 - S 8 KR 83/14

RID 17-01-76

Berufung anhängig: LSG Sachsen - L 1 KR 330/16 -

juris

SGB V §§ 27, 33, 135

Leitsatz: Die Versorgung mit einer **Unterkieferprotrusionsschiene** ist zugleich auch die Behandlung mit einer **neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode**.

II. Stationäre Behandlung

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

1. Präfinaler Zustand: Ambulante Palliativversorgung ausreichend

LSG Hamburg, Urteil v. 15.12.2016 - L 1 KR 86/15

RID 17-01-77

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 27, 39

Bei Vorliegen eines **präfinalen Zustands**, bei dem eine andere als vor allem eine Schmerztherapie keinen Sinn mehr macht, ist eine stationäre Versorgung nicht erforderlich. Ein Versicherter kann dann in seiner häuslichen Umgebung, in der er **ambulant palliativ versorgt** wird, verbleiben.

SG Hamburg, Urt. v. 30.10.2015 - S 33 KR 380/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Potential i.S.d. § 137c III SGB V: Liposuktion bei Lipödem

SG Wiesbaden, Urteil v. 23.11.2016 - S 1 KR 352/13

RID 17-01-78

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 8 KR 3/17 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I, 12 I, 27, 39 I, 137, 137c

Potential i.S.d. § 137c III SGB V bedeutet nicht, dass ein vollumfänglicher Nutznachweis (randomisierte Studien) der Behandlung erbracht werden muss. Auf der anderen Seite dürfte eine Methode kein Potential haben, wenn sie erwiesenermaßen schädlich oder unwirksam ist. Nach der Regierungsbegründung, die der G-BA inhaltsgleich in seine Verfahrensordnung übernommen hat, kann sich ein Potential etwa daraus ergeben, dass die Methode aufgrund ihres **Wirkprinzips** und der bisher vorliegenden Erkenntnisse mit der **Erwartung** verbunden ist, dass andere aufwändigere, für den Patienten invasivere oder bei bestimmten Patienten nicht erfolgreiche Methoden ersetzt werden können, die Methode weniger Nebenwirkungen hat, sie eine Optimierung der Behandlung bedeutet oder die Methode in sonstiger Weise eine effektivere Behandlung ermöglichen kann. Die „Innovationen“ ist nicht ausschließlich auf schwerstkranken Versicherte beschränkt.

Die **Liposuktion** wird seit ca. 10 Jahren durchgeführt. Das **Lipödem** ist eine fast ausschließlich auf Frauen beschränkte Krankheit unbekannter Ursache, charakterisiert durch Berührungs- und Druckschmerzen. Es liegen mehrere kleine Studien vor, die eine positive Wirkung der Liposuktion gezeigt haben. Damit bestehen ausreichende Anhaltspunkte für einen möglichen Nutzen der Methode (so auch *SG Hamburg*, Urt. v. 04.09.2015 - S 33 KR 822/13 - RID 15-04-84, juris).

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. eine stationäre Liposuktion in 3 Sitzungen zu bewilligen.

3. Bariatrische Operation: Nahtinsuffizienz einer Gastroplastik

SG Koblenz, Urteil v. 02.12.2016 - S 11 KR 163/15

RID 17-01-79

juris
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I 1 u. 2 Nr. 1 u. 5

Eine bariatrische Operation stellt die **ultima ratio** zur Behandlung einer Adipositas dar, wenn konservative Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr gegeben sind und eine im Jahr 1995 durchgeführte **Gastroplastik** zu einer Gewichtsreduktion innerhalb von 2 Jahren um 65 kg geführt hat, während eine **Nahtinsuffizienz** der Gastroplastik zu einer erneuten Zunahme des Gewichts auf jetzt 114 kg geführt hat.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. eine bariatrische Operation als Sachleistung im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung zu gewähren.

4. Operative Entfernung von Fetteinlagerungen (Xanthelasmata) im Lidbereich

SG Aachen, Urteil v. 29.11.2016 - S 13 KR 209/16

RID 17-01-80

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

Xanthelasmata (gutartige Hautveränderungen/Fetteinlagerungen in der Haut der Ober- oder Unterlider) sind für sich genommen kein Befund von **Krankheitswert**, der eine operative Behandlung erforderlich macht. Um eine Entstellung annehmen zu können, genügt nicht jede körperliche Anormalität.

Das **SG** wies die Klage ab.

5. Mammareduktionsplastik bei Rückenbeschwerden

LSG Hamburg, Urteil v. 25.08.2016 - L 1 KR 38/15

RID 17-01-81

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

Sollen durch die **Mammareduktionsplastik Rückenbeschwerden** mittelbar beeinflusst werden, kann eine solche mittelbare Therapie als ultima ratio grundsätzlich vom Leistungsanspruch umfasst sein. Eine Bewilligung ist daher nur dann vertretbar, wenn mit **besonders hoher Wahrscheinlichkeit** feststeht, dass die Maßnahme tatsächlich auch den gewünschten Behandlungserfolg bringt.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 13.04.2015 - S 21 KR 2120/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

6. Keine Korrekturoperation der Brüste wegen psychischer Belastung

SG Stade, Urteil v. 28.11.2016 - S 29 KR 56/16

RID 17-01-82

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 27 I 1 Nr. 1

Werden unmittelbar auswirkende **körperliche Einschränkungen** nicht geltend gemacht, sondern nur eine **erhebliche psychische Belastung**, so ist dies mit den Mitteln der Psychiatrie oder Psychotherapie unmittelbar zu behandeln und kommt eine **Korrekturoperation der Brüste** nicht in Betracht.

Das **SG** wies die Klage ab.

7. Transsexualismus: Subkutane Mastektomie nicht nach subjektiver Vorstellung des Versicherten

LSG Hessen, Urteil v. 24.04.2016 - L 8 KR 27/12

RID 17-01-83

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I 3, 27 I 1 Nr. 5, 28 I 1

Allein die **subjektiven Vorstellungen** vom anzustrebenden idealen Erscheinungsbild und das Empfinden des Versicherten in Bezug auf die Regelwidrigkeit des Erscheinungsbildes und die daraus abgeleitete Behandlungsbedürftigkeit seines Zustandes sind nicht allein ausschlaggebend. Ein Anspruch des an Transsexualismus leidenden Versicherten auf eine größtmögliche Angleichung an ein vom Versicherten bestimmtes Idealbild besteht nicht. Insoweit ist er nicht besser zu stellen als andere Versicherte, die den Wunsch nach einer kosmetischen Operation haben. Auch diese werden im Falle eines psychischen Leidensdrucks wegen ihres Aussehens auf die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten im System der GKV verwiesen. Entscheidend für die Regelwidrigkeit sind vielmehr objektive Kriterien, nämlich der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 2 I 3, § 28 I 1 SGB V).

Nach der mit der **subkutanen Mastektomie** im Januar 2005 erreichten deutlichen Annäherung an das Erscheinungsbild der männlichen Brust und der unstreitig fehlenden Funktionseinschränkung hätte ein Anspruch auf eine das Operationsergebnis der subkutanen Mastektomie im Januar 2005 korrigierende operative Behandlung der rechten und linken Brust nur im Falle einer Entstellung bestanden.

SG Wiesbaden, Urt. v. 14.12.2011 - S 1 KR 89/08 - RID 12-01-126 verurteilte die Bekl., die Kosten für eine operative Hautmantelkorrektur der rechten und linken Brust als Krankenbehandlung gem. § 27 I SGB V in Form der Krankenhausbehandlung zu übernehmen, das **LSG** wies die Klage ab.

III. Kostenerstattung

1. Genehmigungsfiktion

a) Fristsetzung für Mitwirkungshandlung erforderlich (Magenbypass)

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 03.11.2016 - L 5 KR 197/15

RID 17-01-84

Revision zugelassen
juris
SGB V § 13 IIIa

Die **Mitteilung der Krankenkasse** nach § 13 IIIa SGB V muss die Aussage enthalten, dass die gesetzlich vorgesehene Entscheidungsfrist nicht eingehalten werden kann. Auf diese Aussage kann auch dann nicht verzichtet werden, wenn vom Leistungsberechtigten weitere Unterlagen angefordert oder anderer Mitwirkungshandlungen verlangt werden. Bei einem Mitwirkungsverlangen der Krankenkasse tritt die fiktive Genehmigung nur dann nicht ein, wenn dem Leistungsberechtigten für seine Mitwirkung eine angemessene **Frist** gesetzt wurde und er auf die Folgen der fehlenden Mitwirkung hingewiesen wurde.

Die Genehmigungsfiktion begründet einen **Naturalleistungsanspruch**, dem der im Anschluss hieran geregelte, den Eintritt der Genehmigungsfiktion voraussetzende naturalleistungsersetzende Kostenerstattungsanspruch im Ansatz entspricht.

SG Speyer, Urt. v. 09.07.2015 - S 17 KR 327/14 - RID 15-04-93 verurteilte die Bekl., die Kl. mit einem Magenbypass zu versorgen, das *LSG* wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass festgestellt wird, dass der Kl. ein Anspruch auf Gewährung der Magenbypass-Operation als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung zustand. Die Operation war während des Berufungsverfahrens durchgeführt worden.

b) Unzureichende Mitteilung/Sachleistungsanspruch/Rücknahme (Magenbypass-Operation)

SG Darmstadt, Urteil v. 15.11.2016 - S 8 KR 732/14

RID 17-01-85

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 1 KR 541/16
www.sozialgerichtsbarkeit.de = www.lareda.hessenrecht.hessen.de
SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45 I

Unterrichtet die Krankenkasse den Versicherten darüber, dass man beabsichtige, eine gutachterliche Stellungnahme einzuholen, wenn der Versicherte weitere Unterlagen vorlegt, reicht dies zur Verlängerung der 3-Wochen-Frist auf 5 Wochen nicht aus, wenn eine gutachterliche Stellungnahme des MDK „tatsächlich erfolgt“ und der Versicherte darüber unterrichtet werden muss.

Ein Versicherter darf die begehrte Magenbypass-Operation aufgrund einer fachlichen Befürwortung durch das Krankenhaus **für erforderlich halten**.

Die Genehmigungsfiktion tritt gemäß § 13 IIIa 6 SGB V nicht nur im Rahmen eines **Kostenerstattungsanspruches** ein.

Die Voraussetzungen für eine **Rücknahme der Genehmigungsfiktion** nach § 45 I SGB X liegen nicht vor, wenn die Voraussetzungen für den Eintritt der Genehmigungsfiktion vorlagen.

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

Parallelverfahren:

SG Darmstadt, Urteil v. 19.12.2016 - S 8 KR 756/14

RID 17-01-86

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

c) Naturalleistungsanspruch für Magenband-Operation

SG München, Gerichtsbescheid v. 21.12.2016 - S 17 KR 1385/15

RID 17-01-87

juris
SGB V § 13 IIIa

Die beantragte **Magenband-Operation** unterfällt grundsätzlich dem **Leistungskatalog der GKV**, auch wenn die medizinische Erforderlichkeit insbesondere im Hinblick auf das Vorliegen einer Ultima

Ratio Situation individuell bei jedem Versicherten konkret zu überprüfen ist. Die Kl. durfte die Behandlung aufgrund der fachlichen Empfehlung durch das Adipositas-Zentrum B. und vor allem auch im Hinblick auf ihren BMI von 51 kg/m² subjektiv **für geeignet und erforderlich halten**. Die Genehmigungsfiktion begründet zugunsten des Leistungsberechtigten auch einen **Naturalleistungsanspruch**.

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

Parallelverfahren:

SG München, Gerichtsbescheid v. 20.12.2016 - S 17 KR 1485/15

RID 17-01-88

juris

d) Nichteinhaltung der Frist/Sachleistungsanspruch (Hautstraffungsoperation u. Liposuktion)

SG Frankfurt a. M., Urteil v. 28.11.2016 - S 34 KR 264/14

RID 17-01-89

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 8 KR 27/17 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13 IIIa; SGB I § 66 III

Die Krankenkasse muss vor Fristablauf die Aussage treffen, dass die gesetzlich vorgesehene **Entscheidungsfrist nicht eingehalten** werden kann. Auf diese Aussage kann auch dann nicht verzichtet werden, wenn – wie hier – vom Leistungsberechtigten Mitwirkungshandlungen verlangt werden.

Eine stationäre **Hautstraffungsoperation** und eine **Liposuktion** sind nicht offensichtlich von der **Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung** ausgeschlossen.

Nach der Rechtsprechung des BSG umfasst die Genehmigungsfiktion nicht nur einen Kostenerstattungsanspruch, sondern auch den **Sachleistungsanspruch**.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. eine Liposuktion der Oberschenkel sowie eine Straffung des Mons Pubis als Sachleistung zu gewähren, und stellte fest, dass der Antrag auf eine Bruststraffung beidseits gem. § 13 IIIa 6 SGB V als genehmigt gilt.

Parallelverfahren:

SG Frankfurt a. M., Urteil v. 28.11.2016 - S 34 KR 197/14

RID 17-01-90

www.sozialgerichtsbarkeit.de

e) Sachleistungsanspruch (Bodylift im Rahmen einer stationären Behandlung)

SG Hamburg, Urteil v. 22.12.2016 - S 48 KR 1792/14

RID 17-01-91

juris

SGB V § 13 IIIa

Begründet die Regelung des § 13 IIIa 6 SGB V mithin eine gesetzliche Genehmigungsfiktion, so ist die begehrte Leistung von der Krankenkasse als **Sachleistung** zu erbringen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Bodylift nach L. als Sachleistung zu versorgen.

f) Genehmigungsfiktion auch nach Erhalt ablehnenden Bescheids (Bariatrische Operation)

SG München, Gerichtsbescheid v. 28.11.2016 - S 29 KR 237/16

RID 17-01-92

juris

SGB V § 13 IIIa

Der naturalleistungsetzende Erstattungsanspruch nach § 13 IIIa SGB V bleibt selbst dann erhalten, wenn der Versicherte **vor Selbstbeschaffung** die **ablehnenden Bescheide** der Krankenkasse erhalten hat.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. – aufgrund des Eintritts der Genehmigungsfiktion des § 13 IIIa 6 SGB V – eine bariatrische Operation zur Verkleinerung des Magens als Sachleistung zu gewähren.

g) Keine Beschränkung auf Kostenerstattung (Postbariatrische Wiederherstellungsoperationen)

SG Braunschweig, Urteil v. 22.09.2016 - S 37 KR 284/15

RID 17-01-93

juris
SGB V § 13 IIIa

Der Anspruch nach § 13 IIIa SGB V ist nicht auf eine **Kostenerstattung** beschränkt.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. postbariatrische Wiederherstellungsoperationen in Form der Oberarmstraffung beidseits; Bruststraffung inkl. Volumenvergrößerung und Liposuktion der Ober- und Unterschenkel entsprechend des Arztbriefes des Klinikums Nordstadt als Sachleistung zu gewähren, und wies im Übrigen die Klage ab.

h) Ambulante mehrschrittige Liposuktion/Sachleistungsanspruch

SG München, Urteil v. 08.11.2016 - S 44 KR 753/16

RID 17-01-94

juris
SGB V § 13 IIIa

Die Versorgung mit einer **ambulanten mehrschrittigen Liposuktion** der oberen und unteren Extremitäten betrifft eine Leistung, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt.

Die Genehmigungsfiktion bezieht sich nicht nur auf die nachträgliche Kostenerstattung einer selbstbeschafften Leistung, sondern gilt auch für den Fall des **Sachleistungsanspruchs**.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kl. aufgrund der gemäß § 13 IIIa. 6 SGB V eingetretenen Genehmigungsfiktion mit einer mehrschrittigen ambulanten Liposuktion an den Ober- und Unterschenkeln und den Armen als Sachleistung zu versorgen.

i) Naturalleistungsanspruch/Keine Rücknahme der Genehmigungsfiktion

SG Detmold, Urteil v. 11.11.2016 - S 24 KR 539/15

RID 17-01-95

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

Die Genehmigungsfiktion begründet zugunsten des Leistungsberechtigten auch einen **Naturalleistungsanspruch**.

Bei der Prüfung der Rechtmäßigkeit des Bescheides nach § 45 Abs. 1 SGB X ist nicht auf die Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs abzustellen, sondern auf die Voraussetzungen des § 13 IIIa SGB V. Gemessen daran ist eine **Aufhebung** auch mit Wirkung für die Zukunft gar nicht möglich, da die Genehmigungsfiktion keinen rechtswidrigen Verwaltungsakt im Sinne des § 45 I SGB X darstellt.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. vier postbariatrische Wiederherstellungsoperationen (Oberschenkelstraffung beidseits, Oberarmstraffung beidseits, Bruststraffung beidseits, Gesäßstraffung) als Sachleistung zu gewähren.

j) Sachleistungsanspruch/Leistungskatalog der GKV/Fristbeginn/Rücknahme

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 06.12.2016 - L 1 KR 680/15

RID 17-01-96

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 3/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45

Die Genehmigungsfiktion tritt nicht lediglich bei Kostenerstattungsansprüchen, sondern auch bei **Sachleistungsansprüchen** ein.

Die Fiktionswirkung beschränkt sich nicht auf Leistungen, die bereits Gegenstand des **Leistungskataloges der GKV** sind.

Die **Frist** des § 13 IIIa 1 SGB V **beginnt** nicht erst mit dem Eingang der von einer Versicherten übersandten Unterlagen zu laufen, wenn der Antrag bereits bei Eingang vollständig und die Krankenkasse somit gem. § 20 SGB X gehalten ist, von sich aus den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln, ohne der Versicherten aufzugeben, weitere Unterlagen beizubringen.

In einem **verspäteten Ablehnungsbescheid** kann bereits nach seinem objektiven Erklärungswert **keine Rücknahme** der fingierten Genehmigung gesehen werden.

SG Düsseldorf, Urt. v. 24.09.2015 - S 27 KR 116/15 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. eine stationäre Liposuktion als Sachleistung nach weiterer Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu gewähren.

k) Sachleistungsanspruch/Leistung zur medizinischen Rehabilitation/Rücknahmevoraussetzungen

SG Speyer, Urteil v. 18.11.2016 - S 19 KR 329/16

RID 17-01-97

juris

SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45

Leitsatz: Die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V führt zu einem **Sachleistungsanspruch**, die Selbstbeschaffung nach Fristablauf hingegen zu einem **Erstattungsanspruch**. Die Genehmigung der Leistung ist für einen Erstattungsanspruch gerade keine Voraussetzung (entgegen Hessisches LSG, Urteil vom 10.12.2015 - L 1 KR 413/14 - RID 16-04-120; Bayerische LSG, Urteil vom 07.09.2016 - L 20 KR 597/15 - RID 16-04-120, Rn. 28 ff.; Helbig in: jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 13 SGB V, Rn. 70 f.).

Die Fälle des **Sachleistungsanspruchs** werden von dem Verweis des § 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V auf die Vorschriften des SGB IX nicht erfasst.

Der wirksam in Kraft gesetzte **Gesetzestext** ist verbindlich und von den Gerichten bei ihrer Entscheidung zu beachten. Sollte eine gesetzliche Regelung die Regelungsabsicht nicht zutreffend zum Ausdruck bringen („missglücken“), ist sie durch die gesetzgebenden Organe zu korrigieren, nicht mittels einer für besser gehaltenen, abweichenden Anwendung durch Behörden und Gerichte „**umzudeuten**“ (entgegen Hessisches LSG, Urteil vom 10.12.2015 - L 1 KR 413/14 -, Rn. 34; Helbig a.a.O.; SG Dortmund, Urteil vom 08.06.2016 - S 40 KR 1454/14 - RID 16-04-123, Rn. 33).

Der Wortlaut des § 13 Abs. 3a SGB V (Antrag auf „Leistung“) legt eine **Begrenzung** des Anwendungsbereichs der Norm nicht nur auf Sach- und Dienstleistungen (§ 13 Abs. 1 i.V.m. § 2 Abs. 2 SGB V), sondern zudem auf die in § 11 SGB V aufgeführten Leistungsarten nahe (so schon SG Speyer, Gerichtsbescheid vom 08.04.2016 - S 19 KR 479/14 - RID 17-01-, Rn. 34).

Hingegen kommt es weder darauf an, ob ein Versicherter die Leistung **subjektiv für erforderlich** halten durfte, noch ob er möglicherweise Kenntnis vom Fehlen der materiellen Anspruchsvoraussetzungen hatte (**entgegen BSG**, Urteil vom 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 33 Rn. 25 ff.). Gerichtliche Ermittlungen dazu, welche (Rechts-) Kenntnisse hinsichtlich der Voraussetzungen der begehrten Leistung, welche konkreten Vorstellungen oder Absichten ein Versicherter im Zeitpunkt der Antragstellung jeweils hatte, sind daher nicht veranlasst.

Eine **Rücknahme der fingierten Genehmigung** nach § 45 SGB V ist möglich, wenn auch ein tatsächlich ergangener Verwaltungsakt mit einem entsprechenden bewilligenden Inhalt rechtswidrig ergangen und daher rücknehmbar wäre. Es kann für die Frage der Rechtswidrigkeit hingegen nicht darauf ankommen, ob die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion vorlagen (**entgegen BSG**, Urteil vom 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 33, 4. Leitsatz sowie Rn. 32).

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kl. mit einem High-Flow-Generator „MyAirvo2“ gemäß Antrag und Verordnung vom 25.09.2015 zu versorgen.

Parallelverfahren:

SG Speyer, Urteil v. 09.12.2016 - S 19 KR 49/16

RID 17-01-98

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kl. mit einer Magenbypass-Operation gemäß dem Antragsschreiben vom 05.06.2013 als Sachleistung zu versorgen.

l) Sachleistungsanspruch/Rücknahme der fiktiven Genehmigung nur bei deren Rechtswidrigkeit

SG Kiel, Urteil v. 13.12.2016 - S 10 KR 292/15

RID 17-01-99

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

Aufgrund des Eintritts der Genehmigungsfiktion kann die begehrte Leistung als **Sachleistung** unmittelbar von der Krankenkasse verlangt werden.

Eine **Rücknahme der fiktiven Genehmigung** nach § 45 SGB X kann nicht erfolgen, wenn diese selbst rechtswidrig ist. Dies ist nicht der Fall, wenn die Tatbestandsvoraussetzungen zum Zeitpunkt des Erlasses vorgelegen haben.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer Bauchdeckenstraffung und einer beidseitigen Oberschenkelstraffung als Sachleistung zu versorgen.

m) Sachleistungsanspruch (Magen-Bypass-Operation)

SG Kiel, Urteil v. 13.12.2016 - S 10 KR 57/15

RID 17-01-100

juris
SGB V § 13 IIIa

Bei Eintritt der Genehmigungsfiktion besteht ein Sachleistungsanspruch (Magen-Bypass-Operation).

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer laparoskopischen Magen-Bypass-Operation als Sachleistung zu versorgen.

n) Sachleistungsanspruch (Körperstraffungs- und Wiederherstellungsoperation)

SG Düsseldorf, Urteil v. 03.11.2016 - S 27 KR 112/15

RID 17-01-101

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 IIIa

Die Genehmigungsfiktion nach § 13 IIIa 6 SGB V umfasst einen **Sachleistungsanspruch**. Die **Körperstraffungs- und Wiederherstellungsoperation** ist keine Leistung, die für jeden Versicherten erkennbar außerhalb des Leistungskatalogs steht.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten für eine Gesäß-, Oberarminnen- und Bruststraffungsoperation nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu übernehmen.

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

LSG Bayern, Urteil v. 28.06.2016 - L 5 KR 103/15

RID 17-01-102

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 97/16 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IIIa, 135 I 1

Leitsatz: Eine beantragte Leistung, die nicht **offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges** der GKV liegt, ist grundsätzlich geeignet, im Rahmen von § 13 Abs. 3a SGB V eine Genehmigungsfiktion eintreten zu lassen.

SG Augsburg, Ur. v. 12.11.2014 - S 12 KR 3/14 - RID 15-02-123 verurteilte die Bekl., an die Kl. 760,04 € zu erstatten, das **LSG** wies die Berufung zurück.

p) Befürwortung der ambulanten wasserstrahlassistierten Liposuktion durch behandelnde Ärzte

SG Duisburg, Urteil v. 25.11.2016 - S 50 KR 48/16

RID 17-01-103

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

Eine Versicherte kann subjektiv aufgrund der **fachlichen Befürwortung der ambulanten wasserstrahlassistierten Liposuktion** durch die **behandelnden Ärzte** die Behandlung für geeignet

und erforderlich halten. Dem steht nicht entgegen, dass die ambulante Liposuktion bei Lipödem bislang in der Regel nach der GOÄ abgerechnet wird, weil entsprechende Abrechnungsziffern im EBM fehlen und die die Kl. behandelnden Ärzte in den dem Antrag beigefügten Schreiben darauf hingewiesen haben, dass bislang die Kosten für die Liposuktion in der Regel nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen würden. Denn zum einen haben Gerichte in Einzelfällen die Übernahme der Kosten für die ambulante Liposuktionsbehandlung bejaht. Darüber hinaus hat selbst der GBA das Beratungsverfahren eingeleitet.

§ 13 IIIa 6 und 7 SGB V gewähren mittels einer Genehmigungsfiktion sowohl einen **Sachleistungsanspruch** als auch einen Kostenerstattungsanspruch.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. drei ambulante Liposuktionsbehandlungen der Arme und Beine als Sachleistung zu gewähren, und wies im Übrigen die Klage ab.

q) Privatleistung außerhalb GKV-Leistungskatalogs/Keine Unaufschiebbarkeit bei Liposuktion

LSG Baden-Württemberg, Teilurteil v. 15.11.2016 - L 11 KR 5297/15

RID 17-01-104

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 III, IIIa

Leitsatz: Leistungen durch nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer (hier: Durchführung einer ambulanten Liposuktion in einer **Privatklinik**) liegen offensichtlich **außerhalb des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung** (GKV) und werden daher von der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V nicht erfasst.

Die Kl. macht die Kostenerstattung für drei bereits durchgeführte Liposuktionen im Bereich der Beine (außen/innen) und der Arme geltend. *SG Freiburg*, Urt. v. 16.11.2015 - S 5 KR 1653/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

r) Folgenabwägung: Genehmigungsfiktion umfasst auch Sachleistungsanspruch (Bariatrische Operation)

LSG Bayern, Beschluss v. 15.12.2016 - L 5 KR 602/16 ER

RID 17-01-105

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13 IIIa; SGG § 199 II 1

Im Rahmen der **Interessen- und Folgenabwägung** bekommt Gewicht, dass die bekl. Krankenkasse über lange Strecken des Verfahrens sich nicht veranlasst gesehen hat, am im eigenen Widerspruchsbescheid genannten Antragsdatum zu rütteln. Dies ist vielmehr dezidiert erst in der mündlichen Verhandlung sowie detailliert in der Berufungsbegründung geschehen. Einem **während eines gerichtlichen Verfahrens inkonsistenten Tatsachen-Vorbringen**, bei welchem ein gewisser prozessualer Lerneffekt nicht als gänzlich abwegig bezeichnet werden kann, ist ein eher eingeschränkterer Beweiswert zuzusprechen.

SG Augsburg, Urt. v. 27.09.2016 - S 6 KR 148/16 - RID 16-04-113 verurteilte die Bekl., der Kl. eine stationäre bariatrische Operation (Magenbypass) zu gewähren. Das *LSG* lehnte den Antrag der Krankenkasse auf Aussetzung der Vollstreckung aus dem mit der Berufung angefochtenen Urteil ab.

s) Einverständnis mit MDK-Untersuchung schafft Vertrauenstatbestand

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 13.12.2016 - L 11 KR 51/16

RID 17-01-106

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa 6

Leitsatz: Leistet ein Versicherungsträger die einem Versicherten aufgrund eines **fingierten Verwaltungsakts zugesprochene Leistung** nicht, kann und muss der Versicherte eine (sog. isolierte) **Leistungsklage** erheben.

Der sich aus einer **wirksamen Genehmigungsfiktion** nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V ergebende Anspruch einer Versicherten geht unter, wenn ihm der **Einwand der unzulässigen Rechtsausübung entgegensteht**.

Die Kl. machte einen Anspruch auf postbariatrische Operationen geltend. *SG Stuttgart*, Urt. v. 30.11.2015 - S 19 KR 1575/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

t) Fußhebersystem keine Leistung der medizinischen Rehabilitation

SG Berlin, Urteil v. 19.10.2016 - S 89 KR 2036/15

RID 17-01-107

Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 IIIa

Ein **Fußhebersystem** ist keine Leistung der **medizinischen Rehabilitation**, sondern ein **Hilfsmittel** i.S.d. § 33 SGB V.

Das SG verurteilte Bekl., den Kl. mit einem Hilfsmittel des Typs Ness L300 Plus gem. Kostenvoranschlag zu versorgen.

u) Medizinische Rehabilitation: Versorgung mit wasserfester Oberschenkprothese mit Kniegelenk

SG Speyer, Gerichtsbescheid v. 08.04.2016 - S 19 KR 479/14

RID 17-01-108

juris
SGB V § 13 IIIa

Leitsatz: 1. § 13 Abs. 3a SGB V enthält eine klare Unterscheidung zwischen dem in Satz 6 geregelten **Sachleistungsanspruch** und dem in Satz 7 geregelten **Kostenerstattungsanspruch** (ebenso SG Lüneburg, Urteil vom 17.02.2015 - S 16 KR 96/14 -; Schleswig-Holsteinisches LSG, Beschluss vom 20.01.2016 - L 5 KR 238/15 B ER -, Rn. 25).

2. Bei einer Leistung der **medizinischen Rehabilitation** (hier Versorgung mit einer wasserfesten Oberschenkprothese mit Kniegelenk) steht Satz 9 des § 13 Abs. 3a SGB V der Anwendbarkeit des Satzes 6 der Vorschrift nicht entgegen. Denn der Verweis auf die Regelungen des SGB IX in Satz 9 erfolgt ausdrücklich nur hinsichtlich der Zuständigkeitsklärung und für die (von Satz 7 geregelten) Fälle der Kostenerstattung bei Selbstbeschaffung, nicht jedoch für die Fälle einer begehrten **Sachleistung**.

3. Sollte eine **gesetzliche Regelung** die Regelungsabsicht nicht zutreffend zum Ausdruck bringen („**missglücken**“), ist sie durch die gesetzgebenden Organe zu korrigieren, nicht mittels einer für besser gehaltenen, abweichenden Anwendung durch Behörden und Gerichte „umzudeuten“. Gerade eine konsequente Anwendung der (wenn auch für missglückt gehaltenen) Norm ruft den Gesetzgeber auf den Plan, falls hierbei ungewünschte Ergebnisse eintreten.

4. Die Leistung gilt nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V als **genehmigt** und ist zu erbringen, als wäre sie tatsächlich durch Verwaltungsakt genehmigt worden, solange die (fiktive) Genehmigung von der Behörde nicht nach den Vorschriften des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X) **zurückgenommen** oder aufgehoben wurde (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 33).

5. Die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V tritt unabhängig davon ein, ob die **Voraussetzungen der als genehmigt geltenden Leistung** im konkreten Fall vorliegen.

6. Der Wortlaut des § 13 Abs. 3a SGB V (Antrag auf „Leistung“) legt eine Begrenzung des Anwendungsbereichs der Norm nicht nur auf Sach- oder Dienstleistungen (§ 13 Abs. 1 i.V.m. § 2 Abs. 2 SGB V), sondern zudem auf die **in § 11 SGB V aufgeführten Leistungsarten** nahe.

v) Keine Zurücknahme einer Genehmigungsfiktion

SG Düsseldorf, Urteil v. 03.11.2016 - S 27 KR 1190/15

RID 17-01-109

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 IIIa

Die **Rechtmäßigkeit einer Genehmigungsfiktion** ist nach der Erfüllung der Voraussetzungen aus § 13 IIIa SGB V, nicht nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs zu beurteilen.

Das SG verurteilte die Bekl., die Kosten für eine WA-Liposuktion der unteren Extremitäten in Allgemeinanästhesie in 2 Eingriffen zu übernehmen.

w) Rücknahmebescheid: Fehlende Rechtswidrigkeit/Vertrauensschutz (Bariatrische Operation)

SG München, Gerichtsbescheid v. 28.10.2016 - S 7 KR 419/16

RID 17-01-110

juris

SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45; SGG § 96

Ein **Rücknahmebescheid** bzgl. einer Genehmigungsfiktion wird nach § 96 SGG in entsprechender Anwendung **Gegenstand des Klageverfahrens**.

Stellt man bei der Prüfung der **Rechtmäßigkeit der Genehmigungsfiktion** nicht auf die Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs ab, sondern auf die Voraussetzungen des § 13 IIIa SGB V, ist eine Rücknahme der fingierten Genehmigung nach § 45 SGB X nicht möglich, da die Genehmigungsfiktion keinen rechtswidrigen Verwaltungsakt i.S.d. § 45 I SGB X darstellte.

Eine **bariatrische Operation** fällt ihrer Art nach grundsätzlich in den **Leistungskatalog der GKV**.

Wegen der in § 13 IIIa 6 SGB V angeordneten Genehmigungsfiktion auch eines **Naturalleistungsanspruchs** muss bei Erfüllung der dort genannten Voraussetzungen die **Vertrauensschutzabwägung** im Rahmen des § 45 II 1 SGB X zugunsten des Versicherten ausfallen, dies auch dann, wenn der Versicherte sich die Leistung noch nicht selbst beschafft hat.

Das SG verurteilte die Bekl., dem Kl. die bariatrische Operation als Sachleistung zu gewähren.

x) Aufhebung der Genehmigungsfiktion: Ermessensentscheidung/Rechtmäßiger Verwaltungsakt

LSG Bayern, Urteil v. 28.06.2016 - L 5 KR 323/14

RID 17-01-111

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa 6; SGB X § 45

Bei der Versorgung mit einer **Beinprothese** handelt es sich nicht um eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, die einer Genehmigungsfiktion nach § 13 IIIa 6 SGB V nicht zugänglich wäre, sondern um eine Hilfsmittelversorgung zum unmittelbaren Behinderungsausgleich. Die Genehmigungsfiktion begründet nicht nur einen Kostenerstattungsanspruch, sondern auch einen **Naturalleistungsanspruch**.

Stellt die Krankenkasse im Bescheid zur **Aufhebung der Genehmigungsfiktion** darauf ab, dass der Versicherte durch die Genehmigungsfiktion eine Rechtsposition erlangt habe, die dem Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenkasse widerspreche und somit durch eine Rücknahme korrigiert werden müsse, dann lässt dies erkennen, dass sie verkannt hat, dass es sich bei § 45 SGB X um eine **Ermessensentscheidung** handelt. Gegenstand des Widerrufs der Genehmigungsfiktion ist im Übrigen nicht ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt, sondern ein **rechtmäßiger begünstigender Verwaltungsakt** nach § 47 SGB X. Dies folgt daraus, dass die Genehmigungsfiktion für sich rechtmäßig eingetreten ist. Die fingierte Genehmigung schützt den Adressaten dadurch, dass sie ihre Wirksamkeit ausschließlich nach den allgemeinen Grundsätzen über Erledigung, Widerruf und Rücknahme eines begünstigenden Verwaltungsakts verliert. Ihre Rechtmäßigkeit beurteilt sich nach der Erfüllung der tatbestandlichen Voraussetzungen von § 13 Abs. 3a SGB V, nicht nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs (BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33, juris Rn. 32).

y) Keine Rücknahme nach Eintritt der Genehmigungsfiktion

SG München, Urteil v. 08.11.2016 - S 44 KR 218/16

RID 17-01-112

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45

Zur Vermeidung des Eintritts der Genehmigungsfiktion ist dem Versicherten **mitzuteilen**, welche Entscheidungsfrist (3 oder 5 Wochen) maßgeblich ist und ob und aus welchem Grunde innerhalb der maßgeblichen Frist nicht über den Antrag entschieden werden kann.

Die Genehmigungsfiktion bezieht sich nicht nur auf die nachträgliche Kostenerstattung einer selbstbeschafften Leistung, sondern gilt auch für den Fall eines **Sachleistungsanspruchs**.

Durch die **Fiktion der Genehmigung** ist die Leistungsberechtigung wirksam verfügt und die Krankenkasse mit allen Einwendungen betreffend die medizinische Notwendigkeit der beantragten Behandlung ausgeschlossen (vgl. z.B. SG Düsseldorf, Urt. v. 02.03.2015 - S 9 KR 903/14 - RID 15-02-119, juris-Rn. 32). Dies gilt auch für den **actus contrarius** der Genehmigungsfiktion. Der gesetzlich angeordnete Eintritt der Genehmigungswirkung durch fingierten Verwaltungsakt bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 13 IIIa SGB V ist alleiniger Prüfungsmaßstab der materiellen Rechtmäßigkeit der Genehmigungsfiktion. Eine **Rücknahme** nach § 45 SGB X setzt mithin auch bei fingierten Verwaltungsakten generell die Rechtswidrigkeit dieses Verwaltungsaktes voraus und kommt daher bei Eintritt der Genehmigungsfiktion nicht mehr in Betracht.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kl. aufgrund der gem. § 13 IIIa SGB V eingetretenen Genehmigungsfiktion mit einer mehrschrittigen stationären adipothaschirurgischen Maßnahme (1. Schritt: Schrittmacherexplantation, 2. Schritt: Schlauchmagenanlage, sog. „sleeve gastrectomy“) als Sachleistung zu versorgen.

2. Behandlung nur durch Vertragspsychotherapeuten

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 11.11.2016 - L 4 KR 4432/14

RID 17-01-113

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 27, 28

Leitsatz: Versicherte haben keinen Anspruch auf Durchführung einer „**Traumatherapie**“ bei einer **nicht** zur vertragsärztlichen Versorgung **zugelassenen Psychologischen Psychotherapeutin**.

SG Ulm, Urt. v. 10.09.2014 - S 8 KR 2886/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Nicht zugelassener Leistungserbringer (Brustkrebstest)

LSG Bayern, Urteil v. 28.06.2016 - L 5 KR 223/15

RID 17-01-114

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 99/16 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III, 27 I 2 Nr. 1

Leitsatz: 1. Wird die Übernahme des **Genomtests** einer in **Kalifornien/USA** gelegenen **Firma** beantragt, muss der Krankenkasse diese Leistung sowie der Leistungserbringer benannt werden, weil andernfalls nur eine Voranfrage vorliegt.

2. Der **Genomic Health Oncotype DX Brustkrebstest** eines in Kalifornien/USA gelegenen Genom Institutes zählt nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

SG Würzburg, Urt. v. 10.04.2015 - S 11 KR 387/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Helmtherapie: Keine unaufschiebbare Maßnahme

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 26.05.2016 - L 4 KR 236/15

RID 17-01-115

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 17/16 R

juris

SGB V §§ 2 Ia, 13 III

Bei einer **Helmtherapie** liegt keine **unaufschiebbare Maßnahme** vor.

Bei der Kopforthesentherapie handelt es sich um eine sog. **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode**, weshalb mangels positiver Empfehlung des GBA eine Kostenübernahme nicht in Betracht kommt.

Die Bindungswirkung der **Richtlinien des GBA** steht gegenüber allen Systembeteiligten außer Frage.

SG Osnabrück, Gerichtsbb. v. 24.04.2015 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

IV. Arzneimittel

Nach BSG, Urt. v. 13.12.2016 - *B 1 KR 10/16 R* - besteht kein Anspruch eines „austherapierten“ Versicherten mit Versorgung des Fertigarzneimittels **Avastin** zur Behandlung seines rezidivierenden Glioblastoms, einer regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheit. Ein Versicherter kann dies mangels indikationsgerechter Zulassung weder nach allgemeinen Grundsätzen noch wegen fehlender Studien der Phase III nach denen des **Off-Label-Use** beanspruchen. Ein Anspruch nach Maßgabe der gesetzlich geregelten **grundrechtsorientierten Auslegung** des Leistungsrechts (§ 2 Ia SGB V) scheitert an der **Unvereinbarkeit mit Wertungen des Arzneimittelrechts**. Der Hersteller verfolgte seinen Antrag auf Zulassung von

Avastin zur Behandlung des rezidivierenden Glioblastoms im zwingend bei der **Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA)** durchzuführenden zentralisierten Verfahren nach deren **ablehnender Begutachtung** nicht weiter. Dies entspricht wertungsmäßig einer Ablehnung der Zulassung, um die Gesundheit der Patienten zu schützen. Solche institutionellen Sicherungen dürfen nicht durch eine vermeintlich großzügige richterrechtliche Zuerkennung von Ansprüchen systematisch unterlaufen werden, um für die betroffenen Versicherten inakzeptable unkalkulierbare Risiken von Gesundheitsschäden zu vermeiden.

1. Keine Mehrkosten für eine glutenfreie Ernährung

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 14.09.2016 - L 6 KR 43/14

RID 17-01-116

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I, 31 I, V, 32, 33 I

Glutenfreie Diät stellt kein **Arzneimittel** dar und ist zudem mangels entsprechender Zulassung nicht verordnungsfähig. Auch als Lebensmittel gehört sie nicht zu den Produkten, auf die sich ausnahmsweise die Leistungspflicht der Krankenkasse erstreckt. Schließlich ist glutenfreie Diät kein Heil- oder Hilfsmittel. Ihre danach fehlende Einbeziehung in den Leistungskatalog des SGB V verstößt auch nicht gegen Verfassungsrecht.

SG Halle, Gerichtsb. v. 11.07.2014 - S 16 KR 102/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Grüntee-Extrakt bei seniler TTR-Amyloidose

SG München, Urteil v. 03.11.2016 - S 15 KR 1899/15

RID 17-01-117

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 11, 12 I, 13 IIIa, 27

Bei einer **senilen TTR-Amyloidose (ATTR) des Herzens** handelt es sich um eine **lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung** i.S.d. § 2 Ia SGB V, für die es keine Standardtherapie gibt. Für die Gabe von **Grüntee-Extrakt** liegt eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf vor.

Die Versorgung mit EGCG steht zwar offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV, da es sich bei dem Präparat um ein **Nahrungsergänzungspräparat** handelt. Dennoch durfte ein verständiger Versicherter die Versorgung mit EGCG bei seniler ATTR als von der Leistungspflicht der GKV umfasst ansehen. Die **Genehmigungsfiktion nach § 13 IIIa SGB V** umfasst gerade auch Ansprüche aus § 2 Ia SGB V.

Das **SG** verpflichtete die Bekl., für die Zeit von Juli 2015 bis Juli 2016 dem Kl. Kosten in Höhe von 455,90 € für die Anschaffung von Kapseln mit dem Wirkstoff EGCG zu erstatten und den Kl. ab August 2016 zeitlich unbegrenzt mit Kapseln mit dem Wirkstoff EGCG im verordneten Umfang (3 x täglich 300 mg EGCG) im Rahmen der Sachleistungspflicht zu versorgen.

V. Hilfsmittel/Heilmittel

1. Oberschenkelorthese E-MAG Active: Produktbeschreibung

LSG Thüringen, Urteil v. 23.08.2016 - L 6 KR 1037/13

RID 17-01-118

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33

Ist eine **Orthese** laut **Produktbeschreibung** für Menschen mit isolierten Lähmungen oder Schädigungen einer unteren Extremität und erhöhtem Mobilitätsbedarf vorgesehen und liegen diese Voraussetzungen nicht vor, so besteht kein Versorgungsanspruch.

SG Gotha, Gerichtsb. v. 04.06.2013 - S 38 KR 3722/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Orthopädische Schuhspanner

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.08.2016 - L 11 KR 566/15

RID 17-01-119

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33

Orthopädische Schuhspanner sind **kein Hilfsmittel**. Sie sind nicht zur Krankenbehandlung erforderlich. Sie werden auch nicht als **Zubehörteil** von der Leistungspflicht erfasst.

SG Düsseldorf, Urt. v. 27.08.2015 - S 27 KR 296/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Bereitstellung eines Duschrollstuhls durch Pflegeheim

SG Magdeburg, Beschluss v. 16.09.2016 - S 1 KR 469/16 ER

RID 17-01-120

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33; SGG § 86b II

Die **Pflegeheime** müssen daher das für die vollstationäre Pflege notwendige Inventar bereithalten. Dies gilt auch für einen **Duschrollstuhl**.

Das *SG* wies den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes zurück.

4. Freistehbarren ist als Hilfsmittel der Heimausstattung zuzurechnen

SG Augsburg, Urteil v. 14.07.2016 - S 12 KR 324/12

RID 17-01-121

Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33; SGB XI 43, 43a

Ein **Freistehbarren** gehört zu denjenigen Hilfsmitteln, die grundsätzlich von einem **Pflegeheim**, das bettlägerige Pflegebedürftige mit Pflegestufe III aufnimmt, vorzuhalten sind. Bei der fachgerechten Positionierung zur Vermeidung von Sekundärerkrankungen handelt es sich um eine primäre Verrichtung im Rahmen der aktivierenden Pflege bzw. der allgemeinen Prophylaxe.

Das *SG* wies die Klage ab.

5. Fingerprothese am rechten Zeigefinger

SG Stade, Urteil v. 24.10.2016 - S 29 KR 30/14

RID 17-01-122

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33

Eine **Fingerprothese**, die die am **rechten Zeigefinger** fehlenden Glieder, also das Mittel- und das Endglied ersetzt, dient nicht lediglich dem mittelbaren, sondern dem **unmittelbaren Behinderungsausgleich**. Bei Fehlen dieser Glieder liegt eine ins Gewicht fallende Funktionsbeeinträchtigung vor.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kl. auf die ärztliche Verordnung der Ärztin für Allgemeinmedizin I. vom 03.12.2012 mit einer Prothese für den rechten Zeigefinger zu versorgen.

6. Neuroprothese

LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss v. 08.12.2016 - L 5 KR 325/16 B ER

RID 17-01-123

www.sozialgerichtsbarkeit.de = www2.mjv.rlp.de/Rechtsprechung = juris
SGB V §§ 2 I 3, 33, 135, 137c III; SGG § 86b II

Eine Krankenkasse kann regelmäßig nicht im Wege einer **einstweiligen Anordnung** zur Gewährung einer **aktiven Neuroprothese** wegen einer infolge einer **MS** bestehenden Fußheberschwäche verpflichtet werden.

SG Mainz, Beschl. v. 26.10.2016 - S 12 KR 496/16 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

7. High-Flow-Warmluftbefeuchter: Keine neue Behandlungsmethode

SG für das Saarland, Urteil v. 18.03.2016 - S 23 KR 242/15

RID 17-01-124

juris
SGB V §§ 11 I Nr. 4, 27 I 2 Nr. 3, 33, 34, 92, 135 I 1

Leitsatz: 1. Das **Hilfsmittelverzeichnis** ist weder für die Versicherten noch für die Krankenkassen verbindlich bzw. abschließend.

2. Bei der Benutzung eines **High-Flow-Warmluftbefeuchters** (Zuführung erwärmter und befeuchteter Luft in die Beatmung) handelt es sich nicht um ein neues, eigenes wissenschaftliches Konzept und somit nicht um eine neue Behandlungsmethode.

Das *SG* verurteilte die Bekl, dem Kl. das Gerät „My AirVo 2“ zu gewähren und ihn von den bisher entstandenen Kosten für Verbrauchsmaterialien nach dem 04.12.2014 freizustellen.

8. Therapie mit „MukoStar“

SG Augsburg, Beschluss v. 08.05.2015 - S 6 KR 107/15 ER

RID 17-01-125

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33

Ist glaubhaft gemacht, dass sich ein Versicherter in einem **gefährdeten Gesundheitszustand** befindet und derzeit auf die Fortführung der vom Lungenfacharzt empfohlenen **Therapie mit „MukoStar“** angewiesen ist, dann liegt ein Anordnungsgrund vor.

Das *SG* verpflichtete die Ag. im Wege einer einstweiligen Anordnung, den Ast. vorläufig ab dem Zeitpunkt des Eingangs einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft bei ihr in Höhe von 10.828,55 € mit dem Hilfsmittel „MukoStar“ zu versorgen bzw. den Ast. von Kosten des selbst beschafften Hilfsmittels freizustellen.

9. Umrüstung und Fahrstunden zur Nutzung des umgerüsteten PKWs

LSG Bayern, Urteil v. 13.07.2016 - L 20 KR 48/15

RID 17-01-126

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33; SGB IX §§ 14, 26 II Nr. 6, 31, 33; SGB XII § 53

Leitsatz: Eine Verpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung, im Rahmen der Hilfsmittelversorgung (§ 33 Abs. 1 SGB V) ein behindertengerechtes Kraftfahrzeug zur Verfügung zu stellen, besteht grundsätzlich nicht.

SG Bayreuth, Ur. v. 20.10.2014 - S 6 KR 277/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

10. Blindenführhund

SG Bremen, Urteil v. 20.05.2016 - S 4 KR 153/15

RID 17-01-127

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33

Nach BSG, Ur. v. 25.02.1981 - 5a/5 RKn 35/78 - BSGE 51, 206 = SozR 2200 § 182b Nr. 19 kann für die Anerkennung als **Hilfsmittel** nur maßgeblich sein, dass der **Blindenführhund** für die durch die Blindheit ausgefallene oder zumindest erschwerte Möglichkeit der Umweltkontrolle einen Funktionsausgleich bietet, der **unmittelbar** diese **Behinderung** betrifft und nicht erst bei den Folgen der Behinderung in bestimmten Lebensbereichen einsetzt (s. auch LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 10.05.2012 - L 11 KR 804/11 - RID 12-03-141; LSG Rheinland-Pfalz, Ur. v. 02.10.2013 - L 5 KR 99/13 - RID 14-01-107).

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kl. mit einem Blindenführhund, ausgebildet durch die Blindenführhundeschule E, zu versorgen.

11. Hörgeräte: Kein einstweiliger Rechtsschutz bei vorläufiger Versorgung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 21.12.2016 - L 9 KR 473/16 B ER

RID 17-01-128

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33

Ist ein Anspruch auf Versorgung mit dem begehrten Hörgerät derzeit nicht belegt, kann sich ein Anordnungsanspruch nur unter dem Aspekt der **Folgenabwägung** ergeben. Stellt die Krankenkasse dem Versicherten das Beste der bisher getesteten Geräte zur Verfügung, so ist es ihm bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens zuzumuten, von dieser Bewilligung Gebrauch zu machen.

SG Neuruppin, Beschl. v. 04.10.2016 - S 9 KR 281/16 ER - wies den Antrag ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

12. Heilmittel: Genehmigungsfiktion nach § 32 Ia 3 SGB V: Dokumentation des Antragseingangs

SG Osnabrück, Urteil v. 09.03.2016 - S 34 KR 246/14

RID 17-01-129

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 32 Ia 3; HeiMRL § 8 V

Leitsatz: Ein **Eingangsstempel** kann nicht durch die Dokumentation des **Scandatums** ersetzt werden.

Die Kl. beehrte die Bewilligung einer Langfristgenehmigung für manuelle Therapie und Krankengymnastik. Das SG verpflichtete die Bekl., eine Langfristgenehmigung für manuelle Therapie ab dem 16.01.2014 zu erteilen. Ob sie eine Befristung ausspricht, hat sie nach pflichtgemäßer Ermessensausübung zu entscheiden. Die Befristung darf in diesem Falle frühestens ab dem 09.03.2016 ausgesprochen werden. Die Bekl. wird verpflichtet, den Antrag auf Langfristverordnung für Krankengymnastik v. 16.01.2014 zu bescheiden. Es wird festgestellt, dass die Frist für die Bescheidung des Antrages auf Langfristverordnung für Krankengymnastik am 13.02.2014 ablief. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

1. Anschlussrehabilitation: Unmittelbarer Anschluss/Vertragsärztliche Verordnung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 21.12.2016 - L 9 KR 463/16 B ER

RID 17-01-130

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 40

Leitsatz: 1. Mehr als sechs 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. 31.08.2016 - S 28 KR 1549/16 ER - wies den Antrag ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

2. Häusliche Krankenpflege

a) Medikamentengabe durch Träger einer betreuten Wohnform

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 27.12.2016 - L 1 KR 506/16 B ER

RID 17-01-131

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 37

Betreute Wohnformen sind nur dann „geeignete Orte“ im Sinne des § 37 II 1 SGB V für die Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch die gesetzliche Krankenversicherung, wenn der Versicherte während seines Aufenthalts dort nicht bereits einen Anspruch auf Erbringung von Krankenpflegeleistungen gegen die Einrichtung hat (u.a. BSG, Urt. v. 25.02.2015 - B 3 KR 11/14 R - BSGE 118, 122 = SozR 4-2500 § 37 Nr. 13 Rn. 13). Es kommt nicht darauf an, ob die Betreuung von einem Leistungserbringer zur Verfügung gestellt wird, der auch als Vermieter des Wohnraums auftritt.

Für den engen Bezug der **Medikamentengabe zur Eingliederungshilfe** spricht hier, dass die in Frage stehenden Leistungen (Herrichtung und Überwachung von Medikamenten) ihrem Inhalt nach einer allgemeinen Betreuungsleistung gleichstehen und keinerlei besondere medizinische Kenntnisse verlangen. Im Übrigen ergibt sich aus dem Auswertungsraster zur Ermittlung des Hilfebedarfs in der individuellen Lebensgestaltung, dass die Einrichtung die Sicherstellung der Medikamenteneinnahme selbst zu den Verrichtungen zählt, für welche ggf. von ihr zu erbringende Unterstützungsleistungen erforderlich sind.

SG Berlin, Beschl. v. 27.10.2016 - S 81 KR 1868/16 ER - lehnte den Antrag, im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die Ag. zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege in Form der Medikamentengabe zu verpflichten, ab, das *LSG* wies die Beschwerde des beigel. Trägers der Einrichtung, der vom Träger der Eingliederungshilfe beauftragt wurde, zurück.

b) Medikamentengabe im Rahmen des ambulanten betreuten Paarwohnens durch Krankenkasse

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 29.11.2016 - L 1 KR 475/16 B ER

RID 17-01-132

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

Kann eine geistig behinderte Versicherte aus psychischen Gründen und damit krankheitsbedingt die Medikamente (Psychopharmaka) nicht selbst einnehmen, dann ist von der Notwendigkeit auszugehen, dass jemand anderes sie zur regelmäßigen Einnahme zweimal täglich anhalten muss. Soweit das **Personal des Maßnahmeträgers** für die Eingliederungshilfe dazu fachlich nicht in der Lage ist und das **Stundenkontingent** hierfür nicht ausreichen würde, spricht viel dafür, dass eine Situation vorliegt, in der ein Anspruch nach § 37 SGB V gegen die **Krankenkasse** vorliegt, weil ganz allgemein die Gewährung von Eingliederungshilfe nicht daran scheitern soll, dass zusätzlich zum Eingliederungsbedarf auch ein Bedarf an Krankenpflegeleistungen besteht, der von der Eingliederungseinrichtung nicht gedeckt werden kann.

SG Potsdam, Beschl. v. 22.09.2016 - S 7 KR 278/16 ER - verpflichtete den Beigel. zu 1) im Wege einstweiliger Anordnung, vorläufig bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache - längstens jedoch bis zum 31.12.2016 oder zur Bestandskraft des Bescheides der Ag. v. 04.08.2016 -, der Ast. Leistungen zur Krankenpflege in der Form der Medikamentengabe 2xtäglich und 7x wöchentlich zu gewähren. Das **LSG** verpflichtete auf die Beschwerde des Beigel. zu 1) die Ag., der Ast. ab dem 22.09.2016 vorläufig bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache - längstens jedoch bis zum 31.12.2016 oder zur Bestandskraft des Bescheides -, Leistungen zur Krankenpflege in der Form der Medikamentengabe zweimal täglich an allen sieben Wochentagen zu gewähren und wies im Übrigen den Antrag zurück.

c) Verjährungsfrist für Rückforderungsansprüche nach erschlichenen Intensiv-Pflegedienstleistungen

LSG Bayern, Urteil v. 20.09.2016 - L 5 KR 515/15 ZVW

RID 17-01-133

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 10; BGB §§ 197, 199 III Nr. 1, 812 ff., 823 II, 826; StGB § 263

Eine gesetzlich gem. § 10 SGB V **Familienversicherte** steht in einem **eigenständigen Versicherungsverhältnis** zur Krankenkasse, Leistungsansprüche stehen damit ihr selbst zu (vgl. BSG SozR 3-2500 § 10 Nr. 16 S. 65 f.). Rückerstattungsansprüche aus diesem Leistungsverhältnis sind daher dem Verhältnis Krankenkasse und Familienversicherte, nicht deren Eltern zuzuordnen.

Das **Unterlaufen der maßgeblichen Pflegequalifikation** führt zum vollständigen Entfallen des **Vergütungsanspruchs**, unabhängig davon, ob die Leistung, z.B. die Überwachung, im Übrigen ordnungsgemäß erbracht wurde (sog. streng formale Betrachtungsweise, BGH, Urt. v. 16.06.2014 - 4 StR 21/14 - juris Rn. 28 m.w.N.).

Für den Anspruch aus Bereicherung bzw. Schadensersatz gilt die 10-jährige **Verjährungsfrist** des § 199 III Nr. 1 BGB, wonach sonstige Schadensersatzansprüche ohne Rücksicht auf die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis in zehn Jahren von ihrer Entstehung an verjähren.

SG München, Urt. v. 18.05.2010 - S 43 KR 1183/08 - gab der Klage statt, *LSG Bayern*, Urt. v. 18.11.2014 - L 5 KR 379/10 - wies die Berufung der bekl. Krankenkasse zurück. *BSG*, Beschl. v. 30.09.2015 - B 3 KR 22/15 B - SozR 4-1500 § 51 Nr. 14 hob auf Nichtzulassungsbeschwerde das LSG-Urt. auf. Das **LSG** wies nunmehr die Widerklage der widerkl. Krankenkasse v. 25.11.2013 ab.

d) Fehlender Anordnungsgrund bei bestandskräftigem Ablehnungsbescheid

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 05.01.2017 - L 5 KR 224/16 B ER

RID 17-01-134

juris
SGB V § 38; SGB X § 37 II; SGG §§ 77, 86b II

Leitsatz: 1. Für die Beurteilung des **Anordnungsgrundes** kommt es auf den Zeitpunkt der Beschwerdeentscheidung an.

2. An einem Anordnungsgrund fehlt es, wenn der zugrundeliegende **Ablehnungsbescheid bestandskräftig** ist.

3. Zur Bewilligung einer Haushaltshilfe im **einstweiligen Rechtsschutz**.

SG Schleswig, Beschl. v. 28.11.2016 - S 6 KR 39/16 ER - verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig, die Kosten für eine Haushaltshilfe im Umfang von acht Stunden täglich mit Ausnahme der Wochenenden und gesetzlichen Feiertage für den Zeitraum vom 11.11. bis zum 16.12.2016 zu einem Stundensatz von 8,50 €, abzüglich 10 % der Gesamtkosten, zu übernehmen und lehnte den weitergehenden Antrag ab. Das *LSG* lehnte auf Beschwerde der Ag. den Antrag ab.

3. Leistungen der Haushaltshilfe bei Schwangerschaft

LSG Hessen, Urteil v. 25.10.2016 - L 1 KR 201/15

RID 17-01-135

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 24h, 38; RVO § 199

Leitsatz: Zu den Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen der **Haushaltshilfe bei Schwangerschaft**.

SG Gießen, Urtr. v. 26.05.2015 - S 7 KR 528/12 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. die in der Zeit vom 20.02.2012 bis zum 21.04.2012 sowie vom 26.04.2012 bis 26.07.2012 in Höhe von insgesamt 6.342,50 € entstandenen Kosten für Haushaltshilfe zu erstatten.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urtr. v. 13.12.2016 - *B 1 KR 2/16 R* - stellt die aus der **Transplantationsnachsorge** (hier: Nierentransplantation) sich ergebende Häufigkeit von Behandlungen (Kontrolluntersuchungen) - bis zu vier-, zuletzt zweimal jährlich- keine **hohe Behandlungsfrequenz** im Sinne des § 8 II KrankentransportRL dar.

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Kein materieller Anspruchsausschluss bei „Verstoß“ gegen § 276 II SGB V

SG Kassel, Urteil v. 25.11.2016 - S 12 KR 594/15

RID 17-01-136

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 275, 276, 301; KHG § 17b I 3, 17c; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I Nr. 1

Leitsatz: Zu möglichen **Einwendungs- und Ausschlussfristen** in Abrechnungsrechtsstreiten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse nach § 276 Abs. 2 SGB V bzw. nach der Prüfverfahrenvereinbarung.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. 3.236,75 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen (hinsichtlich eines Zinstages) die Klage ab.

b) Frist für Nachforderungen eines Krankenhausträgers

SG Reutlingen, Urteil v. 11.01.2017 - S 1 KR 3109/15

RID 17-01-137

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

Auch in Fällen, in denen – wie hier – eine Prüfung durch den MDK erfolgt ist, wird die Rspr. des BSG zur Zulässigkeit einer nachträglichen Rechnungskorrektur durch § 7 V PrüfvV (Vereinbarung des GKV-Spitzenverband und der DKG zum Prüfverfahren) nur insoweit modifiziert, als die **Rechnungskorrektur** den Gegenstand der MDK-Prüfung betrifft. Bezieht sich der Prüfanlass auf einen anderen Sachverhalt als die Rechnungskorrektur, findet die BSG-Rspr. weiterhin uneingeschränkt Anwendung und ist eine Rechnungskorrektur noch bis zum Ende des auf die Schlussrechnung folgenden Kalenderjahres zulässig. Die in § 7 V PrüfvV enthaltene 5-Monats-Frist findet in diesen Fällen keine Anwendung.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.983,43 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Keine Rechnungskorrektur nach Ende des Haushaltsjahrs

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.09.2016 - L 5 KR 396/16

RID 17-01-138

Revision anhängig: B 1 KR 27/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I 2, 69, 109 IV 3, 275 I c 2; KHG § 17b; KHEntgG §§ 7 S. 1 Nr. 1; BGB § 242

Setzt ein Krankenhaus mit einer nicht offensichtlich unrichtigen Schlussrechnung ein Umstandsmoment und gibt es weder im Rechnungs- noch in dem darauf folgenden Haushaltsjahr in irgendeiner Weise zu erkennen, dass es an dieser Schlussrechnung nicht mehr festhält und eine Nachberechnung vorzunehmen gedenkt, dann besteht hinsichtlich des aus Gründen praktischer Konkordanz grundsätzlich gezogenen **zeitlichen Rahmens** für nach § 242 BGB zulässige **Rechnungskorrekturen** kein weiterer Klärungsbedarf, da der 1. Senat des BSG in seiner Rechtsprechung mehrfach und ausdrücklich auf das dem Rechnungsjahr folgende Haushaltsjahr abgestellt hat.

SG Düsseldorf, Urt. v. 28.04.2016 - S 34 KR 354/12 - wies Klage der Krankenkasse und Widerklage des Krankenhausträgers ab, das *LSG* wies die die Berufung der Bekl. zurück.

d) „Verrechnung“ als nachträgliche Änderung der Tilgungsbestimmung der ursprünglichen Zahlung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 14.10.2016 - L 4 KR 4876/15

RID 17-01-139

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: 1. Die Diagnosen des Abschnitts Z des ICD-10 sind **Diagnosen** im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien 2013, auch wenn dort keine Krankheit oder Beschwerde definiert ist.

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

SG Karlsruhe, Urt. v. 17.09.2015 - S 2 KR 3719/14 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. 2.974,04 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Keine Verhandlungen im Hinblick auf eine Hemmung der Verjährung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 18.01.2017 - L 1 KR 18/15

RID 17-01-140

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

BGB § 203

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach **Verhandlungen** im Hinblick auf eine **Hemmung der Verjährung** nach § 203 S. 1 BGB auch bei weiter Auslegung nicht stattfanden, weil die Kl. mit ihrem Schreiben v. 16.05.2008 deutlich gemacht habe, dass sie ggf. den Klageweg bestreiten werde, und die Bekl. im Antwortschreiben klar zum Ausdruck gebracht habe, von ihrer Position nicht abzuweichen und es bei der Verrechnung zu belassen, ist zutreffend.

SG Potsdam, Urt. v. 25.11.2014 - S 15 KR 84/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Neue Behandlungsmethoden

a) Allogene Stammzelltherapie

aa) Vergütungsanspruch nicht ohne Einwilligung des Versicherten

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 24.11.2016 - L 5 KR 72/12

RID 17-01-141

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 39, 109 IV 3, 137c I

Leitsatz: 1. Eine Behandlung mit allogener Stammzelltherapie nach zweimaliger autologer Stammzellentherapie in der Erstlinientherapie eines multiplen Myeloms entspricht keinem klinisch geprüften **Behandlungskonzept**.

2. Ein **Vergütungsanspruch** des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse kann bei dieser neuen **nicht anerkannten Behandlungsmethode** nur aufgrund einer grundrechtsorientierten Auslegung der Normen des SGB V gegeben sein.

3. Eine wirksame **Einwilligung des Versicherten** ist eine weitere Voraussetzung für den Vergütungsanspruch.

4. Zu den Inhalten und **Dokumentationspflichten** der Aufklärung und Einwilligung bei nicht anerkannten Behandlungsmethoden mit einem hohen Risikopotenzial.

5. Das **Krankenhaus** muss seinen Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse im Zweifel **beweisen**. Dazu gehört auch die wirksame Aufklärung und Einwilligung des Versicherten in die Heilbehandlung.

SG Lübeck, Ur. v. 13.06.2012 - S 33 KR 1294/09 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

bb) Qualitätsgebot: „Klassische“ myeloablative Konditionierung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.11.2016 - L 11 KR 1180/15

RID 17-01-142

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: Die Behandlung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der an einem Chemotherapie refraktären Rezidiv bei großzelligem B-Zell-Non-Hodgin-Lymphom litt, mit **allogener Stammzelltransplantation** nach „klassischer“ myeloablativer Konditionierung entsprach im Jahr 2005 nicht dem **Qualitätsgebot** nach § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

Ein Anspruch auf diese Behandlung ergab sich auch nicht aufgrund einer **grundrechtsorientierten Auslegung** des Leistungsrechts der GKV, wenn eine Behandlung des Versicherten im Rahmen einer klinischen Studie möglich gewesen wäre.

SG Reutlingen, Ur. v. 11.02.2015 - S 1 KR 1542/13 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 100.363,91 €, das *LSG* wies die Klage ab.

b) Implantation von Nitinolspiralen zur Lungenvolumenreduktion

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.11.2016 - L 5 KR 1101/16

RID 17-01-143

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 101/16 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I 3, Ia, 12 I, 137c, 137e; KHEntgG §§ 6 II, 7

Leitsatz: Bei der **Implantation von Nitinolspiralen zur Lungenvolumenreduktion** handelt es sich um eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB)**, die nicht dem Qualitätsgebot des SGB V entspricht. Die Implantation ist daher unter Berücksichtigung von § 137c SGB V auch im Rahmen einer stationären Versorgung nicht abrechenbar zu Lasten der Krankenkasse.

Dies gilt selbst dann, wenn ein Vertrag gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG ein **Zusatzentgelt** für diese NUB enthält. Dabei gilt § 137c SGB V in der Fassung zum Zeitpunkt der Leistungserbringung durch das Krankenhaus. Im Übrigen befreit aber auch § 137c SGB V in der Fassung vom 16.07.2015, gültig ab 23.07.2015, nicht von der **Einhaltung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse**.

SG Stuttgart, Gerichtsbb. v. 24.02.2016 - S 11 KR 2326/14 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. einen Betrag in Höhe von 80 € zzgl. Zinsen zu bezahlen. Im Übrigen (Klageantrag: Zahlung von 22.143,64 €) wies es die Berufung zurück.

3. Fallpauschalen

a) Fallzusammenführung dreier stationärer Krankenhausaufenthalte

SG Karlsruhe, Urteil v. 12.10.2016 - S 14 KR 4428/14

RID 17-01-144

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

§ 2 I Nr. 1 FPV 2013 setzt voraus, dass ein Patient innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts, **wiederaufgenommen** wird.

Aus § 3 III 4 FPV 2013 i.V.m. den „Hinweisen zur Erläuterung der Regelung nach § 3 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 FPV 2013“ folgt zwingend die **Anwendung der 30-tägigen Prüffrist** gemäß § 3 III 1 FPV. Prüffrist ist immer die des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst (§ 3 III 4 FPV).

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Aufteilung in zwei stationäre Aufenthalte unwirtschaftlich

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 06.12.2016 - L 1 KR 358/15

RID 17-01-145

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 112 II 1 Nr. 2; BGB §§ 387, 389

Eine **Aufrechnung** ist unwirksam, wenn sie gegen das in § 15 IV 2 des nordrhein-westfälischen Sicherungsvertrages gemäß § 112 II 1 Nr. 2 SGB V (im Folgenden: Landesvertrag) geregelte **Aufrechnungsverbot** verstößt. Nach st. Rspr. der mit dem Krankenversicherungsrecht betrauten Senate des LSG Nordrhein-Westfalen enthält die im Landesvertrag vereinbarte Regelung ein (konkludentes) Aufrechnungsverbot für die nicht ausdrücklich erwähnten Fälle, d.h. für Erstattungsansprüche bei Beanstandungen sachlicher Art, insb. bei Verstößen gegen das in § 12 SGB V geregelte Wirtschaftlichkeitsgebot.

Für einen **zweiten stationären Aufenthalt** besteht kein Vergütungsanspruch, wenn bei wirtschaftlichem Alternativverhalten die gesamte Behandlung innerhalb eines einheitlichen Behandlungszeitraumes durchgeführt werden kann und für den gesamten Behandlungsfall einheitlich eine DRG - hier: J16Z (Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma) - abzurechnen ist.

SG Münster, Urt. v. 21.05.2015 - S 16 KR 43/09 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 5.340,23 € nebst Zinsen zu zahlen und wies die Widerklage ab. Das *LSG* verurteilte auf die Widerklage die Kl., an die Bekl. 5.340,23 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Berufung zurück.

c) Voraussetzungen einer Beurlaubung

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 02.06.2016 - L 5 KR 38/16

RID 17-01-146

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 29/16 R

juris

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

Eine **Beurlaubung** erfordert, dass der Patient **aus persönlichen oder therapeutischen Gründen vorübergehend aus der Krankenhausbehandlung entlassen** wird (LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.11.2015 - L 5 KR 39/15 -; vgl. BSG, Urt. v. 10.03.2015 - B 1 KR 3/15 R - KHE 2015/15 = USK 2015-6 = KRS 2016, 65, juris Rn 19). Eine Zeit zwischen zwei stationären Behandlungen ist nicht als Beurlaubung zu werten, wenn es hieran fehlt. Im Übrigen muss zum Zeitpunkt der Entlassung nach dem ersten Krankenhausaufenthalt feststehen, dass die Behandlung fortgesetzt wird (BSG, a.a.O.).

SG Mainz v. 14.12.2015 verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.570,64 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

d) Künstliche Beatmung von mehr als 95 Stunden Dauer

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.11.2016 - L 11 KR 4054/15

RID 17-01-147

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 96/16 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: Während der Zeit des Übergangs von der maschinellen Beatmung zur Spontanatmung (**Entwöhnungsphase**) zählten im Jahr 2011 auch beatmungsfreie Intervalle zur **Gesamtbeatmungszeit**. Aus den Regelungen in den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2011 zu „Berechnung und Dauer der Beatmung“ lässt sich nicht ableiten, dass für eine Entwöhnung mindestens eine vorhergehende 24-stündige Beatmung stattgefunden haben muss.

SG Ulm, Urte. v. 06.08.2015 - S 13 KR 3667/13 - RID 16-01-162 verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 6.174,49 € nebst Zinsen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

e) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550)

aa) Umfang der Dokumentationspflicht

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 14.12.2016 - L 5 KR 4875/14

RID 17-01-148

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 4/17 B
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: Eine **Krankenkasse** hat ohne eine Zustimmungserklärung d. Versicherten kein **Einsichtsrecht in die ärztlichen Behandlungsunterlagen** (Patientenakte) betr. eines stationären Krankenhausaufenthalts bei ihr Versicherter. Ein Einsichtsrecht steht nur dem **MDK** zu (Anschluss an LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 11.04.2014 - L 4 KR 3980/12 - RID 17-01-148; BSG, Urteile vom 23.07.2002 - B 3 KR 64/01 R - BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3, und vom 21.03.2013 - B 3 KR 28/12 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 29).

Zur **Dokumentationstiefe** des Krankenhauses bei der Abrechnung der DRG B44B (**geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung** bei Codierung des OPS 8-550.1).

SG Stuttgart, Urte. v. 24.07.2014 - S 9 KR 2387/12 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.716,41 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

bb) Keine Einschränkung der Behandlungsberechtigung durch Fachprogramm „Akutgeriatrie“

SG Fulda, Urteil v. 21.07.2016 - S 4 KR 1115/11

RID 17-01-149

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 39 I 3; KHEntgG § 2 II

Leitsatz: Der **Landeskrankenhausplanung** ist es wegen des Vorrangs des Bundesrechts (§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V und § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. KHEntgG) verwehrt, durch die Schaffung von **Fachprogrammen** Rehabilitationsleistungen während einer akutstationären Behandlung vom Versorgungsauftrag eines behandelnden Krankenhauses auszuschließen. Daher kann ein behandelndes Akut-Krankenhaus Prozeduren wie den OPS 8-550 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) auch dann DRG-wirksam kodieren, wenn es (noch) nicht in ein bestehendes Fachprogramm „Akutgeriatrie“ aufgenommen ist.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 9.705,65 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

f) Prophylaktische Antibiotikagabe bei einem Neugeborenen

SG Würzburg, Urteil v. 10.03.2016 - S 11 KR 66/15

RID 17-01-150

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Eine **prophylaktische Antibiotikagabe** stellt nach dem System der ICD-Klassifikation eine „**Sonstige prophylaktische Chemotherapie**“ dar, was sich unmittelbar aus der Aufzählung zum Unterkapitel „Z29.2“ ergibt.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.847,78 € nebst Zinsen zu zahlen.

g) Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt

SG Stralsund, Teilurteil v. 16.12.2016 - S 3 KR 51/14

RID 17-01-151

juris

SGB V § 109 IV 3; KHEntgG § 7 I

Leitsatz: Zur Kodierung der Subkategorie T83.5 der ICD-10-GM 2010 (**Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt**) als Nebendiagnose im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien (Version 2010) an Stelle der Subkategorie N39.0 (Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet).

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. einen weiteren Betrag in Höhe von 2.510,74 € nebst Zinsen zu zahlen.

4. Verpflichtung zum Schadensersatz für Kosten aufgrund vertragsärztlicher Verordnung Dritter

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.09.2016 - L 5 KR 118/14 ZVW

RID 17-01-152

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 69 S. 2, 112 IV 3; BPflV §§ 1 I, 2 I, II, 10 I Nr. 3, 13; Psych-PV § 1 II; KHEntgG § 1 II 1 Nr. 3, 2 II 2 Nr. 2; KHG § 17b I 1

Gegenstand der zur Prüfung der Pflichtverletzung notwendigen Feststellungen des Senats im zurückverwiesenen Verfahren war daher **nach Maßgabe des BSG** nur noch, aufgrund welcher Umstände der Beigel. der Versicherten in der betroffenen Zeit der vollstationären Krankenhausbehandlung das Arzneimittel Tracleer vertragsärztlich verordnete, was die Bekl. hierzu veranlasste und was der Beigel. von der stationären Behandlung der Versicherten wusste.

Ohne konkrete Anhaltspunkte besteht für den behandelnden **Vertragsarzt keine Nachfragepflicht zum Bestehen einer stationären Behandlung** (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 03.03.2016 - L 5 KA 41/14 - RID 16-02-33; ähnl. SG Hannover, Urt. v. 17.09.2014 - S 71 KA 193/11 - RID 15-02-48).

Weiß das **Krankenhaus**, dass die Versicherte auch während der stationären Behandlung mit einem Medikament versorgt werden muss, muss es eine irgendwie dokumentierte Vorsorge treffen, die seine eigene Kostenbelastung sicherstellt und die Krankenkasse vor einer Inanspruchnahme infolge **vertragsärztlicher Weiterverordnung** schützt.

Die bei der kl. Krankenkasse versicherte N. leidet unter einer rezidivierenden depressiven Störung mit Suizidalität, einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer dissoziativen Störung sowie unter einer schweren pulmonalen arteriellen Hypertonie (PAH). Nachdem sich bei der Versicherten die psychiatrischen Erkrankungen eingestellt hatten, erfolgten seit Juni 2003 fast durchgängig stationäre Behandlungen in den S Kliniken C, einem Krankenhaus des Bekl. Die **S Kliniken C** verfügen über Fachabteilungen für Neurologie, Allgemeine Psychiatrie (voll- und teilstationär), Kinder- und Jugendpsychiatrie (voll- und teilstationär), Sprachheilbehandlung sowie über ein kinderneurologisches Zentrum. Während ihrer stationären Aufenthalte in den Jahren 2004/2005 stellte sich N in der **Medizinischen Klinik II** des Beigel. (**pneumologische Ambulanz**) vor, wo ihr - wie bereits auch schon vor den stationären Behandlungen in den S Kliniken C - das **Fertigarzneimittel Tracleer® (Wirkstoff: Bosentan) verordnet** wurde, das sie über eine Apotheke erhielt (Kosten: 21.442,42 €). Tracleer® wurde im beschleunigten Verfahren europaweit für das Anwendungsgebiet PAH zugelassen. In der Fachinformation ist unter „Warnhinweise“ u.a. vermerkt, dass die Behandlung mit Tracleer® nur geeignet für die Behandlung in speziellen Kliniken, Instituten oder bei niedergelassenen Fachärzten mit besonderen Erfahrungen sei. Die Kl. forderte von der Bekl. die Arzneimittelkosten zurück. Das SG wies die Klage ab, **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 19.01.2012 - L 5 KR 14/11 - 12-02-138 verurteilte die Bekl., an die Kl. 21.442,42 € nebst Zinsen zu zahlen, **BSG**, Urt. v. 12.11.2013 - B 1 KR 22/12 R - BSGE 115, 11 = SozR 4-2500 § 69 Nr. 9 verwies den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurück, das **LSG** verurteilte die Bekl. erneut, an die Kl. 21.442,42 € nebst Zinsen zu zahlen.

5. Keine Rückerstattung der Umsatzsteuer für Zytostatika an Krankenkasse

SG Nürnberg, Urteil v. 22.10.2016 - S 7 KR 601/14

RID 17-01-153

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 116; UStG § 4 Nr. 14; BGB §§ 812 ff.; SGB X § 61

Eine Krankenkasse kann nach Klärung der umsatzsteuerlichen Behandlung von Zytostatika nicht für die für das Krankenhaus in einer Apotheke hergestellten **Zytostatika** die erstattete **Umsatzsteuer** zurückverlangen.

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

6. Keine Beschränkung auf dem MDK vorgelegte Unterlagen

SG Kassel, Gerichtsbescheid v. 25.11.2016 - S 12 KR 512/15

RID 17-01-154

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 276 II

Das Gericht ist bei seiner von Amts wegen vorzunehmenden **Sachaufklärung** nicht darauf beschränkt, nur die **medizinischen Unterlagen** einzubeziehen, die zuvor dem MDK bei seiner gutachterlichen Prüfung zur Verfügung gestanden haben.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. 2.400,54 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

7. Aufwandspauschale

a) Auffälligkeitsprüfung: Bestimmung der Haupt- bzw. Nebendiagnose

SG München, Urteil v. 29.07.2016 - S 15 KR 1389/15

RID 17-01-155

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 275 I

Eine **Auffälligkeitsprüfung** ist gegeben, wenn es um die **Bestimmung der Haupt- bzw. Nebendiagnose** geht, da dies unmittelbar Auswirkung auf die Bestimmung der DRG und damit auf die Frage, ob eine sekundäre Fehlbelegung vorliegt, hat. Denn die **Grenzverweildauern** sind bei den meisten DRGs unterschiedlich, so dass die Kodierung einer anderen DRG die Frage nach sich zieht, ob bei der gegebenen Verweildauer durch Änderung der Grenzverweildauer (alleine durch die Neukodierung) nunmehr auch eine Fehlbelegung resultiert. Eine solche Fehlbelegung bei DRG-Änderung wird automatisch durch das Kodierungsprogramm angezeigt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 1.800 € nebst zu bezahlen.

b) Verzinsung der Aufwandspauschale: Fälligkeit mit Entstehung des Aufwands

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 08.12.2016 - L 1 KR 508/14

RID 17-01-156

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 69; BGB §§ 291, 288 II

Der Anspruch auf die **Aufwandspauschale** nach § 275 Ic SGB V wird **fällig**, sobald dem Krankenhaus der Aufwand entstanden ist. Entgegen der Auffassung des SG Speyer (Urt. v. 28.07.2015 - S 19 KR 588/14 - RID 15-04-125, juris Rn. 48) entsteht er nicht erst, wenn eine Minderung des Abrechnungsbetrages infolge der Abrechnungsprüfung unterbleibt, also wenn rechtskräftig entschieden ist, dass die Prüfung gemäß § 275 Ic 3 SGB V nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat.

SG Potsdam, Urt. v. 30.10.2014 - S 3 KR 267/11 - verurteilte die Bekl., an die Kl., die am 09.08.2011 Klage erhoben hatte, einen Betrag von 300 € nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen. Die Bekl. erkannte die Hauptforderung und eine Verzinsung seit dem 31.10.2014 in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz an, die Kl. machte keinen höheren Zinssatz mehr geltend. Das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 13.12.2016 - *B 1 KR 29/15 R* - und - *B 1 KR 25/16 R* - ist eine **Berufsgenossenschaft** als vorleistender Träger hinsichtlich ihrer eigenen, gegenüber dem Versicherten nachträglich erlassenen Leistungsablehnung nicht vergleichbar schutzwürdig wie ein auf Erstattung in Anspruch genommener vorrangiger oder zuständiger Leistungsträger hinsichtlich seiner Entscheidung über die Leistung. Eine Berufsgenossenschaft verursacht mit ihrer ursprünglichen Bewilligung und späteren Ablehnung den **Erstattungsstreit**. Wäre ihre spätere Ablehnung zu beachten, schränkte dies den Rechtsschutz des in Anspruch genommenen Trägers unangemessen ein und wäre missbrauchsanfällig.

1. Arzneimittelhersteller: Festbetragsanpassung (Keine mündliche Anhörung)

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 22.12.2016 - L 1 KR 375/16 KL ER

RID 17-01-157

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 35

Das **Stellungnahmeverfahren** ist nicht deswegen offensichtlich rechtswidrig gewesen, weil der GBA davon abgesehen hat, ein erneutes Stellungnahmeverfahren durchzuführen, nachdem er sich entschlossen hatte, zur Ermittlung der Vergleichsgröße weiter nach § 2 der Anlage 1 zum 4. Kapitel der VerfO vorzugehen.

Die gerichtliche Kontrolle der Ermittlung von **Vergleichsgrößen** ist beschränkt. Dem GBA steht bei der Entscheidung über die Vergleichsgrößenbildung ein **Gestaltungsspielraum** zu.

Die Ast. bringt als pharmazeutische Unternehmerin niedermolekulare Heparine unter den Handelsnamen Mono-Embolex®, Fraxiparine® und Fraxodi® mit den Wirkstoffen Certoparin und Nadroparin in den Verkehr. Inhaberin der Zulassung ist die Aspen Pharma Trading Ltd. Irland; die zum selben Konzern gehörende Ast. ist Inhaberin der Vertriebsrechte für Deutschland. Niedermolekulare Heparine werden zur Prophylaxe und Therapie tiefer Venenthrombosen eingesetzt, zur Behandlung der Angina Pectoris/Myokardinfarkt und zur Antikoagulation bei Hämodialyse. Für die niedermolekularen Heparine gilt seit 2005 ein Festbetrag der Stufe 2 für pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Arzneimittel. Der beigel. GBA aktualisierte durch Beschl. v. 18.02.2016 die Vergleichsgröße (u.a.) für die Festbetragsgruppe der niedermolekularen Heparine. Die für Certoparin und Tinzaparin neu festgesetzte Vergleichsgröße unterlag erheblichen Veränderungen gegenüber den Jahren 2005 und 2008. Am 17.05.2016 beschloss der Ag. eine Anpassung des Festbetrags für die Festbetragsgruppe „Heparine, niedermolekular 1“, die im Bundesanzeiger am 20. Mai 2016 veröffentlicht wurde. Das **LSG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung (Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage) ab.

2. Pflegedienst: Kein Anspruch auf Kostenerstattung für Erteilung von Auskünften

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 11.10.2016 - L 1 KR 340/15 NZB

RID 17-01-158

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 276; SGB X § 21

Leitsatz: Aus § 21 Abs. 3 Satz 4 SGB X ergibt sich kein **Kostenerstattungsanspruch** der Leistungserbringer für die nach § 276 Abs. 2 SGB V zu erteilenden **Daten und Auskünfte**.

SG Frankfurt (Oder), Urt. v. 09.07.2015 - S 27 KR 311/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

1. Aufsicht: Nachträgliche Änderung einer Satzung/Einstweilige Anordnung

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 07.12.2016 - L 5 KR 151/16 KL ER

RID 17-01-159

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 195 II; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Bei der Prüfung des § 195 Abs. 2 SGB V findet das **Opportunitätsprinzip** Anwendung und ist **Ermessen** auszuüben.

Die **Anordnung der aufschiebenden Wirkung** einer Klage gegen die Anordnung der Streichung einer durch eine andere, vormals zuständige Aufsichtsbehörde genehmigte Satzungsregelung hat zu erfolgen, da Versicherte, die den strittigen Tarif gewählt haben, hiervon zukünftig ausgeschlossen wären. Damit wäre, jedenfalls für den Zeitraum des Klageverfahrens, eine unumkehrbare endgültige Regelung getroffen.

Das **LSG** ordnete aufschiebende Wirkung der Klage der Krankenkasse v. 14.11.2016 (L 5 KR 148/16 KL) gegen den Bescheid der Ag. mit der Maßgabe an, dass die Ast. keine neuen Mitglieder in den hier streitigen Wahltarif nach § 16f ihrer Satzung aufnimmt und keine entsprechende Akquise mehr insoweit betreibt.

2. Förderung nur einer Selbsthilfe-Kontaktstelle pro Kreis

SG Aachen, Urteil v. 30.11.2016 - S 1 KR 152/15

RID 17-01-160

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 20c, 39 II; SGB X §§ 40, 94

Eine von den Krankenkassen eingerichtete gemeinsame **Arbeitsgemeinschaft** ist nicht befugt, über einen Antrag auf Gewährung einer kassenartenübergreifenden Förderung von Selbsthilfe-Kontaktstellen durch Verwaltungsakt zu entscheiden.

Wird die Bewilligung der beantragten Fördermittel entsprechend den Vorgaben des **Leitfadens** abgelehnt, kann sich ein **Anspruch auf Förderung** oder auf erneute Entscheidung nur ergeben, wenn der Leitfaden nicht den Förderauftrag des § 20c SGB V gesetzeskonform ausgestaltet. Denn jedenfalls solange ein gesetzeskonformer Leitfaden besteht, ist ein weitergehendes Förderungsgebot einzelner Selbsthilfe-Kontaktstellen – in welcher Form auch immer – nicht unmittelbar aus der gesetzlichen Regelung herzuleiten (vgl. BSG, Urt. v. 17.02.2010 - B 1 KR 15/09 R - BSGE 105, 257 = SozR 4-2500 § 39a Nr. 2).

Es ist zulässig, je Kreis und kreisfreie Stadt **nur eine Selbsthilfe-Kontaktstelle zu fördern**.

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer kassenartenübergreifenden Förderung durch die beigel. nordrhein-westfälischen Krankenkassen/-verbände für die von dem Kl. betriebene Selbsthilfe-Kontaktstellen nach § 20c SGB V in der bis 24.07.2015 geltenden Fassung streitig. Die Klage richtet sich gegen die (auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung) zur Bearbeitung der Förderanträge von den Beigel. eingerichteten gemeinsamen Arbeitsgemeinschaft. Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid auf und wies die Klage im Übrigen ab.

X. Bundessozialgericht (BSG) und BVerfG

1. BVerfG: GBA/Mindestmenge für die Behandlung sehr geringgewichtiger Früh- und Neugeborener

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 06.10.2016 - 1 BvR 292/16

RID 17-01-161

juris

SGB V §§ 91, 136b, 137 III, 137c; GG Art. 12 I, 101 I 2

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BSG**, Urt. v. 17.11.2015 - B 1 KR 15/15 R - SozR 4-2500 § 137 Nr. 6 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Es ist nicht hinreichend dargetan, dass die Bf. durch die Festsetzung der Mindestmenge von jährlich 14 Level-1-Geburten und die gerichtliche Ablehnung, die Nichtigkeit dieser Regelung festzustellen, gegenwärtig in ihren materiellen Grundrechten verletzt sein könnten.

Nach allem ist eine Auseinandersetzung mit den inhaltlichen Argumenten der Bf., vor allem mit den **durchaus gewichtigen Zweifeln an der demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses** als Institution nicht veranlasst (vgl. dazu BVerfG, Beschl. v. 10.11.2015 - 1 BvR 2056/12 - NJW 2016, 1505 <1507>).

2. Versorgung mit Kontaktlinsen bei funktionell Einäugigen

BSG, Urteil v. 23.06.2016 - B 3 KR 21/15 R

RID 17-01-162

SozR 4-2500 § 33 Nr. 49 = NZS 2016, 863

Leitsatz: 1. Auch ein **auf einem Auge erblindeter** volljähriger Versicherter kann von der Krankenkasse die Versorgung mit Brillengläsern oder Kontaktlinsen als allgemeine **Sehhilfen** zur Verbesserung der Sehschärfe des anderen Auges nur beanspruchen, wenn er bei jeweils bestmöglicher Korrektur noch eine **Sehbeeinträchtigung** mindestens der Stufe 1 der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung vom 10.11.1972 aufweist.

2. Bei **funktionaler Einäugigkeit** ist der Anspruch auf Versorgung mit einer **Kontaktlinse** als therapeutische Sehhilfe zum Schutz des anderen Auges seit dem 7.2.2009 ausgeschlossen.

3. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Nachkodierung einer versehentlich unterbliebenen Kodierung

BSG, Urteil v. 05.07.2016 - B 1 KR 40/15 R

RID 17-01-163

SozR 4-2500 § 109 Nr. 58 = KRS 2016, 391 = NZS 2016, 90

Leitsatz: 1. Erteilt ein Krankenhaus einer Krankenkasse vorbehaltlos eine plausible **Schlussrechnung** für die Behandlung eines Versicherten, ist eine **Forderung weiterer Vergütung** bis zum Ablauf des folgenden vollen Kalenderjahrs regelmäßig nicht verwirkt (Bestätigung von BSG vom 13.11.2012 - B 1 KR 6/12 R = SozR 4-2500 § 109 Nr 27).

2. Krankenhäuser haben für die Abrechnung vollstationärer Behandlung diejenige Diagnose als **Hauptdiagnose** zu verschlüsseln, deren Behandlung **die meisten Ressourcen verbrauchte**, wenn aus der Rückschau am Ende der Krankenhausbehandlung zwei oder **mehr therapierte Diagnosen** objektiv die Aufnahme des Patienten ins Krankenhaus erforderlich machten.

b) BVerfG: Prüfverfahren/Keine ausschließliche Zuständigkeit eines bestimmten MDK

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 08.11.2016 - 1 BvR 935/14

RID 17-01-164

juris

SGB V §§ 275, 276 I 1; GG Art. 1 I, 2 I, 3 I, 83, 87 II

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BSG**, Urt. v. 17.12.2013 - B 1 KR 52/12 R - BSGE 115, 87 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 36 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Das BSG hat **§ 276 II 1 Halbs. 2 SGB V** nach den allgemein anerkannten Auslegungsmethoden in nicht zu beanstandender Weise ausgelegt.

Für die Sozialversicherung besteht zu Art. 83 GG eine Sonderregelung in Art. 87 II 2 GG (vgl. BVerfGE 63, 1 <36>; 119, 331 <370>). Art. 87 II GG räumt dem Bundesgesetzgeber für die Organisation und das Verfahren der Krankenversicherung einen großen Spielraum ein. Vom körperschaftlichen Status der Sozialversicherungsträger abgesehen, macht das Grundgesetz dem Bundesgesetzgeber keine inhaltlichen Vorgaben zur **organisatorischen Ausgestaltung der Sozialversicherung** (vgl. BVerfGE 113, 167 <201>; ähnlich BVerfGE 89, 365 <377>). Die Organisationsbefugnis des Bundes berechtigt ihn auch, **Verbindungen zwischen Sozialversicherungsträgern herzustellen** oder **länderüberschreitende Leistungsbeziehungen** zu regeln (vgl. BVerfGE 113, 167 <201 f.>). Ein Verbot bundesgesetzlicher Regelung länderübergreifenden Zusammenwirkens in der Krankenversicherung besteht mithin nicht.

4. Hilfsmittelverzeichnis: Neue Qualitätsstandards/Nachweispflicht

BSG, Urteil v. 23.06.2016 - B 3 KR 20/15 R

RID 17-01-165

BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 139 Nr. 8 = SGB 2016, 435 = NZS 2016, 784

Leitsatz: 1. **Neue Qualitätsstandards** dürfen im **Hilfsmittelverzeichnis** festgelegt werden, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zumindest wahrscheinlich ist, dass diese zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der betroffenen Hilfsmittel beitragen.

2. Entscheidungen über die **Streichung von Produkten** aus dem Hilfsmittelverzeichnis sind ausschließlich an der objektiven Rechtslage zu orientieren; **Vertrauensschutz** in die Listung wird nicht gewährt.

3. Der **Nachweis**, dass ein bereits im Hilfsmittelverzeichnis gelistetes Produkt nach der rechtmäßigen Festlegung neuer Qualitätsanforderungen im Hilfsmittelverzeichnis diese erfüllt, obliegt allein dem Hersteller; gerichtliche Sachverständigengutachten sind nicht einzuholen.

5. Schiedsspruch häusliche Krankenpflege: Feststellungsklage/Beitragssatzstabilität

BSG, Urteil v. 23.06.2016 - B 3 KR 26/15 R

RID 17-01-166

BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 132a Nr. 10 = KrV 2016, 243

Leitsatz: 1. Mit der **Feststellungsklage** kann die Unbilligkeit eines **Schiedsspruchs** zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege geltend gemacht werden, wenn das Gericht die Festlegungen im Schiedsspruch nicht ersetzen kann.

2. Von dem auch für die **Vergütung** von Leistungen der häuslichen Krankenpflege geltenden Grundsatz der **Beitragssatzstabilität** sind Ausnahmen nur möglich, wenn die ambulante häusliche Krankenpflege anders nicht sichergestellt werden kann.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 23.06.2016 - B 3 KR 25/15 R

RID 17-01-167

juris

6. Aufrechnung von Ausgleichsansprüchen mit Beitragsansprüchen im Insolvenzverfahren

BSG, Urteil v. 31.05.2016 - B 1 KR 38/15 R

RID 17-01-168

BSGE = SozR 4-7912 § 96 Nr. 1 = ZInsO 2016, 1853 = NZS 2016, 699 = Die Beiträge Beilage

Leitsatz: 1. Eine Krankenkasse kann mit **Beitragsansprüchen** gegen **Ausgleichsansprüche eines Arbeitgebers** durch Willenserklärung oder Verwaltungsakt aufrechnen.

2. Erlangt eine Krankenkasse durch Entgeltfortzahlung eines Arbeitgebers, gegen den ein **Insolvenzverfahren** eröffnet wird, die Möglichkeit, mit Beitragsansprüchen gegen dessen Ansprüche auf Aufwendungsausgleich aufzurechnen, kann dies anfechtbar sein.

3. Erstattet die **Krankenkasse verzögert Aufwendungsausgleich**, hat der Arbeitgeber nur Anspruch auf die sozialrechtliche gesetzliche Verzinsung als Verzugsschaden.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Widerruf der Approbation

aa) Verurteilung wegen Steuerhinterziehung

VGH Bayern, Beschluss v. 28.11.2016 - 21 ZB 16.436

RID 17-01-169

juris

VwGO § 124; ZHG §§ 2 I 1 Nr. 2, 4 II 1

Feststellungen im Strafurteil können bei der Entscheidung über den Approbationswideruf berücksichtigt werden, auch wenn ihnen ein Geständnis im Zusammenhang mit einer Verständigung im Strafprozess (vgl. § 257c StPO) zugrunde liegt, wenn das Strafgericht dieses Geständnis anhand der Aktenlage überprüft und für glaubhaft erachtet hat.

Steuerstraftaten können geeignet sein, das Vertrauen der Öffentlichkeit in den Berufsstand der Zahnärzte auf schwere Weise zu schädigen (hier: Verkürzung der Steuern - mindestens 59.568 € - über mehrere Jahre hinweg; Verurteilung zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 10 Monaten).

bb) Behandlungsfehler bei Krebsvorsorgeuntersuchung: Ungeklärte Folgen

VG Augsburg, Urteil v. 01.12.2016 - Au 2 K 16.578

RID 17-01-170

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Eine einmalige **strafrechtliche Ahndung eines ärztlichen Kunstfehlers** durch einen Strafbefehl und die Verhängung einer Geldstrafe in Höhe von 9.000 € (90 Tagessätze á 100 €) genügt auch unter Berücksichtigung der schwerwiegenden Folgen für die betroffene Patientin den gesetzlichen Anforderungen an den Widerruf der Approbation nicht, wenn anlässlich einer **Krebsvorsorgeuntersuchung** ein **Behandlungsfehler** vorliegt, welcher schlechterdings nicht hätte unterlaufen dürfen, aber ungeklärt bleibt, ob die Ärztin der Patientin aufgegeben hat, sich in zwei Wochen wieder vorzustellen. Es hätte bei der Fortsetzung der Behandlung mit einem zweiten Patientenkontakt die Möglichkeit bestanden, dass die Ärztin die beim ersten Behandlungstermin unterlassene Abtastung der Brust nachgeholt und so einen Krankheitsverdacht bei der Patientin hätte diagnostizieren können.

b) Ruhen der Approbation

aa) Nicht rechtskräftiges Strafurteil: Totschlag durch Unterlassen

VG Gießen, Urteil v. 09.01.2017 - 4 K 1340/16.GI

RID 17-01-171

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 6 I Nr. 1 u. 2

Leitsatz: Der strafrechtliche Vorwurf **des versuchten Totschlags durch Unterlassen** in einem nicht rechtskräftigen Strafurteil reicht für die nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 BÄO zu treffende **Prognose** aus, dass sich daraus eine Unwürdigkeit des Arztes ergeben kann.

bb) Notwendige suchtmedizinische Rehabilitationsbehandlung/Selbstkritische Auseinandersetzung

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 21.10.2016 - 13 B 893/16

RID 17-01-172

^{juris}
BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 6 I Nr. 2, II

Für das Vorliegen der Voraussetzungen des § 6 I Nr. 2 BÄO ist auf den **Zeitpunkt** der mündlichen Verhandlung vor dem VG bzw. wenn - wie hier - eine solche nicht stattfindet, auf den Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung abzustellen.

Die zuständige Behörde ist für das Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen der Ruhensanordnung **darlegungs- und beweispflichtig**. Dieser Verpflichtung genügt sie, wenn die nach Auswertung eines suchtpsychiatrischen Gutachtens in nicht zu beanstandender Weise zu dem Ergebnis gelangt, dass es für die Wiederherstellung der weggefallenen gesundheitlichen Eignung der Ärztin einer **suchtmedizinischen Rehabilitationsbehandlung** sowie einer **selbstkritischen Auseinandersetzung** mit ihrem Konsumverhalten bedarf.

cc) Anordnung von Ersatzzwangshaft zur Abgabe der Approbationsurkunde

VG Halle (Saale), Beschluss v. 16.08.2016 - 5 E 360/16

RID 17-01-173

^{juris}
SOG Sachsen-Anhalt § 57 I

Leitsatz: 1. Die Pflicht, eine **Approbationsurkunde abzugeben**, kann durch **Ersatzzwangshaft** durchgesetzt werden.

2. Die **Anordnung von Ersatzzwangshaft** ist geboten, wenn das Zwangsgeld uneinbringlich ist und Indizien darauf hindeuten, dass der Verpflichtete von der Urkunde weiterhin Gebrauch macht.

dd) Kostenentscheidung nach Aufhebung einer Ruhensanordnung

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 15.12.2016 - 13 A 1577/16

RID 17-01-174

^{juris}
VwGO § 161 II 1; BÄO § 6 I Nr. 1

Wird eine **Ruhensanordnung aufgehoben**, weil die Staatsanwaltschaft die gegen den Kl. erhobene Anklage wegen sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses und der fahrlässigen Körperverletzung zurückgezogen hat, so rechtfertigt dies keine **Kostenentscheidung** zu Lasten des beklagten Landes, wenn ursprünglich das VG von der Wahrscheinlichkeit einer Verurteilung des Klägers ausgehen konnte. Denn gem. § 6 I Nr. 1 BÄO kann das **Ruhen der Approbation** (bereits dann) **angeordnet werden**, wenn gegen den Arzt wegen des Verdachts einer Straftat, aus der sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergeben kann, ein Strafverfahren eingeleitet ist. Nicht erforderlich ist, dass eine Verurteilung in Kürze zu erwarten ist, denn bei der Anordnung des Ruhens der ärztlichen Approbation handelt es sich um eine **vorübergehende Maßnahme**, die dazu bestimmt ist, in unklaren Fällen oder in Eilfällen einem Arzt die Ausübung ärztlicher Tätigkeit für bestimmte oder unbestimmte Zeit für die Dauer eines schwebenden Strafverfahrens zu untersagen, wenn dies insb. zum Schutz von Patienten geboten ist. Sie erfasst deshalb Fälle, in denen eine Unzuverlässigkeit oder Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs gerade noch nicht endgültig feststeht.

VG Köln, Urt. v. 31.05.2016 - 7 K 257/16 - RID 16-03-203 wies die Klage ab, das *OVG* verurteilte den Kl. zur Tragung der Kostenlast in beiden Instanzen.

c) Verlängerung der vorläufigen Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs

VG Lüneburg, Beschluss v. 27.10.2016 - 5 B 141/16

RID 17-01-175

^{juris}
BÄO §§ 3 I, 10; VwGO § 123; GG Art. 12 I

Leitsatz: Nach dem endgültigen Nichtbestehen der Ärztlichen Prüfung in Deutschland kann auch dann die **vorläufige Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs** nicht über eine **Gesamtdauer**

von **zwei Jahren** hinaus nach § 10 Abs. 3 Satz 1 BÄO verlängert werden, wenn zwischenzeitlich ein Medizinstudium im Iran abgeschlossen worden ist.

2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen/Fachkunde/Fortbildung

a) Trennung der Genehmigungen für Weiterbildung: Ermächtigung und Weiterbildungsstätte

VG Halle (Saale), Urteil v. 24.08.2016 - 5 A 189/15

RID 17-01-176

juris

KGHB Sachsen-Anhalt § 26; WBO Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Das KGHB-LSA fordert - wie die meisten Kammergesetze in Deutschland - **zwei getrennte Genehmigungen**, um eine Weiterbildung anbieten zu können. Einerseits bedarf ein Kammerangehöriger einer **Ermächtigung**, um eine Weiterbildung leiten zu können. Andererseits muss die **Weiterbildungsstätte** zugelassen werden. Diese Trennung darf nicht dadurch umgangen werden, dass die Voraussetzungen der jeweils anderen Genehmigung inzident mitgeprüft werden. Eine entgegenstehende Regelung in einer WBO ist nichtig.

b) Zugangsvoraussetzungen für Psychologischen Psychotherapeuten: Bachelor- und Masterstudium

VG Hannover, Urteil v. 17.02.2016 - 5 A 12344/14

RID 17-01-177

juris = MedR 2016, 992

PsychThG § 5 I 1 Nr. 2a

§ 5 II 1 Nr. 1 a PsychThG erfordert den **Nachweis eines abgeschlossenen Bachelor- und Masterstudiums in Psychologie** zu einer Universität oder gleichstehenden Hochschule (Anschluss an VG Kassel, Urt. v. 17.03.2015 - 3 K 1496/14.KS - RID 15-02-224).

Die 1986 geb. Kl. studierte an der privaten Fachhochschule G. in J. das Fach Business Psychology (Wirtschaftspsychologie) und schloss den Studiengang am 13.07.2009 mit dem Bachelor of Arts ab. Sie erwarb dabei 180 ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System = Creditpoints = Leistungspunkte). Im Anschluss daran studierte die Kl. an der Technischen Universität (TU) Chemnitz im Masterstudiengang Psychologie und erwarb dabei 120 Creditpoints. Der Studiengang enthält das Modul Klinische Psychologie. Die Kl. schloss das Studium am 19.04.2012 mit dem Master of Science mit dem Prädikat „gut“ ab. Der Bekl. lehnte den Antrag auf Zugang zur Ausbildung als Psychologische Psychotherapeutin ab. Das VG wies die Klage ab.

c) Keine Gleichwertigkeitsanerkennung nach Eintrag in österreichische Psychotherapeutenliste

VG München, Urteil v. 11.10.2016 - M 16 K 15.659

RID 17-01-178

juris

EGRL 36/2005; PsychThG § 2

Ein Antragsteller, der ein Studium der Philosophie, Psychologie, Pädagogik und Geschichte in Deutschland mit der Promotion abgeschlossen hat und in **Österreich** in die **Psychotherapeutenliste** eingetragen ist sowie eine Bestätigung des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit vorgelegt, aus der hervorgeht, dass er unter Anrechnung der in Deutschland absolvierten Aus- und Fortbildungsinhalte und ihrer Überprüfung auf deren Gleichwertigkeit zu einer in Österreich zu absolvierenden Ausbildung sowie einer in Österreich absolvierten Ergänzungsprüfung im Bereich „Rahmenbedingungen für die Ausübung der Psychotherapie – Rechtliche Grundlagen der Psychotherapie in Österreich“ in die österreichische Psychotherapeutenliste eingetragen ist, hat keinen Anspruch auf Erteilung der **Approbation als Psychologischer Psychotherapeut**, weil er nicht die erforderliche Erteilungsvoraussetzung nach § 2 I Nr. 2 PsychThG erfüllt, da er die danach vorgeschriebene **Ausbildung** (vgl. § 5 I PsychThG) nicht abgeleistet hat.

Die **Richtlinie 2005/36/EG** regelt nicht eine in Deutschland vorzunehmende Anerkennung der in Österreich erfolgten Gleichwertigkeitsanerkennung einer in Deutschland erworbenen Berufsqualifikation (für die Berufsausübung in Österreich).

d) Zahnmedizinische Ausbildung in der Ukraine nicht vergleichbar

VG Köln, Urteil v. 25.10.2016 - 7 K 4027/14

RID 17-01-179

juris
ZHG § 2

Bei einer Gegenüberstellung der **zahnmedizinischen Ausbildung in der Ukraine** und in Deutschland ergeben sich wesentliche Unterschiede hinsichtlich der Fächer **Zahnersatzkunde** und **Kieferorthopädie**.

e) Keine Gleichwertigkeit der zahnärztl. Ausbildung an der Staatl. Universität Chisinau (Rep. Moldau)

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 28.12.2016 - 13 A 1087/16

RID 17-01-180

juris
ZHG §§ 2, 8; GG Art. 12 I; EGRL 36/2005 Anh. 5 Nr. 5.3.1

Das **Fach Kieferorthopädie** gehört sowohl nach §§ 36 I a), b), 51 ZÄPrO als auch nach Art. 34 i.V.m. Anh. V Nr. 5.3.1 der Richtlinie 2005/36/EG zum **unerlässlichen Ausbildungsprogramm** des Zahnarztes. Dem liegt ersichtlich die nicht zu beanstandende Wertung zu Grunde, dass die in der Ausbildung vermittelten Kenntnisse und Fähigkeiten nicht nur beim Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, sondern auch beim Zahnarzt aus Gründen des Gesundheitsschutzes der Patienten unerlässlich sind.

3. Kurs zur Fachkunde im Strahlenschutz für Röntgeneinrichtung nicht überwiegend online

VG Köln, Urteil v. 13.12.2016 - 7 K 5410/14

RID 17-01-181

juris
RöV § 18a

Die Anerkennung eines **Grundkurses** zum Erwerb bzw. zur Aktualisierung der erforderlichen **Fachkunde im Strahlenschutz** beim Betrieb von Röntgeneinrichtungen kann mit der Erwägung abgelehnt werden, dass der Präsenzteil des Kurses zeitlich nicht zumindest den gleichen Raum einnimmt wie der **Onlineteil**.

4. Strafrecht

a) Tötung auf Verlangen durch Unterlassen

KG Berlin, Beschluss v. 12.12.2016 - 3 Ws 637/16

RID 17-01-182

juris
StGB § 216

Leitsatz: 1. Ergeben sich aus dem Sektionsgutachten Hinweise darauf, dass der angeschuldigte **Hausarzt** der Suizidentin ein **Medikament injiziert** hat, das nicht toxisch wirkt, aber die Peristaltik im oberen Magen-Darm-Trakt anregt und damit das Erbrechen tödlich wirkender Tabletten verhindert hat, so kommt eine **Begehungstat** in Betracht.

2. Im Falle der **Nichterweislichkeit** der Begehungstat: Vielfältige Hinweise auf psychische Erkrankungen der Suizidentin, Berichte über exzessive Stimmungsschwankungen und ihr bereits als Kind geäußertes Wunsch zu sterben geben Anlass zu zweifeln, dass der Freitod von einem die Garantenstellung des Angeschuldigten - gegebenenfalls - ausschließenden freien Willen getragen war.

b) M III-Laboruntersuchungen: Kein Betrug bei Mitwirkungshandlungen

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 20.01.2017 - III-1 Ws 482/15

RID 17-01-183

juris
StGB V § 263

Ein Arzt rechnet **M III-Untersuchungen** nicht schon deshalb zweifelsfrei unbefugt ab, weil er nicht im Besitz einer Fachkunde für Laboratoriumsmedizin oder einer diesbezüglichen Äquivalenzbescheinigung ist.

Es liegt durchaus nahe, dass der Verordnungsgeber mit der Änderung des § 4 II 2 GOÄ das Ziel verfolgt hat, die in Laborgemeinschaften erbrachten Speziallaborleistungen einer **Liquidationsberechtigung durch den anweisenden Arzt** fortan vollständig zu entziehen. Sollte das der Fall gewesen sein, so hat diese Zielsetzung in der GOÄ allerdings keinen Ausdruck gefunden. Durch die Beibehaltung des Laborkapitels als ärztliches Leistungssegment blieb nämlich weiterhin der die Abrechenbarkeit ärztlicher Leistungen allgemein regelnde § 4 II 1 GOÄ anwendbar, ohne dass der Verordnungsgeber klargestellt hat, wodurch sich das erforderliche „persönliche Gepräge“ der ärztlichen Leistung in diesem zunehmend von automatisierten Arbeitsabläufen bestimmten Bereich auszeichnet.

Falsch ist die mit der Rechnungslegung verbundene Behauptung einer **ärztlichen Leistungserbringung** nur dort, wo sie keinen Bezug zu tatsächlichen Vorgängen mehr aufweist, weil sie sich als Missachtung des eindeutigen und klaren Kernbereichs der in Bezug genommenen GOÄ-Norm darstellt. Ist diese **Vorschrift** allerdings in ihren Randbereichen **mehrdeutig** und kann die Privatliquidation insoweit auf eine vertretbare Auslegung zurückgeführt werden, so enthält sie keine **unwahre Tatsachenäußerung** im Sinne von § 263 I StGB, sondern eine bloße **Rechtsbehauptung**, der keine strafrechtliche Relevanz zukommt.

Der eindeutige und klare Kernbereich des § 4 II 1 GOÄ (in seinem Zusammenspiel mit dem durch die GOÄ-Novelle geänderten Satz 2 der Vorschrift) liegt im Verbot einer Abrechnung von Speziallaboranalysen, bei denen sich die ärztliche „Mitwirkung“ im bloßen „**Bezug**“ („**Einkauf**“) der Leistung unter Nutzung der Strukturen einer Laborgemeinschaft erschöpft. Ein Arzt, der solche Leistungen selbst liquidiert, täuscht über Tatsachen und macht sich des Abrechnungsbetruges schuldig. Im vorliegenden Fall hat der Angeschuldigte als Mitglied der Ärztlichen Apparategemeinschaft jedoch **Mitwirkungshandlungen** erbracht, die über den bloßen Bezug der Laborleistung hinausgehen und bezüglich derer er in vertretbarer Auslegung der insoweit nicht eindeutigen GOÄ-Regelungen die Ansicht vertritt, dass sie die Abrechnungsfähigkeit der Leistung als eigene im Sinne von § 4 II 1 GOÄ begründen. Hierin liegt keine Täuschung, sondern eine bloße Rechtsbehauptung zu medizinischen und gebührenrechtlichen Zweifelsfragen, die bislang weder durch den Verordnungsgeber noch höchstrichterlich geklärt worden sind und deren Klärung das Strafverfahren voraussetzt, nicht jedoch leisten kann.

c) Anforderungen an die Aufsichtspflicht des Laborarztes

LG Köln, Urteil v. 07.04.2016 - 118 KLS 6/13

RID 17-01-184

juris = medstra 2016, 369
StGB § 263; GOÄ § 4

Welche **Anforderungen an die Aufsichtspflicht** des Arztes bei der Erbringung von Speziallaborleistungen in Laborgemeinschaften zu stellen sind, wird in Rechtsprechung und Literatur nicht einheitlich beantwortet. Im Mittelpunkt der Diskussion steht insbesondere die Frage, ob der Arzt während des gesamten Untersuchungsvorgangs im Labor anwesend sein muss. Während eine strenge Auffassung eine **Anwesenheit im Labor** oder dessen unmittelbarer Nähe fordert (so etwa LG Duisburg, Urt. v. 28.05.1996 - 1 O 139/96 -; LG Hamburg, Urt. v. 20.02.1996 - 312 O 57/96 -), lässt die Gegenauffassung eine **telefonische Erreichbarkeit** des Arztes bei allen in der Laborgemeinschaft durchgeführten Arbeitsschritten genügen. Eine vermittelnde Ansicht hält während der technischen Durchführung der Untersuchungen durch automatisierte Verfahren eine **kurzfristige persönliche**, nicht nur telefonische **Erreichbarkeit** des Arztes für ausreichend.

Die Kammer hält es mit der erstgenannten Auffassung für erforderlich, dass der abrechnende Arzt während des gesamten Untersuchungsvorgangs entweder im Labor selbst oder in dessen unmittelbarer

Nähe anwesend ist. Unmittelbare Nähe in diesem Sinne ist nur gegeben, wenn der Arzt für die Labormitarbeiter jederzeit persönlich, nicht nur telefonisch, ansprechbar ist (**räumliche und persönliche Präsenz des Arztes**).

Wer eine Leistung einfordert, bringt damit zugleich das Bestehen des zugrunde liegenden Anspruchs, hier also die Abrechnungsfähigkeit der in Rechnung gestellten ärztlichen Leistung zum Ausdruck. Ein **Betrugsvorsatz** liegt aber nicht vor, wenn der Arzt der Rechnung eine ausdrückliche Erklärung in Form einer Patienteninformation beilegt, aus der hervorgeht, dass er während der Untersuchungen nicht im Labor anwesend war, obwohl dies zur Abrechenbarkeit teilweise gefordert werde.

Die Anklage warf dem Angekl. vor, er habe im Tatzeitraum 29.12.2004 bis zum 07.09.2011 für seine Privatpatienten zu erbringenden Speziallaborleistungen aus den Bereichen M III und M IV GOÄ durch die Laborgemeinschaft durchführen lassen, deren Mitglied er gewesen sei und die ihm hierfür - sowie für weitere Laborleistungen - einen Gesamtbetrag in Höhe von 155.601,22 € in Rechnung gestellt habe, wobei sich dieser Betrag nach den bei der Erbringung der Laborleistung tatsächlich anfallenden Kosten bemessen habe. Gegenüber seinen Patienten habe er insgesamt 600.609,91 € als selbst erbrachte Leistungen in Rechnung gestellt. Insgesamt habe er einen Gewinn in Höhe von wenigstens 455.608,69 € erwirtschaftet. Das **LG** sprach ihn frei.

d) Ärztliche Bescheinigung über zweite Leichenschau

OLG Karlsruhe, Urteil v. 23.01.2017 - 2 (4) Ss 401/16

RID 17-01-185

^{juris}
StGB §§ 11 I Nr. 2 Buchst. c, 27, 267 I, 348 I; StPO §§ 264, 515 I

Leitsatz: 1. Der nach § 17 Abs. 1 Nr. 3 BestattVO BW ermächtigte **Arzt** ist **Amtsträger** im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe c StGB.

2. Die **ärztliche Bescheinigung über die zweite Leichenschau** (§ 16 Abs. 2 Nr. 2 BestattVO BW) ist eine **öffentliche Urkunde**.

3. Füllt der Bestatter in Absprache mit dem ermächtigten Arzt die ärztliche **Bescheinigung** über die zweite Leichenschau **wahrheitswidrig** aus, stellt er keine unechte Urkunde im Sinne des § 267 Abs. 1 StGB her.

4. Zwischen (täterschaftlicher) **Urkundenfälschung** (§ 267 Abs. 1 StGB) und **Beihilfe zur Falschbeurkundung im Amt** (§§ 348 Abs. 1, 27 StGB) kann eine Verurteilung auf der Grundlage ungleichartiger Wahlfeststellung in Betracht kommen.

5. Abstinenzgebot: Kein gemeinsamer Urlaub mit Patienten

VG Gießen, Urteil v. 03.02.2016 - 21 K 3825/14

RID 17-01-186

MedR 2016, 743
HeilBerG Hessen § 22

Leitsatz (MedR): 1. Zur gewissenhaften Berufsausübung zählt auch die Pflicht, zeitnah die **Berichte** zur Prüfung der Einstandspflicht einer privaten Krankenversicherung einzureichen.

2. Es verstößt gegen das **Abstinenzgebot** in der psychotherapeutischen Behandlung, mit einer Patientin oder einem Patienten einen gemeinsamen Urlaub zu verbringen.

6. Teilnahmeverpflichtung am ärztlichen Notdienst auch ohne Kassenzulassung

VG Düsseldorf, Gerichtsbescheid v. 21.11.2016 - 7 K 3288/16

RID 17-01-187

^{juris}
HeilberufsG NRW § 30 Nr. 2, 31

Eine **Kassenzulassung** ist nicht Voraussetzung für die **Teilnahmeverpflichtung** am **ärztlichen Notdienst**. Es ist kein sachlicher Grund dafür ersichtlich, die Privatärzte von der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung außerhalb der regulären Praxiszeiten auszunehmen.

7. Verfassungswidrigkeit des Verbots einer Ärzte-GmbH

OLG Zweibrücken, Beschluss v. 21.01.2016 - 3 W 128/15

RID 17-01-188

juris = MedR 2016, 798

Verf Rheinland-Pfalz Art. 1 I 2, 13 I, 17 I u. II, 52 I, 58, 60, 130; HeilberufsG Rheinland-Pfalz §§ 21 II, 23, 24 I

Das Verfahren wird gemäß Art. 130 III Landesverfassung Rheinland-Pfalz dem VerfGH Rheinland-Pfalz zur Entscheidung der Frage vorgelegt, ob § 21 II des HeilberufsG i.d.F. v. 19.12.2014 (GVBl. S. 302) mit der Maßgabe, dass hiernach eine **freiberufliche ärztliche Tätigkeit** in der **Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung** in Rheinland-Pfalz **nicht zulässig** ist, mit der Verfassung für Rheinland-Pfalz, namentlich der dort statuierten Vereinigungsfreiheit (Art. 13 I LV), der Berufsfreiheit (Art. 58 LV), der Eigentumsfreiheit (Art. 60 I 1 u. 2 LV) und der allgemeinen sowie wirtschaftlichen Handlungsfreiheit (Art. 1 I 2, 52 I LV), vereinbar ist und nicht gegen das Gleichbehandlungsgebot (Art. 17 I u. II LV) verstößt.

8. Beseitigung von Mängeln in internistisch-allgemeinmedizinischer Gemeinschaftspraxis

VG Köln, Urteil v. 29.11.2016 - 7 K 1587/15

RID 17-01-189

juris

MPG §§ 26, 28; VwVfG §§ 28, 39 I

Ein Einschreiten nach §§ 26 II 4, 28 I MPG erfordert nicht den Nachweis eines konkreten Gefahren Eintritts. § 26 MPG setzt bereits **präventiv im Vorfeld einer Gefahr** an und begegnet Verstößen gegen Bestimmungen, die dazu dienen, das Auftreten von Gefahren zu verhindern.

Kommt ein **Endoskop** zum Einsatz, dessen **Aufbereitung** nicht den Anforderungen des § 4 MPBetrV entspricht, so liegt darin ein Verstoß gegen das MPG.

Unter einem **validierten Verfahren** ist ein dokumentiertes Verfahren zum Erbringen, Aufzeichnen und Interpretieren von Ergebnissen zu verstehen, die für den Nachweis benötigt werden, dass ein Verfahren beständig Produkte liefert, die den vorgegebenen Spezifikationen (insbesondere Sauberkeit, Keimarmut/Sterilität und Funktionalität) entsprechen; die Validierung stellt damit letztlich den dokumentierten Nachweis der beständigen Wirksamkeit eines Aufbereitungsprozesses dar.

Es liegt ein Verstoß gegen das MPG vor, wenn in der Praxis ein oder mehrere **Blutzuckermessgeräte** zum Einsatz kommen, für die nicht die nach § 4 a MPBetrV erforderliche **Qualitätssicherung** nachgewiesen ist.

9. Einsicht in Patientenakte über Behandlung nach Zwangseinweisung in Psychiatrie

AG Charlottenburg, Urteil v. 10.06.2016 - 233 C 578/15

RID 17-01-190

GesR 2016, 796

BGB § 630g

Leitsatz (GesR): 1. Der **Anspruch** gem. § 630g Abs. 2 S. 1 BGB bezieht sich nicht nur auf originär elektronisch geführte Akten, sondern auch auf elektronische Abschriften einer sog. **Papierakte**. Der Behandelnde ist bei einem entsprechenden Begehren verpflichtet, die Akte einzuscannen und auf CD oder USB-Stick zur Verfügung zu stellen.

2. Befinden sich bei der Patientenakte **Unterlagen Dritter** - hier Ehefrau des Patienten -, ist bei einem Einsichtsbegehren des Patienten eine Abwägung zwischen den Persönlichkeitsrechten des Dritten einerseits und dem Recht des Patienten auf Einsicht in die Patientenakte andererseits geboten.

10. Kein Anspruch des Ehemanns auf Herausgabe befruchteter Eizellen der verstorbenen Ehefrau

OLG Karlsruhe, Urteil v. 17.06.2016 - 14 U 165/15

RID 17-01-191

juris

BGB § 985; ESchG § 1 I Nr. 2

Wird in einem „Vertrag über die **Kryokonservierung** und nachfolgende Behandlung von Eizellen im 2-PN-Stadium sowie deren Verwahrung“ ausdrücklich nur eine **Herausgabe an beide Ehepartner** vereinbart und sieht der Vertrag mit der Klinik gerade nicht vor, dass **nach dem Tod eines Ehepartners** eine Herausgabe an den Überlebenden stattfindet, so hat der Ehemann nach dem Tod seiner Ehefrau keinen Herausgabeanspruch. Auch wenn eine Herausgabe dem erklärten Willen der verstorbenen Ehefrau entspricht, kann der Vertrag nicht einseitig nachträglich abgeändert werden. Der menschliche Embryo - wie auch der Körper eines geborenen Menschen - stellen keinen Gegenstand dar, an dem **Eigentum** begründet werden kann.

11. Präimplantationsdiagnostik: Trophektodermbiopsie an muralen Trophektodermzellen

a) Zustimmung der Ethikkommission notwendig

VG München, Urteil v. 07.09.2016 - M 18 K 16.1370

RID 17-01-192

juris

ESchG §§ 3a, 8 I; PIDV § 2 Nr. 3

Leitsatz: Eine **Trophektodermbiopsie an muralen Trophektodermzellen** zur Feststellung der Entwicklungsfähigkeit des Embryos stellt eine grundsätzlich nach § 3a Abs. 1 ESchG strafbare **Präimplantationsdiagnostik** dar. Trophektodermbiopsien sind nur unter den Voraussetzungen des § 3a Abs. 2 und 3 ESchG in Verbindung mit der PIDV gerechtfertigt, d.h. nach einer zustimmenden Bewertung der zuständigen Ethikkommission in jedem Einzelfall in zugelassenen PID-Zentren.

b) Subsidiarität einer Feststellungsklage

VG München, Urteil v. 07.09.2016 - M 18 K 15.1511

RID 17-01-193

juris

VwGO § 43; ESchG § 3a

Der Betreiber von Laboren kann keine **vorbeugende Klage auf Feststellung** erheben, dass die **Trophektodermbiopsien** an muralen TE-Zellen zum Zwecke der Bestimmung der Entwicklungsfähigkeit von Embryonen nicht in jedem Einzelfall einer zustimmenden Bewertung der Bayerischen Ethikkommission bedürfen, wenn bereits ein **sicherheitsrechtlicher Untersagungsbescheid** vorliegt, wonach die Durchführung jedweder Trophektodermbiopsien ohne das Einholen einer zustimmenden Ethikkommission-Bewertung in jedem Einzelfall unzulässig ist.

12. Arzneimittelherstellung durch Ärzte: Einstweiliger Rechtsschutz und Auflage (Gefrierzellentherapie)

OVG Rheinland-Pfalz, Beschluss v. 10.08.2016 - 6 B 10500/16

RID 17-01-194

juris = PharmR 2016, 426 = ZMGR 2016, 319

AMG §§ 2 I Nr. 1, 4 XXI, 5 I, 13, 69 I 1; Art. 12 I GG; VwGO § 80

Leitsatz: 1. Die **Ermächtigung** der für die Arzneimittelüberwachung zuständigen Behörde zur **Untersagung der Herstellung von bedenklichen Arzneimitteln** und deren Anwendung durch einen Arzt bei seinen Patienten ergibt sich unmittelbar aus der Generalklausel des § 69 Abs. 1 Satz 1 AMG.
2. Das Rechtsregime des Arzneimittelrechts - und damit auch die Kompetenz der für den Vollzug dieses Gesetzes zuständigen Behörden - erstreckt sich auf die **ärztliche Herstellung von Arzneimitteln** zum Zwecke der persönlichen Anwendung und die Anwendung eigens hergestellter Arzneimittel beim Patienten.

3. Im Verfahren nach § 80 Abs. 5 VwGO gegen die sofortige Vollziehung eines behördlichen Verbots der Herstellung und Anwendung eines umstrittenen ärztlichen Arzneimittels (hier: Gefrierzellentherapie) kann die **Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung** mit der **Auflage** verbunden werden, dass die Patienten aufgrund einer besonders qualifizierten, eingehenden Aufklärung eine autonome, informierte Entscheidung über das Für und Wider der risikoreichen Behandlung treffen können.

13. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Pauschalpreis für Zahnreinigungs- und Bleachingleistungen unzulässig

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 21.07.2016 - 6 U 136/15

RID 17-01-195

Revision anhängig: BGH - I ZR 185/16 -

juris = GRUR-RR 2016, 460

UWG § 3; GOZ §§ 1, 2, 5

Leitsatz: Das Angebot von **Zahnreinigungs- und Bleachingleistungen** durch einen Zahnarzt zu einem **Pauschalpreis** verstößt gegen die preisrechtlichen Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte und ist - da es sich bei diesen Vorschriften um Markenverhaltensregelungen handelt - zugleich unlauter im Sinne von § 3a UWG.

Vorausgehend: LG Frankfurt a. M., Urt. v. 01.07.2015 - 2/6 O 45/15 - RID 16-02-212.

b) Titel eines Psychologen nur nach Psychologiestudium

OLG Schleswig, Urteil v. 21.07.2016 - 6 U 16/15

RID 17-01-196

BeckRS 2016, 13394

GG Art. 12; StGB §§ 132a, 203; UWG §§ 2 I, 3 I, 5 I, 8 III Nr. 1

Der Anbieter berufsbegleitender Weiterbildungslehrgänge darf diese Lehrgänge nicht mit dem Erlangen des Titels eines **Betriebs-, Organisations- oder Kommunikationspsychologen (FH) bewerben**, wenn die entsprechende Weiterbildung nicht auf einem **Psychologiestudium** der Teilnehmer aufbaut.

14. Ärztliches Bewertungsportal

a) Kein Überwiegen der ärztlichen Interessen

OLG Köln, Urteil v. 05.01.2017 - 15 U 121/16

RID 17-01-197

juris

BDSG § 35 II 2 Nr. 1; BGB §§ 823 II, 1004

Die **Interessen** einer **niedergelassenen Fachärztin** für Dermatologie und Allergologie am Ausschluss der Speicherung von Daten der Ärztin (Bewertungen) überwiegen nicht die **Interessen des Betreibers** (und der Nutzer) am Betrieb des Portals und der damit verbundenen Datenspeicherung (vgl. BGH, Urt. v. 23.09.2014 - VI ZR 358/14 - BGHZ 202, 242 ff.).

b) Internetbewertung eines Arztes als Meinungsfreiheit

LG Erfurt, Urteil v. 29.01.2016 - 10 O 1005/15

RID 17-01-198

juris

BGB 823 I, 1004 I; GG Art. 1 I, 2 I, 5 I

Die **Internetbewertung eines Arztes** ist nicht rechtswidrig, wenn sie im konkreten Fall von der **Meinungsfreiheit** gedeckt ist. Die textlichen Bewertungen auf einem Internetportal betreffend den Arzt, er habe sie als **Patientin nicht ernst genommen** und er habe sie als Patientin nicht untersucht, sondern mit den Worten „Von mir bekommen Sie nichts“ aus der Sprechstunde weggeschickt sind aufgrund ihres wertenden Kerns nicht als reine Tatsachenbehauptung zu verstehen, die dem Beweis zugänglich ist.

15. Keine Überprüfung der Anwendbarkeit des § 10 GOZ für Zahnärzte (Fälligkeit der Vergütung)

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 10.11.2016 - 13 A 2954/15

RID 17-01-199

juris
VwGO § 43 I

Die Anwendung und Auslegung der GOZ im Zusammenhang mit Honoraransprüchen im Verhältnis Zahnarzt - Patient erfolgt durch die Gerichte der ordentlichen Gerichtsbarkeit. Dass der Kläger die im Verhältnis Zahnarzt - Patient bedeutsame Fälligkeitsregelung des § 10 I GOZ wegen Verstoßes gegen § 15 ZHG und Art. 80 I GG für unanwendbar hält, genügt für die Annahme eines feststellungsfähigen Rechtsverhältnisses nicht.

16. Arbeits- und Sozialrecht

a) BAG: Ordentliche Kündigung eines Chefarztes nach Ehescheidung und erneuter Heirat

BAG, Beschluss v. 28.07.2016 - 2 AZR 746/14 (A)

RID 17-01-200

juris = BAGE (vorgesehen)
GG Art. 4 I, II, 140; BGB § 622; Richtlinie 2000/78/EG

Leitsatz: Der Gerichtshof der Europäischen Union wird gem. Art. 267 AEUV um die Beantwortung der folgenden Fragen ersucht:

1. Ist Art. 4 Abs. 2 Unterabs. 2 der Richtlinie 2000/78/EG des Rates vom 27. November 2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf (RL 2000/78/EG) dahin auszulegen, dass die **Kirche** für eine Organisation wie die Beklagte des vorliegenden Rechtsstreits verbindlich bestimmen kann, bei einem an **Arbeitnehmer in leitender Stellung** gerichteten Verlangen nach loyalen und aufrichtigem Verhalten zwischen Arbeitnehmern zu unterscheiden, die der Kirche angehören, und solchen, die einer anderen oder keiner Kirche angehören?

2. Sofern die erste Frage verneint wird:

a) Muss die Bestimmung des nationalen Rechts, wie hier § 9 Abs. 2 AGG, wonach eine solche **Ungleichbehandlung aufgrund der Konfessionszugehörigkeit** der Arbeitnehmer entsprechend dem jeweiligen Selbstverständnis der Kirche gerechtfertigt ist, im vorliegenden Rechtsstreit unangewendet bleiben?

b) Welche **Anforderungen** gelten gemäß Art. 4 Abs. 2 Unterabs. 2 der RL 2000/78/EG für ein an die Arbeitnehmer einer Kirche oder einer der dort genannten anderen Organisationen gerichtetes Verlangen nach einem loyalen und aufrichtigen Verhalten im Sinne des Ethos der Organisation?

Die Parteien streiten über die Wirksamkeit einer ordentlichen Kündigung. Die Vorinstanzen haben der Klage stattgegeben. Mit ihrer Revision verfolgt die Beklagte ihren Antrag weiter, die Klage abzuweisen. **BVerfG**, Beschl. v. 22.10.2014 - 2 BvR 661/12 - RID 15-01-174 hob **BAG**, Urt. v. 08.09.2011 - 2 AZR 543/10 - BAGE 139, 144, RID 12-04-155, mit welcher die Revision der Bekl. zurückgewiesen worden war, auf und verwies die Sache an das BAG zurück.

b) Verjährung der Erstattung zu Unrecht abgeführter Liquidationserlöse

VG Aachen, Urteil v. 15.12.2016 - 1 K 2298/15

RID 17-01-201

juris
BG §§ 187 I, 188 I, 195, 199 I, 812, 814, 818 III, 819 I; VwGO §§ 40 I 1, 52 Nr. 5; ZPO § 85 I

Leitsatz: Verjährung der Forderung eines früheren Professors gegenüber einem Uniklinikum auf Erstattung zu Unrecht gezahlter Liquidationserlöse.

c) Beschäftigungsverhältnis trotz „Gesellschaftsvertrags“

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.11.2016 - L 5 R 1176/15

RID 17-01-202

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV § 7 I; Zahnärzte-ZV § 32 I 1

Leitsatz: Die rechtlichen Einordnungen des Vertrags(zahn)arztrechts und des (zahn-)ärztlichen Berufsrechts sind für die **sozialversicherungsrechtliche Statusbeurteilung** nach § 7 Abs. 1 SGB IV nicht bindend. Sie stellen (nur) einen Gesichtspunkt in der Abwägung aller für und gegen eine Beschäftigung bzw. selbstständige Erwerbstätigkeit sprechenden Indizien dar; eine strikte Parallelität findet insoweit grundsätzlich nicht statt.

Der kl. Zahnarzt wandte sich erfolglos gegen die Nachforderung von Sozialabgaben für die Tätigkeit der beigel. Zahnärztin während der Zeit von 2008 bis 2011. Der Kl. hatte mit der Beigel. einen als „Gesellschaftsvertrag“ bezeichneten Vertrag geschlossen. Das LSG ging davon aus, dass die Regelungen des Gesellschaftsvertrags wesentlich für das Vorliegen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses sprächen.

d) Sozialversicherungspflicht von Honorarärzten im Krankenhaus

aa) Einbindung in Organisation des Krankenhauses

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 22.11.2016 - L 5 KR 176/16 B ER

RID 17-01-203

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV § 7; SGG §§ 86a III, 86b II

Honorarärzte unterliegen der **Sozialversicherungspflicht**, wenn sie in die **Organisation des Krankenhauses eingebunden** sind und entsprechend dort die vereinbarte Tätigkeit, ärztliche Leistung, zu verrichten haben. Dies ist der Fall, wenn ihnen die Patienten von der Chefärztin bzw. stellvertretenden Chefärztin zugeteilt werden, die Zeiteinteilung bzw. der Dienst-/Einsatzplan von der Verwaltung bzw. der Klinikleitung übernommen wird und die Rufbereitschaft, auch auf freiwilliger Basis, übernommen wird oder wenn ihre Verordnungen und alle gutachterlichen Entlassungsbriefe/Aufnahmeuntersuchungen etc. kontrolliert werden, es einen genauen Zeitplan gibt, wann welche ärztlichen Tätigkeiten ausgeführt werden müssen, oder die gleichen Arbeiten wie die fest angestellten Mitarbeiter ausführen. Dass die Honorarärzte weitestgehend in der Ausgestaltung ihrer Tätigkeit frei sind, ergibt sich aus dem Umstand, dass sie als hoch qualifizierte Beschäftigte ihre Tätigkeit zu verrichten hatten und sich in diesen Fällen das Weisungs- und Direktionsrecht in eine funktionsgerechte, dienende Teilhabe am Arbeitsprozess wandelt.

bb) Fehlendes Rechtsschutzbedürfnis: Bescheid in der Rechtsfolge ohne Versicherungspflichten

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 21.11.2016 - S 15 R 80/16

RID 17-01-204

juris

SGB VI §§ 7 I, 7a I 1; SGG § 54

Leitsatz: Ein als Honorararzt tätiger Kläger hat kein **Rechtsschutzbedürfnis** für sein Begehren auf Aufhebung eines Bescheids, mit dem seine Tätigkeit als abhängige Beschäftigung eingeordnet wird, wenn bereits dieser Bescheid in der Rechtsfolge keinerlei Versicherungspflichten vorsieht.

e) Keine Versicherungspflicht für Fachreferentin im Bereich der Transplantationsmedizin

SG Berlin, Urteil v. 11.01.2017 - S 11 R 4515/15

RID 17-01-205

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB VI § 6 I Nr. 1, IV, V

Leitsatz: Maßgeblich für einen **Befreiungsanspruch** von der **Versicherungspflicht** in der gesetzlichen Rentenversicherung ist, ob der Betreffende kraft gesetzlicher Anordnung oder aufgrund einer in einem formellen Gesetz enthaltenen Ermächtigung Pflichtmitglied in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung ist.

Die Prüfung dieser Voraussetzungen ist anhand der einschlägigen kammer- und versorgungsrechtlichen Normen vorzunehmen. Es muss eine für den in der jeweiligen Versorgungseinrichtung pflichtversicherten Personenkreis **typische Berufstätigkeit** ausgeübt werden. Dazu zählen grundsätzlich auch **ärztliche Tätigkeiten** außerhalb des in der Bevölkerung als klassisch wahrgenommenen Arbeitsfelds in einer Klinik oder in einer niedergelassenen Praxis, wie beispielsweise bei einem **pharmazeutischen Unternehmen**.

Verfehlt ist in diesem Zusammenhang die Tatbestandsvoraussetzung, dass die **Approbation als Arzt** bzw. Ärztin zwingend Voraussetzung für die Beschäftigung in dem Sinne sein müsse, dass die Beschäftigung nur mit Approbation ausgeführt werden könne bzw. dürfe.

Von einer ärztlichen Ausübung kann erst dann nicht mehr gesprochen werden, wenn es im Schwerpunkt der Beschäftigung um **berufsfremde Tätigkeiten** geht, die in keinerlei Zusammenhang mit der ärztlichen Ausbildung und medizinischen Fachkenntnissen stehen. Soweit Inhalte der ärztlichen Ausbildung überwiegend verwendet werden, ist in jedem Fall von einer ärztlichen Tätigkeit auszugehen.

f) Freiwillige Krankenversicherung: Verkaufserlös für Praxis beitragspflichtig

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.10.2016 - L 11 KR 739/16

RID 17-01-206

Revision anhängig: B 12 KR 22/16 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV §§ 15 I 2, 16; SGB V § 240; SGB XI § 57 IV 1

Leitsatz: Zur Bemessung der Beiträge eines in der gesetzlichen Krankenversicherung **freiwillig Versicherten** ist auch ein der Besteuerung unterliegender **Veräußerungsgewinn** bei **Betriebsaufgabe** heranzuziehen. Es handelt sich dabei um eine Einnahme, die zum Lebensunterhalt verbraucht werden kann.

17. BGH: Berufsunfähigkeit/Zuletzt in gesunden Tagen ausgeübte Tätigkeit maßgebend

BGH, Urteil v. 14.12.2016 - IV ZR 527/15

RID 17-01-207

juris

BUZBB § 2 I

Leitsatz: 1. Für die Beurteilung der **Berufsunfähigkeit** bleibt auch dann die **zuletzt in gesunden Tagen ausgeübte Tätigkeit maßgebend**, wenn der Versicherte nach dem erstmaligen Eintritt des Versicherungsfalles zunächst einer leidensbedingt eingeschränkten Tätigkeit nachging.

2. Bei Vereinbarung einer **konkreten Verweisungsmöglichkeit** begründet die Beendigung der Vergleichstätigkeit erneut eine Leistungspflicht des Versicherers, wenn der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen unverändert außerstande ist, der in gesunden Tagen ausgeübten Tätigkeit nachzugehen.

18. Entschädigung als Zeuge oder Sachverständiger

a) Kürzung wegen nicht erforderlichen Zeitaufwands

OLG Nürnberg, Beschluss v. 04.03.2016 - 8 Wx 1657/15

RID 17-01-208

juris = MDR 2016, 615 = FamRZ 2016, 1200

JVEG § 8 II; FamG § 280

Leitsatz: 1. Bei der **Kürzung** der Rechnung eines medizinischen Sachverständigen in Betreuungsverfahren wegen **nicht erforderlichen Zeitaufwands** ist Augenmaß zu bewahren und mit Zurückhaltung vorzugehen; die Kürzung bedarf einer Begründung im Einzelfall. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass konkrete Angaben des Sachverständigen über die tatsächlich aufgewendete Zeit richtig sind und die erforderliche Zeit widerspiegelt.

2. Ergibt sich im Einzelfall Anlass für die nähere Prüfung der Rechnung des Sachverständigen, kann die vom Bayerischen Landessozialgericht für Gutachten in sozialgerichtlichen Verfahren entwickelte und gefestigte Rechtsprechung (vergleiche LSG München, Beschluss vom 10. März 2015, L 15 RF

5/15, juris, RID 16-03-223) entsprechend herangezogen werden, die der Prüfung bestimmte praktisch handhabbare Kriterien zugrunde legt.

b) Keine Kürzung der Gutachtervergütung bei Unklarheit über Vorschuss

LSG Bayern, Beschluss v. 10.11.2016 - L 15 RF 29/16

RID 17-01-209

www.sozialgerichtsbarkeit.de
JVEG § 8a IV, V

Leitsatz: 1. Von einer Widerlegung des vom Gesetzgeber **vermuteten Verschuldens** des Sachverständigen hinsichtlich der **Überschreitung des Vorschusses** kann grundsätzlich nur dann ausgegangen werden, wenn der Sachverständige **keine genaue Kenntnis** von der Höhe des für sein Gutachten zur Verfügung stehenden Vorschusses gehabt hat.

2. Eine Kürzung der Vergütung des Hauptgutachters kommt bei einer erheblichen Überschreitung des Vorschusses durch die gesamten Kosten der Begutachtung (Haupt- und Zusatzgutachten) mangels Verschulden des Sachverständigen dann nicht in Betracht, wenn entgegen der ursprünglichen Absicht des Gerichts dieses dem **Zusatzgutachter einen eigenständigen Gutachtensauftrag** erteilt hat, der Zusatzgutachter daher direkt mit dem Gericht abgerechnet hat und dem Hauptgutachter nicht der konkret für sein Gutachten zur Verfügung stehende **Vorschuss** mitgeteilt worden ist. Denn dann waren dem Hauptgutachter die Kosten des Zusatzgutachtens nicht bekannt, sodass eine Vorschussüberschreitung durch die Gesamtkosten für ihn nicht erkennbar war.

19. Kassenärztliche Vereinigung (KV)

a) Modellvorhaben zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ausschreibungspflichtig

OLG Dresden, Beschluss v. 29.09.2016 - Verg 4/16

RID 17-01-210

juris
SGB V § 63; GWB § 101b

KV und Krankenkasse verfolgen mit einem Vertrag über ein **Modellvorhaben** gem. § 63 SGB V zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Form einer fachübergreifenden gestuften primärärztlichen Versorgung **wirtschaftlich unterschiedliche**, um nicht zu sagen gegenläufige **Interessen**. Während es der Krankenkasse um Beitragsstabilität für ihre Versicherten und um eine wettbewerbsfähige Position ihrer selbst im Verhältnis zu konkurrierenden Kassen geht, steht für die von der KV vertretenen Vertragsärzte eine leistungsadäquate (letztlich möglichst hohe) Vergütung im Vordergrund. Ein solches Vorhaben ist **nicht ausschreibungsfrei**, weil es in Gestalt einer nicht dem Vergaberecht unterliegenden öffentlich-rechtlichen Kooperation durchgeführt würde. Denn es fehlt dafür jedenfalls an einem Ziel des öffentlichen Gemeinwohls, das die Parteien mit dem Modellvertrag gemeinsam verfolgen.

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Ag., eine AOK, im Dezember 2015 mit der beigel. KV **ohne vorheriges wettbewerbliches Verfahren** einen Vertrag über ein Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Form einer **fachübergreifenden gestuften primärärztlichen Versorgung** für ihre Versicherten abschließen durfte. Die Ast., ein ärztlicher Berufsverband, hält dies für vergaberechtswidrig und hat deshalb ein Vergabenachprüfungsverfahren eingeleitet. Die **Vergabekammer** stellte fest, dass der Vertrag von Anfang an unwirksam sei. Das **OLG** wies die sofortige Beschwerde der Ag. zurück.

b) Ruhegeldzahlungen der KBV an stellvertretende Leiterin der Rechtsabteilung

ArbG Berlin, Urteil v. 12.07.2016 - 16 Ca 12713/15, WK 16 Ca 17939/15

RID 17-01-211

juris
BGB §§ 138, 611

Nach Auffassung des Arbeitsgerichts ist die den Zahlungen zugrunde liegende Vereinbarung nicht wegen Sittenwidrigkeit unwirksam. Es handle sich um eine einer **Freistellungsvereinbarung** vergleichbare Regelung zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit der ordentlich unkündbaren Kl.

Der Anspruch bestehe nicht in der vollen geltend gemachten Höhe, da es für erfolgte Erhöhungen keine Rechtsgrundlage gebe. Etwaige anderweitige Einkünfte der Kl. seien jedoch erst ab der Regelaltersgrenze anzurechnen, weshalb erst ab diesem Zeitpunkt entsprechende Auskunftsansprüche der Bekl. bestünden.

Das ArbG Berlin hat im Rechtsstreit zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und deren ehemaligen stellvertretenden Leiterin der Rechtsabteilung (Kl.) über eine vertragliche Vereinbarung zum vorzeitigen Ruhestand der Kl. bei Zahlung von 75% der zuletzt gezahlten Bezüge entschieden. Die KBV hat seit Februar 2008 erfolgte monatliche Zahlungen an die Kl. eingestellt und geltend gemacht, die diesbezüglichen vertraglichen Regelungen der Parteien seien wegen eines besonders groben Verstoßes gegen den im Haushaltsrecht verankerten Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit sittenwidrig. Die Kl. hat die weitere Zahlung eines Ruhegehaltes in Höhe des zuletzt gezahlten Betrages eingeklagt, die KBV hat widerklagend die Rückzahlung des für den Zeitraum Februar 2008 bis August 2015 gezahlten Ruhegehaltes in Höhe von ca. 1,4 Mio. Euro verlangt. Darüber hinaus hat die KBV vorsorglich geltend gemacht, selbst im Falle eines Anspruchs stünden der Kl. Zahlungen nicht in dieser Höhe zu, es seien auf diese Versorgung anderweitige Einkünfte anzurechnen bzw. hierüber Auskunft zu erteilen. Das ArbG hat der Zahlungsklage der Kl. im Wesentlichen stattgegeben.

Vgl. Pressemitteilung des ArbG Berlin Nr. 30/2016 v. 12.07.2016 (<https://www.berlin.de/gerichte/arbeitsgericht/presse/pressemitteilungen>)

c) Ruhegeldzahlungen der KBV: Freistellung bei Reibungsverlusten in der Führungsebene

ArbG Berlin, Urteil v. 12.07.2016 - 16 Ca 12713/15

RID 17-01-212

juris

BGB §§ 138, 611

Die KBV ist hinsichtlich der bei ihr in **Führungspositionen** beschäftigten Arbeitnehmer bezogen auf die diesen zugesagte Versorgung **nicht** ausnahmslos an die Anwendung der **für Bundesbeamte geltenden Grundsätze** gebunden.

Unter Beachtung des der KBV gem. § 69 II SGB IV eingeräumten Einschätzungsspielraums liegt ein zur Sittenwidrigkeit einer Zusatzvereinbarung führender Verstoß nur dann vor, wenn eine **eindeutige Grenzüberschreitung** bezüglich des Grundsatzes der sparsamen und wirtschaftlichen Haushaltsführung gegeben ist, demzufolge darf sich die getroffene Regelung auch im Einzelfall als unter keinem Gesichtspunkt als sinnvolles Verwaltungshandeln darstellen.

Bei **Reibungsverlusten in der Führungsebene**, insb. im Fall eines Wechsels der Führungsstruktur, muss der bisherige personelle Zustand nicht als gegeben hingenommen werden, auch wenn sich dieser nur ändern lässt, indem finanziell mit dem betroffenen Arbeitnehmer sehr attraktive Änderungs-/Zusatzverträge abgeschlossen werden.

20. Heilberufskammern

a) Fälligkeit mit Beitragsbescheid/Keine Verjährung bei verspäteter Meldung

VG Magdeburg, Urteil v. 02.06.2016 - 3 A 296/15

RID 17-01-213

juris

HKG Sachsen-Anhalt § 14; AO §§ 169, 170, 228

Leitsatz: Bei **Nichtbeachtung der Meldepflicht** in einer Berufsvertretungskörperschaft wird der **Beitrag** mit Zugang des Beitragsbescheides **fällig**. Zur Frage der **Verjährung** derartiger Ansprüche.

b) Berufsordnung: Recht zur Einsichtnahme in Patientenakte

VG München, Urteil v. 27.09.2016 - M 16 K 15.5630

RID 17-01-214

juris

HKG Bayern Art. 20; BGB § 630g I 1

Eine Regelung in einer **Berufsordnung** („Der Arzt hat dem Patienten auf sein Verlangen in die ihn betreffende Dokumentation Einsicht zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte des Arztes oder Dritter entgegenstehen.“) kann die Gründe erhebliche Rechte eines Arztes, erhebliche Rechte Dritter und therapeutische Gründe, die einer

Einsichtnahme in die einen **Patienten betreffende Dokumentation** durch diesen selbst entgegenstehen können, nicht pauschal gleichstellen. Dies widerspricht offensichtlich dem Wortlaut und der Konzeption des § 630g I 1 BGB, nach denen **entgegenstehende Rechte eines Arztes** nur höchst ausnahmsweise eine Verweigerung der Einsicht in die Patientenakte begründen können. Rechte eines Arztes sind nach der Regelung des § 630g I 1 BGB grundsätzlich gegenüber den Rechten Dritter und therapeutischen Gründen nachrangig und nur höchst ausnahmsweise zu beachten.

21. Versorgungswerk

a) Beitragsbemessung: Alle Einkünfte aus beruflichen Tätigkeiten

VG Freiburg, Urteil v. 21.11.2016 - 7 K 1599/16

RID 17-01-215

juris

Versorgungswerk der Psychotherapeuten BW Satzung § 28

Leitsatz: 1. Bei der **Beitragsbemessung** ist das berufsständische Versorgungswerk nicht darauf beschränkt, die Einkünfte aus den den Mitgliedern (hier: durch das Approbationsrecht) exklusiv zugewiesenen Tätigkeiten heranzuziehen; es darf vielmehr **alle Einkünfte** aus den **beruflichen Tätigkeiten** zugrunde legen, solange diese nicht ohne jeden Zusammenhang mit der Berufsqualifikation stehen, auf der die Mitgliedschaft beruht.

2. Dass der Beitragspflichtige eine **bestimmte Tätigkeit** bereits (legal) ausgeübt hat, bevor er die Mitgliedschaft begründende Berufsqualifikation (hier: die Approbation zum Psychotherapeuten) erlangt hat, steht der Heranziehung der daraus erzielten Einkünfte folglich nicht entgegen.

3. Die Beifügung einer **auflösenden Bedingung**, wonach eine begünstigende Entscheidung (hier: eine Beitragsbefreiung) nur so lange wirksam sein soll, wie die Voraussetzungen vorliegen, verstößt, wenn ein Anspruch auf die begünstigende Entscheidung besteht, gegen § 36 Abs. 1 (L)VwVfG.

b) Witwenrente: Auflösende Bedingung einer erneuten Eheschließung

VG Düsseldorf, Urteil v. 26.10.2016 - 20 K 8814/15

RID 17-01-216

juris

VwVfG §§ 36, 43, 48, 49a

Leitsatz: 1. Erhält die Witwe eines Zahnarztes, der Mitglied im Versorgungswerk der Zahnärztekammer Nordrhein war, nach dessen Tod **Witwenrente**, steht der Witwenrentenbescheid unter der **auflösenden Bedingung einer erneuten Eheschließung** der Witwe. Heiratet die Witwe erneut, bedarf es einer **Aufhebung** des Rentenbescheides nach §§ 48, 49 VwVfG NRW nicht mehr.

2. Erfolgt die erneute **Eheschließung im Ausland** und wird die Ehe auf Antrag der Eheleute gemäß § 34 Abs. 1 PStG im deutschen Eheregister nachbeurkundet, entfällt der Anspruch auf Witwenrente schon mit der Eheschließung im Ausland, nicht erst mit der Eintragung der Ehe in das deutsche Eheregister.

3. Auf **Vertrauensschutz** kann sich die Witwe gegenüber einem Erstattungsverlangen des Versorgungswerkes nach § 49 a Abs. 1 Satz 1 VwVfG NRW nicht berufen.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Aufklärung: Fehlvorstellung des Patienten

BGH, Urteil v. 11.10.2016 - VI ZR 462/15

RID 17-01-217

juris

BGB §§ 280 I, 611, 823 I

Leitsatz: Über das einem ärztlichen Eingriff spezifisch anhaftende **Risiko der Lähmung des Beines** oder Fußes, das bei seiner Verwirklichung die Lebensführung des Patienten besonders belastet, ist der Patient **aufzuklären**. Ohne Vorliegen besonderer Umstände gibt es grundsätzlich keinen Grund für die Annahme, der im Rahmen der Aufklärung verwendete Begriff „Lähmung“ impliziere nicht die Gefahr

einer dauerhaften Lähmung, sondern sei einschränkend dahin zu verstehen, dass er nur vorübergehende Lähmungszustände erfasse. Damit, dass der **Patient** einer solchen **Fehlvorstellung** unterliegt, muss - bei Fehlen entsprechender Anhaltspunkte - der aufklärende Arzt nicht rechnen.

b) Vorweggenommene Beweiswürdigung

BGH, Beschluss v. 27.09.2016 - VI ZR 565/15

RID 17-01-218

juris
GG Art. 103 I

Art. 103 I GG gebietet i.V.m. den Grundsätzen der ZPO die Berücksichtigung erheblicher **Beweisanträge**. Zwar gewährt Art. 103 I GG keinen Schutz dagegen, dass das Gericht das Vorbringen der Beteiligten aus Gründen des formellen oder materiellen Rechts ganz oder teilweise unberücksichtigt lässt. Die Nichtberücksichtigung eines erheblichen Beweisangebots verstößt aber - auch bei Kenntnisnahme des Vorbringens durch den Tatrichter - dann gegen Art. 103 I GG, wenn sie im Prozessrecht keine Stütze mehr findet.

Der Umstand, dass der Kl. selbst sich an das Erstaufnahmegespräch nicht mehr erinnert und dass sein Vortrag zu Teilen der schriftlichen Klinikunterlagen in Widerspruch steht, kann allenfalls im Rahmen der Beweiswürdigung Beachtung finden. In der Nichterhebung des Beweises liegt in diesen Fällen eine **vorweggenommene Beweiswürdigung**, die im Prozessrecht keine Stütze findet und daher eine Gehörsverletzung begründet.

c) Selbständiges Beweisverfahren: Ablehnung der Urkundenvorlegung nicht anfechtbar

BGH, Beschluss v. 29.11.2016 - VI ZB 23/16

RID 17-01-219

juris
ZPO §§ 142 I, 492, 567 I Nr. 2

Leitsatz: Die Ablehnung einer im **selbständigen Beweisverfahren** begehrten **Anordnung der Urkundenvorlegung** gemäß § 142 Abs. 1 ZPO ist nicht mit der sofortigen **Beschwerde** anfechtbar.

d) Öffentlich-rechtliche Aufgabe des Durchgangsarztes

aa) Behandlung zur Entscheidung über die richtige Heilbehandlung/Erstversorgung

BGH, Urteil v. 29.11.2016 - VI ZR 208/15

RID 17-01-220

juris
SGB VII § 34; GG Art. 34; BGB § 839

Leitsatz: 1. Wegen des regelmäßig gegebenen inneren Zusammenhangs der Diagnosestellung und der sie vorbereitenden Maßnahmen mit der Entscheidung über die richtige Heilbehandlung sind jene Maßnahmen ebenfalls der **öffentlich-rechtlichen Aufgabe des Durchgangsarztes** zuzuordnen mit der Folge, dass die Unfallversicherungsträger für etwaige Fehler in diesem Bereich haften (Aufgabe der Rechtsprechung zur „doppelten Zielrichtung“, vgl. Senatsurteil vom 9. Dezember 2008, VI ZR 277/07, BGHZ 179, 115 Rn. 23 und BGH, Urteil vom 9. Dezember 1974, III ZR 131/72, BGHZ 63, 265, 273 f.).

2. Eine **Erstversorgung** durch den Durchgangsarzt ist ebenfalls der Ausübung eines öffentlichen Amtes zuzurechnen mit der Folge, dass die Unfallversicherungsträger für etwaige Fehler in diesem Bereich haften (Aufgabe BGH, Urteil vom 9. Dezember 1974, III ZR 131/72, BGHZ 63, 265).

3. Bei der Bestimmung der **Passivlegitimation** ist regelmäßig auf den Durchgangsarztbericht abzustellen, in dem der Durchgangsarzt selbst die „Art der Erstversorgung (durch den D-Arzt)“ dokumentiert.

bb) Entscheidung über Erforderlichkeit der Heilbehandlung erforderlich

BGH, Urteil v. 20.12.2016 - VI ZR 395/15

RID 17-01-221

juris

SGB VII § 34 I, III; GG Art. 34; BGB § 839

Leitsatz: 1. Die **ärztliche Heilbehandlung** ist regelmäßig nicht Ausübung eines öffentlichen Amtes im Sinne von Art. 34 GG.

2. Die Tätigkeit eines **Durchgangsarztes** ist jedoch nicht ausschließlich dem Privatrecht zuzuordnen. Die vom Durchgangsarzt zu treffende Entscheidung, ob die allgemeine oder die besondere **Heilbehandlung erforderlich** ist, ist als **hoheitlich** im Sinne von Art. 34 Satz 1 GG, § 839 BGB zu qualifizieren. Gleiches gilt für die vom Durchgangsarzt im Rahmen der Eingangsuntersuchung vorgenommenen Untersuchungen zur Diagnosestellung und die anschließende Diagnosestellung (Anschluss an BGH, Urteil vom 29. November 2016, VI ZR 208/15, vorgesehen für BGHZ).

e) Sachverständigenablehnung: Mitwirkung vor Gutachter- und Schlichtungsstelle

BGH, Beschluss v. 13.12.2016 - VI ZB 1/16

RID 17-01-222

juris

ZPO §§ 41 Nr. 8, 406 I 1

Leitsatz: Ein **Sachverständiger** kann nach § 406 Abs. 1 Satz 1, § 41 Nr. 8 ZPO **abgelehnt** werden, wenn er in derselben Sache in einem **Verfahren der außergerichtlichen Konfliktbeilegung**, wozu auch ein Verfahren vor der **Gutachter- und Schlichtungsstelle einer Landesärztekammer** zählt, als Sachverständiger mitgewirkt hat.

f) Verjährung: Unterschiedliche Fristen/Ende der Hemmung durch Einschlafen der Verhandlungen

BGH, Urteil v. 08.11.2016 - VI ZR 594/15

RID 17-01-223

juris

BGB §§ 199 I Nr. 2, 203 S. 1

Leitsatz: 1. Ansprüche aus **Behandlungsfehlern** können zu anderen Zeiten **verjähren** als solche aus **Aufklärungsversäumnissen**.

2. Nach § 203 Satz 1 BGB **endet die Hemmung der Verjährung** auch durch das **Einschlafen der Verhandlungen**. Das ist der Zeitpunkt, in dem spätestens eine Erklärung der jeweils anderen Seite - sei es des Gläubigers oder des Schuldners - zu erwarten gewesen wäre.

g) Gehörsverstoß

BGH, Beschluss v. 08.11.2016 - VI ZR 512/15

RID 17-01-224

juris

GG Art. 103 I; ZPO § 544 VII

Leitsatz: Zum Vorliegen eines Gehörsverstoßes in einem Arzthaftungsprozess.

h) Kostenfestsetzung: Kosten für Privatgutachter durch Dritten (Haftpflichtversicherer)

BGH, Beschluss v. 25.10.2016 - VI ZB 8/16

RID 17-01-225

juris

ZPO § 104

Leitsatz: Der Geltendmachung der für die Inanspruchnahme eines **Privatgutachters angefallenen Kosten** im Kostenfestsetzungsverfahren steht nicht entgegen, dass die entsprechenden Aufwendungen nicht von der Partei selbst, sondern von einem **hinter der Partei stehenden (im Streitfall: Haftpflicht-) Versicherer** getragen wurden (Fortführung Senatsbeschluss vom 13. September 2011, VI ZB 42/10, VersR 2011, 1584 Rn. 13).

i) Ausgleichsanspruch aus § 426 I 1 BGB

BGH, Urteil v. 08.11.2016 - VI ZR 200/15

RID 17-01-226

juris
BGB §§ 199, 426 I 1

Leitsatz: 1. Der **Ausgleichsanspruch aus § 426 Abs. 1 Satz 1 BGB** entsteht bereits in dem Augenblick, in dem die mehreren Ersatzpflichtigen dem Geschädigten ersatzpflichtig werden, d.h. mit der **Entstehung der Gesamtschuld** im Außenverhältnis.

2. Für den **Beginn der Verjährung** ist es nicht erforderlich, dass der Ausgleichsanspruch beziffert werden bzw. Gegenstand einer Leistungsklage sein kann.

3. Für die Beurteilung der Frage, wann der Ausgleichsanspruch eines zum Schadensersatz verpflichteten Gesamtschuldners gegen den anderen im Sinne des § 199 Abs. 1 BGB in Hinblick auf Schäden entstanden ist, die erst **nach der Verwirklichung des haftungsbegründenden Tatbestands** eingetreten sind, ist der Grundsatz der Schadenseinheit heranzuziehen.

2. Rettungsdienst BW privatrechtlich/Verbringung in Krankenhaus nach Schlaganfall

OLG Karlsruhe, Urteil v. 13.04.2016 - 13 U 103/13

RID 17-01-227

RDG-BW § 2; BGB §§ 249, 253, 280, 278, 611, 823, 831

Die **rettungsdienstliche Tätigkeit in Baden-Württemberg** nach den Bestimmungen des RDG-BW ist **privatrechtlich** zu beurteilen.

Handlungsanweisungen in Leitlinien ärztlicher Fachgremien oder Verbände dürfen nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden. Dies gilt in besonderem Maße für Leitlinien, die erst nach der zu beurteilenden medizinischen Behandlung veröffentlicht worden sind. Leitlinien ersetzen kein Sachverständigengutachten. Zwar können sie im Einzelfall den medizinischen Standard für den Zeitpunkt ihres Erlasses zutreffend beschreiben; sie können aber auch Standards ärztlicher Behandlung fortentwickeln oder ihrerseits veralten (BGH VersR 2014, 879 ff.).

Es gibt Krankheitsbilder (Herzinfarkt und **Schlaganfall**), welche möglichst in spezialisierten Einrichtungen behandelt werden sollten, da hier erwiesenermaßen das Behandlungsergebnis im Durchschnitt besser ist. Dem **Notarzt** stellt sich im Einzelfall die Frage, ob der Patient zunächst in einer nahegelegenen Einrichtung oder in einer für seine Verdachtsdiagnose vermeintlich passendere Klinik verbracht werden soll. Faktor für die Entscheidung ist zunächst die Treffsicherheit der Diagnose. Je sicherer die **Diagnose**, desto eher können größere **Fahrstrecken** in Kauf genommen werden. Zudem ist entscheidend, ob es für die vorliegende Verdachtsdiagnose genau eine geeignete Klinik gibt. Schließlich ist die Entfernung zur spezialisierten Klinik und das Risiko zu berücksichtigen, ob sich durch eine längere Transportzeit weitere Risiken ergeben, etwa, ob diese die Wahrscheinlichkeit erhöht, Komplikationen präklinisch behandeln zu müssen.

3. Behandlungsfehler

a) Unterbrechung des Zurechnungszusammenhangs bei Behandlungsfehlern

OLG Hamm, Urteil v. 15.11.2016 - 26 U 37/14

RID 17-01-228

juris
BGB §§ 253, 280, 823

Leitsatz: Wird auf Grund eines ärztlichen **Behandlungsfehlers** ein **weiterer Eingriff** erforderlich und **fehlerhaft** durchgeführt, hat der **erstbehandelnde Arzt** auch für diesen Behandlungsfehler grundsätzlich zu haften. Der **Zurechnungszusammenhang** kann dann unterbrochen sein, wenn der zweitbehandelnde Arzt die ärztliche Sorgfaltspflicht in außergewöhnlich hohem Maße verletzt (besonders grober Behandlungsfehler). Die Annahme allein eines groben Behandlungsfehlers unterbricht den Zusammenhang dagegen nicht.

b) Haftungsrechtliche Standards keine „Optimalstandards“/Unvollständige Dokumentation

OLG Koblenz, Beschluss v. 07.03.2016 - 5 U 1039/15

RID 17-01-229

juris = MedR 2017, 52
BGB § 823

Leitsatz: Die **haftungsrechtlichen Standards** sind keine „Optimalstandards“. Es kommt daher nicht darauf an, ob eine Möglichkeit der Behandlung in einem „besseren“ Krankenhaus bzw. bei einem „besseren“ Arzt bestanden hätte. Allerdings kommt ein **Behandlungsfehler** in Betracht, wenn bei der Behandlung die Grenzen des Fachbereichs, der persönlichen Fähigkeiten oder der zur Verfügung stehenden technisch-apparativen Ausstattung überschritten wird. Entsprechendes gilt, wenn ein Eingriff nur in einem **Spezialkrankenhaus** erfolgen kann bzw. dort mit deutlich vermindertem Komplikationsrisiko vorgenommen werden kann.

Ändert ein Privatgutachten (hier des MDK) seine Bewertung, indem es nicht mehr einen Behandlungsfehler bejaht, aber die unvollständige Dokumentation rügt, ohne diese jedoch vollständig auszuwerten, bietet es schon deshalb keine belastbare Erkenntnisgrundlage.

Zeigt ein unter Hinzuziehung eines Sachverständigen ausgewerteter **Behandlungsverlauf** trotz **unvollständiger Dokumentation** keine Anhaltspunkte für Behandlungsfehler auf, kann aus der zu knappen Niederschrift keine Einstandspflicht hergeleitet werden.

c) Übersehene seltene Erkrankung (Riesenzellenarteriitis) als nicht vorwerfbarer Diagnoseirrtum

OLG Koblenz, Beschluss v. 03.07.2015 - 5 U 332/15

RID 17-01-230

juris
BGB §§ 249, 253, 276, 276, 278, 280, 611, 823; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Liegen wesentliche Leitsymptome einer nach Alter und Geschlecht des Patienten außerordentlich **seltene Erkrankung** (hier: Riesenzellenarteriitis) nicht vor und ist einem signifikanten Nebenbefund (hier: Sehstörungen) durch eine alsbaldige, aber ebenfalls nicht zielführende Konsiliaruntersuchung nachgegangen worden, kann es am **Verschulden** der Behandlungsseite fehlen (hier bejaht).

2. In einem derartigen Fall ist auch das **Nichterheben von Befunden**, die nur bei richtiger Verdachtsdiagnose einer Klärung bedurften, kein haftungsrelevantes ärztliches Versäumnis.

BGH, Beschl. v. 25.10.2016 - VI ZR 473/15 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

d) Grober Behandlungsfehler: HWS-Operation ohne neurologische Untersuchung

OLG Hamm, Urteil v. 11.11.2016 - 26 U 111/15

RID 17-01-231

juris
BGB §§ 253, 280, 823

Leitsatz: 1. Ist vor einer **HWS-Operation** eine **neurologische Untersuchung** geboten und **unterbleibt** diese, ist die Operation nicht indiziert.

2. Die Vornahme eines schwerwiegenden operativen Eingriffs **ohne zuvor gesicherte Diagnose**, kann als **grober Behandlungsfehler** zu werten sein.

e) Weitere Sachverhaltsermittlung bei Bedenken gegen Gutachten (HWS-Operation)

OLG Koblenz, Urteil v. 24.02.2017 - 5 U 852/15

RID 17-01-232

juris
BGB § 823

Nach st. Rspr. des BGH ist die Frage, welche Maßnahmen ein Arzt aus der berufsfachlichen Sicht unter Berücksichtigung der in seinem Fachbereich vorausgesetzten Kenntnisse und Fähigkeiten in der jeweiligen Behandlungssituation ergreifen muss, in erster Linie nach den einschlägigen **fachmedizinischen Maßstäben** zu beantworten, die mit Hilfe eines **Sachverständigen** aus dem entsprechenden Fachgebiet zu ermitteln sind (BGH, NJW 2015, 1601). Die daher einzuholenden

Äußerungen medizinischer Sachverständiger sind kritisch auf ihre Vollständigkeit und Widerspruchsfreiheit zu prüfen. Das gilt sowohl für Widersprüche zwischen einzelnen Erklärungen desselben Sachverständigen als auch für Widersprüche zwischen Äußerungen mehrerer Sachverständiger, selbst wenn es dabei um Privatgutachten geht (BGH, VersR 2009, 499). Dabei ist es ausreichend, wenn neue und ernstzunehmende **Bedenken gegen Teile eines Gutachtens** erhoben werden, auch wenn diese nicht auf eine privatgutachterliche Stellungnahme gestützt werden (BGH, a.a.O.).

f) Operation eines nicht konsentierten Wirbelkörpers ohne Schädigung des Patienten

OLG Koblenz, Beschluss v. 13.04.2015 - 5 U 1286/14

RID 17-01-233

juris

BGB §§ 249, 253, 276, 280, 611, 823; ZPO § 286

Leitsatz: Operiert ein **Neurochirurg** statt des geplanten und konsentierten Eingriffs an LWK 1/2 **versehentlich** LWK 3/4, weil er wegen eines Höhenfehlers in nicht vorwerfbarer Weise die Wirbelkörper vertauscht, rechtfertigt das kein **Schmerzensgeld**, sofern der anders als geplant durchgeführte Eingriff nicht zu einer Schädigung des Patienten geführt hat.

BGH, Beschl. v. 16.08.2016 - VI ZR 266/15 - wies die Nichtzulassungsbeschwerde d. Kl. zurück.

g) Hüftgelenksendoprothese: Unwesentliche Abweichungen vom Idealzustand

OLG Koblenz, Urteil v. 27.04.2016 - 5 U 848/14

RID 17-01-234

BeckRS 2016, 11850 = juris

BGB § 823

Leitsatz: 1. Bei Implantation einer **Hüftgelenksendoprothese** können unwesentliche **Abweichungen vom Idealzustand** nicht mit einem Behandlungsfehler gleichgesetzt werden.

2. Bei vollständiger Auseinandersetzung mit dem Vorbringen der Parteien gebietet die **Unaufklärbarkeit der Ursache** für bestimmte körperliche Beschwerden grundsätzlich keine weitere gutachterliche Aufarbeitung des Behandlungsgeschehens.

3. Bei Verwendung einer teilzementierten Hüftgelenksendoprothese fehlt es an einem Aufklärungsdefizit, wenn dem Patienten zwar zu einer zementfreien Verankerung geraten wurde, aber im **Aufklärungsgespräch** nicht ausgeschlossen werden konnte, dass ggf. während der Operation hiervon abgewichen werden müsse.

h) Hüftgelenksluxation: Unzureichende U3-Untersuchung/Weiteres Versäumnis durch Orthopäden

OLG Hamm, Urteil v. 31.10.2016 - 3 U 173/15

RID 17-01-235

juris

BGB §§ 253 II, 280 I, 611

Leitsatz: Ein **Kinderarzt**, der bei der **U3-Untersuchung** eines Kleinkindes eine Reifeverzögerung seiner Hüfte aufgrund einer falschen Diagnose verkannt hat, und ein **Orthopäde**, der zur späteren Abklärung eines auffälligen Gangbildes des Kindes röntgenologische Befunde oder Kontrollen im engen zeitlichen Abstand versäumt hat, können dem Kind auf Schadensersatz haften, wenn sich beim Kind infolge der Behandlungsfehler eine Hüftgelenksluxation ausgebildet hat, die operativ versorgt werden muss.

i) Nierentransplantationsmedizin und Off-Label-Use

OLG Hamm, Urteil v. 25.02.2015 - 3 U 110/12

RID 17-01-236

juris

BGB § 823

Es ist Standard, im Bereich der **Nierentransplantationsmedizin** Medikamente anzuwenden, die für diesen speziellen Bereich arzneimittelrechtlich nicht zugelassen sind. Unter diesen besonderen Umständen kann der **Off-Label-Gebrauch** eines Medikaments nur dann als fehlerhaft angesehen

werden, wenn die verantwortliche medizinische Abwägung und ein Vergleich der zu erwartenden Vorteile des off-label eingesetzten Medikaments sowie dessen abzusehende oder zu vermutende Nachteile einerseits mit der ggfs. möglichen Behandlung mit einem zugelassenen Medikament andererseits i.S. einer **individuellen Kosten-Nutzen-Analyse** die Anwendung der off-label verordneten Medikation nicht rechtfertigt (vgl. BGH, NJW 2007, 2767/2768).

j) Geburtsschaden: Missachtung alarmierender CTG-Aufzeichnungen/Schmerzensgeldbemessung

OLG Bamberg, Urteil v. 19.09.2016 - 4 U 38/15

RID 17-01-237

juris
BGB §§ 253, 847

Leitsatz: 1. Zur **Kausalitätsprüfung** in einem Geburtsschadensfall (hier: schwere hirnorganische Schädigung des Feten aufgrund einer massiven Sauerstoffunterversorgung, weil der Geburtshelfer grob pflichtwidrig auf alarmierende und in der Schlussphase durchgehend hochpathologische Befunde der CTG-Aufzeichnungen bis zur Entbindung nicht bzw. nicht angemessen reagiert hatte), wenn sich die Arztseite unter dem Gesichtspunkt des sog. rechtmäßigen Alternativverhaltens darauf beruft, dass auch bei Durchführung der **versäumten Not-Section** - somit noch vor dem Ablauf der hypothetischen E-E-Zeit von bis zu 20 Minuten - eine ins Gewicht fallende Vorschädigung des Feten (im Sinn einer abgrenzbaren Teilkausalität) eingetreten wäre.

2. Zu den Anforderungen an den der Arztseite hierbei obliegenden **Nachweis einer substantiellen Vorschädigung**, die nicht von der Einstandspflicht des Geburtshelfers umfasst ist.

3. Bei der Bemessung des **Schmerzensgeldes** in einem solchen Fall entspricht es nicht den methodischen Anforderungen an die gebotene Gesamtschau, wenn sich die tragende Begründung des Tatrichters in der Aussage erschöpft, dass eine „schwerste Behinderung“ vorliege und demzufolge eine „Zerstörung der Persönlichkeit“ gegeben sei. Denn innerhalb der Kategorie von **schweren und schwersten Geburtsschäden** gibt es die hinreichend abgrenzbare Konstellation einer extremen („maximalen“) Schädigung, die den typologischen Stellenwert einer eigenständigen Fallgruppe hat. Die trichterliche Bemessung des zuerkannten Schmerzensgeldes muss deshalb insbesondere erkennen lassen, dass bei der Gewichtung der Schadensfaktoren ein sorgfältiger Abgleich mit denjenigen konstitutiven Schadensanlagen stattgefunden hat, welche die besondere Fallgruppe einer extremen bzw. „allerschwersten“ Schädigung in der Regel kennzeichnen.

4. Weist die Situation des geschädigten Kindes signifikante **Unterschiede zur typischen Sachverhaltsgestaltung eines extremen Schadensfalls** aus, so hat sich dieser Umstand grundsätzlich auch in einer entsprechenden - deutlichen - Ermäßigung des immateriellen Ausgleichs gegenüber den in der einschlägigen Judikatur der Oberlandesgerichte zugebilligten Schmerzensgeldbeträgen in einer Größenordnung von 500.000,00 EUR (und darüber) niederzuschlagen (Abgrenzung zu OLG Hamm VersR 2004, 386 Rn. 7, 61 ff.; OLG Brandenburg VersR 2004, 199, Rn. 3, 4 und 44; OLG Jena VersR 2009, 1676, Rn. 6).

5. Zur Einordnung des Umstandes bei der **Schmerzensgeldbemessung**, dass sich das geschädigte Kind mit **fortschreitendem Alter** in zunehmendem Maße schmerzlich bewusst wird, dass und mit welcher Ausschließlichkeit es durch seine schweren Behinderungen von den Entfaltungsmöglichkeiten „normal“ entwickelter Kinder abgeschnitten ist.

k) Einbringen eines Pessars nach Zervixverkürzung bei Zwillingsschwangerschaft

OLG Naumburg, Urteil v. 25.01.2016 - 1 U 4/15

RID 17-01-238

juris = MedR 2016, 983 = GesR 2016, 286
BGB §§ 280, 611, 823

Leitsatz: 1. Das im Hinblick auf die **Gefahr einer Frühgeburt** vorbeugende Einsetzen eines sog. **Mutterrings (Pessars)** zur Entlastung der Zervix ist bei einer Zwillingsschwangerschaft, während der im Vergleich zur Untersuchung des Vormonats eine Verkürzung der Zervix um nahezu 6 mm auftrat, kein Behandlungsfehler, selbst wenn die Länge der Zervix noch keinen pathologischen Wert erreicht hatte.

2. Es entspricht dem gynäkologischen Facharztstandard, einen Muterring nicht einzusetzen, wenn sich in der Scheide eine Infektion abspielt. Für den notwendigen **Infektionsausschluss** genügt die mikroskopische Untersuchung eines Nativpräparates.

l) Ermessensentscheidung beim Einsatz eines sog. Berlin Hearts

OLG Hamm, Urteil v. 04.11.2016 - 26 U 2/16

RID 17-01-239

juris
BGB §§ 280, 611, 823

Leitsatz: In den Grenzfällen der Medizin, in denen es keine ausreichenden **Erfahrungswerte** gibt, haben die Ärzte einen großen **Ermessenspielraum**. Ein solcher Ermessenspielraum besteht für die Ärzte, wenn bei einem Kleinkind, das auf der Herztransplantationsliste steht, zur Überbrückung ein **sog. Berlin Heart** einzusetzen ist.

m) Keine eindeutige Ursache der Beschwerden im Unterbauch und im Leistenbereich (Kleinkind)

LG Bielefeld, Urteil v. 27.09.2016 - 4 O 299/13

RID 17-01-240

juris
BGB §§ 253 II, 280 I, 823 I

Eine **unzureichende Dokumentation** begründet nicht die Vermutung, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme einen bestimmten - zumal positiven - Befund ergeben hat.

Wenn sich ergibt, dass immer noch **keine eindeutige Ursache der Beschwerden** zu ermitteln, für den behandelnden Arzt also nichts zu therapieren ist, dann muss er die Abwägung treffen, ob man den Patienten deshalb weiter ambulant behandeln kann, weil akut nichts passieren kann, oder dass aber zeitnah bzw. sofort eine stationäre Krankenhauseinweisung oder die Hinzuziehung weiterer ärztlicher Fachrichtungen geboten ist. Diese Abwägung setzt aber, um sie fachgerecht treffen zu können, eine nochmalige gründliche körperliche Untersuchung voraus. Unter der Voraussetzung, dass die erneute gründliche körperliche Untersuchung keinen dringend therapiebedürftigen Befund ergibt, ist das Vorgehen, eine Wiedervorstellung am nächsten Tag zu raten, aus ärztlicher Sicht vertretbar und richtig.

n) Proktologisches Befunderhebungsversäumnis: Beweislast des Arztes

OLG Koblenz, Urteil v. 11.02.2015 - 5 U 747/14

RID 17-01-241

juris = MedR 2016, 978
BGB §§ 249, 253, 254, 276, 278, 280, 611, 630h III, 823, 831; ZPO §§ 91, 104, 253, 286

Leitsatz: 1. Führen zunehmende **Analschmerzen** zu einem stationären Krankenhausaufenthalt, wo man erneut computertomographisch einen Abszess diagnostiziert, jedoch wegen Besserung der Beschwerdesituation eine spontane Perforation und Entleerung des Abszesses in das Rektum unterstellt und daher von der gebotenen zielführenden weiteren Diagnostik unter Narkose absieht, kann darin ein **Befunderhebungsversäumnis** zu sehen sein, das zur Beweislastumkehr zu Gunsten des Patienten führt, sofern ein reaktionspflichtiger Befund überwiegend wahrscheinlich ist (hier bejaht). Die **Beweislastumkehr** setzt nicht voraus, dass der Befunderhebungsfehler als grob einzuschätzen ist. Eine entsprechende Qualifizierung ist entbehrlich, wenn es fundamental regelwidrig gewesen wäre, auf das wahrscheinliche Befundergebnis nichts zur Abhilfe zu unternehmen.

2. Die **Behandlungsseite** ist in einem derartigen Fall auch **beweisbelastet** hinsichtlich des weiteren Kausalverlaufs bei sachgemäßem Handeln. Nur wenn eine günstigere Entwicklung nach fachmedizinischer Einschätzung äußerst unwahrscheinlich ist, haftet sie für die Folgen des Befunderhebungsversäumnisses nicht.

3. Die Empfehlung, sich „**in drei Wochen wieder vorzustellen**“ entlastet die Behandlungsseite nicht, begründet auch kein Mitverschulden des Patienten, sofern bereits der bloße Aufschub der gebotenen zielführenden Untersuchung unvertretbar war.

4. Etwaige Versäumnisse und **Fehler eines nachbehandelnden Arztes** entlasten den Erstschädiger nicht, es sei denn, der zweite Arzt hat seinerseits in nicht vorhersehbarer Weise grob pflichtwidrig gehandelt (hier verneint).

5. Zur **Schmerzensgeldbemessung** bei dauerhaft verbleibenden proktologischen Ausfällen und Beschwerden (50.000 €).

6. Wegen der **Kosten** eines prozessbezogen eingeholten ärztlichen **Privatgutachtens** darf der Patient nicht mangels Rechtsschutzinteresse auf das Kostenfestsetzungsverfahren nach § 104 ZPO verwiesen werden (Klarstellung und Ergänzung zu BGH, 13. April 1989, IX ZR 148/88, WM 1989, 927 und OLG Koblenz, 12. März 2002, 14 W 165/02, ZfSch 2002, 298).

o) Infektion nach Ringbandsplaltung der Finger: Darlegungslast/Behandlungsalternative

OLG Dresden, Urteil v. 20.09.2016 - 4 U 86/16

RID 17-01-242

juris
BGB §§ 630a, 823

Leitsatz: 1. Das Vorbringen eines Patienten, bei seiner Behandlung seien „allgemein gültige Hygienestandards“ verletzt worden, löst keine sekundäre **Darlegungslast** der Arztseite zu den Hygienestandards aus.

2. Eine **Kortisoninfiltration** war zumindest im Jahr 2013 keine echte **Behandlungsalternative** zu einer indizierten **Ringbandsplaltung**.

p) Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur: Methodenwahl/Lupenbrille

OLG Koblenz, Beschluss v. 04.03.2016 - 5 U 1076/15

RID 17-01-243

juris
BGB § 823

Allein der **Misserfolg** der ärztlichen Behandlungsmaßnahme bzw. der Eintritt eines Schadens genügt nicht zur Haftungsbeurteilung.

Bei der Operation einer **Dupuytren'schen Kontraktur** entsprechen sowohl der T- als auch der Z-Schnitt dem Behandlungsstandard. Der Einsatz einer Lupenbrille zur Gewährleistung des fachmedizinischen Standards ist nicht geboten.

Das **OLG** wies mit Beschl. v. 08.04.2016 - 5 U 1076/15 - juris die Berufung des Kl. zurück.

q) Beweiswert der Dokumentation für Dosierung eines Neuroleptikums/Befunderhebungsversäumnis

OLG Koblenz, Urteil v. 20.01.2016 - 5 U 1175/12

RID 17-01-244

juris
BGB §§ 280 I, 823 I

Leitsatz: 1. Hat ein **Neurologe dokumentiert**, sein Patient habe ein **Neuroleptikum** in bestimmter Dosierung eingenommen, ist der Arzt im Rechtsstreit mit dem Einwand präkludiert, Verordnungen für eine derart hohe und langdauernde Medikation habe er nicht ausgestellt und es sei auch ausgeschlossen, dass der Patient sich das verschreibungspflichtige Medikament über einen anderen Arzt beschafft habe.

2. Ein **Befunderhebungsversäumnis** (hier: halbjährliche EKG-Kontrolle bei Medikation von Amisulprid 200) bleibt ohne haftungsrechtliche Folgen, wenn nach sachverständiger Einschätzung der Fehler nicht als grob qualifiziert werden kann und darüber hinaus ein reaktionspflichtiger Befund nicht wahrscheinlich ist.

3. Wegen der in § 24b Abs. 2 AMG bestimmten **Zulassungserfordernisse eines Generikums** kann dessen Verordnung (statt des Originalpräparats Solian®) dem Arzt nur dann angelastet werden, wenn der Patient darlegt und erforderlichenfalls beweist, aufgrund welcher konkreten Umstände sich dem Arzt **Bedenken gegen das Generikum** aufdrängen mussten.

4. Zur ärztlichen **Aufklärungspflicht** und zur Frage der **hypothetischen Einwilligung**, wenn mehrere Medikamente mit identischem oder vergleichbarem Wirkstoff zur Verfügung stehen.

BGH, Urt. v. 24.02.2015 - VI ZR 106/13 - RID 15-02-258 hob auf die Revision der Kl. *OLG Koblenz*, Beschl. v. 29.01.2013 auf und wies die Sache zur Verhandlung und neuen Entscheidung zurück. Das *OLG* wies die Berufung der Kl. erneut zurück. *BGH*, Beschl. v. 13.12.2016 - VI ZR 60/16 - wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

4. Aufklärung/Einwilligung

a) Keine ausreichende Aufklärung sechs Monate vor Operation

OLG Dresden, Urteil v. 11.01.2017 - 4 U 507/16

RID 17-01-245

juris

BGB §§ 630a, 630a ff.; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Ein „Orientierungsgespräch“ mit dem Arzt, das mehr als sechs Monate vor einer Operation stattfindet, stellt wegen des **erheblichen zeitlichen Abstandes** unabhängig von seinem Inhalt keine ausreichende **Aufklärung** dar.

2. Ist nicht die Glaubhaftigkeit einer Aussage oder die Glaubwürdigkeit eines Zeugen entscheidend, sondern geht es allein um die **Auslegung des protokollierten Inhalts einer Aussage**, kann das **Berufungsgericht** diese anders würdigen, ohne den Zeugen erneut zu vernehmen.

b) Mehrmals voroperierter Patient/Hypothetische Einwilligung bei Aufklärungsdefizit

OLG Koblenz, Urteil v. 06.05.2015 - 5 U 1023/14

RID 17-01-246

juris

BGB §§ 276, 278, 280, 630a, 630d, 630e, 630h II 2, 823; ZPO §§ 141, 286

Leitsatz: 1. Birgt ein ärztlicher Eingriff ein **besonders gravierendes Risiko** (hier: Schädigung des nervus femoralis bei einer Hüftoperation), ist der Patient darüber stets in einer Weise **aufzuklären**, die einem an derselben Stelle bereits mehrmals Voroperierten auch verdeutlicht, dass die Wahrscheinlichkeit einer dauerhaft persistierenden Schädigung mit jedem weiteren Eingriff steigt. Eine Aufklärung dieses Inhalts hat vor jedem weiteren Eingriff erneut zu erfolgen.

2. Der Arzt muss auch dann darüber aufklären, dass es **verschiedene Zugangswege** zum Operationsgebiet gibt, wenn bei allen in Betracht kommenden Methoden erhebliche Risiken bestehen, die jedoch im Einzelfall **unterschiedlich gravierende Folgen** haben können.

3. Berufet der Arzt sich darauf, der Patient hätte auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in den Eingriff **eingewilligt**, ist dem zumindest durch eine **Parteihörnung des Patienten** nach § 141 ZPO nachzugehen. Maßgeblich ist, ob er dabei plausibel macht, dass eine umfassende Aufklärung zu einem Entscheidungskonflikt geführt hätte (hier verneint).

BGH, Beschl. v. 20.09.2016 - VI ZR 355/15 - wies die Nichtzulassungsbeschwerde d. Kl. zurück.

c) Aufklärung und Standard bei einer psychotherapeutischen Behandlung

OLG Hamm, Urteil v. 11.11.2016 - 26 U 16/16

RID 17-01-247

juris

BGB §§ 280, 823

Leitsatz: Über die Risiken einer **psychotherapeutischen Behandlung** ist aufzuklären.

Einer **Aufklärung** über **alternative Therapieansätze** bedarf es dann nicht, wenn diese Ansätze gleiche Risiken und Erfolgchancen haben. Haben die Therapien gleiche Erfolgchancen und Risiken, hat der Therapeut die Wahl der Behandlungsmethode. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist die **Kognitive Verhaltenstherapie** (KVT) in Verbindung mit der Klärungsorientierten Psychotherapie (KOP) eine Methode der Wahl.

Über den **Ausbildungsstatus des Therapeuten** ist dann nicht aufzuklären, wenn der auszubildende Therapeut durch eine regelrechte **Supervision** begleitet wird.

Der **Abbruch einer Therapie** ist dann nicht zu beanstanden, wenn der Patient eine freundschaftliche Beziehung zum Therapeuten nachhaltig einfordert und der Therapeut ausreichend Hilfestellung für einen Therapeutenwechsel leistet.

d) Erhöhtes Risiko alternativer Operationsmethode: Hüftoperation („Robodoc-Methode“)

OLG Bamberg, Urteil v. 20.07.2015 - 4 U 16/14

RID 17-01-248

juris
BGB §§ 195, 199, 204 I Nr. 7, 630a I 3, 823 I

Leitsatz: 1. Ein Patient ist über das gegenüber der Standardmethode **erhöhte Risiko einer alternativen Operationsmethode** aufzuklären, wenn ein wesentlich erhöhtes Risiko besteht und dieser Umstand dem Behandler bekannt ist (Anschluss an BGH VersR 2006, 1073, 1074 - Robodoc).

2. Wird eine mit einem wesentlich höheren Eingriffsrisiko verbundene Methode (hier: Robodoc) angewendet, scheidet eine **Haftung wegen eines Aufklärungsmangels** nicht bereits deshalb aus, weil über das Bestehen des Risikos als solches (hier: Gefahr einer Nerven- und Weichteilschädigung) aufgeklärt wurde. Denn die unterbliebene Aufklärung über eine unterschiedlich hohe **Wahrscheinlichkeit eines Risikoeintritts** ist nach dem Schutzzweck der Aufklärungspflicht nur dann nicht schadensursächlich, wenn eine Behandlungsmethode mit einem geringeren Eingriffsrisiko gewählt wurde (Abgrenzung zu BGH a.a.O.).

3. Der Einwand der Arztseite, dass der **operationsbedingte Schaden** (hier: Nervenschädigung) auch bei Anwendung der **Standardmethode** eingetreten wäre, stützt sich auf Vorbringen zu einem hypothetischen Kausalverlauf. Hierfür trägt der Behandler die **Beweislast**.

4. Zum **Verjährungsbeginn** bei Aufklärungsmängeln (hier in Bezug auf spezifische Eingriffsrisiken der „Robodoc“-Operationstechnik).

BGH, Beschl. v. 24.05.2016 - VI ZR 500/15 - wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

e) Aufklärung des Spenders zur Organentnahme: Entnahme einer Niere

OLG Düsseldorf, Urteil v. 25.08.2016 - 8 U 115/12

RID 17-01-249

juris
TPG § 8 II; SGB IV §§ 2 I Ziff. 13b, 104 I

Die **Aufklärung des Spenders zur Organentnahme** hat durch den verantwortlichen Arzt in Anwesenheit eines weiteren Arztes zu erfolgen. Fehlt der weitere Arzt, dann hat dies nicht die Rechtswidrigkeit des Eingriffs bzw. die Unwirksamkeit der Einwilligung des Organspenders in die Organentnahme zur Folge.

Vor der **Entnahme einer Niere** ist aber über **aufklärungspflichtige Risiken** zu belehren, so auch über die eingriffstypische Möglichkeit einer anhaltenden Müdigkeits- und Erschöpfungssymptomatik („**Fatigue**“) nach erfolgter Nierenspende und über das trotz präoperativ durchgeführter befundloser Untersuchungen bestehende erhöhte Risiko, nach der Transplantation an einer **polyzystischen Nierendeneration** der verbleibenden Niere zu erkranken.

Zur hypothetische Einwilligung in eine Organentnahme bei einer Lebendnierenspende s. OLG Hamm, Ur. v. 07.09.2016 - 3 U 6/16 - RID 16-04-270, Nichtzulassungsbeschwerde beim BGH anhängig - VI ZR 495/16 -.

f) Prostata-Laserung mit 120 W-Laser

OLG Karlsruhe, Urteil v. 07.12.2016 - 7 U 66/14

RID 17-01-250

juris
BGB § 823

Leitsatz: Bei einer **Prostata-Laserung** stellt die Einführung eines 120 W-Lasers anstelle eines bisher verwendeten 80 W-Lasers **keine Neulandmethode** dar, über die aufgeklärt werden müsste.

g) Retropubische Prostataektomie unter Verwendung eines Elektrokauters

OLG Hamm, Urteil v. 04.11.2016 - 26 U 67/13

RID 17-01-251

juris
BGB § 823 I

Grundsätzlich genügt es, die **Lagerung** technisch schlagwortartig zu beschreiben, so dass für den Fachmann erkennbar wird, nach welcher Methode gelagert und operiert worden ist. Steht die Art der Lagerung des Patienten während der Operation allgemein fest, ergibt sich die technische

Durchführung der Lagerung aus den allgemein anerkannten, dabei einzuhaltenden medizinischen Regeln. Diese brauchen nicht jedesmal schriftlich fixiert zu werden. Anders wäre es nur, wenn im Einzelfall von der Norm abgewichen werden soll oder wenn es während der Operation zu nicht ganz unbedeutenden Korrekturen kommt (vgl. BGH, Urt. v. 24.01.1984 - VI ZR 203/82 - juris Rn. 8).

Bei einer **retropubischen Prostataektomie** wegen eines Prostata-Karzinoms unter Verwendung eines **Elektrokauters** wird über das **Risiko einer intraoperativen Verbrennung** aufgeklärt, wenn sich im Aufklärungsbogen der explizite Hinweis auf die Gefahr von Hautschäden durch elektrischen Strom findet. Es besteht keine besondere Aufklärungspflicht bezüglich der monopolen im Vergleich zur bipolaren Technik.

h) Fehlende Anzeichen für Trisomie-21-Erkrankung

OLG München, Urteil v. 04.02.2016 - 1 U 2776/15

RID 17-01-252

juris

BGB §§ 280 I, 611, 823

Fehlt es an Anzeichen für eine **Trisomie-21-Erkrankung** und fällt die Schwangerschaft in ein „Low-Risc-Kollektiv“, so gibt es keine erhöhte statistische Wahrscheinlichkeit einer Trisomieerkrankung und muss nicht auf eine **Fruchtwasseruntersuchung** hingewiesen werden.

i) Keine lückenlose AU-Bescheinigung wegen Praxisschließung

AG Bottrop, Urteil v. 19.03.2015 - 8 C 320/14

RID 17-01-253

juris

BGB §§ 280 I, 281, 611 I, 823 I

Leitsatz: Die **Aufklärungspflicht eines Arztes** geht nicht soweit, dass im rechtlichen Verhältnis Patient zu Sozialversicherungsträger bzw. Krankenkasse aufgeklärt werden muss.

5. Selbständiges Beweisverfahren/Vortermi nliche Beweisaufnahme

a) Rechtliches Interesse/Ergänzende Fragen

OLG Koblenz, Beschluss v. 02.09.2016 - 5 W 449/16

RID 17-01-254

BeckRS 2016, 16378 = juris = ZMGR 2016, 303

ZPO §§ 90 I 1, 411 III, 485 II Nr. 3, 572 III

Leitsatz: 1. **Ergänzenden Fragen** zur medizinischen Bewertung eines Behandlungsvorgangs ist in einem **selbständigen Beweisverfahren** bei einem rechtzeitig gestellten Antrag einer Partei auf Ergänzung des Gutachtens nach Einholung eines schriftlichen Gutachtens in den Grenzen des Rechtsmissbrauchs grundsätzlich nachzugehen, auch wenn das Gericht die bisherige Begutachtung für ausreichend hält.

2. Ein rechtliches Interesse an der **Durchführung eines selbständigen Beweisverfahrens** kann fehlen, wenn evident ist, dass der behauptete Anspruch nicht bestehen kann (vgl. BGH, NJW 2004, NJW Jahr 2004 Seite 3488). Eine solche Sachlage kann mit Blick auf eine grundsätzlich nach § 485 Abs. 2 Nr. 3 ZPO eröffnete Begutachtung des Schadensumfangs vorliegen, wenn die Begutachtung zum Anspruchsgrund zweifelsfrei unergiebig für den Antragsteller verlaufen ist und auch im Übrigen zur Begründung des Anspruchs keine Anhaltspunkte angeführt werden.

b) Vortermi nliche Beweisaufnahme: Klageerweiterung

OLG Hamm, Beschluss v. 28.09.2016 - 32 SA 34/16

RID 17-01-255

juris

ZPO §§ 36 I Nr. 3, 358a

Leitsatz: Der Beginn mit einer **vortermi nlichen Beweisaufnahme** gem. § 358a ZPO kann einer Zuständigkeitsbestimmung gemäß § 36 Abs. 1 Nr. 3 ZPO entgegenstehen, wenn die Klage nach dem Beginn dieser Beweisaufnahme auf weitere Beklagte erweitert werden soll.

6. Sachverständige

a) Besorgnis der Befangenheit

aa) Ausräumung eines möglicherweise berechtigten Misstrauens

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 17.11.2016 - 8 W 68/16

RID 17-01-256

^{juris}
ZPO §§ 404a, 406 I, 42 II

Leitsatz: Selbst wenn ein Verhalten oder eine Äußerung einer Sachverständigen zunächst die **Besorgnis der Befangenheit** begründet hat, kann diese durch eine entsprechende Erläuterung, Klarstellung oder Entschuldigung ein ursprünglich berechtigtes Misstrauen **ausräumen**.

bb) Befangenheitsantrag nach Anhörung des Sachverständigen und Antragstellung

OLG Dresden, Beschluss v. 16.08.2016 - 4 W 785/16

RID 17-01-257

^{juris}
ZPO §§ 43, 406

Leitsatz: Stellt eine Partei im Anschluss an die Vernehmung des Sachverständigen einen Sachantrag, ist sie mit einem **Befangenheitsantrag** auch dann ausgeschlossen, wenn sie sich zu den vorangegangenen Ausführungen des Sachverständigen inhaltlich noch nicht erklären kann.

b) Kein intensivmedizinisches Gutachten bei Allgemeinmedizinern als Notfallärzte

OLG Nürnberg, Urteil v. 18.12.2015 - 5 U 687/15

RID 17-01-258

^{juris}
BGB § 823

Der Erholung eines **intensivmedizinischen Gutachtens** bedarf es nicht, wenn keine Behandlung von Intensivmedizinern, sondern von **Allgemeinmedizinern als Notfallärzte** vorliegt. Der von ihnen einzuhaltende medizinische Standard entspricht daher allenfalls dem von einem Allgemeinmediziner einzuhaltenden.

Ist die **Verschreibung** des Antibiotikums Amoxicillin **nicht indiziert**, d.h. schon das Nichtverschreiben nicht fehlerhaft, kann auch nicht als fehlerhaft angesehen werden, dass der Arzt den **Erhalt des Medikaments** nicht sicherstellt.

7. Keine Erstattung des Blindengelds nach Behandlungsfehler

OLG Hamm, Urteil v. 09.09.2016 - 26 U 14/16

RID 17-01-259

^{juris}
BGB §§ 280 I, 611; SGB X § 116; GHBG NRW § 7

Leitsatz: Ein Augenarzt, der einem Patienten nach fehlerhafter Behandlung Schadensersatz schuldet, muss das vom Landschaftsverband als dem zuständigen Sozialhilfeträger an den Patienten gezahlte **Blindengeld** nicht erstatten.

8. Schadensersatzanspruch einer gesetzlichen Krankenkasse gegen Krankenhaus

OLG Hamm, Urteil v. 28.10.2016 - 26 U 50/15

RID 17-01-260

^{juris}
SGB X § 116 I; BGB §§ 611, 623

Leitsatz: Eine **gesetzliche Krankenversicherung** kann von einem **Krankenhaus** keinen Schadensersatz aus einer im Krankenhaus **fehlerhaft behandelten MRSA-Infektion** beanspruchen, wenn die als Schaden geltend gemachten Behandlungskosten auch im Rahmen einer fehlerfreien Therapie angefallen wären.

9. Haftung einer Hebamme bei geburtshilflicher Tätigkeit im Krankenhaus

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 24.05.2016 - 8 U 159/14

RID 17-01-261

juris

BGB §§ 278, 280, 823 I, 831

Die Tätigkeit einer **Hebamme** ist ein Heilberuf; die **Grundsätze der Arzthaftung** sind entsprechend anwendbar, soweit es sich um Verletzung der Pflichten handelt, die einer Hebamme selbst obliegen. Diese Pflichten ergeben sich insb. aus der hessischen Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (hier: v. 27.03.1991).

Hebammen leisten **eigenverantwortlich Hilfe** bei allen regelgerechten Vorgängen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes. Das gilt indessen nur solange, bis ein **Arzt die Behandlung übernommen** hat, denn ab dann geht die Verantwortung für das weitere Geschehen auf ihn über; von diesem Zeitpunkt an ist die Hebamme seine Gehilfin, für die er vertraglich nach § 278 BGB und deliktisch nach § 831 BGB einstehen muss; sie ist dessen Weisungen unterworfen und insoweit von einer eigenen Verantwortung grundsätzlich befreit (vgl. BGH, Urt. v. 14.02.1995 - VI ZR 272/93 - NJW 1995, 1611, 1612; Urt. v. 07.12.2004 - VI ZR 212/03 - NJW 2005, 888, 890; OLG München, Urt. v. 16.09.1999 - 1 U 3549/98 - juris; OLG Karlsruhe, Urt. v. 16.05.2001 - 7 U 46/99 - VersR 2003, 116). Hat der Arzt die Behandlung übernommen, kommt eine Haftung der Hebamme daher nur in Betracht, wenn die Hebamme aufgrund ihrer geburtshilflichen Ausbildung erkennt oder erkennen muss, dass das Vorgehen des Arztes vollkommen regelwidrig und unverständlich ist, sie aber gleichwohl nicht **remonstriert** (vgl. etwa Senat, Urt. v. 01.12.2015 - 8 U 79/14 - Umdruck, S. 11 13; OLG Frankfurt, Urt. v. 06.04.1990 - 24 U 18/89 - NJW-RR 1991, 1373, 1373 f.; OLG Düsseldorf, Urt. v. 26.04.2007 - 8 U 37/05 - VersR 2008, 534, 536).

Es wäre geradezu absurd, wenn man einer Hebamme ansinnen wollte, sie sollte im Falle eines fachlichen **Konfliktes** mit dem behandelnden Arzt **im Kreißsaal** während eines laufenden Geburtsvorganges (telefonisch?) die Klinikleitung einschalten.

10. Überleitung des Haftungsanspruchs: Einwand der Erschöpfung der Deckungssumme

OLG Köln, Urteil v. 08.11.2016 - 9 U 55/16

RID 17-01-262

juris = RuS 2017, 9 = GesR 2017, 45

BGB § 242; VVG a.F. § 156 III; SGB X § 116 IV

Ein **Haftpflichtversicherer eines Arztes** kann nach Überleitung des Haftungsanspruchs durch den überörtlicher Träger der Sozialhilfe diesem den **Einwand der Erschöpfung der Deckungssumme** gem. § 156 III VVG a.F. wegen des vorliegenden Befriedigungsvorrechts der Geschädigten selbst nach § 116 IV SGB X entgegenhalten.

Der Kl. als überörtlicher Träger der Sozialhilfe machte im Wege der Einziehungsklage den von ihm gepfändeten Freistellungsanspruch des Gynäkologen Dr. U wegen eines Behandlungsfehlers vom 28.08.2002 gegenüber der Bekl. als dessen Haftpflichtversicherer geltend. Das **OLG** wies die Klage ab.

11. Zahnärztliche Behandlung

a) Vorgehen bei einer Craniomandibulären Dysfunktion (CMD)/Unvernünftige Wünsche des Patienten

LG Bochum, Urteil v. 02.07.2014 - 6 O 224/11

RID 17-01-263

juris

BGB § 823

Nach den einschlägigen Empfehlungen ist bei einer **Craniomandibulären Dysfunktion** der nicht invasive Eingriff mithilfe einer Schiene und das sofortige Beschleifen der Zähne voranzustellen. Diese Behandlung sollte mindestens 3-6 Monate andauern. Vor Beginn der definitiven Arbeit sollte ein beschwerdefreies Intervall von ca. einem halben Jahr bzw. eine deutliche Besserung des Beschwerdebildes vorliegen. Der Zeitfaktor ist bei funktionierender provisorischer Versorgung kein Grund, früher mit der Prothetik anzufangen, als es die Situation der Kiefergelenke erlaubt.

Es können auch **unvernünftige Wünsche des Patienten** vom Behandler nach entsprechender Aufklärung über die Risiken umgesetzt werden. An die Einwilligung in eine medizinisch nicht indizierte Behandlung sind allerdings erhöhte Anforderungen zu stellen. Je weniger ein ärztlicher Eingriff medizinisch geboten ist, umso ausführlicher und eindrücklicher muss der Patient über dessen Erfolgsaussichten und etwaige schädliche Folgen informiert werden (vgl. OLG Bremen, BeckRS 2003, 30309861; OLG Düsseldorf NJW - RR 2003, 89). Der Patient muss auf etwaige Risiken deutlich und schonungslos hingewiesen werden. Was für medizinisch nicht indizierte Eingriffe gilt, muss erst Recht für medizinisch unvernünftige Maßnahmen gelten.

Eine definitive Eingliederung des Frontzahnersatzes ohne vorherige **Herstellung eines therapeutischen Bisses** ist ein Fehler im Behandlungsablauf. Eine regelrechte Bisshöhe konnte ab diesem Zeitpunkt nicht mehr erreicht werden.

b) Beweisvereitelung durch Zurückhalten der strittigen Prothese durch Zahnarzt

OLG Köln, Beschluss v. 14.09.2015 - 5 U 41/15

RID 17-01-264

juris = MedR 2016, 982

BGB § 823

Eine behauptete **Fehlerhaftigkeit der Suprakonstruktion** kann als wahr unterstellt werden, wenn der Zahnarzt durch die **unterbliebene Übersendung** der Suprakonstruktion an den Sachverständigen den der Patientin obliegenden Beweis eines Behandlungsfehlers vereitelt hat.

c) Gelegenheit zur Nachbesserung vor Austausch der Prothese

OLG Dresden, Beschluss v. 06.12.2016 - 4 U 1119/16

RID 17-01-265

juris

BGB §§ 634 Nr. 2, 637 I

Leitsatz: Lässt der Patient die **prothetische Leistung** eines Zahnarztes durch einen Nachbehandler austauschen, ohne zuvor dem Arzt Gelegenheit zur **Nachbesserung** gegeben zu haben, ist er regelmäßig mit allen Gewährleistungs- und Entschädigungsansprüchen ausgeschlossen. Betrifft die Nachbesserungsverpflichtung allein die Prothese, scheidet auch eine Berufung auf die Unzumutbarkeit der Nachbesserung aus.

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel

1. EuGH: Weiteres Konformitätsbewertungsverfahren bei Reimport eines Medizinprodukts

EuGH, Urteil v. 24.11.2016 - C-662/15

RID 17-01-266

juris

Richtlinie 93/42/EWG

Lohmann & Rauscher International GmbH & Co. KG gegen BIOS Medical Services GmbH, ehemals BIOS Naturprodukte GmbH

Vorabentscheidungsersuchen des OLG Düsseldorf, Beschl. v. 07.12.2015 - 20 U 106/15 - RID 16-03-285

Leitsatz: Art. 1 Abs. 2 Buchst. f und Art. 11 der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte in der durch die Richtlinie 2007/47/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. September 2007 geänderten Fassung sind dahin auszulegen, dass sie einen **Parallelimporteur eines Medizinprodukts** wie des im Ausgangsverfahren in Rede stehenden, das mit einer CE-Kennzeichnung versehen ist und Gegenstand einer **Konformitätsbewertung** im Sinne des besagten Art. 11 war, nicht zur Durchführung einer neuen Bewertung verpflichten, um die Konformität der seine Ermittlung ermöglichenden Informationen, die er der Produktetikettierung im Hinblick auf das Inverkehrbringen im Einfuhrmitgliedstaat hinzufügt, zu bescheinigen.

2. Apotheken

a) Offenstehende Türen zu Apothekenbetriebsräumen

VG Minden, Urteil v. 23.11.2016 - 7 K 2871/15

RID 17-01-267

juris
AMG § 69 I; ApBetrO § 4 I 2 Nr. 1 b)

Nach § 4 I 2 Nr. 1 ApBetrO sind die Apothekenbetriebsräume durch Wände oder Türen abzutrennen a) von anderweitig gewerblich oder beruflich genutzten Räumen, sowie b) von öffentlichen Verkehrsflächen und Ladenstraßen. Das bedeutete bisher auch, dass der Apotheker gehalten ist, eine **Abtrennung der Betriebsräume** nicht durch das permanente Öffnen der Türen und Wände zu unterlaufen (BVerwG, Urt. v. 29.09.1994 - 3 C 1.93 - juris Rn. 22). Angesichts der zwischenzeitlich vorgenommenen **Liberalisierung** des Apothekenrechts ist § 4 I 2 Nr. 1 b) ApBetrO nicht (mehr) dahingehend auszulegen, dass Eingangstüren zu Apothekenbetriebsräumen ausnahmslos im Ruhezustand geschlossen sein müssten. Anhand der **Umstände des Einzelfalles** ist zu ermitteln, ob auch bei offenstehenden Türen eine noch hinreichende Trennung von den angrenzenden öffentlichen Verkehrsflächen oder Ladenstraßen vorliegt.

b) Rezeptsammelstelle in einem Supermarkt

VG Gelsenkirchen, Urteil v. 27.09.2016 - 19 K 5025/15

RID 17-01-268

juris
ApBetrO § 24; ApoG § 11a; AMG §§ 43 I, 69 I 1

Leitsatz: 1. Eine Ausnahme vom Verbot des § 24 ApoBetrO greift nur ein, wenn eine **Rezeptsammelstelle im Versandhandel** betrieben wird.
2. Eine Rezeptsammelstelle wird im Versandhandel betrieben, wenn sie einem tatsächlich praktizierten **Vertriebsweg des Versandhandels** zuzuordnen ist, welcher vom Versorgungssystem einer Präsenzapotheke abzugrenzen ist. Es ist nicht maßgeblich, ob der Betroffene Inhaber einer Versandhandelserlaubnis ist.
3. Zur Abgrenzung eines Versandhandels zum **Vertriebsweg einer Präsenzapotheke**.

c) Unzulässiges Prämienmodell/Zulässiger Rabatt auf rezeptfreie Medikamente

OLG Köln, Urteil v. 17.07.2015 - 6 U 189/14

RID 17-01-269

juris
UWG § 4 Nr. 1 u. 11; AMG § 78 I; HeilMWerBG § 7 I

Die Werbung einer Versandapotheke mit einem **Prämienmodell**, in dem sie eine „10 Euro-Sofort-Prämie“ für den Fall auslobt, dass ein Kunde einen weiteren Kunden für sie anwirbt, der ein Rezept einreicht oder rezeptfreie Produkte im Gesamtwert von mindestens 25 € bestellt, ist unzulässig. Die Gewährung eines **10%-Rabatts** auf jeden **Einkauf rezeptfreier Medikamente**, Gesundheits- und Pflegeprodukte für den Fall der Werbung eines zweiten Freundes ist zulässig, da die deutschen Arzneimittelpreisvorschriften für rezeptfreie Medikamente keine Preisbindung vorsehen (§ 1 IV AMPPreisV).

d) Notdienstregelung: Zumutbare Wegstrecken

VG Ansbach, Urteil v. 12.10.2016 - AN 4 K 16.00120

RID 17-01-270

juris
ApoG § 1; ApBetrO § 23 I; VwGO § 114

Während hinsichtlich der Frage, ob überhaupt eine **Notdienstregelung** vorzusehen ist, demnach kein (Entschließungs-)Ermessen für die Landesapothekerkammer besteht, unterliegt die konkrete Ausgestaltung der Notdienstregelung hingegen ihrem Auswahlermessen. Soweit das benötigte Arzneimittel nicht mehr in zumutbarer Weise erreicht werden kann, hat das Interesse der betroffenen Apotheker an einer möglichst geringen Belastung mit Notdiensten zurückzustehen. **Zumutbare Wegstrecken** können mittels Entfernungsangaben oder Fahrzeiten

festgelegt werden. Die Annahme, dass eine Entfernung von mehr als 15 Kilometern zur nächsten dienstbereiten Apotheke für die Bevölkerung unzumutbar ist, ist nicht zu beanstanden.

e) Versorgungsvertrag zwischen Krankenhaus und externer Apotheke/Einstweiliger Rechtsschutz

VG Magdeburg, Urteil v. 27.04.2016 - 3 B 48/16

RID 17-01-271

juris

ApoG § 14 V 2 Nr. 2 u. 4

Leitsatz: Bei der Beurteilung der **Unverzüglichkeit** i. S. d. § 14 Abs. 5 Satz 2 Nr. 3 ApoG kommt es auf die Umstände des Einzelfalls an. Diese können es gebieten, dass auch eine **Anfahrtszeit von über einer Stunde** noch zureichend ist.

f) Konkurrentenklage: Defekturarzneimittel eines Apothekers (Harnstoffkapseln)

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.09.2016 - 13 A 2378/14

RID 17-01-272

juris

VwGO § 42 II; AMG §§ 1, 21; GG Art. 2 I, 12 I, 14 I, 19 IV

Leitsatz: 1. Ein pharmazeutischer Unternehmer ist gegenüber einem Bescheid, mit dem das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte festgestellt hat, dass es sich bei einem **Defekturarzneimittel eines Apothekers** nicht um ein zulassungspflichtiges Arzneimittel handelt, grundsätzlich nicht nach § 42 Abs. 2 VwGO klagebefugt.

2. Die Vorschriften des Arzneimittelgesetzes über die **Zulassung von Arzneimitteln** sind objektiv-rechtlicher Natur und vermitteln Dritten **keine subjektiv-öffentlichen Rechte** (ständige Senatsrechtsprechung). Dies gilt auch für § 21 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 1 und Abs. 4 AMG.

3. Eine **Klagebefugnis des Konkurrenten** lässt sich aus Art. 12 Abs. 1 GG ausnahmsweise nur dann ableiten, wenn die hoheitliche Maßnahme eine **Wettbewerbsveränderung** im bestehenden Markt herbeiführt, die seine wirtschaftliche Position unzumutbar beeinträchtigt. Es müssen schwerwiegende tatsächliche Nachteile bestehen, die über das allgemeine marktimmanente Wettbewerbsrisiko hinausgehen und durch die - infolge des feststellenden Bescheids erlaubte - Tätigkeit des Konkurrenten bedingt sind.

4. Während es für die wettbewerbsrechtliche Untersagungsverfügung ausreicht, dass gegen Normen verstoßen wird, die - wie etwa die arzneimittelrechtlichen Zulassungsbestimmungen - auch dazu bestimmt sind, im Interesse der Verbraucher das Marktverhalten zu regeln, genügt für die **Rechtsverletzung durch die öffentliche Gewalt** nach Art. 19 Abs. 4 GG nicht die Verletzung von Rechtssätzen, in denen der Einzelne nur im Allgemeininteresse begünstigt wird.

5. Das **Unionsrecht** gewährt keine darüber hinausgehende Klagebefugnis. Insbesondere fordert der unionsrechtliche Effektivitätsgrundsatz keinen Abschied von der Subjektivierung des Rechtsschutzes.

g) Unterstützungsfonds der Apothekerkammer Bayern

VG München, Urteil v. 25.10.2016 - M 16 K 15.2307

RID 17-01-273

juris

Hauptsatzung der Apothekerkammer Bayern § 15

Nach der Hauptsatzung der Apothekerkammer Bayern setzt der **Unterstützungsfonds** zur Unterstützung der in Bayern wohnhaften Apotheker sowie ihrer Witwen, Witwer und minderjährigen, erwerbsunfähigen oder in Berufsausbildung stehenden Waisen für Fälle wirtschaftlicher Bedrängnis sowie für Beihilfen nach den vom Vorstand aufzustellenden und von der Delegiertenversammlung zu genehmigenden Richtlinien voraus, dass der Leistungsberechtigte die letzten drei Jahre vor Eintritt der Voraussetzungen der Leistungsgewährung **im Kammerbereich wohnhaft** gewesen ist.

h) Rentenversicherungspflicht: Leiter der Abteilung „Projektentwicklung und -implementierung“.

SG Konstanz, Urteil v. 15.12.2015 - S 11 R 2816/14

RID 17-01-274

juris

SGB VI §§ 1 I Nr. 1, 5, 6 I 1 Nr. 1

Leitsatz: Die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht verlangt bei Apothekern nicht, dass eine **Tätigkeit** ausgeübt wird, die ausschließlich von **Pflichtmitgliedern in der berufsständischen Kammer** und der berufsständischen Versorgungseinrichtung ausgeübt werden kann.

3. Arzneimittelrechtl. Unterlagenschutz vor Vermarktung wirkstoffgleichen Produkts (Abänderungsantrag)

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 26.07.2016 - 13 B 254/16

RID 17-01-275

www.sozialgerichtsbarkeit.de/juris = ZMGR 2016, 325

AMG §§ 22, 24a, 24b, 141; VwGO § 80

Leitsatz: 1. **Veränderte Umstände** im Sinne von § 80 Abs. 7 Satz 2 VwGO liegen bei ihrem Eintritt nach Abschluss des früheren Verfahrens unabhängig davon vor, ob sie zuvor bereits absehbar waren.

2. Der Entscheidungsmaßstab im **Abänderungsverfahren** entspricht demjenigen im vorangegangenen Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes. Ein Abänderungsantrag der zuvor unterlegenen Beigeladenen ist begründet, wenn eine Voraussetzung der Zulässigkeit oder der Begründetheit des früheren Antrags nach § 80 Abs. 5 i. V. m. § 80a VwGO nicht mehr besteht.

3. Nach Ablauf der **Drittenschutz vermittelnden Frist** des § 22 Abs. 3 AMG scheidet eine Verletzung des Rechts des Originators auf **Unterlagenschutz** aus. Eine Verlängerung kommt selbst dann nicht in Betracht, wenn vor Fristablauf eine Zulassung erteilt wurde, die der Zulassungsinhaber über mehrere Jahre genutzt hat, nachdem der Originator zuvor auf die aufschiebende Wirkung seines Widerspruchs verzichtet und die Widerspruchsbehörde die sofortige Vollziehung der Zulassung angeordnet hat.

4. Ruhen der arzneimittelrechtlichen Zulassung aus Gründen der Arzneimittelsicherheit (Sofortvollzug)

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 06.09.2016 - 13 B 621/16

RID 17-01-276

juris = A&R 2016, 237 = ZMGR 2016, 390 = StoffR 2016, 329

VwGO § 80

Leitsatz: **Unionsrecht** kann die **Anordnung der sofortigen Vollziehung** rechtfertigen, wenn die zeitnahe Umsetzung geboten ist, um einer verbindlichen Unionsentscheidung zur praktischen Wirksamkeit („effet utile“) zu verhelfen. Der Grundsatz effektiver Umsetzung des Unionsrechts muss das Rechtsschutzinteresse des Betroffenen im konkreten Fall überwiegen.

5. Keine Dosierungsangabe bei Registrierung von homöopathischen Arzneimitteln

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 05.12.2016 - 13 A 1721/15

RID 17-01-277

juris

AMG §§ 11, 22, 38, 39

Leitsatz: 1. Eine **Dosierungsangabe** ist nicht Bestandteil der Entscheidung über die Registrierung eines homöopathischen Arzneimittels.

2. Die **wesentlichen Merkmale** eines zu **registrierenden homöopathischen Arzneimittels** lassen sich nur aus den Vorschriften über die Pflichtangaben für Behältnisse und Packungsbeilagen ableiten (§ 11 Abs. 3 i. V. m. § 10 Abs. 4 Satz 1 AMG, nicht hingegen aus dem Katalog der Antragsunterlagen nach § 38 Abs. 2 Satz 1 AMG i. V. m. § 22 Abs. 1 AMG).

3. Die Dosierungsanleitung gehört nicht zu den **Pflichtangaben** nach § 11 Abs. 3 i. V. m. § 10 Abs. 4 AMG, da sie dort nicht aufgeführt wird und sie auch keine weitere gebrauchssichernde Angabe im Sinne des § 10 Abs. 4 Satz 1 Nr. 7 AMG darstellt.

4. Die Dosierungsanleitung ist auch nicht als **freiwillige Angabe** in der Packungsbeilage gemäß § 11 Abs. 3 i. V. m. Abs. 1 Satz 7 AMG zulässig.

Parallelverfahren:

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 05.12.2016 - 13 A 1720/15
juris

RID 17-01-278

6. Vergaberecht: Für den Sprechstundenbedarf von Radiologen erforderliche Kontrastmittel

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 29.07.2015 - VII-Verg 12/15
juris

RID 17-01-279

AMG § 3 I Nr. 2; GWB §§ 97, 107, 114 II 2, 123

Stehen für den **Sprechstundenbedarf** von **Radiologen** erforderliche **Kontrastmittel** nicht nur wirkstoffbezogen, sondern auch indikationsbezogen, d.h. **wirkstoffübergreifend** zueinander im **Wettbewerb**, steht es Krankenkassen frei, eine dahin gehende Beschaffung zu tätigen.

Parallelverfahren:

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 29.07.2015 - VII-Verg 13/15
juris

RID 17-01-280

7. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Orthopädietechniker innerhalb einer Arztpraxis

BGH, Urteil v. 16.06.2016 - I ZR 46/15
juris

RID 17-01-281

UWG § 3a; HwO §§ 1, 2, 3

Leitsatz: Sporthopaedicum

1. Erbringt ein Unternehmen sowohl an einem Ort in einem **Sanitätshaus** als auch an einem anderen Ort innerhalb einer von Fachärzten für Orthopädie betriebenen **Arztpraxis** Leistungen des **Orthopädietechnikerhandwerks**, stellt die Raumnutzung in der Arztpraxis keinen Nebenbetrieb im Sinne von § 3 Abs. 1 HwO dar, die bei einem nur unerheblichen Umfang der handwerksmäßigen Tätigkeit vom Gebot der Meisterpräsenz befreit wäre. Die Raumnutzung in der Arztpraxis ist vielmehr als **Zweig- oder Außenstelle** des Hauptbetriebs anzusehen, die dem Gebot der Meisterpräsenz unterliegt, wenn dort wesentliche Tätigkeiten des Orthopädietechnikerhandwerks erbracht werden.

2. Überlässt ein **Arzt** einem Unternehmen in seiner Praxis für die Tätigkeit eines Orthopädietechnikers einen Raum und duldet er in der Praxis Schilder, die den Weg zu diesem Raum weisen, spricht er damit gegenüber seinen Patienten eine **Empfehlung** aus, die ihm nach § 31 Abs. 2 BayBOÄ nicht gestattet ist.

bb) Werbung für Abnehmprodukt: Angaben zu Ausmaß und Dauer einer Gewichtsabnahme

BGH, Beschluss v. 29.09.2016 - I ZR 233/15
EGV 1924/2006; DiätV

RID 17-01-282

Die bloße Angabe einer bestimmten Wirkung ohne Benennung des Nährstoffs, der Substanz, des Lebensmittels oder der Lebensmittelkategorie, auf der diese Wirkung nach der Liste der zugelassenen Angaben beruht, ist mit der zugelassenen Angabe nicht inhaltsgleich und daher unzulässig (BGH, Ur. v. 07.04.2016 - I ZR 81/15 - GRUR 2016, 1200 Rn. 36 = WRP 2016, 1359 - Repair-Kapseln).

Nährwert- oder gesundheitsbezogene Angaben über Lebensmittel, die als solche an den Endverbraucher abgegeben werden sollen, fallen auch dann in den Anwendungsbereich der Verordnung (EG) Nr. 1924/2006, wenn sich die Angaben nicht an den Endverbraucher, sondern

ausschließlich an medizinische Fachkreise richten (EuGH, Urt. v. 14.07.2016 - C-19/15 - GRUR 2016, 1090 Rn. 54 - Verband Sozialer Wettbewerb/Innova Vital).

Das **LG** verurteilte auf Klage der Verbraucherzentrale Sachsen die Bekl. mit der Maßgabe antragsgemäß, dass es der Bekl. im Hinblick auf die Verpackungsangaben eine Aufbrauchfrist eingeräumt hat. **OLG Celle**, Urt. v. 22.10.2015 - 13 U 47/15 - RID 16-01-338 wies die Berufung der Bekl., der **BGH** die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

b) Abgabe von Arzneimittelmustern an Apotheken

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 29.09.2016 - 6 U 161/15

RID 17-01-283

juris

UWG § 3a; AMG § 47 III

Leitsatz: Die **Abgabe von Fertigarzneimitteln**, die mit der Aufschrift „zu Demonstrationszwecken“ versehen sind, an **Apotheken** verstößt gegen § 47 III AMG und ist damit wettbewerbsrechtlich unlauter.

8. Rechtsweg zu Sozialgerichten: Unterlassung des Abschlusses bestimmter Rabattverträge

LG Hamburg, Beschluss v. 13.04.2015 - 327 O 78/15

RID 17-01-284

juris

GVG §§ 13, 17a II; SGG § 51 I Nr. 2

Begehrt die Inhaberin eines Europäischen Patents eine **Unterlassungsanordnung** gegenüber einer **gesetzlichen Krankenkasse**, bestimmte **Rabattverträge** abzuschließen, so ist der Weg zu den Sozialgerichten eröffnet.

9. Beihilfe

a) Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

VG München, Urteil v. 19.11.2015 - M 17 K 14.3058

RID 17-01-285

juris

BhV Bayern §§ 6, 22, 49, 50; AMG § 2

Nicht beihilfefähig sind u.a. Aufwendungen für **nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel**, es sei denn, sie sind für Minderjährige mit Entwicklungsstörungen und für Kinder unter zwölf Jahren bestimmt, wurden für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet oder gelten bei der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung als Therapiestandard und werden mit dieser Begründung ausnahmsweise verordnet; die beihilfefähigen Ausnahmen ergeben sich aus Anlage 6 (§ 22 II Nr. 3 BBhV).

b) Keine Beihilfe für Arzneimittel zur Behandlung des Chronic Fatigue Syndroms

VG Kassel, Urteil v. 06.10.2016 - 1 K 1033/12.KS

RID 17-01-286

juris

BeihV Hessen §§ 5, 6 II

Nicht wissenschaftlich allgemein **anerkannte** Präparate sind nicht beihilfefähig.

Derzeit existiert keine Empfehlung bestimmter Einzelpräparate für die Krankheit **Chronic Fatigue Syndrom**, es existiert keine wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungsmethode. Es existieren zwar mehrere unterschiedliche Behandlungsmethoden, die teils auch nebeneinander angewandt werden. Eine sich abzeichnende generelle Lehrmeinung für die Behandlung existiert damit nicht und ist auch in Zukunft nicht zu erwarten, da die Behandlungsmethoden zu weit auseinanderliegen und jeweils im Einzelfall mehr oder weniger individuell erforscht wird, was dem Patienten hilft oder nicht hilft.

c) Vitamin C-Tabletten

VG Würzburg, Urteil v. 02.08.2016 - W 1 K 15.21

RID 17-01-287

juris

BG Bayern Art. 96; BhV §§ 7 I 1, 18

Vitamin C-Tabletten, die als **Nahrungsergänzung** dienen, fallen nicht unter den Begriff des Arzneimittels nach § 18 S. 1 Nr. 1 BayBhV.

d) Homöopathische Arzneimittel: Präparat „NeyAthos“

VG München, Urteil v. 10.12.2015 - M 17 K 15.1578

RID 17-01-288

juris

BhV Bayern § 7

Bei der Behandlung mit dem **Präparat „NeyAthos“** handelt es sich um eine **wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methode**. Im Ergebnis fehlt es daher an der medizinischen Notwendigkeit der entsprechenden Aufwendungen gemäß § 7 I 1 Nr. 1 BayBhV (VGH Bayern, Beschl. v. 24.07.2015 -14 ZB 15.372 - RID 15-04-255, juris Rn. 5 ff.).

Bei **homöopathischen Präparaten** besteht allgemein keine Aussicht, eine therapeutische Wirksamkeit wissenschaftlich fundiert nachzuweisen, so dass derartige Mittel hinsichtlich einer therapeutischen Wirkung wissenschaftlich jedenfalls nicht „allgemein“ anerkannt sind. Vielmehr widerspricht die Homöopathie grundsätzlich allen gut abgesicherten Erkenntnissen der Naturwissenschaften und auch nach der Arzneimittel-Richtlinie können nur bei schwerwiegenden Erkrankungen homöopathische Arzneimittel verordnet werden und auch nur, wenn deren Anwendung auf einem der aufgeführten Indikationsgebiete angezeigt ist.

e) Präparat Uniselen 200 Ne ist Nahrungsergänzungsmittel

VG Sigmaringen, Urteil v. 22.11.2016 - 3 K 2905/14

RID 17-01-289

juris

BhV BW § 6 I Nr. 2 S. 2 Buchst. b

Das Präparat **Uniselen 200 Ne** ist kein Arzneimittel, sondern ein **Nahrungsergänzungsmittel**, das als Lebensmittel eingestuft ist. Das Präparat ist darüber hinaus entsprechend § 4 I NemV mit der Verkehrsbezeichnung „Nahrungsergänzungsmittel mit Natriumselenit“ gekennzeichnet. Damit scheidet eine Beihilfefähigkeit der hierfür erbrachten Aufwendungen nach § 6 I Nr. 2 Satz 1 BhV BW aus.

f) Medizinprodukt: Präparat „Durolane 3 ml Hyaluronsäure Fertigspritzen“

VG München, Urteil v. 27.10.2016 - M 17 K 16.1938

RID 17-01-290

juris

BBhV § 22; MPG § 3 Nr. 1

Das **Präparat „Durolane 3 ml Hyaluronsäure Fertigspritzen“** ist nicht als Arzneimittel anzusehen, weil es sich um ein **Medizinprodukt** nach § 3 Nr. 1 Buchst. a MPG handelt. Die Hauptwirkung der Hyaluronsäurepräparate im menschlichen Körper ist weder pharmakologisch noch immunologisch. Vielmehr handelt es sich um eine mechanische (physikalische) Wirkungsweise, die charakteristisch für Medizinprodukte ist (BVerwG, Urt. v. 26.03.2015 - 5 C 9.14 - juris). Die Beihilfefähigkeit von Medizinprodukten nach § 3 Nr. 1 MPG richtet sich nach § 22 Abs. 1 Nr. 4 BBhV i.V.m. Anlage 4. Dort ist das Präparat „Durolane 3 ml Hyaluronsäure Fertigspritzen“ allerdings nicht aufgeführt, so dass eine Beihilfefähigkeit ausscheidet.

g) Heilmittel

aa) Nordic-Walking und Terrain-Training nicht beihilfefähig/Elektrotherapie

VG Magdeburg, Urteil v. 11.03.2016 - 8 A 23/16

RID 17-01-291

juris

BBhV § 23 I; BBhV Anl. 9, 10

Leitsatz: Zur beihilfemäßigen Erstattung von **Heilmitteln** im Rahmen eines Nordic-Walking und Terrain-Training sowie einer Elektrotherapie.

bb) Auswirkungen eines Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms/Korrektur der Diagnose

VG Halle (Saale), Urteil v. 22.06.2016 - 5 A 248/14

RID 17-01-292

juris

BBhV §§ 6 I, 23 I 1

Leitsatz: 1. Die Behandlung von sensomotorischen und perzeptiven Funktionen durch einen **Ergotherapeuten** ist beihilfefähig. Das gilt auch dann, wenn es sich um Auswirkungen eines **Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms** handelt.

2. Die auf einem Rezept angegebene **Diagnose** kann auch nach der Behandlung noch **korrigiert** werden.

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. Privatbehandlung

a) BGH: Treuwidriges Berufen auf formnichtige Honorarvereinbarung

BGH, Urteil v. 03.11.2016 - III ZR 286/15

RID 17-01-293

juris

BGB §§ 125, 126, 242; GOZ § 2 III 1

Leitsatz: 1. Zur Anwendbarkeit des § 242 BGB bei **formnichtiger Honorarvereinbarung** für eine über das zahnmedizinisch notwendige Maß hinausgehende **zahnärztliche Versorgung**.

2. Bei einem formnichtigen Heil- und Kostenplan steht der **Schutzzweck** des § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ, den Zahlungspflichtigen über die geplanten Leistungen und die voraussichtlich entstehenden Kosten zuverlässig zu informieren und ihn von einer unüberlegten und übereilten Honorarvereinbarung abzuhalten, **Ansprüchen des behandelnden Zahnarztes** aus Geschäftsführung ohne Auftrag oder ungerechtfertigter Bereicherung entgegen.

b) Einsichtsgewährung in die Behandlungsdokumentation

LG Hannover, Beschluss v. 11.12.2015 - 19 O 81/15

RID 17-01-294

juris = MedR 2016, 730

SGB V § 630g; ZPO § 91a

Eine Pflicht zur **Übersendung der Krankenunterlagen** besteht grundsätzlich nicht. Wird aber die Herausgabe nicht mit dieser Begründung verweigert, sondern vielmehr ein Teil der Behandlungsunterlagen nach der Kostenübernahmeerklärung durch die Kl. an deren Anwälte übersandt, so kann sich das bekl. Krankenhaus deshalb jetzt nicht mehr darauf berufen, dass lediglich ein Einsichts-, aber kein Übersendungsanspruch bestanden habe. Die Einsichtnahme am Sitz der Bekl. hätte sie der Kl. insoweit jedenfalls anbieten müssen.

c) Vorleistungspflicht des Patienten für Abschriften aus der Patientenakte

OLG Saarbrücken, Urteil v. 16.11.2016 - 1 U 57/16

RID 17-01-295

juris
BGB §§ 630q, 811 II 2

Leitsatz: 1. Begehrt der Patient oder dessen Erbe **Abschriften aus der Patientenakte** gemäß § 630g Abs. 3, Abs. 1 BGB, ist er hinsichtlich der entstehenden **Kosten** für die Fertigung der Abschriften **vorleistungspflichtig** gemäß § 811 Abs. 2 Satz 2 BGB. Der Vorlegungsverpflichtete kann die Vorlegung bis zur Kostenerstattung verweigern.

2. Ein entsprechendes **Leistungsverweigerungsrecht** des Vorlegungsverpflichteten ist nicht von Amts wegen zu berücksichtigen, sondern von dem Vorlegungsverpflichteten unter Mitteilung der zu erwartenden Kosten geltend zu machen.

d) Zahnärztliche Behandlung

aa) Begründung bei Überschreitung des 2,3-fachen Gebührensatzes muss leistungsbezogen sein

OLG Köln, Beschluss v. 13.03.2015 - 5 U 110/14

RID 17-01-296

juris = GesR 2017, 53
GOZ §§ 5 II, 10 III

Es reicht für eine **Begründung** i.S.v. § 10 III i.V.m. § 5 II GOZ nicht aus, zu den Rechnungspositionen, die mit einem **höheren als dem 2,3-fachen Satz** geltend gemacht werden, eine Fülle von Umständen aufzulisten, die vom theoretischen Ansatz her im Allgemeinen einen höheren Gebührensatz rechtfertigen könnten und die möglicherweise die Behandlung des jeweils betroffenen Patienten in ihrer Gesamtheit charakterisieren. Vielmehr stellen § 5 II GOZ bei der Ermessensausübung und § 10 III GOZ bei der Begründungspflicht ausdrücklich auf die **einzelnen Leistungen** ab. Nur dann, wenn sich bei einer konkreten Leistung eine überdurchschnittliche Erschwernis im Sinne von § II GOZ ergibt bzw. eine generell bei der gesamten Behandlung gegebene Erschwernis konkret auswirkt, lässt § 5 II GOZ in Bezug auf diese konkrete Einzelleistung einen höheren als den 2,3-fachen Gebührensatz zu, wobei dies bezogen auf die Einzelleistung verständlich und nachvollziehbar zu begründen ist.

bb) Einhaltung der Schriftform in Heil- und Kostenplan kann unerheblich sein

AG Wuppertal, Urteil v. 08.01.2015 - 391 C 146/13

RID 17-01-297

juris
BGB §§ 242, 611 I

Der Vergütungsanspruch ist nicht analog § 125 BGB wegen fehlender Einhaltung der Schriftform entfallen. Zwar müssen nach § 2 III GOZ Leistungen nach § 1 II 2 GOZ und ihre Vergütungen in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden und bei den über den Eigenanteil abgerechneten Leistungen handelt es sich um nicht medizinisch erforderliche Leistungen i.S.v. § 1 II 2 GOZ. Die **Schriftform** ist wegen der fehlenden Unterschrift der bekl. Patientin unter dem Heil- und Kostenplan nicht eingehalten. Die Bekl. kann sich jedoch nach dem Grundsatz von Treu und Glauben gemäß § 242 BGB auf diesen Formmangel nicht berufen. Sie hat sich die Leistungen selbst ausgesucht, ist über den Unterschied zwischen Kassen- und Privatleistung aufgeklärt worden, hat den schriftlichen Heil- und Kostenplan mitbekommen und wählte zwischen den zwei Plänen den mit den teilweisen Privatleistungen aus und ließ ihn genehmigen. Der Formzweck war daher bereits erfüllt.

2. Private Krankenversicherung

a) Keine Erhebung des Einwands fehlender medizinischer Notwendigkeit

LG Berlin, Urteil v. 01.12.2016 - 23 O 64/16

RID 17-01-298

juris
VVG § 192 I; BGB § 242

Eine Krankenversicherung ist mit dem Bestreiten der **medizinischen Notwendigkeit ausgeschlossen**, wenn sie vorgerichtlich den Einwand fehlender medizinischer Notwendigkeit nicht erhoben hat (§ 242 BGB). Hat der Versicherer die Erwartung einer Erstattung nicht erweckt, kann er, ohne gegen Treu und Glauben zu verstoßen, in einem Rechtsstreit auch solche Einwendungen gegen den erhobenen Erstattungsanspruch geltend machen, die er vorgerichtlich noch nicht erhoben hat (OLG Köln, BeckRS 2014, 03825 Rn. 14; OLG Koblenz, VersR 2004, 1126). Auf diese Freiheit, Einwendungen nachzuschieben, kann sich die Bekl. indessen nicht berufen, weil sie die berechnete Erwartung einer Erstattung im versicherten Umfang der Protonentherapie begründet hat, in dem sie sich ausdrücklich entschieden hat, „im Rahmen einer Einzelfallentscheidung auf freiwilliger Basis die versicherten Leistungen für die Protonentherapie zur Verfügung zu stellen.“

b) Alternative Behandlungsmethoden: Dendritische Zelltherapie bei metastasiertem Brustkrebs

LG Köln, Urteil v. 01.10.2014 - 23 O 85/12

RID 17-01-299

juris
VVG §§ 1 I, 49, 193; AVB § 1 I

Alternative Behandlungsmethoden sind dann als medizinisch notwendig anzusehen, wenn sich die Methode in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt hat und sie in ihrer Wirksamkeit den von der Schulmedizin gebilligten Methoden gleichzustellen ist. Beurteilungsgrundlage bildet auch insoweit die Schulmedizin (vgl. OLG Köln, VersR 1997, 729 <730>). Bei **unheilbaren Krankheiten** ist die objektive Vertretbarkeit der Behandlung bereits zu bejahen, wenn sie nach medizinischen Erkenntnissen als wahrscheinlich geeignet angesehen werden kann, auf eine Verhinderung der Verschlimmerung der Krankheit oder zumindest auf ihre Verlangsamung hinzuwirken. Bei **lebensbedrohenden Erkrankungen** ist nicht erforderlich, dass der Behandlungserfolg näher liegt als sein Ausbleiben; es reicht aus, wenn die Behandlung mit nicht nur ganz geringer Erfolgsaussicht das Erreichen des Behandlungsziels als möglich erscheinen lässt (vgl. BGH, VersR 1996, 1224; OLG Köln, VersR 1997, 729 <730>).

Eine medizinische Notwendigkeit einer hoch experimentellen **Immuntherapie bei metastasiertem Brustkrebs (dendritische Zelltherapie)** ist nicht gegeben.

c) Irreversible Elektrooperation

LG Köln, Teilurteil v. 21.12.2016 - 23 O 139/16

RID 17-01-300

juris
AVB §§ 1 I u. II, 4 VI

Bei einer Behandlung mittels **irreversibler Elektrooperation** handelt es sich nicht um eine **schulmedizinische** Behandlung i.S.v. § 4 VI 1 AVB, auch nicht um eine Methode, die sich i.S.v. § 4 VI 2, 1. Alt. AVB in der Praxis als ebenso erfolgversprechend **bewährt** hat.

d) LASIK-Behandlung medizinisch notwendig

LG Düsseldorf, Urteil v. 21.06.2016 - 9 O 362/14

RID 17-01-301

juris
ZPO § 296a

Bei einer **LASIK-Behandlung** handelt es sich um eine medizinisch notwendige Behandlungsmaßnahme, wenn für eine uneingeschränkte Lebensführung eine **Korrekturbedürftigkeit** besteht und **Augengläser oder Kontaktlinsen** nicht in Betracht kommen.

e) Beschränkung der erstattungsfähigen Versuche künstlicher Befruchtung/Immunglobulinbehandlung

OLG Koblenz, Urteil v. 21.09.2016 - 10 U 952/14

RID 17-01-302

juris
VVG § 1; BGB § 307 I; MB/KK 94 § 1 I, II

Leitsatz: 1. Eine Klausel in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen eines Krankenversicherers, die die **Zahl erstattungsfähiger Versuche künstlicher Befruchtung** (hier: auf maximal drei Versuche je Maßnahme) begrenzt, ist nicht überraschend und führt nicht ohne weiteres zu einer unangemessenen Benachteiligung des Versicherungsnehmers.

2. Ein Anspruch gegen den Krankenversicherer auf Erstattung der Kosten für eine In-vitro-Fertilisation kann im Fall **repetitiven Implantationsversagens** infolge überaktiven Immunsystems der Frau die Kosten ihrer intravenösen **Behandlung mit Immunglobulinen** umfassen. Der Annahme der Anerkennung dieser Methode in der Schulmedizin steht nicht entgegen, dass es sich um einen **Off-label-Use** handelt, der in Ermangelung einschlägiger Leitlinien bislang in solchen auch nicht vorgesehen ist.

f) Künstliche Befruchtung auch bei nichtehelicher Lebensgemeinschaft

OLG Hamm, Urteil v. 11.11.2016 - 20 U 119/16

RID 17-01-303

juris = RuS 2017, 26
VVG §§ 1 S. 1, 192; MB/KK §§ 1 I, 2 S. 1; SGB V § 27a I Nr. 3

Leitsatz: 1. Ein Anspruch gegen den Krankheitskostenversicherer wegen **künstlicher Befruchtung** scheitert (nach den üblichen Bedingungen) nicht daran, dass der Versicherte nicht verheiratet ist, sondern eine **nichteheliche Lebensgemeinschaft** führt.

2. Die **medizinische Notwendigkeit** ist in der Krankheitskostenversicherung objektiv und ex ante zu beurteilen; seinerzeit gegebene Umstände sind zugunsten des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen, auch wenn sie etwa von dem behandelnden Arzt übersehen wurden.

g) Mehrkosten für Krankenhausleistungen durch Wahl eines anderen Krankenhauses

OLG Koblenz, Beschluss v. 16.11.2016 - 10 U 438/16

RID 17-01-304

juris
MB/KK §§ 1 III, 4 I

Leitsatz: Die **Klausel** im Rahmen einer privaten Krankenzusatzversicherung, die Leistungen des Versicherers umfassten im Bereich der Kosten stationärer Heilbehandlung „**Mehrkosten für Krankenhausleistungen**, die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen“, begründet keinen Erstattungsanspruch des Versicherungsnehmers, wenn in der ärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung kein nächstberechtigtes Krankenhaus genannt ist.

h) Pflicht zur Erhebung der Einrede der Verjährung gegen Behandler

LG Tübingen, Urteil v. 05.08.2016 - 1 C 211/15

RID 17-01-305

juris
VVG § 192 I

Ein **Erstattungsanspruch** beschränkt sich auf die Erstattung **rechtlich begründeter Aufwendungen**. Nur tatsächlich bestehende Verpflichtungen können eine Erstattungspflicht begründen. Der Erstattungsanspruch entfällt bei Einwendungen des Versicherungsnehmers oder der mitversicherten Person, die auf eine Befreiung von der Vergütungspflicht zielen oder zu einem Entfallen des Vergütungsanspruches führen, wie etwa bei einem Freistellungsanspruch oder einem Schadensersatzanspruch wegen Behandlungs- oder Aufklärungsmängeln. Voraussetzung für die Erstattungspflicht ist auch die Fälligkeit des Vergütungsanspruches, so dass z.B. bei fehlenden Abrechnungen, die den Anforderungen der GOÄ bzw. der GOZ entsprechen, eine Erstattung nicht verlangt werden kann. Verjährte Vergütungsansprüche sind ebf. nicht erstattungsfähig..

Ein Versicherungsnehmer ist auch im Verhältnis zur Versicherung im Verhältnis verpflichtet, die **Einrede der Verjährung** zu erheben.

i) Krankentagegeldversicherung: Verletzung der gerichtlichen Hinweispflicht

OLG Bamberg, Urteil v. 18.08.2016 - 1 U 24/16

RID 17-01-306

juris = NJW 2016, 3315
ZPO § 139; GG Art. 103 I

Leitsatz (NJW): 1. Das **Gericht** genügt seiner **Hinweispflicht** nach § ZPO § 139 ZPO nicht schon durch allgemeine und pauschale Hinweise, sondern nur, wenn es gezielt und konkret entscheidungserhebliche Mängel im Sachvortrag anspricht und den Parteien die Möglichkeit eröffnet, ihren Vortrag sachdienlich zu ergänzen (Anschluss an BGH BeckRS 2013, 18555 Rn. 33; BeckRS 2013, 07096 Rn. 12 f.).

2. Hat der Versicherungsnehmer einer **Krankentagegeldversicherung** im Prozess um Krankentagegeldleistungen bislang nicht ausreichend zu seiner **Berufstätigkeit** und dazu vorgetragen, warum er den zuletzt konkret ausgeübten Beruf in keiner Weise mehr ausüben konnte (vgl. dazu OLG Saarbrücken BeckRS 2008, 05657 m.w.N.), verletzt das Gericht seine **Hinweispflicht**, wenn es im Termin lediglich in allgemeiner Form auf prozessrechtliche Bedenken gegen die Erfolgsaussichten der Klage hinweist. Erforderlich ist ein Hinweis darauf, was das Gericht konkret vom Versicherungsnehmer noch an Vortrag erwartet und in welchen Punkten es Darlegungen hinsichtlich seiner Tätigkeit noch als ergänzungsbedürftig erachtet.

j) Zahnärztliche Behandlung

aa) Begründung eines Steigerungssatzes bei kieferorthopädischer Behandlung

LG Hamburg, Urteil v. 30.06.2016 - 306 O 415/13

RID 17-01-307

juris
GOZ § 5

Die Begründung „**Kieferumformung**“ ist mit den Händen zu greifen kein tragfähiger Grund für eine Steigerung auf den 3,5-fachen Satz, denn sie ist Inhalt der Kernposition.

Die Begründung „**besondere Schwierigkeit und Zeitaufwand**“ könnte eine Begründung sein. Vorliegend wird die Steigerung aber explizit begründet mit „**Eingliederung von festen Aufbissen zur Okklusionsunterbrechung**, die wiederholt adjustiert werden müssen“. Diese Begründung ist nicht tragfähig, da die Eingliederung von festen Aufbissen zur Okklusionsunterbrechung für den Oberkiefer eine eigene Abrechnungsposition hat. Dies gilt bezüglich des Unterkiefers auch für den Zeitaufwand wegen Abrasionen.

Die **Einstellungen am Röntgengerät** müssen stets und nicht nur im Steigerungsfall individuell vorgenommen werden, es wird auch jeweils ein spezieller Strahlenschutz der Schilddrüse und Wirbelsäule angelegt. Dies kann keine Steigerung implizieren.

Die **adhäsive Befestigung**, also das Kleben eines Brackets auf den jeweiligen Zahn, ist mit der Nr. 2197 GOZ abrechenbar neben der Nr. 6100 GOZ.

bb) Ziff. 9150 GOZ, Ziff. 250 GOÄ und Analogabrechnung von Ziff. 2040, 2330, 7000 GOZ

AG Köln, Urteil v. 24.11.2015 - 146 C 113/14

RID 17-01-308

juris
VVG § 192 I

Ziff. 9150 GOZ kann nur einmal je Kieferhälfte berechnet.

Ziff. 7000 analog GOZ kann neben Ziff. 9003 GOZ berechnet werden, da diese Ziffer das „Verwenden einer Orientierungsschablone/Positionierungsschablone zur Implantation“ zum Gegenstand hat.

Eine Berechnung der **Ziff. 2040 analog GOZ** für einen Optragate-Lippenschutz ist nicht berechtigt. Das Anlegen einer Lippen offen haltenden und schützenden Vorrichtung ist eine unselbständige Hilfsleistung. Die Maßnahme ist bereits gemäß § 4 III GOZ („Anwendung von Instrumenten und Apparaten“) abgegolten.

Die Analogleistung für das Anfärben zur Kariesdiagnostik ist nach Kosten- und Zeitaufwand in Relation zur Hauptleistung nach **Ziff. 2330 GOZ** nicht gleichwertig.

Ziff. 250 GOÄ kann bei Entnahme des Blutes zur Durchfeuchtung des Augmentats aus einer Vene berechnet werden. Es muss sich dabei um unkontaminiertes Blut handeln, nicht um aufgesaugtes Sickerblut aus der Mundhöhle.

3. Beihilfe

a) Voraussetzungen einer Arztrechnung

VG München, Urteil v. 13.10.2016 - M 17 K 16.3302

RID 17-01-309

juris
BBhV § 6; GOÄ § 12

Bei den **formellen Voraussetzungen** nach § 12 II GOÄ handelt es sich um **Mindestanforderungen**, die für die Nachprüfung der Rechnung notwendig sind und ohne die die Vergütung des Arztes nicht fällig wird (vgl. § 12 Abs. 1 GOÄ).

Fehlen in einer Rechnung neben der konkreten Bezifferung der Materialkosten die Bezeichnungen der berechneten Leistungen (§ 12 II Nr. 2 GOÄ), der jeweilige sich aus der Anwendung des Steigerungssatzes ergebende Betrag (§ 12 II Nr. 2 GOÄ) sowie die Begründung des jeweils angesetzten 3,5fachen Steigerungssatzes (§ 12 III GOÄ), dann wird der Zahlungsanspruch des behandelnden Arztes nicht **fällig**.

b) Vorlage weiterer Behandlungsunterlagen

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 23.11.2016 - 1 A 2574/15

RID 17-01-310

juris
BVO NRW § 3 II 2

Geht es nicht (nur) darum, ob bestimmte Untersuchungen bzw. Behandlungen/Behandlungsarten allgemein beihilfefähig sind, sondern wesentlich gerade (auch) darum, ob die vorgenommenen Untersuchungen und Behandlungen nach Häufigkeit und (intensivem) Einsatz bestimmter Behandlungsmittel/-methoden gerade in dem konkreten Behandlungsfall **medizinisch indiziert** und zugleich **wirtschaftlich angemessen** gewesen sind, so können lediglich punktuell vorhandene Informationen unzureichend sein und muss daher ggf. die gesamte Krankenakte des betroffenen Patienten ausgewertet werden.

c) Zweifel an Notwendigkeit und Angemessenheit einer Behandlung

VG Aachen, Urteil v. 25.09.2015 - 7 K 1693/14

RID 17-01-311

juris
BhV § 3 II NRW

Leitsatz: Zweifel an Notwendigkeit und Angemessenheit einer **Behandlung** gehen bei unzureichender Mitwirkung des Beihilfeberechtigten zu seinen Lasten.

Bei nachvollziehbar dargelegten umfassenden Zweifeln der Beihilfestelle erübrigt sich eine Benennung einzelner zweifelhafter Rechnungspositionen.

d) Periradikuläre Therapie durch CT-gesteuerte Steroidapplikationen

VG Würzburg, Urteil v. 27.09.2016 - W 1 K 14.900

RID 17-01-312

juris
BhV Bayern § 7 I 1

Die **periradikuläre Therapie durch CT-gesteuerte Steroidapplikationen** ist nicht nach § 7 IV oder V BayBhV von der Beihilfefähigkeit ganz oder teilweise ausgeschlossen, da sie nicht in der Liste der Anl. 2 zu § 7 V BayBhV aufgeführt ist. Ist eine Behandlungsmethode nicht von vornherein von einem vollständigen oder teilweisen Beihilfeausschluss erfasst, so folgt allein daraus jedoch noch nicht ihre Beihilfefähigkeit. Vielmehr kommt es dann auf die Voraussetzungen der medizinischen Notwendigkeit und der Angemessenheit an. Eine Behandlungsmethode ist **medizinisch notwendig**, wenn sie wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und die entsprechende Indikation zu ihrer Anwendung ärztlicherseits festgestellt wurde. **Wissenschaftlich allgemein anerkannt** ist eine Therapieform dann, wenn sie von der herrschenden oder doch überwiegenden Meinung in der medizinischen Wissenschaft für die Behandlung der jeweiligen Krankheit als wirksam und geeignet angesehen wird (st. Rspr., z.B. BVerwG, Beschl. v. 15.07.2008 - 2 B 44.08 - juris Rn. 4). Für die CT-gesteuerte Steroidapplikation liegen diese Voraussetzungen nicht vor.

e) Neben einer PET auch Computertomographie zur Findung eines Karzinoms

VG Regensburg, Urteil v. 24.08.2016 - RO 8 K 16.725

RID 17-01-313

juris
BBhV 3 6; GOÄ § 4

Auch die **Verbesserung der diagnostischen Möglichkeiten** rechtfertigt aus medizinischer Sicht, dass neben einer **PET auch Computertomographien** durchgeführt werden. In erster Linie hat der behandelnde Arzt zu entscheiden, welche Verfahren er im Einzelnen benötigt um eine zuverlässige medizinische Beurteilung abgeben zu können. Bei Anwendung beider Verfahren handelt es sich dann aber um **jeweils selbständige ärztliche Leistungen** im Sinne von § 4 II 1 GOÄ.

f) Behandlung von Lungenkrebs mit dendritischen Zellen

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 14.11.2016 - 1 B 943/16

RID 17-01-314

juris
BhV NRW § 4 IV; VwGO § 123

Leitsatz: Aufwendungen für eine Therapie mit **dendritischen Zellen** zur Behandlung von **Lungenkrebs** sind nicht beihilfefähig.

g) Anthroposophische Anamnese

OVG Sachsen, Urteil v. 07.10.2016 - 2 A 138/15

RID 17-01-315

juris
BhV Sachsen § 5 I 2; GOÄ § 6 II

Eine (direkte) Anwendung der Nr. 30, 31 GOÄ kommt bei einer Behandlung, die keine homöopathische, sondern eine **anthroposophische Anamnese** beinhaltet, nicht in Betracht. Einer

analogen Anwendung steht entgegen, dass die anthroposophischen Anamnesen nicht den in Nrn. 30 und 31 der GOÄ gleichwertig sind.

h) Photodynamische Therapie

VG München, Urteil v. 13.10.2016 - M 17 K 15.2600

RID 17-01-316

juris
BhV Bayern § 7

Bei der Behandlung mit dem Substanzen Hypericin, Chlorin E 6 und Curcumin im Rahmen einer **Photodynamischen Therapie** handelt es sich um keine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode. Im Ergebnis fehlt es daher an der medizinischen Notwendigkeit der entsprechenden Aufwendungen gemäß § 7 I 1 Nr. 1 BayBhV.

i) Keine Beihilfefähigkeit der radialen Stoßwellentherapie

VG Saarland, Urteil v. 22.12.2016 - 6 K 136/15

RID 17-01-317

juris
BhV Saarland §§ 4, 5

Leitsatz: Bei der **radialen Stoßwellentherapie** handelt es sich **nicht** um eine wissenschaftlich allgemein **anerkannte Behandlungsmethode**.

j) Kataraktoperation mittels Femtosekundenlaser

VG Köln, Urteil v. 10.11.2016 - 1 K 3094/16

RID 17-01-318

juris
BBhV § 6

Wissenschaftliche Behandlungsmethode ist die wissenschaftlich anerkannte Behandlung des grauen Stars durch extrakapsuläre Operation und Einsetzung einer intraokularen Linse. Die Verwendung eines **Femtosekundenlasers** wandelt diese Behandlung nicht in eine eigenständige, hiervon zu unterscheidende Behandlungsmethode um, sondern dieser dient lediglich als Werkzeug bei der Operation. Zudem ist die Eignung und Wirksamkeit der Nutzung des Femtosekundenlasers als Werkzeug bei der Kataraktoperation wissenschaftlich anerkannt.

Parallelverfahren:

VG Köln, Urteil v. 10.11.2016 - 1 K 4550/16

RID 17-01-319

juris

k) Katarakt-Operation unter Einsatz eines Femtosekundenlasers

VG München, Urteil v. 08.12.2016 - M 17 K 16.483

RID 17-01-320

juris
BBhV § 6

Die Behandlung mit einem Femtosekundenlaser ist **wissenschaftlich** allgemein **anerkannt**. Für die **medizinische Notwendigkeit** ist allein Voraussetzung, dass die in Rede stehenden Aufwendungen durch eine medizinisch gebotene Behandlung entstanden sind. Es ist nicht auf die **Operationstechnik** abzustellen. Die Frage, ob angesichts der höheren Kosten der Laseroperation eine andere Behandlungsmethode hätte gewählt werden sollen, ist dagegen allenfalls eine Frage der wirtschaftlichen Angemessenheit. Die Kataraktoperation mittels Femtosekundenlaser kann auch bereits aufgrund der bestehenden Vorschädigung des Auges medizinisch geboten sein (hier bejaht). Grundsätzlich ist bei der **ärztlichen Methodenwahl** der sicherste und schonendste Weg zu wählen. Die Kataraktoperation mittels Femtosekundenlaser ist gegenüber der herkömmlichen Kataraktoperation das sicherere und schonendere Verfahren, so dass diese Operation auch **wirtschaftlich angemessen** ist.

l) Psychotherapeutische Trauerbegleitung als Lebensberatung nicht beihilfefähig

VG Würzburg, Urteil v. 26.07.2016 - W 1 K 14.1299

RID 17-01-321

juris

BG Bayern Art. 96; BBhV §§ 7 I 1, 9, 13; KHEntgG §§ 17, 18

Aufwendungen für eine **Trauerbegleitung** werden als **Lebensberatung** vom Ausschlussstatbestand des § 13 Satz 3 BayBhV erfasst und sind somit nicht beihilfefähig.

Die Erstattungsfähigkeit **psychotherapeutischer Behandlung** setzt die Durchführung eines **Anerkennungsverfahrens** nach § 9 II 1 Nr. 3 BayBhV vor Beginn bzw. Verlängerung der Behandlung voraus.

m) Ausschlusses von Aufwendungen für sog. konduktive Förderung nach Petö

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 05.01.2017 - 1 A 2257/15

RID 17-01-322

juris

BhV § 6 II 2

Der Ausschlusses von Aufwendungen für die sog. **konduktive Förderung nach Petö** von der Beihilfefähigkeit nach § 6 II 2 BhV i.V.m. Abschnitt 1 Nr. 11.5 der Anl. 1 zu § 6 II BhV ist rechtmäßig, weil diese Behandlung **keine wissenschaftlich anerkannte Methode** darstellt.

n) Beschränkung der Beihilfe für Dialysebehandlungen in den USA

VG Ansbach, Urteil v. 17.01.2017 - AN 1 K 16.01411

RID 17-01-323

juris

BBhV § 11

Aufwendungen für **Leistungen außerhalb der Europäischen Union** sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Gegen diese in § 11 I 3 BBhV vorgenommene **Beschränkung** ist rechtlich nichts zu erinnern.

o) Voruntersuchung zu stationärer Operation außerhalb § 115a SGB V keine Wahlleistung

VG Würzburg, Urteil v. 08.09.2016 - W 1 K 16.921

RID 17-01-324

juris

BG Bayern Art. 96; SGB V § 115a; KHEntgG § 17; BhV Bayern § 28

Kosten für Leistungen im Rahmen einer **Voruntersuchung** zu einer **stationär durchgeführten Operation** außerhalb des Zeitrahmens nach § 115a SGB V sind **keine Wahlleistungen** im Krankenhaus. Liegen damit ambulante ärztliche Leistungen vor, ist eine Beihilfeleistung bei gesetzlich krankenversicherten Beihilfeberechtigten ausgeschlossen.

p) Stationäre Behandlung

aa) Aufwendungen für Leistungen in Privatklinik

VG Gelsenkirchen, Urteil v. 18.11.2016 - 3 K 1277/13

RID 17-01-325

juris

BhV §§ 6, 26

Leitsatz: 1. Bei - medizinisch notwendigen - Behandlungen in Krankenhäusern, die das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden (im Folgenden: **Privatkliniken**), sind gemäß § 26 Abs. 2 Satz 1 BBhV a.F. die **Aufwendungen** für Leistungen bis zur Höhe der Aufwendungen für entsprechende Leistungen von Krankenhäusern der Maximalversorgung beihilfefähig.

2. Ausnahmsweise und nur dann, wenn die nach Fallpauschalen abgerechnete Behandlungsmethode aus medizinischer Sicht auch unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts als **ungeeignet**

und damit unvertretbar erscheint, sind die Kosten der Privatklinik unmittelbar aus § 6 Abs. 1 BBhV a.F. in voller Höhe beihilfefähig (hier: verneint).

3. Es ist nicht sachwidrig, das **nächstgelegene Krankenhaus der Maximalversorgung** zur vergleichsweisen Ermittlung der Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen für den Aufenthalt in einer Privatklinik heranzuziehen.

4. Die **Fürsorgepflicht** des Dienstherrn gebietet regelmäßig nicht die Gewährung von Beihilfeleistungen auf Aufwendungen für stationäre Aufenthalte in Privatkliniken über das von der Beihilfeverordnung vorgesehene Maß hinaus.

bb) Vergleichsberechnung nach Behandlung in Privatklinik: Diagnosebezogene Fallpauschalen

VG Würzburg, Urteil v. 06.09.2016 - W 1 K 15.494

RID 17-01-326

juris

BG Bayern Art. 96; BhV Bayern §§ 7 I 1, 28 II 1, II 2

Die Begrenzung der Beihilfeleistungen für stationäre Behandlungen in Privatkliniken durch eine **Vergleichsberechnung** nach § 28 II BayBhV ist im Begriff der Angemessenheit der Aufwendungen nach Art. 96 II 1 BayBG, § I 1 Nr. 2 BayBhV und mithin in den gesetzlichen und verordnungsrechtlichen Voraussetzungen der Beihilfe angelegt. Dies ist nicht zu beanstanden. Eine Vergleichsberechnung erfolgt nach § 28 II 1 BayBhV **auf der Grundlage diagnosebezogener Fallpauschalen** nach dem DRG-Fallpauschalenkatalog und dem daraus berechneten relevanten Basisfallwert und nicht anhand der Pflegesätze des nächstgelegenen Krankenhauses der Maximalversorgung nach § 28 II 2 BayBhV.

cc) Kostenvergleich anhand von Fallpauschalen: Krankheitsbild maßgeblich

VG Würzburg, Urteil v. 26.07.2016 - W 1 K 15.323

RID 17-01-327

juris

BhV §§ 7 I 1, 28 II 1 Nr. 1, 49 II

Maßgeblich für den **Kostenvergleich anhand von Fallpauschalen** ist das konkret zu behandelnde **Krankheitsbild**, welches anhand eines Berechnungsprogrammes „webgrouper“ anhand der vorliegenden Haupt- und Nebendiagnosen einer bestimmten Fallpauschale zuzuordnen ist.

dd) Begrenzte Kostenerstattung für Aufwendungen in Privatklinik (Fallpauschale)

VG Augsburg, Urteil v. 20.10.2016 - Au 2 K 14.1167

RID 17-01-328

juris

BBG § 80 IV; BhV §§ 24, 26

Gibt es für das **Krankheitsbild** eine **Fallpauschale** nach dem Krankenhausentgeltgesetz, so sind die **Aufwendungen in einer Privatklinik** nur bis zur Höhe nach dem Krankenhausentgeltgesetz beihilfefähig.

ee) Vergleichsberechnung: Behandlung einer mittelgradigen depressiven Episode in Privatklinik

VG Minden, Urteil v. 14.04.2016 - 4 K 1325/15

RID 17-01-329

juris

BVO NRW §§ 3 I Nr. 1, 4 I Nr. 2 S. 2; SGB V § 108

Nach BVO NRW sind Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind (**Privatkliniken**), nur insoweit als anzuerkennen, als sie den Kosten entsprechen, die die dem Behandlungsort nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik nach § 108 SGB V) für eine medizinisch gleichwertige Behandlung abzüglich eines Betrages von 25 € täglich für höchstens 30 Tage im Kalenderjahr berechnen würde. Bei der danach gebotenen **Vergleichsberechnung** kommt es nicht auf die **Vergleichbarkeit** der in dem behandelnden Krankenhaus angewendeten **Behandlungsmethoden** mit denjenigen der Universitätsklinik an. Denn der (Gesetz- und) Verordnungsgeber sieht die Behandlung in einer

Universitätsklinik grundsätzlich als zumutbare Alternative zu einer vom Beihilfempfänger tatsächlich gewählten Behandlung in einem Krankenhaus ohne Zulassung nach § 108 SGB V an, weil die Universitätskliniken als Klinken der Maximalversorgung regelmäßig alle Leistungen, d.h. medizinisch gleichwertige Behandlungen, erbringen, die für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Patienten notwendig sind.

ff) Kostenvergleich anhand von Fallpauschalen

VG München, Urteil v. 27.10.2016 - M 17 K 15.4816

RID 17-01-330

juris

BhV Bayern § 28; KHEntgG §§ 9, 10; KHG § 17b

Maßgeblich für den **Kostenvergleich** anhand von **Fallpauschalen** ist das konkret zu behandelnde **Krankheitsbild**, nicht hingegen die angewendete Behandlungsmethode oder die von der Privatklinik angewendete Abrechnungsmethode nach Fallpauschalen oder Pflegesätzen. Ausschlaggebend hierfür sind zum einen die vorliegenden Haupt- und Nebendiagnosen, daneben auch etwaige Komplikationen, die Behandlungsdauer, die Dauer einer etwaigen Beatmung sowie patientenbezogene Faktoren wie Alter, Gewicht etc.

Es ist auf die **effektive Bewertungsrelation** resp. das effektive Kostengewicht und nicht auf die Basisbewertungsrelation resp. das Basiskostengewicht abzustellen.

gg) Rechtmäßigkeit einer Höchstbetragsregelung bei Behandlung in einer Privatklinik

VG Trier, Urteil v. 03.06.2016 - 1 K 406/16.TR

RID 17-01-331

juris

BhV Rheinland-Pfalz § 26

Es ist nicht zu beanstanden, wenn der Verordnungsgeber die Beihilfefähigkeit durch **Höchstbetragsregelungen** begrenzt. Die Ermittlung des Höchstbetrags unter Heranziehung der durchschnittlichen beihilfefähigen Aufwendungen, die in zugelassenen Krankenhäusern anfallen, begegnet keinen Bedenken.

hh) Ärztlich verordnete Verlegungsfahrten zwischen zwei Krankenhäusern

VG Augsburg, Urteil v. 03.11.2016 - Au 2 K 16.1297

RID 17-01-332

juris

BBhV § 31 II

Ob zwingende **medizinische Gründe** eine **Verlegung** rechtfertigen, kann nur von einem Arzt sachgerecht beurteilt werden, wobei der Festsetzungsstelle das Letztentscheidungsrecht ggf. nach gutachterlicher Überprüfung zukommt. Eine Verlegung kann auch von einem Krankenhaus mit höherer Versorgungsstufe in ein **Krankenhaus mit einer niedrigeren Versorgungsstufe** erfolgen. Dies wird z.B. der Fall sein, wenn das Leistungsspektrum eines Krankenhauses mit höherer Versorgungsstufe für die weitere Behandlung nicht mehr erforderlich ist und so Kapazitätsengpässe für Erkrankte, die einer entsprechend intensiven Behandlung bedürfen, vermieden werden. Aufwendungen für eine Verlegungsfahrt sind nicht notwendig, wenn eine Verlegung in ein **wesentlich weniger weit entferntes Krankenhaus** möglich ist. Das im Rahmen einer Verlegung aus medizinischen Gründen aufnehmende Krankenhaus muss nicht wohnortnäher sein.

q) Eingeschränkter Beihilfeanspruch bei Bestehen einer gesetzlichen Krankenversicherung

VG München, Urteil v. 17.12.2015 - M 17 K 15.2786

RID 17-01-333

juris

BhV Bayern § 6; VwVfG § 48; BG Bayern Art. 96 II

Erfolgt eine Rechnung für eine „privatärztliche Liquidation gemäß GOÄ“, so wird ein Arzt nicht als **Heilpraktiker** tätig

Der Umstand, dass beim Bestehen einer **gesetzlichen Krankenversicherung** nur ein eingeschränkter Beihilfeanspruch besteht, ergibt sich direkt aus dem Gesetz (Art. 96 II 5 BayBG).

r) Belastungsgrenzenregelung NRW rechtswidrig

VG Düsseldorf, Urteil v. 29.11.2016 - 26 K 6158/15

RID 17-01-334

juris

GG Art. 33 V; BG NRW § 77 VIII; BhV NRW §§ 4 I Nr. 7, 15

Leitsatz: 1. Mit der **Belastungsgrenzenregelung** des § 15 BVO NRW in ihrem Gesamtgefüge wird der nordrhein-westfälische Verordnungsgeber für das Kalenderjahr 2014 der aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn folgenden verfassungsrechtlichen Vorgabe, durch eine abstrakt-generelle Härtefallregelung zu verhindern, dass dem Beamten nicht erhebliche Aufwendungen verbleiben, die im Hinblick auf die Höhe der Alimentation nicht mehr zumutbar sind, nicht in hinreichendem Maße gerecht, was zur **Rechtswidrigkeit** dieser Regelung führt.

2. Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn gebietet es für **Chroniker** im Sinne der Chroniker-Richtlinie die Belastungsgrenze nicht erst bei der anzunehmenden absoluten Obergrenze von 2 %, sondern bereits bei **1 % der Brutto-Vorjahresbezüge** als erreicht anzusehen.

3. Ob aus der Rechtswidrigkeit des § 15 BVO NRW folgt, dass der in § 4 Abs. 1 Nr. 7 Satz 2 Nr. 2 BVO NRW geregelte grundsätzliche **Beihilfeausschlusses für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel** im Jahr 2014 dennoch wirksam war, oder ob hieraus für das Jahr 2014 die Unwirksamkeit des § 4 Abs. 1 Nr. 7 Satz 2 Nr. 2 BVO NRW folgt, bleibt offen. Geht man von der Unwirksamkeit des § 4 Abs. 1 Nr. 7 Satz 2 Nr. 2 BVO NRW im Jahr 2014 aus, gilt auch für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel der Grundsatz der Beihilfefähigkeit der nach Art und Umfang schriftlich verordneten apothekenpflichtigen Arzneimittel gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 7 Satz 1 BVO NRW. Geht man hingegen von der Wirksamkeit des § 4 Abs. 1 Nr. 7 Satz 2 Nr. 2 BVO NRW im Jahr 2014 aus, folgt unmittelbar aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn, dass ein Härtefallanspruch eines Beihilfeberechtigten auf die Gewährung von Beihilfe für Aufwendungen für die Beschaffung notwendiger ärztlich verordneter nichtverschreibungspflichtiger Arzneimittel besteht, soweit diese Aufwendungen ggf. zusammen mit der Kostendämpfungspauschale und anderen Selbsthalten die maßgebliche Belastungsgrenze übersteigen, welche für Chroniker nach der Chroniker-Richtlinie bei 1 % und für sonstige Beihilfeberechtigte bei 2 % der Vorjahresbruttobezüge anzusetzen ist.

s) Rückforderung von Beihilfe wegen Abrechnungsbetrugs

VG Karlsruhe, Urteil v. 30.06.2016 - 9 K 5293/15

RID 17-01-335

Berufung zugelassen

juris

BhV BW §§ 5, 17; VwVfG § 48

Leitsatz: 1. Ein „**Einwirken**“ im Sinne des § 48 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 LVwVfG hat in subjektiver Hinsicht nicht zur Voraussetzung, dass der Begünstigte den rechtswidrigen Verwaltungsakt durch ein ziel- und zweckgerichtetes Handeln hervorgerufen hat.

2. Jedoch muss er im Falle **unrichtiger Angaben** diese zumindest im Bewusstsein ihrer Rechtserheblichkeit übermittelt haben.

3. Davon ist insbesondere dann auszugehen, wenn er erkennt, dass der begehrte Verwaltungsakt auf der Grundlage seiner Angaben und dessen Rechtmäßigkeit von der **Richtigkeit der übermittelten Daten abhängt**.

t) Zahnärztliche Behandlung

aa) Begründungsanforderungen für überdurchschnittlichen Aufwand

VG Düsseldorf, Urteil v. 13.12.2016 - 26 K 4790/15

RID 17-01-336

juris

BhV NRW § 3 I; GOZ §§ 5, 10

Leitsatz: **Mindestanforderung** für die Rechtmäßigkeit der Abrechnung zahnärztlicher Leistungen oberhalb des 2,3fachen Gebührensatzes (sog. **Schwellenwert**) ist, dass hinsichtlich der in § 5 Abs. 2 S. 1 GOZ genannten Bemessungskriterien ein **überdurchschnittlicher Aufwand** vorlag. Dieser überdurchschnittliche Aufwand muss sich für einen medizinischen Laien verständlich und nachvollziehbar aus der gemäß § 10 Abs. 3 S. 1 GOZ erforderlichen Begründung in der dem Zahlungspflichtigen erteilten Rechnung ablesen lassen. Hierfür muss in der Begründung der Aufwand der erbrachten Leistung in Verhältnis gesetzt werden zum durchschnittlichen Aufwand vergleichbarer Leistungen.

Parallelverfahren:

VG Düsseldorf, Urteil v. 13.12.2016 - 26 K 7220/15

RID 17-01-337

juris

bb) Ermittlung der Anzahl der beihilfefähigen Implantate

VG Sigmaringen, Urteil v. 20.12.2016 - 3 K 469/14

RID 17-01-338

juris

BhV BW Ziff. 1.2.4 S. 2

Leitsatz: Für die Ermittlung der **Anzahl der beihilfefähigen Implantate** nach Ziff. 1.2.4 Satz 2 Halbs. 1 der Anlage zur BVO ist **jede einzelne Kieferhälfte** für sich zu betrachten. Eine Summenbildung über einzelne Kieferhälften hinweg ist jedenfalls dann unzulässig, wenn die Aufwendungen eindeutig einzelnen Regionen zugeordnet werden können.

cc) Keine Beratung nach Nr. 34 GOÄ bei chronischer Parodontitis

VG Köln, Urteil v. 21.10.2016 - 19 K 4392/15

RID 17-01-339

juris

BVO NRW § 3 I

Eine **Beratung nach Nr. 34 GOÄ** muss im Zusammenhang mit einer nachhaltig **lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung** erfolgen. Eine **chronische Parodontitis** ist keine gravierende Erkrankung im Sinne der Nr. 34 GOÄ. Allein die Tatsache, dass die Beratungsleistung des Zahnarztes eine Aufklärung vor einem operativen Eingriff umfasste, rechtfertigt nicht den Ansatz der Nr. 34 GOÄ.

dd) Nr. 2197 GOZ (adhäsive Befestigung) neben Nr. 6100 GOZ (Eingliederung eines Klebebrackets)

OVG Sachsen, Beschluss v. 23.12.2016 - 2 A 624/16

RID 17-01-340

juris

GOZ Nr. 2197, 6100

Ob eine Erstattung von Kosten auf Grundlage der **Nr. 2197 GOZ** (adhäsive Befestigung) neben einer Anwendung der **Nr. 6100 GOZ** (Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel) angezeigt ist, ist noch nicht ober- oder höchstrichterlich entschieden. Eine **Berufung** ist daher **zuzulassen**.

ee) Beschränkung kieferorthopädischer Behandlungen bis zum 18. Lebensjahr

VG Köln, Urteil v. 21.11.2016 - 1 K 4707/14

RID 17-01-341

juris

BBhV §§ 6 I 1, 15 II

Die Einschränkung der Beihilfefähigkeit **kieferorthopädischer Behandlungen** nach **Abschluss des 18. Lebensjahres** ist auch mit der beamtenrechtlichen Fürsorgepflicht vereinbar.

Parallelverfahren:

VG Köln, Urteil v. 10.11.2016 - 1 K 5515/15

RID 17-01-342

juris

V. Verschiedenes

1. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)

a) Anspruch eines Strafgefangenen auf umfassende Einsicht in Krankenakte

BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 20.12.2016 - 2 BvR 1541/15

RID 17-01-343

juris

GG Art. 1 I, 2 I, 19 IV; EMRK Art. 8

Bezogen auf den Zugang zu Krankenakten gebieten das Recht auf Selbstbestimmung und die personale Würde des Patienten (Art. 2 I i.V.m. Art. 1 I GG), jedem Patienten gegenüber seinem Arzt und Krankenhaus grundsätzlich einen Anspruch auf **Einsicht** in die ihn betreffenden **Krankenunterlagen** einzuräumen (vgl. BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschl. v. 16.09.1998 - 1 BvR 1130/98 - juris Rn. 8). Dieses Einsichtsrecht ist zwar von Verfassungs wegen nicht ohne Einschränkungen gewährleistet. Es hat seine Grundlage aber unmittelbar in dem grundrechtlich gewährleisteten Selbstbestimmungsrecht des Patienten und muss daher nur zurücktreten, wenn ihm entsprechend wichtige Belange entgegenstehen (vgl. BVerfGK 7, 168 <174>; BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschl. v. 16.09.1998 - 1 BvR 1130/98 - juris Rn. 9). Bei der demnach notwendigen Abwägung kommt dem Informationsinteresse des Patienten grundsätzlich erhebliches Gewicht zu.

Dieser grundrechtlich verankerte Anspruch besteht auch dann, wenn der Patient im **Strafvollzug** oder Maßregelvollzug untergebracht ist.

Der grundrechtlich verankerte Anspruch des Patienten auf Einsicht in seine Krankenakte wird auch durch die **Wertungen des Art. 8 EMRK** unterstrichen.

b) Prüfdichte bei Entscheidung über die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 14.09.2016 - 1 BvR 1335/13

RID 17-01-344

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

GG Art. 19 IV

Grundsätzlich ist bei der **Entscheidung über die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes** eine **summarische Prüfung** verfassungsrechtlich unbedenklich; die notwendige **Prüfungsintensität** steigt jedoch mit der **drohenden Rechtsverletzung**, die bis dahin reichen kann, dass die Gerichte unter besonderen Umständen - **wenn sie sich an den Erfolgsaussichten der Hauptsache orientieren wollen** - dazu verpflichtet sein können, die Sach- und Rechtslage nicht nur summarisch, sondern **abschließend zu prüfen** (vgl. BVerfGE 79, 69, 74 f.). Droht einem Antragsteller bei Versagung des einstweiligen Rechtsschutzes eine **erhebliche, über Randbereiche hinausgehende Verletzung in seinen Grundrechten**, die durch eine der Klage stattgebende Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr beseitigt werden kann, so ist - erforderlichenfalls unter eingehender tatsächlicher und rechtlicher Prüfung des im Hauptsacheverfahren geltend gemachten Anspruchs - einstweiliger Rechtsschutz zu gewähren, es sei denn, dass ausnahmsweise überwiegende, **besonders gewichtige Gründe entgegenstehen** (vgl. BVerfGE 79, 69, 75; 94, 166, 216). Denn in diesen Fällen kann das Fachgericht nur im einstweiligen Rechtsschutz eine endgültige Grundrechtsverletzung verhindern. Ausschließlich

auf eine sorgfältige und hinreichend substantiierte Folgenabwägung kommt es nur an, soweit eine - nach vorstehenden Maßstäben durchzuführende - Rechtmäßigkeitsprüfung nicht möglich ist (so BVerfGE 110, 77, 87 f. für das Versammlungsrecht).

2. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Keine Vaterschaftsfeststellung für Embryo

BGH, Beschluss v. 24.08.2016 - XII ZB 351/15

RID 17-01-345

juris = NJW 2016, 3174 = MDR 2016, 1207 = FamRZ 2016, 1849

BGB §§ 1592, 1594, 1600d, 1912; BGBEG Art. 19 I 1; FamFG §§ 169 Nr. 1, 179

Leitsatz: 1. Begehrt ein **Samenspender** die **Feststellung seiner Vaterschaft** für einen im **Ausland** extrakorporal aufbewahrten Embryo, so bestimmt sich das **anzuwendende Recht** allein entsprechend Art. 19 Abs. 1 Satz 2 EGBGB nach dem Personalstatut des Samenspenders.

2. **Vor der Geburt des Kindes** ist nach deutschem Recht eine **Vaterschaftsfeststellung** ebenso wenig möglich wie die Zuerkennung eines vergleichbaren rechtlichen Status.

b) Berichterstattung über Gesundheitszustand einer in der Öffentlichkeit bekannten Person

BGH, Urteil v. 29.11.2016 - VI ZR 382/15

RID 17-01-346

juris

GG Art. 1 I, 2 I, 5 I; BGB §§ 823 I, 1004 I 2

Leitsatz: 1. Der **Schutz der Privatsphäre** umfasst grundsätzlich auch Angaben über den **Gesundheitszustand** eines Menschen. Der Betroffene kann sich aber nicht auf ein Recht zur Privatheit hinsichtlich solcher Tatsachen berufen, die er selbst der Öffentlichkeit preisgegeben hat.

2. Betrifft eine **Berichterstattung** die **Privatsphäre**, so ist bei der Abwägung des Interesses des Betroffenen am Schutz seiner Persönlichkeit mit dem Recht des sich Äußernden auf Meinungsfreiheit von entscheidender Bedeutung, ob sich die Berichterstattung durch ein berechtigtes **Informationsinteresse der Öffentlichkeit** rechtfertigen lässt.

3. Es darf der **Presse** nicht generell untersagt werden, öffentliche Verlautbarungen einer in der Öffentlichkeit bekannten Person zu seinem medizinischen Zustand zum Anlass einer Darstellung über die aus medizinischer Sicht zu ergreifenden Maßnahmen und die zur Verfügung stehenden medizinischen Hilfsmittel zu machen.

3. Krankenhäuser

a) Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)

aa) Gewährung eines Zentrumzuschlags: Besonderer Versorgungsauftrag erforderlich

BVerwG, Urteil v. 08.09.2016 - 3 C 6/15

RID 17-01-347

juris

SGB V § 109 II; KHEntgG §§ 2 II 2 Nr. 4, 5 II u. III, 8 I 3, 11, 13, 14 I; KHG §§ 1 I, 17b I 4, 18 V

Leitsatz: Der **Zuschlag** für die besonderen Aufgaben von **Zentren** und Schwerpunkten nach § 5 Abs. 3 KHEntgG setzt voraus, dass das Krankenhaus einen **speziellen Versorgungsauftrag** für diese Aufgaben hat.

OVG Niedersachsen, Urt. v. 15.04.2015 - 13 LC 284/12 - RID 15-02-391 wies die Berufung des Krankenhausträgers zurück, das **BVerwG** die Revision.

Parallelverfahren:

BVerwG, Urteil v. 08.09.2016 - 3 C 13/15

RID 17-01-348

juris

BVerwG, Urteil v. 08.09.2016 - 3 C 12/15

RID 17-01-349

juris

BVerwG, Urteil v. 08.09.2016 - 3 C 11/15

RID 17-01-350

juris

bb) Sicherstellungszuschlag/Geringer Versorgungsbedarf

BVerwG, Beschluss v. 12.10.2016 - 3 B 66.15

RID 17-01-351

juris
KHEntgG § 5 II

Leitsatz: Die **Entscheidungsbefugnis** der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde nach § 5 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG i.d.F. des Fallpauschalengesetzes vom 23. April 2002 erstreckt sich auch auf die **Voraussetzung des geringen Versorgungsbedarfs** nach § 5 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG.

Das **BVerwG** verwarf die Beschwerde der Kl. gegen die Nichtzulassung der Revision durch **VGH Hessen**, Urt. v. 15.07.2015 - 5 A 1839/13 - RID 15-04-304.

b) Krankenhausplan

aa) Geriatrischer Versorgungsbedarf

VG Schleswig-Holstein, Urteil v. 06.09.2016 - 1 A 5/15

RID 17-01-352

juris
KHG §§ 1, 8 I, II

Es ist plausibel, dass der Bedarf nicht einfach und allein nach dem steigenden Anteil bestimmter Altersgruppen, etwa der Anteil der über 65-jährigen oder der über 75-jährigen in der Bevölkerung berechnet worden ist. Es gibt zahlreiche Faktoren, die auf den **Bedarf für eine stationäre geriatrische Behandlung** einwirken können. Dies sind insb. der Ausbau der ambulanten geriatrischen Versorgung, weitere Allokationsprüfungen und Prüfungen nach § 275 SGB V, die Abnahme der mittleren Verweildauer durch die Abnahme des prozentualen Anteils von Patienten mit cerebrovaskulären Erkrankungen und die sog. compression of morbidity (Verlagerung des Auftretens von Krankheiten in ein höheres Lebensalter). Diese Einflussfaktoren rechtfertigen auch den bei der praktischen Bedarfsanalyse vorgenommenen Abschlag in Höhe von 10 %.

Den **vorhandenen Plankrankenhäusern** kommt kein grundsätzlicher Vorrang vor neu hinzutretenden Plankrankenhäusern zu.

bb) Bedarfsanalyse: Einzugsgebiet des Krankenhauses/Auswertung neurochirurgischer Fallzahlen

VG Chemnitz, Urteil v. 06.12.2016 - 6 K 110/12

RID 17-01-353

juris
KHG § 8 II; GG Art. 12, 28 II

Für die Feststellung der **Leistungsfähigkeit** genügt es, wenn hinreichend konkretisierte Pläne vorgelegt werden, aus denen sich insb. die Zahl der zu beschäftigenden Fachärzte und anderen Ärzte im Verhältnis zur geplanten Bettenzahl und die weitere personelle sowie räumliche und medizinisch-technische Ausstattung ergeben, wobei die abschließende Klärung von Einzelfragen noch ausstehen kann. Das vorzulegende Konzept muss daneben eine Beschreibung der räumlichen Ausstattung enthalten und erkennen lassen, dass die Finanzierung des Vorhabens hinreichend gesichert ist, sodass eine an § 2 Nr. 1 KHG ausgerichtete Prüfung der Leistungsfähigkeit möglich ist.

Die **Bedarfsgerechtigkeit** des grundsätzlich geeigneten Krankenhauses lässt sich nur auf der Grundlage einer **Bedarfsanalyse** beurteilen. Diese Bedarfsanalyse basiert vorliegend einerseits auf einem fehlerhaft ermittelten Einzugsgebiet des Krankenhauses der Kl. sowie auf der Auswertung neurochirurgischer Fallzahlen und Belegungstage, deren Grundlage eine die Neurochirurgie nicht umfassend abbildende OPS-Liste ist.

cc) Aufnahme weiterer Planbetten in Krankenhausplan: Einstweiliges Anordnungsverfahren

OVG Thüringen, Beschluss v. 08.12.2016 - 3 EO 658/16

RID 17-01-354

juris

KHG Thüringen § 4; VwGO § 123

Leitsatz: Ein Anspruch auf die Feststellung der **Aufnahme in einen Krankenhausplan** mit weiteren Planbetten setzt im **einstweiligen Verfahren** voraus, dass ein längerfristiger Fehlbedarf überwiegend wahrscheinlich und dieser nicht durch anderweitige medizinische Versorgung sicherzustellen ist. Eine zahlenmäßig hohe Auslastung von 5 Monaten reicht hierfür grundsätzlich noch nicht aus.

c) Zahlungsanspruch gegen Patienten nach Einweisung in Psychiatrie

VG Köln, Urteil v. 15.01.2017 - 7 K 7626/13

RID 17-01-355

juris

PsychKG NRW §§ 13, 32; FamFG § 333

Der **Zahlungsanspruch des Krankenhausträgers** nach § 32 PsychKG NRW ist nicht davon abhängig, dass das Verwaltungsgericht die Feststellung trifft, dass **Ansprüche des Patienten gegen Dritte** nicht bestehen. Der Zahlungsanspruch soll nach dem erkennbaren Sinn der Regelung nur dann bestehen, wenn die Kosten nicht von einer Krankenversicherung oder dem Sozialhilfeträger übernommen werden, was der Regelfall sein dürfte. Wenn sich kein Dritter als Kostenträger findet, soll im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Untergebrachtem der **Patient als Verursacher** die Kosten tragen. Eine Auslegung der Norm, die eine Prüfung und Ausschluss von Ansprüchen des Patienten gegen Dritte fordert, würde den Krankenhausträger dem Risiko aussetzen, dass seine Zahlungsklage wegen eines anderweitigen Anspruchs gegen Dritte abgelehnt wird, er die Ansprüche des Patienten gegen Dritte aber nicht durchsetzen kann und damit letztlich keine Kostenerstattung erlangen kann.

Der Zahlungsanspruch setzt weiter voraus, dass die **Unterbringung rechtmäßig** war. Wird die **gesetzliche Höchstdauer** einer vorläufigen Unterbringung von drei Monaten überschritten, liegt in diesem Zeitraum keine Unterbringung nach den Vorschriften des PsychKG vor.

d) Nothelferanspruch

aa) Kein Anspruch des Nothelfers bei fehlender Bedürftigkeit

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.12.2016 - L 7 SO 3998/15

RID 17-01-356

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB XII §§ 19 III, 25, 82 ff., 90

Leitsatz: 1. Der Anspruch des **Nothelfers** nach § 25 SGB XII besteht in Abgrenzung zum Anspruch des **Hilfebedürftigen** nur dann, wenn der **Sozialhilfeträger** vom Leistungsfall keine **Kenntnis** hat. Nach Kenntnis des Sozialhilfeträgers sind Ansprüche auf Sozialhilfe allein im Sozialrechtsverhältnis zwischen dem Hilfebedürftigen und dem Sozialhilfeträger geltend zu machen.

2. Der **Nothelfer** trägt die materielle **Beweislast** dafür, dass der geltend gemachte Anspruch des Hilfebedürftigen - vorliegend Hilfe bei Krankheit (§ 19 Abs. 3 SGB XII) - besteht.

3. Es ist nicht möglich, einen Nothelfer ohne konkrete Feststellungen zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen des Hilfebedürftigen nach den Grundsätzen über den sozialrechtlichen **Herstellungsanspruch** im Wege einer Amtshandlung so zu stellen, als sei dieser nach Maßgabe der §§ 82 ff., 90 SGB XII tatsächlich hilfebedürftig gewesen.

SG Karlsruhe, Urt. v. 14.08.2015 - S 1 SO 215/15 - RID 15-04-303 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

bb) Keine Verurteilung des Krankenversicherungsträgers nach Beiladung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.10.2016 - L 7 SO 2156/13

RID 17-01-357

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 8 SO 85/16 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB X § 25; SGG § 75 II

Leitsatz: Die **Verurteilung** eines nach § 75 Abs. 2 SGG **Beigeladenen** ist nur möglich, wenn sich entweder derselbe Anspruch gegen den einen oder den anderen Träger richtet oder verschiedene Ansprüche in einem Ausschließlichkeitsverhältnis stehen und sich Anspruchsgrund und Rechtsfolgen im Kern decken. Dies ist nicht der Fall bei einem **Vergütungsanspruch eines Krankenhauses** einerseits und einem **Nothelferanspruch** nach § 25 SGB XII andererseits.

e) Rechtsnatur eines Klinik-Card-Vertrages: Abtretungsvereinbarung (Örtliche Zuständigkeit)

AG Erlangen, Urteil v. 01.04.2015 - 11 C 2018/13

RID 17-01-358

juris

BGB §§ 269; VVG §§ 36, 215

Die **Rechtsnatur des Klinik-Card-Vertrages** ist umstritten. Nach richtiger Auffassung handelt es sich weder um ein selbständiges Garantieverprechen noch um einen Schuldbeitritt, sondern um eine **Abtretungsvereinbarung**, wobei der Patient durch die jeweilige Vorlage der Klinik-Card beim behandelnden Krankenhaus seine Ansprüche gegenüber der Krankenversicherung auf Kostenerstattung an das Klinikum abtritt (vgl. mit ausführlicher Begründung OLG München, Ur. v. 18.10.2005 - 25 U 4903/04 -, bestätigt durch Beschl. v. 20.08.2013 - 25 U 1842/13 - VersR 2014, 694; LG München I, Ur. v. 27.03.2013 - 9 O 13543/12 - alle nach Beck-online).

f) Zentrumszuschlag für besondere Aufgaben eines Krankenhauses

VG München, Urteil v. 09.09.2015 - M 9 K 13.1430

RID 17-01-359

juris

KHEntgG §§ 2 II 2, 5 III

Der Annahme eines Zentrums oder Schwerpunktes i.S.d. § 5 III KHEntgG steht eine fehlende **Ausweisung als Zentrums- und Schwerpunkteinrichtung im Krankenhausplan** entgegen bzw. es muss auf sonstige Weise eine Entscheidung über die Zentrums- oder Schwerpunkteigenschaft, z.B. durch Feststellungsbescheid, getroffen worden sein (offen gelassen von BVerwG, Ur. v. 22.05.2014 - 3 C 8/13 und 3 C 9/13 u.a. -).

Ein **Zentrum** ist eine Einrichtung, die in dem Fachbereich besonders spezialisiert ist, sich auf Grund medizinischer Kompetenz und Ausstattung von anderen Krankenhäusern abhebt und die sich durch die Wahrnehmung spezieller Aufgaben von Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion unterscheidet. Dabei ist ein überregionaler Einzugsbereich nicht zu verlangen und der mittelbare Bezug zur Versorgung stationärer Patienten ausreichend (vgl. BVerwG, aaO.) (hier bejaht).

Es ist sachgerecht und rechtlich nicht zu beanstanden, wenn bei übergreifenden besonderen Aufgaben, die weder durch Fallpauschalen abgegolten sind noch sich weiter aufschlüsseln lassen, **pauschalisierte Abzüge** für die auf ambulante Patienten bzw. Leistungen entfallenden Anteile in prozentualer Höhe gemacht werden.

g) Anforderungen an Gutachten zum Festhalten in der Klinik wegen Durchgangssyndroms

VG Schleswig, Urteil v. 01.12.2016 - 1 A 24/14

RID 17-01-360

juris

VwGO § 43; GG Art. 19 IV; PsychKG Schleswig-Holstein §§ 7, 11

Der Anwendungsbereich des PsychKG-SH ist eröffnet, wenn der Amtsarzt mit dem von ihm diagnostizierten **Durchgangssyndrom** eine psychische Krankheit attestiert. Eine **vorläufige Unterbringung** nach § 11 PsychKG-SH darf durch den Amtsarzt nur angeordnet werden, wenn nach

seiner pflichtgemäßen Einschätzung die Voraussetzung des § 7 PsychKG-SH vorliegen. Diese Einschätzung muss auf einem **Gutachten** im Sinne des § 8 S. 2 PsychKG-SH beruhen. Das Gutachten erfüllt jedoch nicht die inhaltlichen Anforderungen, wenn es nur eine Diagnose einer psychischen Störung aufstellt, ohne dass eine für das Gericht nachvollziehbare Begründung dieser Diagnose gegeben wird (hier: Durchgangssyndrom ohne nähere Angaben zu der festgestellten Symptomatik) und ohne Feststellungen zum Ausschluss der freien Willensbildung und zum Schweregrad der psychischen Störung und der daraus resultierenden Kausalität für die drohende Gefahr.

h) Polizeiliche Gewalt gegen Patientin wegen Verlassens der Klinik bei Lebensgefahr

VG Schleswig, Urteil v. 01.12.2016 - 1 A 181/14

RID 17-01-361

juris

VwGO § 43 I; GG Art. 19 IV; LVwG Schleswig-Holstein §§ 32 ff., 250 PsychKG-SH

Die Anwendung von **polizeilicher Gewalt** gegen eine Patientin und die Mithilfe bei deren Fesselung können als **unmittelbarer Zwang** nach § 250 LVwG im Rahmen einer Amtshilfe gemäß der §§ 32 ff. LVwG zur Vornahme einer durch den Amtsarzt angeratenen **Fesselung** gerechtfertigt sein, wenn die Fesselung einer untergebrachten Person von den behandelnden Ärzten angeordnet wird (hier: wegen Verlassen der Klinik trotz Lebensgefahr nach Schädel-Hirn-Trauma). Ob die Zwangsmedikation und die Zwangsbehandlung für sich in dieser Situation zulässig waren, muss nicht geklärt werden, da die Bekl. nach § 34 II LVwG hierfür keine Verantwortung trägt.

i) Konkludenter Vertragsschluss mit Krankenpfleger nach Tätigkeitsaufnahme

AG Remscheid, Urteil v. 27.09.2016 - 7 C 32/16

RID 17-01-362

juris

BGB § 611

Schaltet ein **Krankenhaus** eine **Personalvermittlungsfirma** für eine vorübergehende Honorartätigkeit eines **Fachkrankenpflegers** für Intensiv- und Anästhesiemedizin ein, unterzeichnet es aber den von der Firma übermittelten „Honorarvertrag“ nicht, kommt dennoch der Vertrag **konkludent** dadurch zustande, dass das Krankenhaus sich die Dienste des Pflegers gefallen lässt, ohne ausdrücklich etwas Abweichendes zu vereinbaren.

j) Freiberuflich selbstständige Pflegefachkraft im Nachtdienst

SG Leipzig, Urteil v. 23.08.2016 - S 8 KR 204/15

RID 17-01-363

juris

SGB IV § 7 I

Leitsatz: Zum Status einer **examinierten Krankenschwester** als **selbstständig** Tätige.

k) Rechtsschutzbedürfnis für eine sog. flankierende Anfechtungsklage

VG Saarland, Urteil v. 30.05.2016 - 2 K 1239/13

RID 17-01-364

juris

VwGO § 42 II

Das **Rechtsschutzbedürfnis für eine sog. flankierende Anfechtungsklage** im krankenhausrechtlichen Planbettenstreit lag ursprünglich nicht vor, denn die Kl. erhob die Klage, obwohl sie im Rahmen der bereits anhängigen Verpflichtungsklage geltend machte, ihr stehe ein gesetzesakzessorischer Anspruch auf Planaufnahme innerhalb eines nicht gedeckten Bedarfs im Fachbereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie zu. Der Gegenstand ihres Klagebegehrens war daher gerade nicht die Zulassung ihres Versorgungsangebotes in Konkurrenz zu einem anderen Anbieter im betreffenden Fachbereich.

Das Rechtsschutzbedürfnis für die Anfechtungsklage ist auch nicht **nachträglich** dadurch entstanden, dass jener „Vorsorgefall“ durch die nachfolgende Entscheidung der Kammer im Urt. v. 08.04.2014 (2 K 495/12) mit der Verpflichtung des Bekl. lediglich zur **Neubescheidung** eingetreten ist, denn die der

Anfechtungsklage zuge dachte Hilfsfunktion zur Absicherung des Anspruchs auf Neubescheidung kommt dieser nicht zu, weil nach dem Ur t. der Kammer völlig offen bleibt, ob und ggf. in Konkurrenz zu welchem Mitbewerber eine Planaufnahme des Krankenhauses der Kl. in Betracht kommt.

4. Krankenkassen: BGH/Kein Schadensersatz für Erbin wegen Verletzung des Persönlichkeitsrechts

BGH, Urteil v. 29.11.2016 - VI ZR 530/15

RID 17-01-365

juris

BGB § 823 I; BDSG § 7 S. 1; EGRL 46/95 Art. 2, 3 I

Leitsatz: 1. Die **Erbin einer gesetzlich krankenversicherten Patientin** kann von der Krankenkasse **keine immaterielle Entschädigung** wegen einer **Verletzung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts** der Patientin durch die Verwendung eines schriftlichen, die Patientin betreffenden, unzureichend anonymisierten **sozialmedizinischen Gutachtens** mit personenbezogenen Daten in anderen sozialgerichtlichen Verfahren verlangen. Der Anspruch auf Geldentschädigung wegen Persönlichkeitsrechtsverletzung ist grundsätzlich nicht vererblich (Festhaltung Senatsurteil vom 29. April 2014, VI ZR 246/12, BGHZ 201, 45 Rn. 8 ff.).

2. Insbesondere kann ein Anspruch auf immaterielle Entschädigung nicht auf **§ 7 Satz 1 BDSG** gestützt werden. Auch bei richtlinienkonformer Auslegung gewährt § 7 Satz 1 BDSG für diesen Fall nicht-automatisierter Datenverarbeitung keinen Anspruch auf immaterielle Entschädigung. Ein solches (einzelnes) Gutachten ist keine Datei im Sinne von Art. 3 Abs. 1, Art. 2 Buchst. c der Richtlinie 95/46/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 24. Oktober 1995 - Datenschutzrichtlinie -, so dass der Anwendungsbereich der Richtlinie insoweit nicht eröffnet ist.

5. Rettungsdienst

a) BAG: Betriebsübergang eines Rettungsdienstes

BAG, Urteil v. 25.08.2016 - 8 AZR 53/15

RID 17-01-366

juris

BGB § 613a

Für den Betrieb eines **Rettungsdienstes** sind die **materiellen Betriebsmittel**, insb. die Rettungsfahrzeuge, nicht (ausschließlich) identitätsbestimmend. Vielmehr wird die Identität des Rettungsdienstes ebenso durch das **Rettungspersonal** mitgeprägt, das für die ordnungsgemäße Durchführung des Rettungsdienstes unverzichtbar ist, über eine bestimmte Ausbildung/Qualifizierung verfügen muss und nicht ohne Weiteres durch anderes Rettungspersonal ersetzt werden kann. Soweit sich aus früheren Urteilen des Senats etwas anderes ergibt, hält der Senat hieran nicht fest.

Das **BAG** wies die Revision der Kl. gegen **LAG Sachsen-Anhalt**, Ur t. v. 26.11.2014 - 4 Sa 274/13 (zu Parallelverfahren s. RID 15-02-396 bis 402) zurück.

Parallelverfahren:

BAG, Urteil v. 25.08.2016 - 8 AZR 55/15

RID 17-01-367

juris

BAG, Urteil v. 25.08.2016 - 8 AZR 54/15

RID 17-01-368

juris

BAG, Urteil v. 26.08.2016 - 8 AZR 63/15

RID 17-01-369

juris

BAG, Urteil v. 26.08.2016 - 8 AZR 60/15

RID 17-01-370

juris

BAG, Urteil v. 26.08.2016 - 8 AZR 58/15

RID 17-01-371

juris

BAG, Urteil v. 26.08.2016 - 8 AZR 57/15

RID 17-01-372

juris

BAG, Urteil v. 26.08.2016 - 8 AZR 56/15

RID 17-01-373

juris

b) Vorbeugender Rechtsschutz nur bis zum Abschluss des öffentlich-rechtlichen Vertrages

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 19.01.2017 - 13 B 1163/16

RID 17-01-374

juris

VwGO §§ 122 I, 123 I 1; RettDG NRW § 13 I

Bei der **Vergabe von Rettungsdienstleistungen** kommt die **Gewährung vorbeugenden Rechtsschutzes** grundsätzlich in Betracht, wenn ein qualifiziertes Rechtsschutzbedürfnis hierfür vorliegt und der Betroffene nicht zumutbarerweise auf den als grundsätzlich angemessen und ausreichend angesehenen nachträglichen Rechtsschutz verwiesen werden kann. Letzteres dürfte insb. dann anzunehmen sein, wenn der Leistungszeitraum für die zu vergebenden Rettungsdienstleistungen an ein fixes Anfangs- und Enddatum geknüpft ist und nachträglicher Rechtsschutz deshalb - zeitlich bedingt - ganz oder teilweise zu spät käme. Die Gewährung vorbeugenden Rechtsschutzes muss allerdings auch **tatsächlich noch möglich sein**. Das ist nur dann der Fall, wenn die Behörde ihre Auswahlentscheidung zwischen den Bewerbern bereits getroffen - und diesen mitgeteilt - hat, der diese Entscheidung umsetzende Rechtsakt gegenüber dem erfolgreichen Bewerber, im Vergaberecht regelmäßig der Abschluss eines Vertrages, jedoch noch nicht erfolgt ist. Nur innerhalb dieser Zeitspanne zwischen Auswahlentscheidung und Umsetzungsakt besteht für den unterlegenen Bewerber die Möglichkeit, durch die Inanspruchnahme vorbeugenden Rechtsschutzes die endgültige Umsetzung der Vergabeentscheidung (vorläufig) zu verhindern. Ist dagegen der Umsetzungsakt bereits erfolgt - wie hier durch den **Abschluss des öffentlich-rechtlichen Vertrages** zwischen der Ag. und dem Beigel. -, ist für die Gewährung vorbeugenden Rechtsschutzes aus tatsächlichen Gründen kein Raum mehr.

Eine **Auslegung des Antrags** nach den §§ 122 I, 88 VwGO dahingehend, dass der Ast. (nunmehr) den Erlass einer einstweiligen Anordnung mit dem Inhalt begehrt, der Ag. aufzugeben, eine erneute Auswahlentscheidung zwischen den beiden Bewerbern für Los 1 unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts zu treffen, kommt vorliegend nicht in Betracht. Eine solche Auslegung ginge in unzulässiger Weise über das Begehren des Antragstellers hinaus.

c) Verträglichkeitsprognose: Einsparmöglichkeiten im Hinblick auf Vorhaltung von Rettungsmitteln

OVG Schleswig-Holstein, Urteil v. 13.10.2016 - 4 LB 6/13

RID 17-01-375

juris

RettDG Schleswig-Holstein §§ 10 I, 11

Bei einem Unternehmer, der seinen Betrieb erst noch aufnehmen will, dürfen die **Anforderungen** zu den von ihm zu erbringenden **Vorleistungen** nicht überspannt werden. Es kann von ihm nicht verlangt werden, dass er trotz ungewisser Aussichten seines Antrages die Beschaffung von Räumlichkeiten und Fahrzeugen vorbereitet, wenn diese logistischen Fragen zügig geklärt werden können, sobald die zwischen den Beteiligten streitige Frage nach der Verträglichkeit geklärt ist.

Rechtsfehlerhaft ist die Grundannahme, dass bei der **Verträglichkeitsprognose Einsparmöglichkeiten**, die aus der Genehmigungserteilung an Private im Hinblick auf die gebotene Vorhaltung von Rettungsmitteln resultieren, von vornherein außer Betracht zu bleiben haben.

d) Geschäftsführer ohne Auftrag/Schadensersatzanspruch gegen Schädiger

AG Winsen, Urteil v. 22.12.2016 - 16 C 1092/16

RID 17-01-376

juris

BGB §§ 677 ff., 823; StVG §§ 7, 17

Leitsatz: 1. Ein **Anrufer**, der nicht Verletzter eines Verkehrsunfalls ist, der einen Rettungswagen ruft, wird **nicht selbst Vertragspartner des Rettungsdienstunternehmens**, weil dieser Dritte (zum Beispiel ein unbeteiligter Passant) erkennbar keinen Rettungsdienstvertrag mit dem Rettungsdienstunternehmen abschließen will, und zwar weder im eigenen Namen, noch als Geschäftsführer ohne Auftrag (GoA) im Sinne von § 677 ff BGB.

2. Vielmehr wird das **Rettungsdienstunternehmen** als **Geschäftsführer ohne Auftrag** (und zwar im Interesse und aufgrund des mutmaßlichen Willens des Geschäftsherrn, nämlich desjenigen, dem der Auftrag zu Gute kommt) tätig (zumindest dann, wenn die Verletzungen so sind, dass dafür regelmäßig ein Rettungswageneinsatz angebracht ist). Bei einem Verkehrsunfall wird das Rettungsdienstunternehmen für den Verletzten tätig.

3. Unabhängig davon, ob der Verletzte nach Eintreffen und einer Erstuntersuchung durch die Sanitäter mitgefahren ist oder nicht, war der **Rettungswageneinsatz** sowohl kausal, als auch geboten. Da allein die Zufügung von Schmerzen bereits eine (fahrlässige) Körperverletzung im Sinne von § 229 StGB darstellt, steht dem Verletzten ein **Schadensersatzanspruch** gemäß §§ 823 Abs. 1 und Abs. 2 BGB in Verbindung mit § 229 StGB, §§ 7, 17 StVG auf Erstattung der bei ihm aus GoA angefallenen Rettungswagen zu.

e) Rettungsdienstgebühren der Berliner Feuerwehr in den Jahren 2005 bis 2009

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 30.06.2016 - OVG 1 B 2.12

RID 17-01-377

juris

RettdG Berlin §§ 2 II, 5 I 1, 20 I

Leitsatz: 1. Der Abrechnung von Rettungsdienstgebühren durch die Berliner Feuerwehr gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen in den Jahren 2005 bis 2009 lagen **Notfälle** im Sinne von § 2 Nr. 1 FwBenGebO in Verbindung mit § 2 Abs. 2 Satz 2 RDG zugrunde.

2. Maßgeblicher **Zeitpunkt** für die Beurteilung, ob ein Notfall vorliegt, ist nicht der Zeitpunkt der Entscheidung der Leitstelle der Feuerwehr, sondern der Zeitpunkt der Entscheidung der **Feuerwehreinsatzkräfte vor Ort**.

3. Auch nach der Vereinbarung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und dem Land Berlin von 1992 ist der Einwand nicht ausgeschlossen, dass die **Rettungsdienstgebühr fehlerhaft kalkuliert** sei (Fortführung der Senatsrechtspr., vgl. Urteile vom 20. März 2015 - OVG 1 B 3.12 u.a. - RID 15-03-342, juris Rn. 36 ff. <40 ff.>).

4. Für die Gültigkeit des Gebührensatzes kommt es allein darauf an, dass dieser mit den **Bemessungsregelungen** in Einklang steht und sich im Ergebnis als nicht überhöht erweist.

5. Da der Gebührenbemessung in der Regel komplexe Kalkulationen, Bewertungen und Einschätzungen zugrunde liegen, denen selbst bei gewissenhaftester Schätzung Prognoseunsicherheiten immanent sind, darf die **gerichtliche Kontrolle** im Hinblick auf eine Überfinanzierung (Kostenüberschreitungsverbot) nicht überspannt werden. Die gerichtliche Überprüfung kann sich auf eine Plausibilitätskontrolle der Gebührenkalkulation beschränken und muss dabei grundsätzlich nur substantiierten Rügen nachgehen und keine ungefragte Detailprüfung bzw. Fehlersuche vornehmen.

a. Die Gebührenfestsetzung darf sich auf **generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen** stützen, die verlässlich und effizient vollzogen werden können.

b. Dem **Gebührenverordnungsgeber** steht eine Gestaltungs-, Organisations- und Typisierungsbefugnis zu, wonach Fragen der Betriebsführung und deren Wirtschaftlichkeit oder andere fachliche Einschätzungen der verwaltungsgerichtlichen Überprüfung weitgehend entzogen sind, soweit keine groben Mängel oder offensichtliche Fehleinschätzungen festzustellen sind.

c. Soweit Rechtsvorschriften und allgemein geltende Grundsätze des Gebührenrechts nichts anderes ergeben, sind **alle Kosten berücksichtigungsfähig**, die nach der Kosten- und Leistungsrechnung des Landes Berlin (vgl. § 20 Abs. 1 Satz 5 RDG) und damit nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen gerechtfertigt sind.

d. Die Rechtmäßigkeit einer Kalkulation kann grundsätzlich auch **nach Ablauf der Berechnungsperiode** durch eine stimmige Nachberechnung aufgrund der tatsächlich aufgewandten Kosten nachgewiesen werden. Zu hohe Kostenansätze können durch zu niedrig bemessene oder unberücksichtigt gebliebene Kosten ausgeglichen werden.

6. Die Berliner Feuerwehr hat im Rahmen ihrer Gestaltungs- und Einschätzungsprärogative grundsätzlich selbst einzuschätzen und zu bestimmen, **wie viele Fahrzeuge** sie für die Notfallrettung vorhalten muss, um den Rettungsdienst auch bei Einsatzengpässen in der erforderlichen Qualität aufrechterhalten zu können.

7. Die **kalkulatorische Abschreibung** des aufgewandten Kapitals (hier für die Anschaffung von Rettungstransportwagen) ist zulässig, soweit dadurch kein Gewinn erzielt wird. Eine „Abschreibung

unter Null“ ist daher grundsätzlich zulässig. Bei der Ermittlung der Gewinnschwelle kann der Wiederbeschaffungswert zugrunde gelegt werden, da im Berliner Gebührenrecht nicht festgelegt ist, von welchem Ausgangswert (Anschaffungswert oder Wiederbeschaffungswert) eine Abschreibung zu berechnen ist; auch insofern besteht ein Ermessen des Satzungsgebers.

8. Etwaige **Zuwendungen Dritter** sind für die Gebührenkalkulation im Rettungsdienst unbeachtlich, soweit Dritte mit ihren Zuwendungen nicht gerade den Gebührenzahler entlasten wollten.

9. Die **Umlegung der Personalkosten** auf die Produkte der Berliner Feuerwehr (Rettungsdienst, Brandbekämpfung und Technische Hilfeleistung) nach der am Wirklichkeitsmaßstab der tatsächlichen Alarmierungen orientierten Einsatzzeit-Methode ist nicht zu beanstanden.

10. Rein kalkulatorische (fiktiv angesetzte) **Pensionskosten** für im Rettungsdienst der Feuerwehr tätige Beamte sind nach dem wertmäßigen bzw. kalkulatorischen Kostenbegriff der betriebswirtschaftlichen Praxis dem Grunde nach zulässig. Hinsichtlich der Höhe der Pensionsätze steht dem Verordnungsgeber ein weiter Entscheidungsspielraum zu, der im Berliner Gebührenrecht nur durch allgemeine Rechtsgrundsätze (Äquivalenzprinzip, Leistungsproportionalität bzw. Grundsatz der speziellen Entgeltlichkeit) eingeschränkt wird. Vor diesem Hintergrund sind die im Land Berlin in den Jahren 2006 bis 2009 allgemein geltenden Pensionsätze i.H.v. 42 % bzw. 43 % nicht zu beanstanden.

11. Bei der Umlegung der **Gebäude- und Grundstückskosten** hat der Verordnungsgeber einen Beurteilungsspielraum und eine Pauschalierungsbefugnis namentlich bei der Methode der Flächenberechnung, der Wahl der Abschreibungsbasis (Herstellungs- oder Wiederbeschaffungswert) und der Abschreibungsmethode.

12. Der **Umlageschlüssel nach „Personal/Nutzer“** (Funktionsmodell) ist eine anerkannte und verursachungsgerechte Methode, die nicht zu beanstanden ist.

13. Der Ansatz einer **durchschnittlichen Kaltmiete** (Abschreibung und Zinsen) oder Warmmiete (zzgl. Betriebskosten) hält sich im Rahmen zulässiger Pauschalierung, zumal wenn keine Objektdaten vorliegen.

14. Bei der sog. **„BIM-Miete“** handelt es sich nicht um eine gebührenrechtlich unzulässige kalkulatorische Vergleichsmiete.

15. Die **Wirtschaftlichkeit (Auslastungsgrad)** der feuerwehreigenen **Werkstatt** ist im Rahmen der inmitten stehenden Gebührenkalkulation rechtlich ohne Belang; denn die nachvollziehbare Organisationsentscheidung der Berliner Feuerwehr, ihre Fahrzeuge soweit wie möglich durch eigene Kräfte warten und reparieren zu lassen, ist nicht in Frage zu stellen.

16. **Fort- und Ausbildungskosten** sind als betriebsbedingte Personalkosten ansetzbar.

17. Die **Gesamtkosten** aller Einsätze der Rettungstransportwagen (einschließlich sog. Fehleinsätze) sind durch die Summe sämtlicher Einsatzfahrten (Alarmierungen) zu teilen (Divisor). Der Grundsatz der Leistungsproportionalität bzw. der speziellen Entgeltlichkeit verlangt, dass der Gebührenschuldner nur für die von ihm veranlasste oder zurechenbare Leistung in Anspruch genommen wird.

6. Hebammen: Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung/Unzuverlässigkeit

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 18.01.2017 - 8 LA 162/16

RID 17-01-378

juris

HebG §§ 2 I Nr. 2, 3 II; HebG Niedersachsen §§ 7, 8 III

Leitsatz: Wiederholte Verstöße einer **Hebamme** gegen die gesetzlichen Anzeigepflichten (§ 7 Abs. 1 NHebG), Meldepflichten (§ 7 Abs. 2 NHebG) oder Auskunftspflichten (§ 8 Abs. 2 NHebG) können die Annahme der **Unzuverlässigkeit** zur Berufsausübung und damit den Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung rechtfertigen.

7. Heilpraktiker/Physiotherapie: Kenntnisprüfung für Krankenschwester u. Krankengymnastin

VG Schleswig, Urteil v. 27.05.2016 - 7 A 297/13

RID 17-01-379

juris

HeilprG § 1 I

Ob und ggf. in welchen Umfang die im Regelfall gebotene **Kenntnisüberprüfung** für ausgebildete Physiotherapeuten im Hinblick auf absolvierte Zusatzausbildungen ausnahmsweise entbehrlich ist, hängt von den jeweiligen **Umständen des Einzelfalls** ab.

Ausbildungen als **Krankenschwester** und als **Krankengymnastin** können die notwendigen Fähigkeiten zur Erstdiagnose nicht nachweisen, da die durch die Ausbildung vermittelte Befähigung begrenzt ist auf die fachgerechte Anwendung der Physiotherapie bei Patienten, bei denen vorgelagerte Entscheidungen darüber, ob überhaupt eine mit dieser Therapieform zu behandelnde Krankheit vorliegt, bereits getroffen worden ist. Dasselbe gilt in Bezug auf eine **Berufstätigkeit in England** nach britischer Zulassung zur Physiotherapie.

8. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche

a) Kombination unwahrscheinlicher Thalidomideinnahme mit atypischem Schädigungsbild

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 28.12.2015 - 16 A 1124/15

RID 17-01-380

juris

ContStifG § 12 I

Auch bei zugunsten potenzieller Anspruchsberechtigter relativ weit gefassten Voraussetzungen muss angesichts der theoretisch durchaus vielfältigen und wohl noch nicht bis ins Letzte ergründeten Ursachen für kongenitale Missbildungen eine **hinreichende Wahrscheinlichkeit** für eine gerade auf **Thalidomideinnahme beruhende Schädigung** werdenden Lebens vorliegen. Gerade die Kombination einer **sehr unwahrscheinlichen Thalidomideinnahme** mit einem **atypischen Schädigungsbild** zwingt zu der Annahme, dass kein Fall nach § 12 I ContStifG gegeben ist.

b) Fehlbildungen aufgrund einer Thalidomideinnahme

VG Köln, Urteil v. 15.11.2016 - 7 K 4333/14

RID 17-01-381

juris

ContStiftG § 12 I

Fehlbildungen sind mit einer **Thalidomideinnahme** durch die Mutter in Verbindung zu bringen, wenn das **Schädigungsbild** eine für die Thalidomidschädigung typische Fehlbildung aufweist, die mit anderen häufig oder nur vereinzelt bei Thalidomidgeschädigten auftretenden **weiteren Schäden** zusammentrifft, welche selbst zwar nicht charakteristisch für die Thalidomidembryopathie sind, aber durchaus mit - ihrer aus der typischen Fehlbildung abgeleiteten - Annahme in Einklang stehen und wenn im **Gesamtbild** der Fehlbildungen Gegebenheiten, die mit einer Thalidomidembryopathie nicht vereinbar sind und daher das aus der typischen Fehlbildung ableitbare Indiz entkräften, nicht eindeutig festgestellt werden können.

c) Teratologische Reihe

VG Köln, Urteil v. 08.11.2016 - 7 K 5772/13

RID 17-01-382

juris

ContStiftG § 12 I

Die **teratologische Reihe** ist eine Gesetzmäßigkeit, die durch die **Einwirkung des Thalidomid** durch den Blutstrom der Mutter während der Entwicklung in der Schwangerschaftsphase bedingt ist und zu einer Regelmäßigkeit der Abfolge von Fehlbildungen führt.

d) Fehlender Nachweis einer Schädigung im Zeitpunkt der Geburt

VG Köln, Urteil v. 15.11.2016 - 7 K 3001/13

RID 17-01-383

juris
ContStiftG § 12 I 1

Ist im Bereich der harnbildenden Organe und Harnwege allein eine einseitige Nierenbeckenerweiterung bzw. ein erweiterter Harnleiter als thalidomidbedingte Fehlbildung anerkannt, kann aber nicht festgestellt werden, dass die Körperschäden und Funktionsstörungen im Bereich von Blase und Harnröhre bereits im **Zeitpunkt der Geburt** vorlagen oder angelegt waren, so besteht kein Anspruch nach dem ContStiftG.

9. Sozialrecht/Opferentschädigungsrecht/Impfschadensrecht/Blindengeld

a) Basistarif der privaten Krankenversicherung deckt Sozialhilfebedarf

LSG Bayern, Urteil v. 21.10.2016 - L 8 SO 246/15

RID 17-01-384

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 8 SO 7/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 75 IIIa, 81 II 2; SGB X §§ 34, 48; SGB XII § 32 V; SGG § 99 III; VAG § 152

- Leitsatz:** 1. Zur Versorgungssituation bei im **Basistarif** Versicherten.
2. Die **Erstattung des Basistarifes** deckt den Bedarf in der Sozialhilfe.
3. Zur Vereinbarkeit einer Versicherung im **Basistarif** mit **Grundrechten**.
4. Zu den Voraussetzungen einer **Klageänderung**.
5. Weiterführung des Urteils des Bayer. LSG vom 19. Juli 2011, L 8 SO 26/11

b) Zuschuss private Krankenversicherung: Auszahlung an den Versicherungsträger

LSG Bayern, Beschluss v. 10.11.2016 - L 7 AS 612/16 B ER

RID 17-01-385

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB II § 26

Leitsatz: Ein **Zuschuss zur privaten Krankenversicherung** kann nur so beantragt werden, dass die **Auszahlung an den Versicherungsträger** erfolgt.

c) Übernahme von Fahrkosten zur ambulanten Psychotherapie

SG Dresden, Urteil v. 12.12.2016 - S 3 AS 5728/14

RID 17-01-386

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB II § 21; RBEG §§ 5, 6

Es besteht ein Anspruch auf Übernahme der **zusätzlichen Fahrkosten** zur eigenen ambulanten Therapie als **Mehrbedarf** gem. § 21 VI SGB II, soweit die beantragten Kosten den in der Regelbedarfsberechnung veranschlagten Anteil für Verkehr übersteigen und nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen werden.

Parallelverfahren:

SG Dresden, Urteil v. 12.12.2016 - S 3 AS 6001/14

RID 17-01-387

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

d) Keine Medizinal-Cannabisblüten auf Kosten des Sozialhilfeträgers

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 15.12.2016 - L 9 SO 631/16 B ER

RID 17-01-388

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 Ia, 12 I, 27 I 2 Nr. 1, 92, 135 I; SGB XII §§ 27a IV, 42, 73

Leitsatz: Keine Medizinal-Cannabisblüten auf Kosten des Sozialhilfeträgers.

e) Kürzung von Sozialleistungen wegen Pflegebetrugs

aa) Kick-Back-Zahlungen kein „Einkommen“ im Sinne des Sozialhilferechts

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 09.01.2017 - L 23 SO 327/16 B ER *RID 17-01-389*
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB X §§ 45, 48; SGB XII §§ 26, 41, 43, 86; SGG § 86a

Kick-Back-Zahlungen stellen als Gewinne aus begangenen Straftaten kein „Einkommen“ im Sinne des Sozialhilferechts dar. Ein solcher Zufluss an Geld stammt aus einem gemeinschaftlich begangenen **Betrug** und ist von vornherein mit einer **Rückzahlungspflicht** belastet. Eine Behörde kann nicht verlangen, **Einkünfte aus strafbaren Handlungen** zum Bestreiten des Lebensunterhalts einzusetzen, um so den Anspruch auf staatliche Sozialleistungen zu mindern.

Parallelverfahren:

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 03.01.2017 - L 23 SO 339/16 B ER *RID 17-01-390*
www.sozialgerichtsbarkeit.de

bb) Keine Sozialhilfekürzung wegen Pflegebetrugs (Fehlender Nachweis)

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 21.12.2016 - L 15 SO 301/16 B ER *RID 17-01-391*
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB X §§ 45, 48; SGB XII §§ 26, 41, 43, 86; SGG § 86a

Leitsatz: 1. Zur **Anordnung der sofortigen Vollziehbarkeit** eines Bescheides über die Aufhebung einer Leistungsbewilligung, der Rückforderung gewährter Leistungen der Grundsicherung und der Aufrechnung gegen zukünftige Leistungen der Grundsicherung.
2. Zur Rechtmäßigkeit des Aufhebungs-, Rückforderungs- und Aufrechnungsbescheides bei Verdacht von sog. „**Kick-Back-Zahlungen**“.

cc) Einkünfte aus strafbaren Handlungen anrechenbar auf Sozialhilfe

SG Berlin, Beschluss v. 26.10.2016 - S 145 SO 1411/16 ER *RID 17-01-392*
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB X §§ 45, 50; SGB XII §§ 26, 39a, 41, 82; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. **Einkünfte aus strafbaren Handlungen** sind anrechenbares Einkommen im Sinne des § 82 SGB XII.
2. Erhält ein Leistungsempfänger sog. **Kick-Back-Zahlungen eines Pflegedienstes** als Gegenleistung dafür, dass er Pflegeleistungen bestätigt, die der Pflegedienst gar nicht oder in erheblich geringerem Umfang erbracht hat, darf der Sozialhilfeträger in der Vergangenheit bewilligte **Grundsicherungsleistungen** im Umfang der erhaltenen Kick-Back-Zahlungen aufheben und deren **Erstattung** verlangen.
3. Der Sozialhilfeträger darf mit **eigenen Erstattungsforderungen** grundsätzlich monatlich in Höhe von bis zu 25 Prozent des jeweils maßgeblichen Regelbedarfs gegen Grundsicherungsansprüche des Leistungsempfängers aufrechnen (Rechtsgedanke des § 39a SGB XII).
4. Der Sozialhilfeträger kann die **sofortige Vollziehung** seines Rücknahme-, Erstattungs- und Aufrechnungsbescheides anordnen, wenn er das besondere öffentliche Interesse an der sofortigen Vollziehung schriftlich begründet und das öffentliche Vollzugsinteresse gegenüber dem Aussetzungsinteresse des Leistungsempfängers überwiegt.

f) Opferentschädigungsrecht

aa) Ausnutzung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patientin

SG Bayreuth, Gerichtsbescheid v. 16.02.2016 - S 4 VG 3/10

RID 17-01-393

juris
OEG § 1 I

Leitsatz: Filmaufnahmen stellen keinen tätlichen Angriff dar.

Dies gilt auch für die **Ausnutzung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patientin**, soweit der Arzt die Filmaufnahmen durch eine List anfertigen konnte.

Eine weitere **Traumatisierung** durch das **Sozialgerichtsverfahren** ist nicht kausal im Sinne der Theorie der wesentlichen Bedingung.

bb) Keine Information über männlichen Chromosomensatz

LSG Bayern, Urteil v. 10.05.2016 - L 15 VG 39/12

RID 17-01-394

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
OEG § 1

Leitsatz: 1. Mitte der neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts war es aus medizinischer Sicht üblich, bei Menschen mit Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung auf eine **konkrete Zuordnung zu einem bestimmten Geschlecht** hinzuwirken.

2. Zu diesem Zeitpunkt war sowohl in Deutschland als auch in Europa dabei vorherrschende ärztliche Meinung, dass der **Chromosomensatz** den **Betroffenen nicht mitgeteilt** wird.

BSG, Beschl. v. 25.10.2016 - B 9 V 43/16 B - hat die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig verworfen.

cc) Keine Leistungen zur Verhütung einer Schwangerschaft

LSG Niedersachsen-Bremen, Teilurteil v. 21.01.2016 - L 10 VE 57/13

RID 17-01-395

juris
SGB V § 24a II; BVG § 10 VI

§ 10 VI 1 BVG beinhaltet eindeutig keine Leistungen zur **Verhütung einer Schwangerschaft**. Eine medikamentöse Empfängnisverhütung gehört auch nicht im Wege des § 10 VI 2 BVG zum Leistungskatalog.

Soll durch die Einnahme empfängnisverhütender Medikamente der Eintritt oder die Verschlimmerung einer **psychischen Erkrankung** verhindert werden, dann geht es insoweit aber nicht um die kurative Behandlung einer bereits bestehenden Erkrankung, sondern um eine Vorsorgemaßnahme.

BSG, Beschl. v. 8.9.2016 - B 9 V 13/16 B - hat die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig verworfen.

g) Impfschadensrecht

aa) Polio- und Diphtherie-Tetanus-Impfung: Fehlende Ursächlichkeit

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.02.2016 - L 6 VJ 2595/14

RID 17-01-396

juris
GG Art. 103 I; SGG § 109; BSeuchG §§ 51, 52; BVG §§ 30, 31

Für die Impfpferversorgung müssen die schädigende Einwirkung (**Impfung**), die gesundheitliche Schädigung (**unübliche Impfreaktion**) und die Schädigungsfolge (**Dauerleiden**) nachgewiesen, nicht nur wahrscheinlich sein.

Nur eine Schluckimpfung gegen **Poliomyelitis** kann für ein hirnrorganisches Anfallsleiden (Epilepsie) mit Intelligenzdefekt sehr schweren Grades (Imbezillität) und leichteren motorischen Störungen ursächlich sein, nicht hingegen eine zeitgleich verabreichte Injektion von **Diphtherie-Tetanus-Impfstoff**.

Die bei der Klägerin beobachteten **Krampfanfälle** erfüllen aber nicht die Kriterien einer Impfpoliomyelitis i.S.d. Nr. 57.2 a) Abs. 2 Satz 1 AHP 1996 und 2004, da bei ihr die erforderlichen schlaffen Lähmungen nicht aufgetreten sind, vielmehr ein berichteter und ein beobachteter

Krampfanfall imponierte, während der Muskeltonus zunächst normal war und keinerlei motorische Auffälligkeiten bestanden.

BSG, Beschl. v. 7.10.2016 - B 9 V 28/16 B - hat die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig verworfen.

bb) Aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisstand (Impfung gegen Hepatitis B/Multiple Sklerose)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.11.2016 - L 6 VJ 4009/15

RID 17-01-397

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 9 V 90/16 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

IfSG § 60 I 1; ZPO §§ 227 I, 524; SGG § 202

Leitsatz: 1. Bleiben Beteiligte dem Termin zur mündlichen Verhandlung vorwerfbar fern, versäumen sie es, sich rechtliches Gehör zu verschaffen, weshalb sie in ihrem verfassungsrechtlich verankerten Anspruch hierauf selbst dann nicht verletzt sind, wenn Anschlussberufung erhoben wird.

2. Der **aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand**, der für die Beurteilung der Kausalität von geltend gemachten **Impfschäden**, aber auch bei allen anderen medizinischen Fragen maßgebend ist, ändert sich durch eine **Fachpublikation**, bei der es sich um eine Einzelmeinung handelt, nicht.

h) Blindengeld

aa) Nachweis von Blindheit auch bei minimalem Bewusstseinszustand

SG München, Urteil v. 30.11.2016 - S 11 BL 1/13

RID 17-01-398

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

BlindG Bay Art. 1 II Nr. 1

Leitsatz: Nachweis von **Blindheit** auch bei **minimalem Bewusstseinszustand** erforderlich (in Fortführung von BSG, Urt. v. 11.08.2015 - B 9 BL 1/14 R - BSGE 119, 224 = SozR 4-5921 Art. 1 Nr. 3).

bb) Zerebrale Störung des Sehvermögens

LSG Bayern, Urteil v. 19.12.2016 - L 15 BL 9/14

RID 17-01-399

Revision anhängig: B 9 BL 1/17 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

BlindG Bayern Art. 1

Leitsatz: 1. Eine der Blindheit entsprechende **zerebrale Störung des Sehvermögens** setzt keine spezifische Sehstörung voraus (Fortsetzung der Rechtsprechung des BayLSG vom 05.07.2016 - L 15 BL 17/12).

2. Im Falle zerebraler Störungen ist zu prüfen, ob die **visuellen Fähigkeiten** des Betroffenen (optische Reizaufnahme und Verarbeitung) unterhalb der vom BayBlindG vorgegebenen Blindheitsschwelle liegen.

3. Einem Blindengeldanspruch nach dem BayBlindG steht nicht entgegen, dass nicht der eigentliche Sehvorgang betroffen, sondern die Verminderung bzw. Aufhebung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit durch eine allgemeine zerebrale Beeinträchtigung des sehbehinderten Menschen verursacht ist etwa bedingt durch eine **schwere Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörung**.

cc) Plausibilitätskontrollen und ophthalmologische Blindheitsbegutachtung

LSG Bayern, Urteil v. 27.09.2016 - L 15 BL 11/15

RID 17-01-400

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

BlindG Bayern Art. 1

Leitsatz: 1. Bei der Blindheitsbegutachtung können im Rahmen von **Plausibilitätskontrollen** ergänzend auch die Ergebnisse von Untersuchungen (objektive Testverfahren) berücksichtigt werden, die nicht mit Landoltringen (Fernvisus) und dem Goldmann Perimeter (mit der Reizmarke III/4e) durchgeführt worden sind (Fortsetzung der Rechtsprechung des Senats vom 31.01.2013, Az. L 15 BL

6/07). Dies ist regelmäßig sogar geboten und zählt zum Standard jeder **ophthalmologischen Blindheitsbegutachtung**.

2. Weiter können **Verhaltensbeobachtungen** berücksichtigt werden (Fortsetzung der Rechtsprechung des Senats vom 16.09.2015, Az. L 15 BL 2/13 - RID 16-01-453).

3. In besonderen Ausnahmefällen **spezieller Krankheitsbilder** ist die Annahme von Blindheit auch außerhalb der normierten Fallgruppen der Versorgungsmedizinischen Grundsätze bzw. der Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft nicht von vornherein ausgeschlossen. Voraussetzung für die Berücksichtigung ist jedoch, dass feststeht, welche Visus und Gesichtsfeldwerte im Einzelnen erreicht werden. Ein allgemeiner, pauschaler Vergleich genügt nicht (Fortsetzung der Rechtsprechung des Senats vom 05.07.2016, Az. L 15 BL 17/12 - RID 16-04-388).

10. Widerruf des Einverständnisses zur künstlichen Befruchtung

LG Bonn, Urteil v. 19.10.2016 - 1 O 42/16

RID 17-01-401

juris

ESchG § 4; BGB § 134

Bei **2-PN-Zellen** handelt es sich um sog. in der Befruchtung befindliche Eizellen. Bei derartigen Eizellen ist das Spermium zwar schon eingedrungen, die beiden Zellkerne sind jedoch noch nicht miteinander verschmolzen. Die **Befruchtung ist noch nicht abgeschlossen**. Nach der fortpflanzungsmedizinischen und biologischen Begriffsbestimmung sind die kryokonservierten 2-PN-Zellen damit noch unbefruchtete Eizellen im Vorkernstadium. Dies entspricht auch der juristischen Auslegung.

11. Anspruch auf arbeitsmedizinische Wunschvorsorge

LAG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 21.07.2016 - 21 Sa 51/16

RID 17-01-402

Revision anhängig: BAG - 9 AZR 736/16 -

juris

ArbMedVV §§ 5a, 11

Leitsatz: 1. Beschäftigte haben einen vertraglichen Anspruch auf arbeitsschutzrechtlich vorgeschriebene **Vorsorgeuntersuchungen**.

2. Der **Anspruch** auf eine arbeitsmedizinische Wunschvorsorge nach § 5a ArbMedVV bzw. § 11 ArbSchG setzt lediglich voraus, dass die oder der Beschäftigte den entsprechenden Wunsch äußert.

3. Nach § 5a 2. Halbs. ArbMedVV bzw. § 11 letzter Halbs. ArbSchG **entfällt der Anspruch** auf arbeitsmedizinische Wunschvorsorge im Einzelfall, wenn sich aus einer aktuellen belastbaren **Gefährdungsbeurteilung** nach § 5 ArbSchG und den danach getroffenen Schutzmaßnahmen ergibt, dass mit einem Gesundheitsschaden nicht zu rechnen ist.

Es bleibt offen, ob dieser Ausnahmetatbestand auch eingreifen kann, wenn die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber darlegt und beweist, dass aufgrund der Arbeitstätigkeit eine Gefahr für die Gesundheit ausgeschlossen ist.

4. Eine **Gesundheitsgefahr** kann sich auch aus den Wechselwirkungen zwischen den Arbeitsbedingungen und individuellen Dispositionen ergeben.

5. Die **Kosten** der arbeitsmedizinischen Wunschvorsorge hat die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber zu tragen.

12. Steuerrecht

a) Einkommensteuerrecht

aa) BFH: Nachzahlung der KV und Tarifbegünstigung

BFH, Urteil v. 02.08.2016 - VIII R 37/14

RID 17-01-403

juris = BFHE 254,573
EStG § 34 II Nr. 4

Leitsatz: 1. Eine **Nachzahlung der Kassenärztlichen Vereinigung**, die insgesamt mehrere Jahre betrifft, ist eine **mehrfähige Vergütung** i.S. des § 34 Abs. 2 Nr. 4 EStG.
2. Erfolgt die Auszahlung der Gesamtvergütung in zwei Veranlagungszeiträumen in etwa gleich großen Teilbeträgen, kommt eine **Tarifbegünstigung** nach § 34 Abs. 1 EStG nicht in Betracht.
3. Die **Tarifbegünstigung** des § 34 EStG knüpft an die **Progressionsbelastung** durch zugeflossene Einnahmen und grundsätzlich nicht daran, ob die Modalitäten des Zuflusses vereinbart oder dem Zahlungsempfänger aufgezwungen wurden.

bb) Mit einer Vertragsarztzulassung zusammenhängender Vorteil nicht abschreibungsfähig

FG Bremen, Urteil v. 24.08.2016 - 1 K 67/16 (6)

RID 17-01-404

Revision anhängig: BFH - VIII R 24/16 -
juris
EStG §§ 4 IV, 6 I Nr. 1, 7 I

Aufwendungen für den mit einer **Vertragsarztzulassung zusammenhängenden Vorteil** sind nur dann zu aktivieren, wenn die Vertragsarztzulassung zum Gegenstand eines gesonderten Veräußerungsvorgangs gemacht wird (BFH, Urt. v.09.08.2011 - VIII R 13/08 - BFHE 234 286 = BStBl II 2011, 875).

Bringt ein Arzt nach dem Gemeinschaftspraxisvertrag den materiellen und immateriellen Wert seiner bisherigen Praxis in die Gemeinschaftspraxis ein, hat er aber zu keinem Zeitpunkt **Geschäftsführungs- oder Vertretungsbefugnis** und **arbeitet** er zu keinem Zeitpunkt tatsächlich in der Gemeinschaftspraxis, so werden lediglich die „**Vorteile aus den Vertragsarztzulassungen**“ erworben.

Die von der Gemeinschaftspraxis erworbenen Wirtschaftsgüter „Vorteile aus der Vertragsarztzulassung“ sind **nicht abschreibungsfähig** gemäß § 7 I 1 und 2 EStG, da dieses Wirtschaftsgut nicht abnutzbar ist.

Die vorliegend zu beurteilenden Wirtschaftsgüter der „Vorteile aus einer Vertragsarztzulassung“ weist nach Ansicht des Senats in der Frage der Abnutzbarkeit im Sinne des § 7 I EStG vielmehr eine **Nähe zu dem Wirtschaftsgut der Güterverkehrskonzession** auf.

b) Umsatzsteuerrecht: Steuerbefreiung/Heiler ohne Heilpraktikererlaubnis

FG Schleswig-Holstein, Urteil v. 21.11.2016 - 4 K 153/13

RID 17-01-405

juris
UStG § 4 Nr. 14

Es sprechen gute Gründe dafür, dass die **Tätigkeit eines „Heilers“** selbst dann, wenn sie eine positive gesundheitliche Wirkung beim Patienten hervorruft – und damit nach ihrer Intention und Wirkung „soweit möglich, der Heilung diene“ –, keinen im rechtlichen Sinne heilenden Charakter hat, sondern „etwas von einer Heilbehandlung“ Verschiedenes darstellt.

Für die **Steuerbefreiung** nach § 4 Nr. 14 UStG ist ein **Befähigungsnachweis** erforderlich. Für das Vorliegen einer den Katalogberufen ähnlichen Tätigkeit reicht es nicht aus, dass der Heiler durch seine Handlungen eine heilende Wirkung erzielen kann. Nach den Ausführungen von BVerfG. Urt. v. 02.03.2004 - 1 BvR 784/03 - NJW-RR 2004, 705 ist die Tätigkeit eines Heilers von der Tätigkeit eines Heilpraktikers grundsätzlich zu differenzieren.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 06.02.2017. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
Unterdurchschnittlich abrechnende Praxen	B 6 KA 16/16 R	Sind im Rahmen von Honorarverteilungsregelungen für dauerhaft unterdurchschnittlich abrechnende Praxen in einem übertensorgten Bereich im Rahmen budgetierter Leistungen eigene Regelungen oder Ausnahmen von der budgetierten Honorarverteilungssystematik vorzusehen?	<i>SG Kiel</i> , Urt. v. - S 2 KA 223/14 -	
Anerkennung eines MVZ als Aufbaupraxis	B 6 KA 23/16 R	Kommt es für die Annahme einer Aufbaupraxis auf den Zulassungszeitpunkt eines MVZ oder auch bzw ausschließlich auf den Zulassungszeitpunkt des in das MVZ eintretenden Arztes an? Liegt eine Aufbaupraxis bei unterdurchschnittlichen Fallzahlen aber überdurchschnittlichen Honorar vor?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 16.12.2015 - L 12 KA 121/14 -	16-03-4 NZB
Regelleistungsvolumen und ambulante Operationen	B 6 KA 41/16 R	Hat ein Facharzt für Urologie einen Anspruch darauf, dass ambulante Operationen (hier: im Bereich der Harnröhren- und Blasenpiegelung) außerhalb des Regelleistungsvolumens zu den vollen Gebührenwerten ohne Quotierung vergütet werden?	<i>LSG Hamburg</i> , Beschl. v. 30.09.2016 - L 5 KA 14/15 -	17-01-17
Budgetierung der Vorwegleistungen (KV Hessen: Anpassungsindex 100/Sicherstellungsindex 90)	B 6 KA 4/16 R Termin: 30.11.2016	Ist nach dem Regelungszweck der Vergütungssteuerung gemäß § 87b Abs 4 S 2 SGB 5 in der Fassung vom 26.3.2007 ein konkreter Nachweis der Mengenausweitung im Bereich der jeweils quotierten Leistungen erforderlich?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 18.11.2015 - L 4 KA 27/12 -	16-01-8
Zuständigkeit des Bewertungsausschusses (Humangenetik)	B 6 KA 42/15 R Termin: 03.08.2016	Waren die Partner des Bundesmantelvertrages im Jahr 2005 berechtigt, Regelungen im EBM-Ä 2005 zur Vergütung im Bereich der Kosten für Laborleistungen abzuändern (hier: Streichung der unter Ziffer 32.3.13 EBM-Ä 2005 aufgeführten zyto- und molekulargenetischen Leistungen)?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 18.12.2015 - L 4 KA 2/12 -	16-01-12
Geltung der RLV-Regelungen für Lungenärzte (Quartal II/05)	B 6 KA 18/15 R Termin: 15.06.2016	Sind Arztgruppen, die nicht mehr nach der Weiterbildungsordnung zulassungsfähig sind, von dem Geltungsbereich der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses ausgenommen, wenn sie in diesen nicht explizit als Arztgruppe genannt sind?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 19.03.2014 - L 12 KA 21/11 -	15-03-4 NZB
Psychotherapeutenvergütung 2011	B 6 KA 8/16 R	Zur Frage der angemessenen Bewertung psychotherapeutischer Leistungen in der im Jahr 2011 maßgeblichen EBM-Bewertung (juris: EBM-Ä 2008) sowie zur Neuregelung durch den Bewertungsausschuss ab dem Jahr 2012.	<i>SG Kiel</i> , Urt. v. 09.02.2016 - S 2 KA 341/12 -	16-02-5
Psychotherapeutenvergütung 2007/2008	B 6 KA 36/16 R	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.	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 17.08.2016 - S 2 KA 195/12 -	16-04-8
Psychotherapeutische BAG: Verrechnung von zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen	B 6 KA 6/16 R Termin: 25.01.2017	Verstoßen die Ziffer 4.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 28.8.2008 und ein darauf basierender Honorarvertrag einer Kassenärztlichen Vereinigung insoweit gegen höherrangiges Recht, als den Vertragspsychotherapeuten sowie den anderen in Ziffer 4.1 des Beschlusses bzw Vertrages aufgeführten Vertragsärzten aufgrund der Arztbezogenheit der Begrenzungsmaßnahme nicht das Recht zugestanden wird, bei Bestehen einer Praxisgemeinschaft ihre individuellen Kapazitätsgrenzen miteinander zu verrechnen und so nicht ausgeschöpfte Kapazitäten des oder der Praxispartner zu nutzen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 27.01.2016 - L 4 KA 14/14 -	16-02-6

Notdienstvergütung: Zulässigkeit strukturvertraglicher Regelungen zur Benachteiligung von Krankenhäusern	B 6 KA 12/16 R	Verstoßen Gebührenordnungspositionen zur Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, die von den Partnern der Gesamtverträge für den Bezirk der kassenärztlichen Vereinigung vereinbart wurden, gegen höherrangiges Recht, weil sie eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung der von Vertragsärzten im organisierten Notfalldienst auf der einen und von Krankenhausambulanzen auf der anderen Seite erbrachten Notfallbehandlungen darstellen?	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 16.12.2015 - L 12 KA 209/14 -	16-03-11
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?	<i>LSG Baden-Württemberg,</i> Urt. v. 26.10.2016 - L 5 KA 268/15 -	

Arzt-/Psychotherapeutenregister

Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht

Bindung des Versorgungsauftrags nach § 3 III a) Anl. 9.1 zum BMV-Ä an Dialysepraxis	B 6 KA 13/16 R	Hat ein Vertragsarzt, der aus der bisherigen Gemeinschaftspraxis (jetzt Berufsausübungsgemeinschaft) ausscheidet, einen Anspruch auf Mitnahme des erteilten Auftrags zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> Urt. v. 09.12.2015 - L 11 KA 84/14 -	16-03-38
Anfechtungsbefugnis: Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte zur Dialysebehandlung	B 6 KA 30/16 R Termin: 15.03.2017	Zur Anfechtungsbefugnis einer Nephrologischen Berufsausübungsgemeinschaft gegen den Bescheid einer Kassenärztlichen Vereinigung, der den weiteren Betrieb einer Nebenbetriebsstätte eines Medizinischen Versorgungszentrums mit dem Schwerpunkt Nephrologie genehmigt.	<i>LSG Saarland,</i> Urt. v. 30.08.2016 - L 3 KA 9/14 -	16-04-24
Keine Wettbewerbsansprüche von Nephrologen wegen Nebenbetriebsstätte	B 6 KA 35/16 R Termin: 15.03.2017	Kann ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Nephrologe gegen einen anderen, ebenfalls zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Nephrologen Ansprüche auf Unterlassung, Auskunft und auf Schadensersatz nach dem UWG (juris: UWG 2004) mit der Behauptung geltend machen, dem anderen Vertragsarzt sei zu Unrecht von einer Kassenärztlichen Vereinigung die Genehmigung für die Erbringung von Dialyseleistungen in einer Nebenbetriebsstätte erteilt worden?	<i>LSG Saarland,</i> Urt. v. 30.08.2016 - L 3 KA 2/16 WA -	16-04-24
Klagebefugnis bei Praxisverlegung eines konkurrierenden Nephrologen	B 6 KA 20/16 R B 6 KA 21/16 R Termin: 15.03.2017	Ist eine niedergelassene Gemeinschaftspraxis, die über Versorgungsaufträge nach der Anl 9.1 des BMV-Ä/EKV-Ä verfügt, als Konkurrent klagebefugt, wenn ein Nephrologe, dem ein Versorgungsauftrag zur Erbringung von Dialyseleistungen "in eigener Dialysepraxis" vor dem 1.7.2005 erteilt worden ist, seinen Praxissitz verlegt und ihm ein neuer Versorgungsauftrag für den neuen Praxissitz erteilt wird?	<i>LSG Saarland,</i> Urt. v. 24.05.2016 - L 3 KA 1/13 - - L 3 KA 2/13 -	16-03-39 16-03-40
Versorgungsauftrag nach Ausscheiden eines Arztes aus Dialysepraxis	B 6 KA 18/16 R B 6 KA 19/16 R Termin: 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- 16-04- NZZ
Klagebefugnis bei Verlängerung einer Zweigpraxisgenehmigung eines konkurrierenden Nephrologen	B 6 KA 22/16 R Termin: 15.03.2017	Ist eine Dialysepraxis berechtigt eine Entscheidung anzufechten, mit der einer konkurrierenden Praxis die befristete Verlängerung einer Zweigpraxisgenehmigung um weitere 10 Jahre nach der Übergangsregelung des Abs 3 S 3 Anh 9.1.5 Anl 9.1 BMV-Ä erteilt worden ist, wenn sich die genehmigte Dialysepraxis in ihrer Versorgungsregion befindet?	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 21.10.2015 - L 12 KA 108/14 -	16-04-23
Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt	B 6 KA 32/16 R	Verstoßen die Vertragspartner gegen höherrangiges Recht, wenn sie das Fortbestehen der Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einem DMP-Plattformvertrag und den dazugehörigen Diabetes-Vereinbarungen mit dem Erfordernis	<i>LSG Bayern,</i> Urt. 16.03.2016 - L 12 KA 59/14 -	17-01-30

		einer Mindestpatientenzahl (hier: 250 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder 2) verbinden?		
Disziplinarrecht: Streikrecht für Vertragsärzte?	B 6 KA 38/15 R Termin: 30.11.2016	Stellt die Ausübung eines Streikrechts einen zulässigen Grund für eine Unterbrechung der Sprechstundenverpflichtung des Vertragsarztes dar?	SG Stuttgart , Urt. v. 23.07.2015 - S 4 KA 3147/13 -	15-04-31

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Abrechenbarkeit belegärztlicher Leistung über Umfang der Anerkennung	B 6 KA 33/16 R	Resultiert aus der Belegarztanerkennung zugleich eine zahlenmäßige Beschränkung der abrechnungsfähigen Leistungen?	LSG Saarland , Beschl. v. 11.01.2016 - L 3 KA 41/12 -	16-04-17 NZB
Untersuchung eines Materials durch Pathologen	B 6 KA 47/16 R	Ist für die persönliche Leistungserbringung ausreichend, dass ein Pathologe vorbereitete Befunde überprüft?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 03.03.2016 - L 5 KA 23/15 -	17-01-18 NZB
Job-Sharing-Obergrenze: Eintritt in bestehende BAG	B 6 KA 48/16 R	Wie ist die Begrenzung des Umfangs einer Arztpraxis zu berechnen, wenn ein Job-Sharing-Partner nicht in eine Einzelpraxis, sondern in eine bereits bestehende BAG eintritt?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 16.03.2016 - L 5 KA 3901/12 -	17-01-20 NZB
MKG-Chirurgen: Splittingverbot	B 6 KA 16/15 R Termin: 04.05.2016 B 6 KA 17/15 R Termin: 30.11.2016	Liegt ein einheitlicher Behandlungsfall im Sinne des Splittingverbots vor, wenn ein Versicherter in einem Quartal sowohl in der vertragsärztlichen Einzelpraxis eines MKG-Chirurgen als auch in der vertragszahnärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft, der dieser MKG-Chirurg angehört, behandelt wird?	LSG Hessen , Urt. v. 25.02.2015 - L 4 KA 30/14 - - L 4 KA 42/14 -	15-02-38 15-02-40
	B 6 KA 30/15 R Termin: 30.11.2016	Verstößt das in den allgemeinen Bestimmungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen normierte Splittingverbot, wonach Vertragszahnärzte, die auch als Vertragsärzte an der Versorgung teilnehmen (hier: MKG-Chirurgen), erbrachte Leistungen entweder nur über die Kassenzahnärztliche Vereinigung oder die Kassenzahnärztliche Vereinigung abrechnen dürfen, gegen höherrangiges Recht?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 25.02.2015 - L 3 KA 123/11 -	15-04-26
Zahnärztliche Versorgung: Verwendung von Festzuschüssen für implantologische Vorleistungen?	B 6 KA 9/16 R	Ist es mit den gesetzlichen Vorgaben vereinbar, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss durch die Zahnersatz-Richtlinie (juris: ZERSRL) und die Festzuschuss-Richtlinie (juris: FZRL) einen zahnmedizinischen Befund zwar der Regelversorgung zuordnet, für diese Regelversorgung aber keinen eigenen Festzuschuss vorsieht, sondern den für eine andere Regelversorgung vorgesehenen Festzuschuss heranzieht (hier: Erstversorgung mit Suprakonstruktionen gemäß ZERSRL vom 8.12.2004 und FZRL vom 3.11.2004)?	LSG Sachsen , Urt. v. 09.12.2015 - L 8 KA 6/11 -	16-02-26

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Beschränkung auf die Gruppe der Familienversicherten und 20 %-Quote	B 6 KA 17/16 R	Darf ein Arzneimittelregress allein anhand der Verordnungswerte der Versichertengruppe "Familienangehörige" festgesetzt werden, wenn die Fallzahl dieser Gruppe 20 % der durchschnittlichen Gesamtfallzahl der Fachgruppe unterschreitet?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 17.09.2015 - L 5 KA 29/13 -	16-03-44 NZB
Prüfung von Einzelleistungen: Begründung unterschiedlicher Restüberschreitungen	B 6 KA 29/15 R Termin: 30.11.2016	Bedarf es im Rahmen einer Einzelleistungskürzung einer näheren Begründung im Bescheid, wenn die Prüfungsgremien die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis je nach Einzelleistung unterschiedlich hoch ansetzen?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 18.12.2014 - L 7 KA 25/13 -	15-04-34 NZB
Zielfeldregresse	B 6 KA 43/15 R B 6 KA 44/15 R B 6 KA 45/15 R Termin: 28.09.2016	Existierte im Jahr 2005 die erforderliche gesetzliche Ermächtigungsgrundlage für die Festsetzung von Arzneimittelregressen in Form sogenannter Zielfeldregresse?	LSG Hamburg , Urt. v. 25.11.2015 - L 5 KA 52/14 - - L 5 KA 1/15 - - L 5 KA 45/14 -	16-03-51 16-03-50 16-03-49
Keine Zuständigkeit der	B 6 KA 7/16 R	Unterliegt die Verordnung von Impfstoffen nach dem 1.4.2007 noch der gemeinsamen	LSG Bayern ,	16-02-34

Prüfungsgremien für Verordnung von Impfstoffen	Termin: 25.01.2017	Prüfungszuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen gemäß § 106 Abs 1 SGB 5?	Urt. v. 16.12.2015 - L 12 KA 160/14 -	
Schadensregress der Krankenkasse gegen Zahnärztin nur bei Unzumutbarkeit	B 6 KA 15/16 R	Ist der Regressanspruch einer Krankenkasse gegenüber einem Zahnarzt wegen Mängeln in der prothetischen Versorgung in Fällen, in denen eine Nachbesserung nicht möglich ist, davon abhängig, dass dem Versicherten die Neuanfertigung durch den bisher behandelnden Zahnarzt nicht zumutbar ist?	LSG Bayern, Urt. v. 17.06.2015 - L 12 KA 5044/13 -	15-03-47 NZB
Zulassung und Ermächtigung				
Zulassung (eines MVZ): Aktuelle Rechtslage maßgebend	B 6 KA 31/16 R	Ist für den Anspruch auf Zulassung auf die Rechtslage zum Zeitpunkt der Antragstellung abzustellen?	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 24.02.2016 - L 5 KA 4567/14 -	16-03-56 NZB
Ermittlung eines Sonderbedarfs für Verhaltenstherapie in Berlin	B 6 KA 28/16 R	Haben die Zulassungsgremien bei einem Antrag auf Sonderbedarfszulassung im Bereich der vertragspsychotherapeutischen Versorgung (hier: Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie) die konkrete Versorgungssituation zu ermitteln oder genügt es, wenn auf einen unstrittig hohen Versorgungsgrad in diesem Bereich verwiesen wird?	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.04.2016 - L 7 KA 48/14 -	16-04-46
Sitzverlegung	B 6 KA 31/15 R Termin: 03.08.2016	Dürfen die Zulassungsgremien Gründe der vertragsärztlichen Versorgung gem § 24 Abs 7 Ärzte-ZV, die einer Sitzverlegung entgegenstehen, allein auf der Grundlage eines Vergleichs der einschlägigen ärztlichen Versorgungsgrade in den Planungsbereichen des bisherigen und begehrten Sitzes mit dem Ziel der Gleichmäßigkeit der Versorgungsgrade beurteilen?	SG Berlin, Urt. v. 25.03.2015 - S 83 KA 559/13 -	15-04-46
Zulassungsverzicht eines für zwei Fachgebiete zugelassenen Vertragsarztes	B 6 KA 32/15 R Termin: 28.09.2016	Kann ein Vertragsarzt mit einer Zulassung für zwei unterschiedliche Fachgebiete eine Ausschreibung seines Vertragsarztsitzes verlangen, wenn er auf die Zulassung in nur einem der beiden Fachgebiete verzichtet hat, um diese in ein Medizinisches Versorgungszentrum einzubringen?	LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 16.06.2015 - L 4 KA 36/13 -	15-04-42
Zulassungsverzicht bei Doppelzulassung auf nur ein Fachgebiet	B 6 KA 1/16 R Termin: 28.09.2016	Zum Umfang des Zulassungsverzichts bei einer Zulassung für mehrere Fachgebiete.	LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 16.06.2015 - L 4 KA 37/13 -	16-01-58 NZB
Umwandlung einer MVZ-Arztstelle nach Einstellung des Praxisbetriebs/Kein Teil der Insolvenzmasse	B 6 KA 27/16 R	Zur Umwandlung von Anstellungsgenehmigungen eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) in Zulassungen, nachdem diesem die Zulassung entzogen und über das Vermögen der Trägergesellschaft das Insolvenzverfahren eröffnet wurde.	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.04.2016 - L 7 KA 30/14 -	16-03-66
Verlegung einer Anstellungsgenehmigung	B 6 KA 38/16 R	Ist es nach § 24 Abs 7 S 2 Ärzte-ZV bzw § 95 Abs 1a SGB 5 idF des GKV-VSG vom 16.7.2015 möglich, Anstellungsgenehmigungen aus einem bestehenden Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) in ein anderes neu zu gründendes MVZ zu verlegen?	SG Hamburg, Urt. v. 28.09.2016 - S 27 KA 50/16 -	
Anstellungsnachfolge eines Chirurgen mit Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie	B 6 KA 40/15 R Termin: 28.09.2016	Kann die Nachbesetzung der Arztstelle eines Facharztes für Chirurgie (nach altem Weiterbildungsrecht) mit einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (nach neuem Weiterbildungsrecht) in einem MVZ nur dann erfolgen, wenn der ausscheidende Arzt über die Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie verfügt?	SG Berlin, Urt. v. 06.05.2015 - S 79 KA 258/13 -	15-04-50
Konkurrentenklage: Auslastung der Praxis	B 6 KA 20/15 R (alt: B 6 KA 41/11 R) Termin: 03.08.2016	Zur Anfechtungsberechtigung einer Berufsausübungsgemeinschaft gegen die Genehmigung eines besonderen Versorgungsauftrags für die Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten für einen Dritten im Wege einer Konkurrentenklage im Hinblick auf eine Beschwer durch die mangelnde Auslastung der Praxis.	LSG Saarland, Urt. v. 24.04.2015 - L 3 KA 9/13 ZVW -	15-03-54
Übernahme einer Einrichtung nach § 311 SGB V durch Erbringer häuslicher Krankenpflege	B 6 KA 46/16 R	Erfasst der in § 311 Abs 2 SGB 5 geregelte Bestandsschutz für bestimmte ärztlich geleitete Einrichtungen nur den Umfang der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung und sind im Übrigen insbesondere hinsichtlich der Trägerschaft die	SG Potsdam, Urt. v. 28.09.2016 - S 1 KA 19/15 -	17-01-50

		Regelungen für medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB 5 anzuwenden?		
Anfechtung einer nephrologischen Ermächtigung	B 6 KA 3/16 R Termin: 30.11.2016	Sind zugelassene Ärzte befugt, die Erteilung einer formell auf § 11 Abs 3 Anl 9.1 BMV-Ä gestützten Ermächtigung eines Krankenhausarztes als Leiter einer nephrologischen Schwerpunktabteilung mit der Begründung anzufechten, dass die Ermächtigung tatsächlich nicht dieser Regelung entspricht? Wie ist der Begriff der Mitbehandlung in § 11 Abs 3 Anl 9.1 BMV-Ä zu verstehen (hier bezogen auf die Behandlung chronisch niereninsuffizienter Patienten mit ambulanter Bauchfelldialyse - CAPD)?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 24.04.2015 - L 3 KA 10/11 -	16-02-54 NZB
Ermächtigung für Leistung ohne Abrechnungsberechtigung?	B 6 KA 2/16 R Termin: 25.01.2017	Ist die Ablehnung einer beantragten Erweiterung der bestehenden Ermächtigung einer Kinderklinik (Pädiatrische Onkologie und Hämatologie) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bzgl. der Erbringung von Leistungen nach den Nrn 01510 - 01512 (Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) durch den Berufsausschuss rechtmäßig?	, Urt. v. 26.08.2015 - L 11 KA 62/12 -	16-01-64
Institutermächtigung für Geburtshilfe: Qualifikationsgebundene Leistung/Persönliche Ermächtigung	B 6 KA 11/16 R Termin: 25.01.2017	Scheidet die Erteilung einer Institutermächtigung für die geburtshilfliche Abteilung eines Krankenhauses nach § 5 Abs 2 Nr 2 BMV-Ä bzw § 9 Abs 2 Nr 2 EKV-Ä aus, weil die Abrechnung von Leistungen iS der Gebührenordnungsposition 01780 EBM-Ä 2008 eine Genehmigung der betreffenden Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung voraussetzt? Kann die Zulassungsinstanz im Rahmen der Ermessensentscheidung über einer Institutermächtigung für die geburtshilfliche Abteilung eines Krankenhauses nach § 5 Abs 2 Nr 2 BMV-Ä bzw § 9 Abs 2 Nr 2 EKV-Ä berücksichtigen, dass wegen vorhandener und noch möglicher persönlicher Ermächtigungen ein Schutzbedürfnis des Krankenhauses nicht besteht?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 03.03.2016 - L 5 KA 21/15 -	16-02-53

Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV/ Pädiatrische Spezialambulanz/Hausarztzentrierte Versorgung

Regionale Punktwertzuschläge auf den Orientierungswert	B 6 KA 5/16 R	Verstoßen regionale Punktwertzuschläge auf den Orientierungswert gegen die Grundsätze der Beitragssatzstabilität, der Vorjahresanknüpfung sowie der Wirtschaftlichkeit?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 16.12.2015 - L 5 KA 68/13 KL -	16-03-69
Regionaler Punktwert/Veränderungsrate 2013 Bayern	B 6 KA 14/16 R	Ist ein Schiedsamt an Beschlüsse des Bewertungsausschusses und des erweiterten Bewertungsausschusses gebunden?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 27.01.2016 - L 12 KA 29/13 KL -	16-02-57
Erhöhter regionaler Punktwert: Kriterien einer prospektiven Schätzung	B 6 KA 42/16 R	Ist der Schiedsspruch eines Landesschiedsamts rechtmäßig, wonach der regionale Punktwert für das Jahr 2013 gegenüber dem Orientierungswert für 2013 um 1,1 Prozent zu erhöhen ist?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 28.09.2016 - L 4 KA 35/15 KL -	17-01-53
Gesamtvergütung: Versicherten mit Wohnsitz im Ausland	B 6 KA 43/16 R	Zur Frage der Rechtmäßigkeit des sog Kassensitzprinzips bei der Zuordnung von Versicherten mit Wohnsitz im Ausland zum Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Berechnung der Gesamtvergütung nach einer Fusion von Krankenkassen.	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 28.10.2016 - L 3 KA 26/14 -	
Integrierte Versorgung: Managementgesellschaft als Kooperationspartner	B 6 KA 22/15 R Termin: 15.06.2016	Kann sich eine Krankenkasse im Streit um die Anschubfinanzierung nach § 140d Abs 1 S 1 SGB 5 in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung darauf berufen, jedenfalls einer der geschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung trage den gesamten Einbehalt	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 20.05.2015 - L 5 KA 1/14 -	15-03-64
GBA: Verordnungsausschluss für	B 6 KA 25/15 R	Ist das Arzneimittel „Otoovowen®“ als Otologikum vom Verordnungsausschluss in Nr 38	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> ,	15-03-71

Otologika	Termin: 28.09.2016	der Anlage 3 der AM-RL in den seit 1.4.2009 geltenden Fassungen umfasst? Verstößt die Nr 38 der Anlage 3 der Arzneimittel-Richtlinie - AM-RL in den beiden seit dem 1.4.2009 geltenden Fassungen gegen höherrangiges Recht?	Urt. v. 27.05.2015 - L 7 KA 33/12 KL WA -	
Ausschluss des Medizinprodukts Laxatan	B 6 KA 34/16 R	Ist bei der Frage, ob arzneimittelähnliche Medizinprodukte ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung der GKV einbezogen werden, eine stoffbezogene oder eine präparatebezogene Prüfung vorzunehmen? Darf der Gemeinsame Bundesausschuss arzneimittelähnliche Medizinprodukte rückwirkend aus der Verordnungsfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließen?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 28.06.2016 - L 7 KA 100/13 KL -	16-04-56
Pädiatrische Spezialambulanz: Zusätzliche Pauschale nicht für Vergangenheit	B 6 KA 10/16 R (alt: B 1 KR 12/16 R)	Kann eine Schiedsstelle eine zusätzliche Pauschale gem § 120 Abs 1a SGB 5 für eine pädiatrische Spezialambulanz für zurückliegende Jahre festsetzen, wenn der Krankenträger die Pauschale erst nach Ende des jeweiligen Jahres geltend gemacht hat?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 03.03.2016 - L 5 KA 25/15 KL -	16-02-59
Hausarztzentrierte Versorgung	B 6 KA 44/16 R	Verstößt der für den Bezirk der KV Bayern durch Schiedsspruch vom 13.2.2012 festgesetzte Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b Abs 4 S 1 SGB 5 gegen höherrangiges Recht?	LSG Bayern , Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 149/14 -	

Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 06.02.2017. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des jeweiligen Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Ärztliche Behandlung				
Approbation Voraussetzung für psychotherapeutische Behandlung	B 1 KR 4/16 R Termin: 13.12.2016	Haben Versicherte der GKV Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung durch Therapeuten, die keine Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz (juris: PsychThG) besitzen?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 26.01.2016 - L 4 KR 209/15 -	16-02-88
Kopforthese (Helmtherapie)	B 3 KR 1/16 R	Gehört die Versorgung und Therapie mit einer Kopforthese zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 24.02.2015 - L 11 KR 3297/14 -	15-02-111 NZB
	B 3 KR 30/15 R B 3 KR 6/16 R	Gehört die Versorgung und Therapie mit einer Kopforthese zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 11.06.2015 - L 1 KR 141/14 - LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 25.08.2015 - L 4 KR 300/12 -	16-02-91 NZB 16-02-92 NZB
Zahnärztliche Behandlung: Zahnreinigung	B 1 KR 30/16 R	Umfasst die Regelung des § 22a SGB V die Entfernung weicher Zahnbeläge?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 26.04.2016 - L 4 KR 116/14 -	17-01-75 NZB
Kostenerstattung				
Kein Sachleistungsanspruch	B 3 KR 4/16 R	Zur Frage der Anwendung der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a SGB 5 auf	LSG Hessen ,	16-01-118

aufgrund der Genehmigungsfiktion (Therapie dreirad)		Sachleistungsansprüche und der Begrenzung des Anspruchs nach § 13 Abs 3a S 6, 7 SGB 5 durch das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot.	Urt. v. 10.12.2015 - L 1 KR 413/14 -	
Genehmigungsfiktion bei allen möglichen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	B 3 KR 8/16 R (alt: B 1 KR 14/16 R)	Hat ein Versicherter einen Anspruch auf Versorgung mit einem CGM-Messsystem zur kontinuierlichen Glucose-Messung einschließlich des hierfür erforderlichen Zubehörs, wenn die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 eingetreten ist, obwohl der G-BA noch keine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen abgegeben und der Bewertungsausschuss sie nicht zum Gegenstand des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) gemacht hat?	LSG Bayern , Urt. v. 23.02.2016 - L 5 KR 351/14 -	16-03-108
Genehmigungsfiktion und Sachleistungsanspruch	B 1 KR 26/16 R	Gewährt § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 einen Sachleistungsanspruch eigener Art?	LSG Bayern , Urt. v. 07.09.2016 - L 20 KR 597/15 -	16-04-120
Genehmigungsfiktion und Liposuktion	B 1 KR 1/17 R	Findet § 13 Abs 3a SGB 5 Anwendung, wenn die Krankenkasse nicht fristgerecht über einen Antrag auf stationäre Liposuktion entscheidet?	LSG Baden-Württemberg , Beschl. v. 13.09.2016 - L 4 KR 320/16 -	16-04-121 NZZ
Kopforthese als GKV-Leistung?	B 3 KR 17/16 R	Gehört die Versorgung und Therapie mit einer Kopforthese zur Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 26.05.2016 - L 4 KR 236/15 -	17-01-115 NZZ
Stationäre Behandlung				
Teilstationäre Behandlung (Pharmakotherapie - Intravenöse Immunglobulin-Therapie)	B 1 KR 1/16 R Termin: 13.12.2016	Kommt es für die Durchführung einer neuen Behandlungsmethode im Krankenhaus nach § 137c Abs 3 SGB 5 (hier: teilstationäre Pharmakotherapie) darauf an, dass bereits Forschungsergebnisse vorliegen, die erwarten lassen, dass das im Rahmen der neuen Behandlungsmethode zum Einsatz kommende Arzneimittel (hier: Intratect) für die Behandlung der Krankheit (hier: systemischer Lupus erythematodes - SLE - mit Urtikaria-Vaskulitis) zugelassen werden kann?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 17.11.2015 - L 11 KR 1116/12 -	16-01-110
Liposuktion: Maßstab der evidenzbasierten Medizin	B 1 KR 13/16 R	Gilt das Qualitätsgebot gem § 2 Abs 1 S 3 SGB 5 bei der Anwendung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Bereich auch nach der Änderung des § 137c SGB 5 in der Fassung vom 16.7.2015?	LSG Sachsen , Urt. v. 23.07.2015 - L 1 KR 104/15 -	16-02-102 NZZ
Auslandskrankenbehandlung				
Arzneimittel				
Avastin bei einem bösartigen Hirntumor	B 1 KR 10/16 R Termin: 13.12.2016	Hat ein an Rezidiven eines Glioblastoms leidender Versicherter Anspruch auf Versorgung mit Avastin außerhalb der Zulassung, obwohl die europäische Zulassungsbehörde die Zulassung der Erst- und Zweitlinientherapie von Glioblastomen mit Avastin abgelehnt hat?	LSG Bayern , Urt. v. 05.07.2015 - L 5 KR 153/14 -	16-03-117 NZZ
Hilfsmittel/Heilmittel				
Festbetragsfestsetzung für Hörgeräte	B 3 KR 28/15 R Termin: 16.03.2017	Zur Klagebefugnis eines Versicherten gegen die Festbetragsfestsetzung bei Hilfsmitteln (hier: Hörhilfen) durch den GKV-Spitzenverband und zum gerichtlichen Prüfungsmaßstab im Rahmen von § 36 SGB 5.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 24.07.2015 - L 9 KR 54/12 KL -	16-01-135
Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe				
Seniorenresidenz als geeigneter Ort	B 3 KR 11/16 R	Kann häusliche Krankenpflege durch den Betreiber eines Pflegedienstes erfolgen, der einen Schwerstpflegebedürftigen in einem für die Intensivpflege hergerichteten, ihm gehörenden Gebäude pflegt ("Service-Wohnen")?	LSG Rheinland-Pfalz , Urteil v. 19.11.2015 - L 5 KR 5/15 -	16-01-141 NZZ
Fahrkosten				
Ambulante Behandlungen wegen	B 1 KR 2/16 R	Stellt die aus der Transplantationsnachsorge (hier: Nierentransplantation) ergebende	LSG Sachsen-Anhalt ,	16-02-134

Folgen einer Nierentransplantation	Termin: 13.12.2016	Häufigkeit von Behandlungen (Kontrolluntersuchungen) eine hohe Behandlungsfrequenz im Sinne des § 8 Abs 2 der Krankentransport-Richtlinien - KT-RL (juris: KrTRL 2004) dar?	Urt. v. 17.12.2015 - L 6 KR 31/13 -	
------------------------------------	---------------------------	---	--	--

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankenhauskosten

Fälligkeit nach Pflegesatzvereinbarung: Untersuchung der Einwände der Krankenkasse	B 1 KR 6/16 R Termin: 25.10.2016	Sind Krankenkassen aufgrund einer Pflegesatzvereinbarung 1. verpflichtet, bereits dann eine vollstationäre Krankenhausbehandlung zu vergüten, wenn das Krankenhaus die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bejaht, und 2. darauf verwiesen, Einwendungen (hier mangelnde Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit) in einem anschließenden Erstattungsverfahren geltend zu machen?	LSG Bayern, Urt. v. 12.05.2015 - L 5 KR 493/12 -	16-02-141 NZB
Aufrechnung und Aufrechnungserklärung	B 1 KR 7/16 R Termin: 25.10.2016	Findet § 396 BGB iVm § 366 Abs 2 BGB bei einem Anspruch der Krankenkasse auf Erstattung von Krankenhausvergütung Anwendung, wenn sowohl die Krankenkasse als auch der Krankenhausträger mehrere Forderungen geltend machen?	LSG Bayern, Urt. v. 14.07.2015 - L 5 KR 284/13 -	16-02-142 NZB
Ausschluss einer Aufrechnung	B 1 KR 9/16 R Termin: 25.10.2016	Ist die Regelung einer landesrechtlichen Pflegesatzvereinbarung, die die Aufrechnung mit bestrittenen/nicht rechtskräftig zuerkannten (Erstattungs-) Ansprüchen der Krankenkassen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhausträger ausschließt, mit Bundesrecht vereinbar?	LSG Bayern, Urt. v. 24.09.2015 - L 5 KR 244/13 -	15-04-112 NZB
Erfüllungsfiktion des § 107 SGB X	B 1 KR 15/16 R Termin: 28.03.2017	Gilt die Erfüllungsfiktion des § 107 SGB 10 auch in Krankenhausbehandlungsfällen für das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse nach Zahlung der Vergütung durch eine unzuständige Krankenkasse?	LSG Hamburg, Urt. v. 30.03.2016 - L 1 KR 18/14 -	16-04-148
Rechnungskorrektur nach Ende des Haushaltsjahrs	B 1 KR 27/16 R	Unter welchen Voraussetzungen ist ein Krankenhaus mit Nachberechnungen nach Ablauf des auf das Rechnungsjahr folgenden Haushaltsjahres auch bei beanstandeten Schlussrechnungen nach Treu und Glauben ausgeschlossen?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.09.2016 - L 5 KR 396/16 -	17-01-138
Risikoverteilung bei Wiederaufnahme wegen Komplikationen	B 1 KR 17/16 R	Zur Frage der Verantwortlichkeit des Krankenhauses bei einer Wiederaufnahme eines Versicherten wegen Komplikationen und zur Frage der Beweislast bei Nichterweislichkeit der Ursachen.	LSG Hamburg, Urt. v. 26.06.2016 - L 1 KR 116/13 -	16-04-153
Fallzusammenführung	B 1 KR 3/16 R Termin: 28.03.2017	Fehlt es an der erforderlichen formal ordnungsgemäßen Krankenhausabrechnung, wenn das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale nicht vorgenommen hat, dies aber angezeigt war (hier: Amputation mit Wundheilungsstörung und Hauttransplantation)?	LSG Hamburg, Urt. v. 21.01.2016 - L 1 KR 172/13 -	16-03-142
Voraussetzungen einer Beurlaubung	B 1 KR 29/16 R Termin: 28.03.2017	Fordert das Wirtschaftlichkeitsgebot, dass die Behandlung eines Versicherten, der nach stationärer Diagnostik entlassen wurde, um sich über den geplanten Eingriff vertragsärztlich beraten zu lassen, und alsbald zur Durchführung des Eingriffs im selben Krankenhaus wieder stationär aufgenommen wurde, als ein nur durch Beurlaubung unterbrochener Behandlungsfall zu gelten hat?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 02.06.2016 - L 5 KR 38/16 -	17-01-146 NZB
Aufwandspauschale und Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit	B 1 KR 16/16 R B 1 KR 18/16 R B 1 KR 19/16 R B 1 KR 22/16 R Termin: 25.10.2016	Gibt es bei Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung die Pflicht der Krankenkasse, eine Aufwandspauschale zu zahlen? Vorinstanz: SG Marburg, S 6 KR 93/16 Gibt es bei der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer	SG Detmold, Urt. v. 31.03.2016 - S 3 KR 182/15 - SG Darmstadt, Urt. v. 23.05.2016 - S 8 KR 353/15 - - S 8 KR 408/15 -	16-03-155 16-03-150 16-03-151

	B 1 KR 23/16 R B 1 KR 24/16 R	Krankenhausabrechnung die Pflicht der Krankenkasse, eine Aufwandspauschale zu zahlen?	Urt. v. 17.02.,2016 - L 16/4 KR 208/13 - SG Osnabrück , Urt. v. 21.07.2016 - S 13 KR 601/15 - SG Marburg , Urt. v. 08.08.2016 - S 6 KR 93/16 -	16-04-165
	B 1 KR 28/16 R	Gibt es bei Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung die Pflicht der Krankenkasse, eine Aufwandspauschale zu zahlen?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 21.06.2016 - L 16/1 KR 541/14 -	16-03-158 NZZ

Ambulante Versorgung

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

Apotheken: Verhängung einer Vertragsstrafe nur mittels Verwaltungsakt	3 KR 16/16 R	Hat eine Krankenkasse gegenüber einer Apothekerin eine Vertragsstrafe wegen Falschabrechnungen mittels Verwaltungsakt festzusetzen oder kann sie diese auch im Rahmen einer echten Leistungsklage geltend machen	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 20.09.2016 - L 11 KR 674/15 -	16-04-168
Arzneimittelhersteller/Festbetragsfestsetzung: Vorübergehende Lieferschwierigkeiten	B 3 KR 9/16 R	Zur Frage der Rechtmäßigkeit der Anpassung eines Festbetrages für Arzneimittel bei einem zwischenzeitlich eingetretenen Zeitablauf von mehreren Monaten zwischen dem Bewertungsstichtag und dem Wirksamwerden der Festbetragsanpassung einschließlich einer eingeschränkten Lieferfähigkeit des Produkts.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 08.04.2016 - L 1 KR 476/12 KL -	16-03-167
Reduzierung des Herstellerrabatts auf 6 % und Ertragssituation	B 3 KR 10/16 R	Unter welchen Voraussetzungen kann ein pharmazeutischer Unternehmer die Reduzierung des Herstellerrabatts von 16 auf 6 % beanspruchen?	LSG Hessen , Urt. v. 11.06.2015 - L 8 KR 88/12 -	16-03-170 NZZ
Auskunftsanspruch der Krankenkassen	B 3 KR 13/16 R	Zum Inhalt und Reichweite des Auskunftsanspruchs nach § 129 Abs 5c S 4 SGB 5.	LSG Bayern , Urt. v. 24.05.2016 - L 5 KR 442/13 -	
Hilfsmittelverzeichnis: Aufnahme des Speedy-Duo 2?	B 3 KR 3/16 R	Sind Vorspann- bzw. Einhängefahrräder für Rollstühle mit Handkurbelantrieb und elektromotorischer Servounterstützung zum Erreichen von 10 km/h bzw 14 km/h in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 08.12.2015 - L 1 KR 61/11 -	16-01-184
Hilfsmittelabgabe auf „verkürztem Versorgungswege“: Entgeltrückforderung	B 3 KR 2/16 R	Hat der Erbringer von Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie, die er nicht an Versicherte, sondern an den verordnenden Vertragsarzt abgegeben hat, hierfür einen Vergütungsanspruch?	LSG Bayern , Urt. v. 24.03.2015 - L 5 KR 383/11 -	16-01-182 NZZ
Ausschluss der Masseure von Manueller Therapie	B 3 KR 24/15 R Termin: 16.03.2017	Ist die in den Heilmittelrichtlinien und in Landesverträgen enthaltene Regelung, nach der zur Versorgung der Versicherten nur zugelassene Physiotherapeuten Leistungen der Manuellen Therapie zu Lasten der Krankenkassen abrechnen dürfen, wenn sie eine Weiterbildung in dieser Behandlungstechnik absolviert und eine Abschlussprüfung bestanden haben, rechtmäßig?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 21.07.2015 - L 11 KR 4481/12 -	15-04-134
	B 3 KR 5/16 R B 3 KR 14/16 R B 3 KR 15/16 R Termin: 16.03.2017	Verstößt die in den Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (juris: HeilMRL) und im maßgeblichen Landesvertrag enthaltene Regelung, nach der nur zugelassene Physiotherapeuten Leistungen der manuellen Therapie zu Lasten der Krankenkassen abrechnen dürfen, wenn sie eine Weiterbildung in dieser Behandlungstechnik absolviert und eine Abschlussprüfung bestanden haben, gegen höherrangiges Recht?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 07.01.2016 - L 5 KR 192/15 - LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 08.07.2016 - L 1 KR 205/13 WA - - L 1 KR 206/13 WA -	16-03-175 16-04-173 16-04-174
Zulassung einer Ergotherapeutin: Weitere Fachkraft ausschließlich für	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	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 13.05.2016	16-03-174 NZZ

Hausbesuche		Praxis nur über einen ausreichend großen Behandlungsraum verfügt, die Mitarbeiterin aber ausschließlich Hausbesuche durchführen soll?	- L 4 KR 3332/15 -	
Unterbliebene Durchführung des Schiedsverfahrens	B 3 KR 31/15 R	Kann ein Pflegedienst eine höhere Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (hier: ärztlich verordnete Einmalkatheterisierungen) im Wege der Leistungsklage durchsetzen, wenn ein Schiedsverfahren trotz Vorliegens einer Schiedsvereinbarung unterblieben ist?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 18.11.2015 - L 5 KR 2883/13 -	16-01-185
Krankentransportunternehmer: Klagebefugnis bei Kassenäußerung zur Vorabgenehmigungspflicht	B 3 KR 19/15 R Erledigt durch Vergleich (11/2016)	Ist eine Klage von Krankentransportunternehmen auf Unterlassung von Äußerungen einer Krankenkasse zu den Voraussetzungen eines Leistungsanspruchs der Versicherten (hier: § 60 Abs 2 S 1 Nr 3 SGB 5) zulässig?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 26.02.2014 - L 9 KR 313/11 -	14-03-136 NZZ
Integrierte Versorgung				
Wirksamkeit von Verträgen/Abrechnung der Anschubfinanzierung	B 1 KR 5/16 R Erledigt durch Zurücknahme	Zur Frage der Wirksamkeit von Verträgen und der Erforderlichkeit der rechnerischen Nachvollziehbarkeit von Einhalten unter Berufung auf die sog Anschubfinanzierung zur Förderung der integrierten Versorgung.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 26.01.2016 - L 4 KR 166/13 -	16-03-161
Krankenkassen				
Risikostrukturausgleich: Jahresausgleichsbescheid u. Zuweisungen für Auslandsversicherte	B 1 KR 11/16 R Termin: 25.10.2016	Ist der Jahresausgleichsbescheid 2013 des Bundesversicherungsamtes gegenüber einer Krankenkasse rechtmäßig, wenn es die Zuweisungen für Auslandsversicherte aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter Berücksichtigung des zum 01.08.2014 in Kraft getretenen Rechts begrenzt hat?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 29.10.2015 - L 5 KR 745/14 KL -	16-02-168
Verwaltungsakt gegenüber Versicherten ohne Tatbestandswirkung	B 1 KR 29/15 R Termin: 13.12.2016	Kann sich die Berufsgenossenschaft nach Gewährung von Leistungen an einen Versicherten, für die sie Erstattung von der Krankenkasse begehrt, zu Lasten der Krankenkasse darauf berufen, dass sie gegenüber dem Versicherten einen ihre Leistungszuständigkeit ausschließenden bestandskräftigen Verwaltungsakt erlassen hat?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 21.07.2015 - L 11 KR 1601/14 -	15-04-139
	B 1 KR 25/16 R (alt: B 2 U 18/15 R) Termin: 13.12.2016	Kann sich die Berufsgenossenschaft nach Gewährung von Leistungen an einen Versicherten, für die sie Erstattung von der Krankenkasse begehrt, zu Lasten der Krankenkasse darauf berufen, dass sie gegenüber dem Versicherten einen ihre Leistungszuständigkeit ausschließenden bestandskräftigen Verwaltungsakt erlassen hat?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 05.11.2015 - L 2 U 126/12 -	juris
GBA				
Sonstiges				
Abgabepflicht für Mitarbeiter eines Ärzteblatts einer Ärztekammer	B 3 KS 3/15 R	Ist eine Ärztekammer als Herausgeberin eines Ärzteblattes abgabepflichtig nach dem KSVG, wenn die Redaktionsmitglieder ausschließlich ehrenamtlich gegen Aufwandsentschädigung tätig und die Beiträge idR kostenlos verfasst werden?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Urt. v. 16.06.2015 - L 4 R 183/10 -	16-01-251
Künstlersozialabgabepflicht für Kameraleute	B 3 KS 2/15 R Termin: 29.11.2016 (omV)	Unterliegen Honorare an selbstständige Kameraleute unabhängig vom Umfang des Gestaltungsspielraums im Einzelfall stets der Künstlersozialabgabe?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 15.01.2015 - L 3 R 323/12 -	www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Künstlersozialabgabepflicht für Doktoranden	B 3 KS 1/16 R Erledigt durch Anerkennung (11/2016)	Sind Doktoranden wegen der Erstellung von Dissertationen wissenschaftliche Autoren im Sinne des Künstlersozialversicherungsrechts?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 31.05.2016 - L 4 KR 378/14 -	juris
Selbstständige Tätigkeit/abhängige Beschäftigung im Rundfunk	B 1 KR 31/16 R (alt: B 12 KR 21/16 R)	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> , Urt. v. 06.10.2016 - L 8 KR 101/14 -	juris