

Rechtsprechungsinformationsdienst 17-02

REDAKTION	9
EDITORISCHE HINWEISE	9
A. VERTRAGSARZTRECHT	10
I. Honorarverteilung	10
1. Reduzierung des Versorgungsauftrags: Halbierung der RLV-relevanten Fallzahlen	10
2. Quotierung von Laboratoriumsuntersuchungen (Quartale I u. II/13)	10
3. Abänderbarkeit einer RLV-Mitteilung nach Quartalsbeginn	11
4. Vergütung Quartal I/09 bis IV/11	11
a) Regelleistungsvolumen und Erkrankung des Vertragsarztes im Aufsatzquartal	11
b) Bildung einer individuellen Obergrenze für Wachstumsärzte in BAG	12
c) Wachstumsmöglichkeiten unterdurchschnittlich abrechnender Praxen	12
5. Vergütung bis Quartal IV/08	14
a) Punktwert der invasiv tätigen Kardiologen (Quartal I/06 KV Hessen)	14
b) Vergütung für Neurologen (Quartale II/05-I/07 KV Hessen)	14
c) Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus (Quartale II-IV/08)	14
6. Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen: Reichweite der Vereinbarung	14
7. Aufhebung von Honorarbescheiden: Vergütung von ambulanten Operationsleistungen	15
8. Wirksamkeit eines Pfändungs- und Überweisungsbeschlusses	15
9. Degressionskürzung: Jahresbezogenheit auch bei Wechsel in BAG	15
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	16
1. Richtigstellung nach abgelaufener Ausschlussfrist: Kein Rücknahmeermessen	16
2. Nicht genehmigte Beschäftigung eines Arztes	17
3. Vertretungszeiten über drei Monate im Jahr	17
4. Gemeinschaftspraxis ohne Vorliegen eines bestimmter Mindestanteils von Patienten	18
5. Job-Sharing-Obergrenze: Keine Berücksichtigung weiterer Honorarkürzungen	18
6. Notfallerstversorgung im Krankenhaus: Labor-, Röntgen- und Ultraschalleistungen	18
7. Splittingverbot: Belegärztliche Leistungen als eigener Behandlungsfall	19
8. Nr. 26315 EBM nicht neben Kostenpauschalen nach der Onkologie-Vereinbarung	19
9. Postoperativer Überwachungskomplex (Abschn. 31.3 bzw. 36.3 EBM)	19
10. Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung: Teilweiser Honorarereinbehalt	20
III. Genehmigung/Zweigpraxis/Notdienst	20
1. Widerruf einer Abrechnungsgenehmigung: Wirksamkeit erst nach Bestandskraft	21
2. Rücknahme einer Genehmigung zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen	21
3. Zweigpraxis	22
a) Urologische Leistungen erstmals in 9 km entfernter Nachbarstadt/Anordnungsgrund	22
b) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin: Einsatz von Tieren in Verhaltenstherapie	22
4. Keine ausgelagerten Praxisräume bei Nutzung durch verschiedene Ärzte	23
5. Notdienst	23
a) Umstrukturierung des Notdienstes: Gestaltungsspielraum	23
b) Zusätzliche Heranziehung zum Notdienst am Ort der Zweigpraxis	24
c) Aufhebung einer ursprünglich rechtswidrigen Befreiung vom Notdienst	24
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	24
1. Praxisbesonderheit: Verordnung teurer als bei durchschnittlicher Verordnungsweise	25
2. Zahnärztliche Behandlung: Zufälligkeitsauswahl trotz Prüfung in Vorquartalen	25
V. Zulassungsrecht	25
1. Zulassung	26
a) Auswahlverfahren nach Entsperrung des Planungsbereichs	26
aa) Verlängerung der Antragsfrist: Außergewöhnliche Umstände	26
bb) Keine „Konzeptbewerbung“ nach § 103 IV 10 SGB V	26
b) Sonderbedarf: Einbeziehung angrenzender Planungsb. bei Subspez./Ersetzender Beschl.	27
c) Sofortige Vollziehung nach Entsperrung erst bei Unterversorgung	27
d) Keine MVZ-Neugründung durch Verlegung von Anstellungsgenehmigungen	28
e) Keine Unterbrechung eines Zulassungsverfahrens durch Insolvenzeröffnung	28
2. Nachbesetzung einer Angestelltenstelle	29

a) Nachbesetzung nur bei Tätigkeitsaufnahme durch Vorgänger	29
b) Nichtaufnahme der Angestelltentätigkeit	29
3. Verzichtserklärung per Telefax unwirksam	29
4. Zulassungsentziehung	30
a) Verurteilung wegen Abrechnungsbetrugs über 21 Quartale als gravierender Pflichtenverstoß	30
b) MVZ: Keine vertragsärztliche Tätigkeit ohne Ärzte/Kein Ruhen ohne Wiederaufnahmeabsicht	31
c) Anordnung der sofortigen Vollziehung der Entziehung	31
5. Antrag vor Zulassungsmoratorium setzt Eintragung in Arztregister voraus	31
6. Hochschulambulanzen: Angliederung eines Instituts an Universität, nicht an Klinikum	32
7. Zivilrechtl. Verurteilung zur Sitzverlegung/Ende nephrolog. BAG und Sonderbedarfszulassung	33
VI. Gesamtvergütung/HzV-Vertrag/IV-Versorgung/Ambulante Krankenhausleistungen	33
1. Zuständige KV bei gesetzlich Krankenversicherten mit Wohnsitz im Ausland	34
2. Datenübermittlungen auch bei Gesamtvergütung nach Kopfpauschalen	34
3. Fortgeltung eines HzV-Vertrags als Anschlussvereinbarung (Bayern)	35
4. Integrierte Versorgung: Vertragsabschlusskompetenz/Regelversorgung	35
5. Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	36
VII. Streitwert	36
1. Honorarklage: Honorardifferenz ohne Abzug von Praxis- oder Sachkosten	36
2. Honorarrückforderung im einstweiligen Rechtsschutzverfahren	37
VIII. Verschiedenes	37
1. Konkurrentenklage gg. Krankenhaus wg. Hinzuziehung von Anästhesisten zum amb. Operieren	37
2. Amtsentbindung ehrenamtlicher Richter nach Beendigung der Zulassung vor Ernennung	38
IX. Bundessozialgericht (BSG)	38
1. Honorarverteilung	38
a) Geltung der RLV-Regelungen für Arztgruppen mit „ausgelaufener“ Gebietsbezeichnung	38
b) Einheitliches RLV für Phoniater/Pädaudiologen: Fach- und HNO-Ärzte mit Schwerpunkt	38
c) Einbeziehung nephrologischer Leistungen in Regelleistungsvolumen (ab Quartal III/10)	38
2. MKG-Chirurgen: Splittingverbot	39
3. Wirtschaftlichkeitsprüfung	39
a) Wirkstoffbezogene Kosten je definierter Tagesdosis	39
b) Regressfestsetzung bei Überschreitung der Richtgröße	39
4. Zulassungsrecht: Ausschreibung eines KJP-Sitzes/Behandlung von Erwachsenen	40
5. Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung	40
6. Verfahrensrecht	41
a) Rechtzeitiger Eingang einer mit Telefax übersandten Revisionsbegründung	41
b) Nichtzulassungsbeschwerde durch Prozessbevollmächtigten/Beschwerdefrist	41
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	42
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	42
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	42
a) Immuntherapie mit dendritischen Zellen zur Behandlung eines (rezidivierten) Glioblastoms	42
b) Wirksamkeitsindizien einer Alternativbehandlung: Protonentherapie einer Krebsbehandlung	43
c) Transkorneale Elektrostimulation mittels OkuStim®	43
2. Lipid-Apherese-Behandlung	44
a) Folgenabwägung I	44
b) Folgenabwägung II	44
3. Zahnersatz: Edelmetallversorgung	44
II. Stationäre Behandlung	44
1. Operative Beinverlängerung	45
2. Adipositas-chirurgische Maßnahmen: Ausschöpfung konservativer Therapiemaßnahmen	45
3. Liposuktion bei Lipödem	45
a) Kompressionsbehandlung vorrangig/Keine GKV-Leistung	45
b) Fehlende Indikation für stationäre Behandlung	45
c) Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative	46
d) Ausreichendes Potential/Kompressionstherapie nicht bei Lipödem	46
4. Operative Brustverkleinerung	46
a) Ausschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten	46
b) Keine schwerwiegende Erkrankung der Wirbelsäule	47
5. Hyperthermiebehandlung eines metastasierenden Ovarialkarzinoms	47
6. Autologe Chondrozytenimplantation in Türkei	47

III. Kostenerstattung	47
1. Genehmigungsfiktion	47
a) VerfG Brandenburg: PKH-Ablehnung unter Zugrundelegung nur eigenen Rechtsverständnisses	47
b) Sachleistungsanspruch	48
aa) Mitteilungspflicht (Postbariatrische Wiederherstellungsoperation)	48
bb) Mitteilung (Postbariatrische Wiederherstellungsoperationen)	48
cc) Mitteilung der Frist (Magenbypass-Operation)	48
dd) Fristverlängerung (Adipositasbehandlung)	48
ee) Körperstraffung nach erheblicher Reduzierung des Körpergewichtes	49
ff) Straffungsoperationen	49
gg) Fristverlängerung (Liposuktion bei Lipödem)	49
hh) Mutter-Kind-Maßnahme	50
ii) Aussetzung der Vollstreckung	50
jj) Keine Mitteilung über MDK/Keine Prüfung der Erforderlichkeit	50
kk) Fehlende Mitteilung (Schlauchmagenanlage)	50
c) „Erforderliche“ Leistung	51
aa) Liposuktion	51
bb) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (radiofrequenzinduzierte Thermo-therapie)	51
d) Taggenaue Angabe der prognostizierten Dauer des Bestehens des Verzögerungsgrundes	51
e) Verlängerung der Frist verlangt taggenaue Angabe	52
f) Fristverlängerung bei Einschaltung des MDK: Genaue Mitteilung	52
g) Hinweis auf Verlängerung der Frist/ Magenbypass-Operation	52
h) Einschaltung des MDK: Taggenaue Angabe für Fristverlängerung (Mammareduktionsplastik)	52
i) Drei-Wochen-Frist bei fehlender Information über MDK (Laparoskop. Magenschlauch-Op)	53
j) Voraussetzungen einer Fristverlängerung (Schlauchmagen-Operation)	53
k) Entscheidungsfristen setzen fristgerechte Bekanntgabe voraus (Bariatrische Schlauchmagen-Op)	53
l) Geltung der Fünf-Wochen-Frist bei Einholung eines MDK-Gutachtens auch ohne Mitteilung	53
m) Mitteilung über Einholung gutachterlicher Stellungnahme (Myo-Orthese WalkAide)	54
n) Fristverlängerung wegen Einholung eines MDK-Gutachtens (Liposuktion)	54
o) Rücknahme	55
aa) Sachleistungsanspruch (Schlauchmagen-Operation)	55
bb) Nachträgliche Beseitigung der Genehmigungsfiktion/Aussetzung der Vollstreckung	55
cc) Aufhebungsverfügung/Stationäre Rehabilitation/Sachleistung	55
dd) Sachleistungsanspruch/Hilfsmittel/Rücknahmebescheid	56
2. Behandlung durch Nichtvertragsarzt	56
3. Inanspruchnahme eines nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arztes	57
4. Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft in Tschechien	57
5. Dringlichkeit der Versorgung bei Krankenhausentlassung (Kardioverter-Defibrillator)	57
IV. Arzneimittel	57
Immunglobuline bei monoklonaler Gammopathie unbest. Signifikanz	58
V. Hilfsmittel/Heilmittel	58
1. Hörgeräteversorgung: Weiterleitung eines Antrags/Genehmigungsfiktion/Med. Rehabilitation	58
2. Kein Mobilitätstraining sieben Jahre nach Versorgung mit Rollstuhl	59
3. Versorgung mit einer Echthaarperücke	59
4. Unterkiefer-Protrusionsschiene bei Schlafapnoesyndrom	59
5. Bemer (Bio-Elektro-Magnetische-Energie-Regulation)	60
VI. Rehabilitation/Vorsorgemaßnahmen/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten	60
1. Rehabilitation: Keine akute Behandlungsbedürftigkeit nach 18-monatiger Substitutionsbeh.	60
2. Ambulante Vorsorgemaßnahme im Ausland: Komplettpaket (Sanatorium in Franzensbad)	60
3. Kosten für Mitnahme eines Kindes zur Mutter-Kind-Maßnahme	60
4. Häusliche Krankenpflege	61
a) Häusliche Behandlungspflege: Möbliertes Appartement im „Pflegehotel“	61
b) Kostenerstattung trotz vorläufiger Übernahme der Kosten durch Einrichtungsträger	61
5. Zweitangegangener Leistungsträger/Schulwegbegleitung	61
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	62
1. Versorgungsauftrag für geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung	62
2. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	62
a) Ambulante Operation: Erbringbar als nachstationäre Behandlung	62
b) Keine fiktive Abrechnung: Vergütung einer teilstationären bei stationärer Behandlung	63
c) Eigene Leistung des aufnehmenden Krankenhauses	63
d) Verlegung: Hemikraniektomie in einem anderen Krankenhaus	63
e) Keine Vergütung für Krankenhaus bei Aufnahmeverweigerung des Patienten	63
f) Nachweis psychiatrischer Krankenhausbehandlung	64

g) Kostenzusage einer Krankenkasse begründet Zahlungsverpflichtung auch für Nichtversicherte	64
h) Prüfanzzeige lediglich durch Krankenkasse	64
i) Kurzbericht zu nichtmedizinischen Gründen einer stationären Aufnahme an Krankenkasse	64
j) Weigerung zur Vorlage der Behandlungsdokumentation	65
k) Dreijährige Verjährungsfrist für Forderungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern	65
3. Fallpauschalen	66
a) Kein Verlegungsabschlag bei unterschiedlichen Behandlungsfällen	66
b) Hauptdiagnose/Ressourcenverbrauch/Wiederaufleben einer Schuld (Rektumprolaps)	66
c) Dauer des Krankenhausaufenthalts: Unterschreiten der unteren Grenzerweildauer	66
d) Fallzusammenführung nach Beurlaubung über Ostern	67
e) Rückzahlungspflicht bei falscher Rechnung/Akute respiratorische Insuffizienz	67
f) Dokumentation vergütungsrelevanter intraoperativer Umstände/Aufklärung (Rektumprolaps)	67
g) Neurologische Komplexbehandlung des Schlaganfalls	67
h) Modulare Endoprothese (OPS-Kodes 5-829.d)	68
i) Abrechnung einer frakturierten Rippe	68
j) Kodierung nicht vollendeter oder unterbrochener Prozeduren	68
k) Gabe von Apherese-Thrombozytkonzentraten	68
l) „Bluter“ i.S.d. Zusatzentgelts	69
m) Primäre Informationspflichten und OPS 8-981.1	69
4. Kostenlast für Gebärdensprachdolmetscher	70
5. Aufwandspauschale	70
a) Nichtzulassungsbeschwerde: Klarstellung durch den Gesetzgeber	70
b) Unzureichende Datenübermittlung	70
c) Keine Erstattung der in der Vergangenheit gezahlten Aufwandspauschale	71
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	71
1. Arzneimittelhersteller	71
a) Nutzenbewertung	71
aa) Anordnung der aufschiebenden Wirkung (Brintellix®)	71
bb) Aufschiebende Wirkung gegen Schiedsspruch zu Erstattungsbetrag nach Nutzenbewertung	72
cc) Änderung einer Anordnung der aufschiebenden Wirkung (Schiedsstellenentscheidung)	72
b) Festbeträge	73
aa) Festbetrag für Medikinet® adult („Methylphenidat Gruppe 1“)	73
bb) Neufestsetzung eines Festbetrages für „Levothyroxin-Natrium“ ist rechtmäßig	73
c) Abschlagspflicht für Insulinpräparate ohne Patentschutz und Generika/Wirkstoffgleichheit	73
d) Hängebeschlusses im sog. Open-House-Verfahren	73
2. Apotheken	74
a) Zulässigkeit einer Vereinbarung über Abschlag bei Abgabe von Zytostatika	74
b) Erstattung des Preisnachlasses gegenüber Krankenkasse von Pharmaunternehmen	74
c) Voraussetzungen für Ersetzung durch ein rabattbegünstigtes Arzneimittel	74
d) Zulässigkeit einer produktneutralen Verordnung von Impfstoffen	75
e) Fälschung der ärztlichen Verordnung: Beanstandungsfrist	75
3. Hilfsmittelerbringer	76
a) Ernsthafte Vertragsverhandlungen/Existenzdruck von kleinen Leistungserbringern	76
b) Kein Vertrauensschutz aufgrund früheren Durchwinkens von Hilfsmittelabrechnungen	76
4. Häusliche Krankenpflege	76
a) Schiedsspruch: Kompressionsverbände	76
b) Keine Verpflichtung, vor Erhebung der Klage ein Schiedsverfahren durchzuführen	77
c) Höhe von Mahngebühren	77
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen/Sonstiges	77
1. Elektronische Gesundheitskarte nur mit Lichtbild	77
2. Keine nachträgliche Erhöhung der Berufungssumme	77
X. Bundessozialgericht (BSG)	78
1. BVerfG: Verfassungsunmittelbarer Anspruch auf Krankenversorgung erfordert nahe Lebensgefahr	78
2. Approbation Voraussetzung für psychotherapeutische Behandlung	78
3. In Werkstatt für behinderte Menschen verabreichte Insulininjektionen	78
4. Fahrkosten: Ambulante Behandlungen wegen Folgen einer Nierentransplantation	79

C.

ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	80
I. Ärztliches Berufsrecht	80
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis	80
a) Widerruf der Approbation	80
aa) Strafrechtliche Verurteilung wegen sexuellen Missbrauchs einer Patientin	80
bb) Verurteilung wegen Steuerhinterziehung	80
b) Ruhen der Approbation	80
aa) Fehlerhafte Tatsachengrundlage	80
bb) Gesundheitliche Eignung trotz transdermaler Opioidtherapie	80
2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen/Fachkunde/Fortbildung	81
a) Keine Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nach Arztstudium in Kuban (UdSSR)	81
b) Entzug der Bescheinigung über die Fachkunde im Strahlenschutz/Prüfungsgespräch	81
c) Untersagungsanordnung: Erlöschen einer Röntgengenehmigung nach Verzicht der Ärzte	81
3. Akademischer Grad	81
a) „Docteur en Médecine, Chirurgie et Accouchements/Univ. Brüssel“	81
b) Führen der Abkürzung „Dr. med.“ für in der Türkei erworbenen „Grad Tip Doktoru“	82
4. Strafrecht	82
a) Rezept: Gesundheitszeugnis im Sinne von § 278 StGB	82
b) Abrechnung einer Behandlungsstunde mit weiterem fiktiven Termin	82
c) Leichenschau: Keine Abrechnung einer Besuchsgebühr (Ziff. 50 GOÄ)	83
5. Berufspflichten	83
a) Abrechnungsfehler und „Besuch“	83
b) Mitwirkung an Erbeinsetzung durch Patientin zugunsten des Sohnes	84
c) Berufsgerichtliche Nachprüfung einer Rüge nach Praxisaufgabe und Rückkehr ins Heimatland	84
6. Psychiatrisches Sachverständigengutachten: Persönliche Exploration durch den Gutachter	84
7. Gutachterl. St. eines Psycholog. Psychotherapeuten zur posttraumat. Belastungsstörung	85
8. Erlaubnisfreie Führung einer Gewebebank: Eigene Laboruntersuchungen	85
9. VerfGH Rheinland-Pfalz: Zulässigkeit einer Ärzte-GmbH durch verfassungskonforme Auslegung	85
10. Videoüberwachung in Zahnarztpraxis	86
11. Leistungsausschluss eines Arztes durch privaten Krankenversicherer	86
12. Honoraransprüche eines Vertragsarztes im Insolvenzverfahren	87
13. Anspruch des Kindes auf Auskunft über die Identität des Samenspenders	87
14. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht	87
a) Operative Korrektur der Fehlsichtigkeit mit einem kostenfreien Eignungsscheck	87
b) Gutschein für eine Brustvergrößerung	87
c) Unzulässige Werbung für „Orthokin-Therapie“	88
d) Arztpraxis im Einzelhandelsgeschäft kann zulässig sein	88
15. Kein Unterlassungsanspruch gegen Suchmaschine wegen Ärztebewertung	88
16. Arbeits- und Sozialrecht	88
a) Sozialversicherungspflicht	88
aa) Anästhesist im Krankenhaus: Keine unternehmerische Betätigung	88
bb) Anästhesist: Kein unternehmertypisches wirtschaftliches Risiko/Weisungsabhängigkeit	88
cc) Im Operationssaal verantwortlicher Anästhesist ist unselbständig	89
b) Kein Einstiegsgehalt für Tätigkeit als Arzt in England	89
17. Entschädigung als Zeuge oder Sachverständiger	89
a) Honorarvereinbarung mit einem ärztlichen Sachverständigen	89
b) Vergütungsanspruch eines Sachverständigen für ein ärztliches Zeugnis nach § 281 FamFG	90
18. Heilberufskammern	90
a) BGH: Rückforderung nach Kündigung eines Beteiligungsvertrags mit VBL	90
b) Datenspeicherung in „Ärztelkammer Verwaltungs- und Informationssystem“	90
19. Versorgungswerk: Streitwert bei Streitigkeiten um die Mitgliedschaft	90
II. Arzthaftung	91
1. Bundesgerichtshof (BGH)	91
a) Schadensersatzansprüche vor Schlichtungsstelle: Verjährungshemmung	91
b) Ablehnung eines Sachverständigen: Privatgutachten zu gleichartiger Fragestellung	91
c) Unterlassener Hinweis auf Dringlichkeit weiterer ärztlicher Maßnahmen	91
d) Anerkennung einer ausländischen Entscheidung	91
2. Behandlungsfehler	92
a) Lebensverlängernde Behandlung als ärztlicher Behandlungsfehler (PEG-Sonden-Ernährung)	92
b) Absprachewidriges Entfernen einer Patientin aus einer Klinik	92
c) Behandlungsstandard eines zur Betreuung eines Sportwettkampfes eingesetzten Sportarztes	92
d) Fehlerhafte Behandlung eines Kahnbeinbruchs: Schmerzensgeld	93
e) Laparoskopische Gallenblasenexzision: Verzögerung der Untersuchung	93
f) Teilresektion des Magens: Vitaminmangel	93
g) Nicht vorwerfbarer Diagnoseirrtum: Übersehen einer Eileiterschwangerschaft	93
h) Unterleibsschmerzen einer Schwangeren	94

i) Vorwerfbarer Diagnosefehler bei Malaria-Erkrankung und Mitverschulden des Patienten	94
j) Dekubitusprophylaxe: Eigenverantwortliche Aufgabe der Pflegefachkräfte	94
k) Notarzteeinsatz in Thüringen: Anspruchsgegner	94
3. Aufklärung/Einwilligung	95
a) Intraoperative Änderung der Behandlung erfordert neue Aufklärung	95
b) Option zur Entfernung der Kniescheibe während Operation	95
c) Fehlende Plausibilität eines Entscheidungskonflikts (Operationen an der Wirbelsäule)	95
d) Versteifungsoperation des rechten oberen Sprunggelenkes	95
e) Unterlassene Empfehlung des Ausbaus einer Prothese nach Infektion	96
f) Unzureichende Aufklärung bei Gefahr einer Frühgeburt	96
g) „Rundum-sorglos-Paket“: Gesteigerte Aufklärungs- und Hinweispflichten	96
4. Selbständiges Beweissicherungsverfahren: Mögliche Prozessvermeidung	96
5. Sachverständige: Besorgnis der Befangenheit	97
a) Langjähriger, regelmäßiger Austausch von Patienten mit beklagtem Klinikum	97
b) Überschreitung des Gutachtensauftrages und Voreingenommenheit	97
c) Überschreitung des Gutachtensauftrags: Bewertung einer Vor-Op/Mögl. Aufklärungsfehler	97
6. Obhut- und Schutzpflicht einer Klinik: Sicherung der Fenster	97
7. Keine generelle Sturzprophylaxe im Krankenhaus	98
8. Haftung eines Durchgangsarztes	98
9. Zahnärztliche Behandlung	98
a) Anderer Nachweis bei Lücken in der Behandlungsdokumentation	98
b) Leitungsanästhesie: Teilläsion des Nervus mandibularis	98
c) Screening hinsichtlich einer craniomandibulären Dysfunktion/Dokumentationspflicht	99
d) Keine endgültige Zementierung einer Brückenkonstruktion ohne sachlichen Grund	99
e) Langzeitprovisorium/Schmerzensgeld	99
III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel	99
1. EuGH: Pflichten der benannten Stelle bei der Konformitätsbewertung von Medizinprodukten	99
2. BVerwG: Verlängerung der Zulassung eines homöopathischen Arzneimittels	100
3. Apotheken	100
a) Erlaubnis- und Zulassungsfreiheit von Rezeptur- und Defekturarzneimitteln	100
b) Arzneimittelrechtliche Untersagungsverfügung wegen Ausgabe von Bonus-Bons	100
c) Quittung über nicht in voller Höhe geleistete Zuzahlung unlauter	101
d) Genehmigung von Arzneimittelversorgungsverträgen	101
e) Filialverbund: Konzentration der Herstellung von Rezepturarzneimitteln	101
f) Auskunft über die Höhe rabattierter Preise für Arzneimittel	101
g) Verkehrssicherungspflicht einer Apotheke: Sturz auf nassem Boden im Winter	101
h) „Senior specialist pharmacovigilance“: Befreiung von der Versicherungspflicht	102
4. Keine Betäubungsmittel für Selbsttötung	102
5. Kein Informationsanspruch gegen vom Hersteller benannte Stelle	102
6. Aufhebung der Verschreibungspflicht	102
7. Keine Drittanfechtung der Arzneimittelregistrierung der Konkurrenz	103
8. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht	103
a) Bundesgerichtshof (BGH)	103
aa) Zuzahlungsverzicht bei Hilfsmitteln zulässig	103
bb) Brille „in Optiker-Qualität“ muss für Straßenverkehr geeignet sein	103
b) Bonuspunkte-Programm für über Großhandel bezogene verschreibungspflichtige Arzneimittel	104
c) Funktionsarzneimittel: Bewerbung eines melatoninhaltigen Einschlafmittels	104
d) Stoffwechsel-Funktionstest (SFT)	104
e) Außerungen der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker zum sog. verkürzten Versorgungsweg	104
f) Wettbewerbsverstoß: Werbung eines Optikers mit der Aussage 1 Glas geschenkt	105
g) Kostenloser „Laser-Check“ vor Augenlaserbehandlung	105
h) Werbung für Bioresonanztherapie	105
i) Werbung für Geräte mit Millimeterwellentherapie: Fehlende wissenschaftliche Grundlage	106
j) Zertifizierungsverfahren/Behandlungsmethode zum dauerhaften Fettzellenabbau	106
9. Produktfehler einer Hüftprothese/Schmerzensgeld	106
10. Vergabe von Inkontinenzhilfen und Stomaartikeln im Drei-Partner-Modell für Gebietslose	107
11. Beihilfe	107
a) Keine Beihilfefähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel (Pollstimol)	107
b) Ausnahmen von Festbetragsregelung: Unerwünschte Nebenwirkungen	107
c) Empfängnisverhütende Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit	107
d) Wirkstoff Rabipur nach einer (möglichen) Tollwutexposition	107
e) Hilfsmittel	108
aa) Unterschenkelprothese mit individuell gefertigter Silikonkosmetik	108
bb) Beihilfefähigkeit von Fußeinlagen	108
cc) Sehhilfe bei existenzieller Bedeutung	108
dd) Keine Beihilfe für die Beschaffung einer Fernbrille	108
ee) Ersatzbeschaffung nach Verlust eines Hörgerätes	109

ff) Akustischer Rauchmelder als Hilfsmittel	109
gg) Umfeldkontrollgerät	109
f) Heilmittel	109
aa) Bestimmtheit einer ärztlichen Verordnung/Ausschluss podologischer Leistungen	109
bb) Fingernagelprothese und podologische Nagelnachbehandlung	110
cc) Heilmittel der traditionellen chinesischen Medizin	110
IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe	110
1. Privatbehandlung	110
a) Verteilung der Beweislast im ärztlichen Honorarprozess	110
b) Kein Leistungsnachweis bei fehlender Dokumentation	110
c) Behandlung von Seitenastkrampfadern mit Mikroschaum	111
d) Aufsuchen einer Krankenhausambulanz begründet Vertrag für Chefarztambulanz	111
e) Mehrwertsteuer auf Leistungen einer Privatklinik	111
f) Gebrauchsminderung durch Baulärm im Krankenhaus	111
g) Zahnärztliche Behandlung	112
aa) Entfernung alter Wurzelfüllungen/Verschluss mit MTA	112
bb) Informationspflichten über vollständige Kosten	112
2. Private Krankenversicherung	112
a) BGH: Lasik-Operation	112
b) Obliegenheit zur sicheren Feststellung einer Erkrankung (Prostatakarzinom)	112
c) Beratung beim Wechsel eines Krankenversicherers	113
d) Prozesstandschaft eines Krankenhauses bei Versicherungsleistung aufgrund Klinik-Card	113
e) Anforderung an Folgeversicherungsvertrag nach Kündigung	113
f) Wirksame AVB über beschränkte Erstattung bei Zahnersatz und Kieferorthopädie	113
3. Beihilfe	114
a) Kataraktoperation mittels Femtosekundenlaser	114
b) Voraussetzungen der Beihilfegewährung für eine Liposuktion	114
c) Spektralanalytische Urinuntersuchung zur Abklärung einer Schwermetallbelastung	114
d) Korrektur abstehender Ohren	114
e) Keine nachträgliche Kostenerstattung für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung	114
f) Beihilfeberechnung bei in der gesetzl. Krankenvers. versicherten Beihilfeberechtigten	115
g) Fahrkosten zur Behandlung nach Tumoroperation außerhalb des 30 km-Bereichs	115
h) Aufhebung eines Beihilfebescheids	115
aa) Kein Vertrauensschutz nach Einreichung manipulierter Arztrechnungen	115
bb) Aufhebung nach Einreichung ärztlich manipulierter Rechnungen	115
cc) Keine Beihilfe für nicht erbrachte Leistungen	116
i) Zahnärztliche Behandlung	116
aa) Eingliederung eines Klebebrackets mittels Adhäsivtechnik	116
bb) Kieferorthop. Beh.: Separieren e. Zahnes bei Eingliederung eines Bandes (Nr. 2030 GOZ)	116
cc) Photodynamische Therapie/Desinfektion	116
dd) Implantatversorgung: Voranerkennungsverfahren	116
ee) Zahnimplantatversorgung: Erstattung von mehr als vier Implantaten	117
V. Verschiedenes	117
1. EGMR: Methadonentzug im Gefängnis verletzt Menschenrechte	117
2. EuGH: Verbot zahnärztlicher Werbung	117
3. Bundesgerichtshof (BGH)	118
a) Patientenverfügung: Voraussetzungen für Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen	118
b) Veterinärmedizinrecht kein Nachweis für „Fachanwältin für Medizinrecht“	118
4. Zugang zu Daten der Mitglieder der Unterausschüsse des GBA	118
5. Krankenhäuser	118
a) Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)	118
aa) Zuschlag für die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten	118
bb) Kammerbeitrag zur Industrie- und Handelskammer	119
b) Krankenhausplan	119
aa) Anspruch einer psychosomatischen Fachklinik auf Aufnahme in den Krankenhausplan	119
bb) Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses: Geriatrische Fachabteilungen	119
cc) Kein Ausscheiden aus Krankenhausplan durch anderweitige Nutzung einzelner Geschosse	119
c) Zahlungsanspruch gegen Patienten nach Einweisung in Psychiatrie	120
aa) Nur Kosten einer rechtmäßigen Unterbringung	120
bb) Zahlungsanspruch gegen Patientin, solange keine Zahlung durch Dritte erfolgt ist	120
d) Voraussetzungen eines Nothelferanspruchs	120
aa) Kein Nothelferanspruch bei ungeklärter Identität des Patienten	120
bb) Kostenübernahme nur bis zur Kenntnis des Sozialhilfeträgers	120
cc) Obliegenheit eines Krankenhauses zur Unterrichtung des Sozialhilfeträgers	121
e) Nebenbestimmungen zur Zertifizierungspflicht für das Unterhalten einer Stroke Unit	121
f) Übernahme von Jahresfehlbeträgen sowie von Bürgschaften durch das Land	122

g) Unterlassungsverfügung gegen Behauptung der Umsatzsteuerbefreiung	122
h) Fachkrankenschwester auf Intensivstation eines Krankenhauses versicherungspflichtig	122
6. Krankenkassen	123
a) Selektivvertrag zur Versorgung mit Zahnersatz aus China	123
b) Kostenpflicht für Trageleistungen der Feuerwehr bei medizinischem Rettungseinsatz	123
7. Akteneinsicht einer Berufsgenossenschaft in Prozessakten	123
8. Rettungsdienst	124
a) Bundesgerichtshof (BGH)	124
aa) Haftung der KV Thüringen für Notarzt im Rettungsdienst	124
bb) Vergabe notärztlicher Dienstleistungen	124
b) Notarzt in Sachsen: Öffentliches Amt/Haftung	124
c) Gebühren für Notfallrettungseinsätze der Berliner Feuerwehr	124
9. Ergotherapeutin: „Kletterberg“ kein voll beherrschbares Risiko	125
10. Versorgung mit häuslicher Krankenpflege/Pflegeunternehmen	125
a) BGH: Keine Anwendung des Kartellrechts auf Verträge nach § 132a II SGB V	125
b) Fristlose Kündigung eines Versorgungsvertrages wegen Abrechnungsbetrugs	125
11. Heilpraktiker	125
a) Heilpraktikererlaubnis	125
aa) Kryolipolyse (Fettvereisung lokaler Fettpölsterchen)/Einstweiliger Rechtsschutz	125
bb) Beschränkung auf Ergotherapie: Eingeschränkte Überprüfung	126
cc) Beschränkung auf Ergotherapie	126
dd) Beschränkung auf Logopädie: Eingeschränkte Überprüfung	126
b) „Heilpraktiker für Psychotherapie“	126
12. Geistheiler als Unternehmer kraft Gesetzes unfallversichert	126
13. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche	127
a) Zulassung von Contergan erst nach der Geburt	127
b) Einnahme von thalidomidhaltigen Tabletten in Schweden	127
14. Sozialrecht/Opferentschädigungsrecht/Impfschadensrecht/Blindengeld	127
a) Sozialrecht	127
aa) Hörgeräteversorgung: Erstangegangene Krankenkasse bleibt zuständig	127
bb) Hörhilfe: Festbetrag durch gesetzliche Krankenversicherung und Rentenversicherung	128
cc) Fehlende Glaubhaftmachung für medizinischen Mehrbedarf (Wunschmedizin)	128
dd) Laktoseintoleranz: Kein Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung	128
ee) Zumutbarer Wechsel in Basistarif	128
ff) Eingliederungshilfe: Dyskalkulietherapie/Anforderungen an Festst. der Teilhabeminderung	129
gg) Assistenz eines erkrankten Kindes unterfällt Eingliederungshilfe	129
b) Opferentschädigungsrecht: Stellen einer falschen Diagnose kein tätlicher Angriff	129
c) Impfschadensrecht	129
aa) Masern/Mumps/Röteln mit Priorix: Fehlender Nachweis des Kausalzusammenhangs	129
bb) Kein Primärschaden: Folge e. Frühgeb.encephalopathie (6-fach- u. Pneumokokkenimpfung)	130
cc) Leiden an einer Hirnentwicklungsstörung bereits vor Impfung	130
d) Osteoporose als Folge einer chronischen Hepatitis C nach Anti-D-Immunprophylaxe	130
e) HIV-Hilfegesetz: Aufhebung eines Bewilligungsbescheids	130
15. Kosten für kieferorthopädische Behandlung des minderjährigen Kindes	131
16. Steuerrecht	131
a) Einkommensteuerrecht	131
aa) BFH: Steuerliche Berücksichtigung von Zuzahlungen für Bereitschaftsdienstzeiten	131
bb) Außergewöhnliche Belastungen: Seminare zum Umgang mit frühtraumatisierten Kindern	131
b) BFH: Umsatzbesteuerung eines von Belegärzten geprägten Krankenhauses	131
c) BFH: Gewerbesteuerpflicht eines Dialysezentrums	132

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT 133

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG 139

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

REDAKTION: Dr. Cornelius Pawlita, Saarlandstraße 29, 35398 Gießen
e-mail: pawlita@web.de;
Telefon: 0641/201 776 oder 06421/1708-34 (SG Marburg);
Telefax: 0641/250 2801.

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

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

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

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank www.sozialgerichtsbarkeit.de wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 07.05.2017 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

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

I. Honorarverteilung

1. Reduzierung des Versorgungsauftrags: Halbierung der RLV-relevanten Fallzahlen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.10.2016 - L 5 KA 4823/15

RID 17-02-1

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 28/17 R

juris

SGB V §§ 85 III 1, 87b

Reduziert der Vertragsarzt seinen **Versorgungsauftrag**, ist er nur noch in diesem (reduzierten) Umfang zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung und damit auch nur noch zur Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen im reduzierten Umfang berechtigt. Die Reduzierung des Versorgungsauftrages ist dergestalt zu berücksichtigen, dass die **RLV-relevanten Fallzahlen** hierauf bezogen nur noch zur Hälfte in die Bemessung des RLV einzustellen sind. Gründen die (unterdurchschnittlichen) Fallzahlen in einer bewussten Entscheidung des Vertragsarztes bzw. einem ihm zuzurechnenden unternehmerischen Verhalten (hier: Konzentration auf seine privatärztliche Tätigkeit und seine Gutachtertätigkeit für Berufsgenossenschaften), kann dies (nachträglich) nicht abrechnungstechnisch dahingehend korrigiert werden, dass ihm die kompletten Vorjahresfallzahlen trotz der Reduzierung des Versorgungsauftrages weiter zu gewähren sind.

Der kl. Chirurg, seit Juli 2001 zugelassen, erzielte im Quartal I/13 ein RLV von insg. 9.761,56 €. Hierbei legte die bekl. KV, bei einer durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe von 891 Fällen, für den Kl. 292 RLV-relevante Fälle zu Grunde. Zum Quartal IV/12 gab der Kl. seinen bis dato vollen Versorgungsauftrag zur Hälfte an einen Kollegen ab. Die Bekl. wies dem Kl. sodann auf Basis einer RLV-relevanten Fallzahl von 147 Fällen (Quartal I/13) bzw. 150 Fällen (Quartal II/13) jeweils ein RLV zu. Hiergegen eingelegte Widersprüche wies die Bekl. zurück, das sich anschließende Klageverfahren vor dem SG Stuttgart (S 20 KA 1670/15) ist dort - ruhend - unverändert anhängig. Entsprechende RLV-Zuweisungen erfolgten in den Folgequartalen. **SG Stuttgart**, Urt. v. 14.10.2015 - S 20 KA 6360/14 - wies die Klage auf Erhöhung der RLV-Fallzahlen ab dem Quartal I/13 ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Quotierung von Laboratoriumsuntersuchungen (Quartale I u. II/13)

SG Mainz, Urteil v. 01.02.2017 - S 8 KA 174/16

RID 17-02-2

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 26/17 R

juris

SGB V §§ 82, 87 I, 87b; BMV-Ä §§ 25, 28

Eine **Quotierung von Laboratoriumsuntersuchungen** nach Kap. 32 EBM in den Quartalen I u. II/13 ist auf der Grundlage eines HVM zulässig, auch wenn im EBM hierfür feste Euro-Beträge vertraglich vereinbart worden sind.

Die **KBV** ist durch § 87b IV SGB V in der seit 01.01.2012 geltenden Fassung zuständig, den **KVen Vorgaben** zu machen. Die Formulierung „zu beachten“ ist so zu verstehen, dass die Vorgaben für die **KVen** verbindlich sind. Der Begriff der „Vorgabe“ schließt es nicht aus, dass hierbei im Einzelfall auch Detailregelungen getroffen werden, wenn dies erforderlich ist, um eine bundeseinheitliche Anwendung sicherzustellen.

Die von der **KBV** ermittelte **Abstaffelungsquote Q** für Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2. und 32.3 EBM lag in den Quartalen I. u. II/13 bei 89,18 %. Abgesehen von diesem ersten Halbjahr 2013 lag die Quote ansonsten bisher immer über 90 %. Durch die vor Quartalsbeginn mitgeteilte Höhe der Abstaffelungsquote besteht eine ausreichende Kalkulationssicherheit des Leistungserbringers hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars i.S.d. § 87b II 1 SGB V. Es ist unschädlich, dass in den Vorgaben keine Untergrenze für die Abstaffelungsquote vorgesehen ist, da eine ausreichende Absicherung gegen überproportionale Honorarverluste durch die Härtefallregelung des **HVM** besteht.

Das kl. **MVZ**, das überwiegend laboratoriumsdiagnostische Leistungen erbringt, streitet über die Höhe der Vergütung von Laborleistungen in den Quartalen I u. II/13. Das **SG** wies die Klage ab.

3. Abänderbarkeit einer RLV-Mitteilung nach Quartalsbeginn

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 17.01.2017 - L 4 KA 75/14

RID 17-02-3

Revision B 6 KA 25/17 R zurückgenommen.

juris

SGB V §§ 85, 87a, 87b; SGB X §§ 45, 47, 48

Bezieht eine RLV-Zuweisung eine **BAG** zu Unrecht noch in die Regelungen für Wachstumsärzte ein und ist sie daher bereits bei ihrem Erlass rechtswidrig begünstigend, richtet sich eine spätere Abänderung nicht nach § 45 SGB X. Die auf Grundlage von § 106a II SGB V bzw. § 45 I **BMV-Ä** entwickelten Grundsätze zur **sachlich rechnerischen Berichtigung** von Honorarbescheiden sind auf **RLV-Mitteilungen** entsprechend anwendbar, weil RLV-Festsetzungen Teilelemente der späteren Honorarfestsetzung darstellen (so auch **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 24.02.2016 - L 5 KA 1991/13 - RID 16-03-3; im Ergebnis schon **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 20.10.2015 - L 4 KA 38/13 -).

Die bekl. **KV** wies die **Kl.** darauf hin, dass die Festsetzung des **RLV** mit Bescheid vom 11.12.2009 nur vorläufig erfolgen konnte, weil die Vereinbarung mit den Krankenkassen noch nicht abgeschlossen war. Nach Abschluss der Vereinbarung erhielt die **Kl.** ein geringeres **RLV**. **SG Kiel**, Gerichtsbb. v. 24.09.2014 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Vergütung Quartal I/09 bis IV/11

a) Regelleistungsvolumen und Erkrankung des Vertragsarztes im Aufsatzquartal

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 08.03.2017 - L 7 KA 110/13

RID 17-02-4

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Leitsatz: War eine **Erkrankung** des Vertragsarztes im Aufsatzquartal Ursache einer niedrig(er)en **Fallzahl**, führte dies nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 zur Vergütung von Leistungen über das Regelleistungsvolumen hinaus, aber nicht zu dessen Erhöhung.

SG Berlin, Urt. v. 30.10.2013 - S 22 KA 315/10 - wies die Klage der Fachärztin für physikalische und rehabilitative Medizin auf ein höheres **RLV** für das Quartal IV/09 ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Aus den Gründen:

„40 .. 2. Von diesen rechtlichen Vorgaben ist die Beklagte abgewichen, indem sie die krankheitsbedingt niedrigen Fallzahlen im Rahmen des **RLV** berücksichtigen wollte.

41 Sowohl Teil F. Nr. 3.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 als auch § 6 Abs. 3 Satz 1 der Anlage 1 zum **HV 2009** sahen vor, dass Folge einer durch Krankheit des Vertragsarztes bedingten niedrigen Fallzahl im Aufsatzquartal nicht etwa eine Erhöhung der **RLV**-relevanten Fallzahl sein sollte, sondern eine Vergütung von Leistungen über das arzt-/praxisbezogene **RLV** hinaus. § 6 Abs. 3 Satz 3 der Anlage 1 zum **HV 2009** spricht daher konsequenterweise auch von der „Vergütung der [...] das Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungen“. Einzig die Überschrift von § 6 a.a.O. („Ermittlung des Regelleistungsvolumen“) gibt einen (schwachen) Hinweis darauf, dass im o.g. Fall das **RLV** zu erhöhen ist. Die insoweit unzutreffende Überschrift lässt sich jedoch damit erklären, dass die Kernregelungen von § 6 a.a.O. das **RLV** betreffen.

42 3. Für den hiesigen Rechtsstreit hat dies zur Folge, dass der Umstand einer krankheitsbedingt niedrigen Fallzahl im Aufsatzquartal IV/08 durch die Klägerin nicht im (Rechts-) Streit um ein höheres RLV, sondern nur in dem den Honorarbescheid IV/09 betreffenden Rechtsstreit geltend zu machen wäre. Die Klage ist demnach unzulässig. (...)

46 2. Denn unabhängig hiervon muss die niedrige Fallzahl gerade auf einen außergewöhnlichen oder vom Arzt unverschuldeten Grund, z.B. eigene Krankheit, zurückzuführen sein. Ungeachtet des insoweit anzulegenden Wahrscheinlichkeitsmaßstabs trägt der Arzt jedenfalls die Darlegungs- und Beweislast für die Umstände, die den außergewöhnlichen oder vom Arzt unverschuldeten Grund darstellen sollen. Dem wird die Klägerin nicht gerecht, weil ihr Vorbringen zur Frage ihrer Arbeitsunfähigkeit und zum Umfang ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit im Quartal IV/08 widersprüchlich geblieben ist.“

b) Bildung einer individuellen Obergrenze für Wachstumsärzte in BAG

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 15.11.2016 - L 4 KA 27/14

RID 17-02-5

Revision anhängig: B 6 KA 2/17 R

juris

SGB V §§ 85 IV, 87b

Eine Regelung im HVV, wonach Ärzte, die innerhalb des abzurechnenden Quartals weniger als fünf Jahre niedergelassen sind und deren RLV-relevante Fallzahl unterdurchschnittlich ist, ihre Leistungen bis zu einer **individuellen Obergrenze** aus individueller Fallzahl bis maximal zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe und dem RLV-Fallwert der Gruppe vergütet erhalten, ist nicht zu beanstanden. Dies gilt auch für die Regelung bei **Berufsausübungsgemeinschaften**, an denen **Wachstumsärzte** beteiligt sind, die vorsieht, dass neben bestehende RLV der einzelnen Partner die vorstehende tritt, sodass insgesamt eine Obergrenze zu bilden ist (so schon Senatsurt. v. 21.04.2015 - L 4 KA 28/13 -).

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Honorarabrechnung für das Quartal II/09. Die Kl. ist eine hausärztlich-internistische Gemeinschaftspraxis, die aus Herrn G. und Frau Dr. S. besteht. Frau Dr. S. ist seit 01.01.2006 Praxispartnerin und seitdem zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. **SG Kiel**, Ur. v. 29.01.2014 - S 16 KA 219/11 - verurteilte zur Neubescheidung, das **LSG** wies die Klage ab.

c) Wachstumsmöglichkeiten unterdurchschnittlich abrechnender Praxen

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 08.11.2016 - L 4 KA 44/14

RID 17-02-6

Revision anhängig: B 6 KA 7/17 R

juris

SGB V § 87b

Einer gerichtlichen Prüfung von Praxisbesonderheiten und Härtefallgesichtspunkten im Verfahren gegen die RLV-Mitteilung und den Honorarbescheid steht nicht entgegen, dass die KV **nicht in gesonderten Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren** über die vorgebrachten **Praxisbesonderheiten** und Härtefallgesichtspunkte entschieden hat.

Es ist nicht zu beanstanden, dass für die **Berechnung des RLV** jeweils die arztindividuelle RLV-relevante Fallzahl des Vorjahresquartals herangezogen wird (vgl. BSG, Ur. v. 17.07.2013 - B 6 KA 44/12 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 2). Der Umstand, dass aufgrund einer Überversorgung des Planungsbereichs Fallzahlsteigerungen faktisch nicht möglich sind, ist nicht zu berücksichtigen.

Die Beteiligten streiten über die Honorierung des kl. Facharztes für Urologie für das Quartal I/10. Die Honorierung für die Quartale I/09 bis IV/09 und II/10 ist in Parallelverfahren streitig. Mit Mitteilung vom Februar 2010 wurde dem Kl. ein RLV in Höhe von 10.689,26 € zugewiesen. Dieses ergab sich aus der Multiplikation der am Quartal I/09 orientierten RLV-relevanten Fallzahl in Höhe von 520 mit dem arztgruppenspezifischen Fallwert der Arztgruppe in Höhe von 21,10 € und Anpassung mit dem arztindividuellen Morbiditätsfaktor. Die durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl der Arztgruppe der Fachärzte für Urologie betrug 926,2. **SG Kiel**, Ur. v. 12.02.2014 verurteilte die Bekl. zur Neubescheidung, das **LSG** wies die Klage ab.

Aus den Gründen:

57 Die hier anzuwendende **Honorarverteilungssystematik** sieht für die Quartale I/2009 bis II/2010 durchgehend vor, dass für die Berechnung des RLV jeweils die arztindividuelle RLV-relevante Fallzahl des Vorjahresquartals herangezogen wird. Fallzahlsteigerungen im Abrechnungsquartal kommen dem Vertragsarzt somit im Folgejahresquartal für die Bestimmung des RLV zugute. Dieses sogenannte **„einjährige Moratorium“** der ab 1. Januar 2009 geltenden RLV-Systematik hat das BSG bereits mit ausführlicher Begründung in mehreren Entscheidungen gebilligt (u.a. Urteil vom 17. Juli 2013, Az. B 6 KA 44/12 R, Rn 38 -41 bei juris). Der Kläger geht somit zu Unrecht davon aus, dass die für I/2009 bis II/2010 geltende Systematik keine Wachstumsmöglichkeiten vorsieht. Diese Systematik galt dem Grunde nach bis zum Ende des Quartals III/2013 unverändert fort (ab 1. Juli 2010 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 mit späteren Modifikationen und entsprechend modifizierenden Honorarvereinbarungen auf Landesebene; ab II/2012 im Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten mit Bezugnahme auf diese Beschlüsse des Bewertungsausschusses), so dass Fallzahlsteigerungen im Folgejahresquartal in die Berechnung einbezogen werden.

58 Die wirtschaftlichen Einbußen und Engpässe führt der Kläger vielmehr maßgeblich darauf zurück, dass es in K eine sogenannte Überversorgung mit Fachärzten für Urologie gab und gibt. Der Zulassungsbereich K ist auch bereits in den Quartalen I/2009 bis II/2010 für Neuzulassungen gesperrt gewesen. Das ergibt sich aus den aktenkundigen Beschlüssen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in S. Der Kläger sieht einen **Zusammenhang zwischen der Überversorgung in K und seiner verglichen mit dem landesweiten Durchschnitt der Fachgruppe unterdurchschnittlichen Fallzahl**. Die von der Beklagten auf Anforderung des Senats zusammengestellte landesweite Auswertung der Anzahl über- und unterdurchschnittlich abrechnender Urologen zeigt, dass die durchschnittliche Fallzahl der Urologen in K in allen Quartalen unter dem Landesdurchschnitt liegt. Der Landesdurchschnitt wird durch die Fallzahlen der in ländlicher Gegend ansässigen Urologen angehoben. Gemessen an der Durchschnittsfallzahl in K (beispielsweise Stand Abrechnung I/2009 791 gegenüber landesweit 956) liegt die Fallzahl des Klägers auch hier unter dem Durchschnitt. Gleichzeitig zeigt die Tabelle, dass es auch in K Praxen gibt, die deutlich mehr Fälle haben als der Kläger oder auch der Landesdurchschnitt, sonst ergäbe sich keine Durchschnittsfallzahl, die höher als die Fallzahl des Klägers liegt. Die Tabellen geben den Stand der Abrechnung wieder, so dass das durchschnittliche RLV die durchschnittlich erzielte Vergütung inklusive der vergüteten Mehrleistungen abbildet. Diese Daten weichen zwangsläufig rechnerisch von dem Produkt aus RLV-relevanter Fallzahl und arztgruppenspezifischem RLV-Fallwert ab, da in diesem Wert noch nicht die durchschnittliche Vergütung der Mehrleistungen enthalten ist.

59 Dieser Umstand wird in der geltenden Honorarverteilungssystematik nicht abgebildet. **Das in diesen Quartalen geltende Honorarverteilungssystem unterstellt, dass dem Vertragsarzt innerhalb seiner Fachgruppe Fallzahlsteigerungen faktisch möglich sind.** Dieser Befund begründet jedoch keinen Anspruch des Klägers auf einen höheren RLV-Fallwert oder auf Ausgleichszahlungen aus einer allgemeinen Härtefallklausel. Da der Zulassungsbereich K mit Urologen überversorgt ist, ist keine Mangelversorgung der Versicherten mit urologischen Leistungen zu befürchten. Auch die vom Kläger als seine Praxisbesonderheit geltend gemachten Leistungen sind, wie bereits dargestellt, nicht sicherstellungsrelevant. **Sofern der Kläger im Kern kritisiert, dass zu viele Urologen zugelassen wurden und somit möglicherweise bei der Bedarfsplanung seitens des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen von §§ 23 ff der Bedarfsplanungsrichtlinie „zu spät“ Gebrauch gemacht wurde, ist dieser Umstand im Rahmen der Honorarverteilungssystematik nicht zu berücksichtigen.** Entsprechende Fallwerterhöhungen oder Ausgleichszahlungen würden die Gesamtvergütung schmälern, die die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen sicherstellen soll. Das unternehmerische Risiko, im Vergleich zu seinen Kollegen derselben Fachgruppe einen geringeren Zulauf von Versicherten zu haben, hat die Honorarverteilungssystematik einem Vertragsarzt nicht abzunehmen.

Parallelverfahren:

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 08.11.2016 - L 4 KA 50/14	RID 17-02-7
<i>Revision anhängig: B 6 KA 13/17 R</i>	
juris	
LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 08.11.2016 - L 4 KA 41/14	RID 17-02-8
<i>Revision anhängig: B 6 KA 4/17 R</i>	
juris	
LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 08.11.2016 - L 4 KA 45/14	RID 17-02-9
<i>Revision anhängig: B 6 KA 8/17 R</i>	
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris	
LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 08.11.2016 - L 4 KA 46/14	RID 17-02-10
<i>Revision anhängig: B 6 KA 9/17 R</i>	
juris	
LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 08.11.2016 - L 4 KA 51/14	RID 17-02-11
<i>Revision anhängig: B 6 KA 14/17 R</i>	
juris	
LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 08.11.2016 - L 4 KA 47/14	RID 17-02-12
<i>Revision anhängig: B 6 KA 10/17 R</i>	
juris	
LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 08.11.2016 - L 4 KA 43/14	RID 17-02-13
<i>Revision anhängig: B 6 KA 6/17 R</i>	
juris	
LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 08.11.2016 - L 4 KA 49/14	RID 17-02-14
<i>Revision anhängig: B 6 KA 12/17 R</i>	
juris	
LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 08.11.2016 - L 4 KA 42/14	RID 17-02-15
<i>Revision anhängig: B 6 KA 5/17 R</i>	
juris	
LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 08.11.2016 - L 4 KA 40/14	RID 17-02-16
<i>Revision anhängig: B 6 KA 3/17 R</i>	
juris	
LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 08.11.2016 - L 4 KA 48/14	RID 17-02-17
<i>Revision anhängig: B 6 KA 11/17 R</i>	
juris	
LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 17.01.2017 - L 4 KA 54/14	RID 17-02-18
<i>Revision anhängig: B 6 KA 19/17 R</i>	
juris	
LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 17.01.2017 - L 4 KA 53/14	RID 17-02-19
<i>Revision anhängig: B 6 KA 18/17 R</i>	
juris	
LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 17.01.2017 - L 4 KA 55/14	RID 17-02-20
<i>Revision anhängig: B 6 KA 20/17 R</i>	
juris	
LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 17.01.2017 - L 4 KA 56/14	RID 17-02-21
<i>Revision anhängig: B 6 KA 21/17 R</i>	
juris	
LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 17.01.2017 - L 4 KA 57/14	RID 17-02-22
<i>Revision anhängig: B 6 KA 22/17 R</i>	
juris	

5. Vergütung bis Quartal IV/08

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

SG Marburg, Urteil v. 25.01.2017 - S 16 KA 393/14

RID 17-02-23

www.sozialgerichtsbarkeit.de = www.lareda.hessenrecht.hessen.de
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.

Parallelverfahren zu SG Marburg, Urt. v. 25.01.2017 - S 16 KA 61/13 - RID 17-01-15.

b) Vergütung für Neurologen (Quartale II/05-I/07 KV Hessen)

SG Marburg, Urteil v. 05.04.2017 - S 12 KA 564/14

RID 17-02-24

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

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

Das **SG** wies die Klage ab.

c) Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus (Quartale II-IV/08)

LSG Bayern, Urteil v. 08.02.2017 - L 12 KA 85/15

RID 17-02-25

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 33/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 85 IV, 106a

Leitsatz: 1. Die rückwirkend zum 1.8.2008 getroffene Neuregelung der Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im **Notfall und im organisierten ärztlichen Notdienst** (GOP 01210 und 01212) in der Fassung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 341., 344. und 354. Sitzung ist nicht zu beanstanden.

2. Die KV ist nicht verpflichtet, die **Vergütung der Krankenhäuser** bezüglich der für die Notfallbehandlung abrechenbaren Gebührenordnungspositionen rückwirkend auf die Höhe der den Vertragsärzten bereits ausgezahlten Vergütung anzuheben.

3. Zur **Absetzung der GOP 22230 EBM Ä** neben der GOP 01210 ff. EBM Ä

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Vergütung der ambulanten Notfallbehandlungen des durch die Kl. betriebenen Klinikums (Quartale II bis IV/08). **SG München**, Urt. v. 10.03.2015 - S 43 KA 1124/14 u.a. - hob den Richtigstellungsbescheid v. 09.10.2008/Widerspruchsbescheid v. 29.06.2011 insoweit auf, als der Ansatz und die Vergütung der von der Kl. für das Quartal II/08 abgerechneten GOP 01211, 01215, 01217 und 01219 EBM abgelehnt wurde, und verurteilte die Bekl., diese Leistungen gem. den Beschlüssen des Bewertungsausschusses mit Wirkung zum 01.01.2008 (341. und 344. Sitzung) an die Kl. zu vergüten. im Übrigen wies es die Klage ab. Das **LSG** wies die Berufung der Kl. zurück. **BSG**, Beschl. v. 10.04.2017 - B 6 KA 22/17 B - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde.

6. Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen: Reichweite der Vereinbarung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.10.2016 - L 5 KA 268/15

RID 17-02-26

Revision anhängig: B 6 KA 45/16 R
juris
SGB V § 120 II 2

Die in § 120 II 2 SGB V 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, bezieht sich nur auf das **jeweilige Bundesland** und enthält keine mittelbare Geltungsanordnung für Krankenkassen anderer Bundesländer.

Die Beteiligten streiten über die Vergütung von Laborleistungen in Höhe von 226.809,98 €, die das kl. Universitätsklinikum auf Überweisung von Ärzten (Belegärzte und niedergelassene Ärzte) und Hebammen für Neugeborene von Versicherten der Bekl., einer Krankenkasse in Rheinland-Pfalz, ab dem Jahr 2005 erbracht hat. *SG Mannheim*, Urt. v. 29.08.2012 - S 6 KR 4340/09 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. Aufhebung von Honorarbescheiden: Vergütung von ambulanten Operationsleistungen

SG München, Urteil v. 21.03.2017 - S 38 KA 812/16

RID 17-02-27

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB X § 44 II

Für die Quartale der Jahre 2010 ff. sah die im Oktober 2012 getroffene Festsetzung des Erweiterten Bundesschiedsamtes überhaupt nicht vor, dass die **Vergütung von ambulanten Operationsleistungen** nach dem AOP-Vertrag erfolgt. Grundlage der Vergütung waren daher für diesen Zeitraum der HVV, der HVM und ggf. die Strukturverträge. Deshalb waren Honorarbescheide zum damaligen Zeitpunkt rechtmäßig, ohne dass es darauf ankommt, ob die Klage der Kassen gegen den AOP-Vertrag 2006 aufschiebende Wirkung entfaltet oder nicht. Das Bundesschiedsamt hat mit Beschluss vom 25.10.2012 § 7 AOP-Vertrag neu geregelt, allerdings rückwirkend nur für die Jahre 2007, 2008 und 2009. In dem Beschluss wird auch bestimmt (Satz zwei des Beschlusses), dass den Punktwert die Gesamtvertragspartner festlegen. Eine solche Umsetzung ist jedoch nicht erfolgt, da eine Einigung nicht zu erzielen war. Deshalb sind die Honorarbescheide selbst dann nicht rechtswidrig, wenn man auf einen späteren Zeitpunkt abstellt.

Die **Aufhebung von Honorarbescheiden** kommt nur im Ausnahmefall in Betracht (vgl. BSG, Urt. v. 07.09.2008 - B 6 KA 28/07 R - BSGE 101, 235 = SozR 4-1300 § 44 Nr. 17).

Die kl. BAG, bestehend aus Fachärzten für Chirurgie, die auch ambulante Operationen vornimmt, wandte sich gegen die Ablehnung der Aufhebung und Neufestsetzung der Honorarbescheide (Quartale I u. II/07 u. IV/07-IV/12) nach § 44 II 2 SGB X, nachdem die Vergütungsregelung des § 7 I AOP-Vertrag vom 17.08.2006 durch SG Berlin, Urt. v. 19.01.2011 - S 79 KA 977/06 - RID 11-02-92 rechtskräftig aufgehoben worden war und das Erweiterte Bundesschiedsamt mit Beschl. vom 25.10.2012 eine Neufestsetzung der Vergütungsregelung des § 7 Abs. 1 AOP-Vertrag vorgenommen hat. Das *SG* wies die Klage ab.

8. Wirksamkeit eines Pfändungs- und Überweisungsbeschlusses

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.10.2016 - L 11 KA 65/15

RID 17-02-28

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 85 IV; ZPO §§ 829, 836

Bei einem Verstoß gegen ein **Pfändungsverbot** oder eine Pfändungsbeschränkung, der keine Nichtigkeit bewirkt, ist lediglich die **Anfechtung** möglich (LG Lüneburg, Urt. v. 19.06.2008 - 1 S 22/08). Der anfechtbare Pfändungs- und Überweisungsbeschluss ist bis zu seiner Aufhebung **wirksam**. Den Drittschuldner schützt § 836 II ZPO; zu seinen Gunsten gilt der zu Unrecht erlassene Überweisungsbeschluss bis zu seiner Aufhebung als rechtsgültig (OLG Jena, Beschl. v. 12.04.2012 - 1 UF 648/11 -).

SG Münster, Urt. v. 07.09.2015 - S 2 KA 1/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

9. Degressionskürzung: Jahresbezogenheit auch bei Wechsel in BAG

LSG Bayern, Urteil v. 12.10.2016 - L 12 KA 5055/13

RID 17-02-29

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

Leitsatz: 1. Die **Degressionsgrenzwerte bei Berufsausübungsgemeinschaften** richten sich nach der Zahl der zahnärztlichen Mitglieder; die Degressionsberechnung ist mithin nicht zahnarztbezogen, sondern (grundsätzlich) **praxisbezogen** durchzuführen.

2. Die Degressionsberechnung hat grundsätzlich **jahresbezogen** zu erfolgen; eine zeitanteilige Degressionsberechnung der Art, dass einer in bestimmten Zeitabschnitten erbrachten Leistungsmenge in Punkten die zeitanteiligen Degressionsgrenzwerte gegenübergestellt werden, ist im Gesetz nicht angelegt (vergleiche BSG, Urteil vom 05.05.2010 - B 6 KA 21/09 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 57).

3. Die bloße **Änderung der personellen Zusammensetzung** einer fortbestehenden Gemeinschaftspraxis kann eine Abweichung vom Jahresbezug nicht rechtfertigen, wenn die Praxis als juristische Person unverändert, wenn auch in unterschiedlicher Besetzung, während des gesamten Jahres fortbesteht.

Die Beteiligten streiten um die Degressionskürzung 2010 (30.976,67 € u. 24.963,37 €), bei der die Bekl. keine jahresbezogene, sondern eine hiervon abweichende Degressionsberechnung für die jeweilige Geltungsdauer einer ABE-Nummer vorgenommen hatte. Die Kl. ist eine BAG in der Rechtsform einer GbR, die im Jahr 2010 in wechselnder Zusammensetzung unter sieben verschiedenen ABE-Nummern an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnahm. **SG München**, Urt. v. 25.11.2013 - S 38 KA 5001/12 u. S 38 KA 5002/12 - wies die Klagen ab, das **LSG** verpflichtete die Bekl., über die Degressionskürzung 2010 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gericht zu entscheiden.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 10.05.2017 - **B 6 KA 9/16 R** - ist für **Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung** gesetzlich ausdrücklich geregelt, dass für die Krankenkassen dieselben Rechtsbehelfe gelten wie für die betroffenen Ärzte, weshalb ein **Widerspruchsverfahren durchzuführen** ist. Auch für Konstellationen, in denen für die Entscheidung über einen Regress kein paritätisch besetztes Gremium, sondern die KZV zuständig ist, gilt nichts Anderes. Die Versorgung mit implantatgestütztem Zahnersatz in den in der Zahnersatz-Richtlinie genannten Ausnahmefällen gehört zur **Regelversorgung**. Die entsprechende Regelung in der Zahnersatzrichtlinie ist wirksam. Deshalb kann der Regressanspruch hier nicht damit begründet werden, dass es sich bei dem Zahnersatz um eine andersartige Versorgung handeln würde, die nicht über die beklagte KZÄV hätte abgerechnet werden dürfen. Steht bei der **Genehmigung des Heil- und Kostenplans** für die kl. Krankenkasse fest, dass in dem Rechnungsbetrag Verbindungselemente enthalten sein müssen, ohne die der implantatgestützte Zahnersatz nicht eingegliedert werden kann, steht einem Berichtigungsbegehren der Krankenkasse das **Verbot des Venire contra factum proprium entgegen**, wenn sie später geltend macht, dass in dem Rechnungsbetrag Kosten (hier: für Verbindungselemente) enthalten seien, die nicht dem Zahnersatz, sondern dem Implantat zuzuordnen seien. Die **Bindungswirkung des genehmigten Heil- und Kostenplans** würde entwertet, wenn der Krankenkasse die Möglichkeit eingeräumt würde, einen maßgeblichen Teil der - in Übereinstimmung mit den normativen Vorgaben abgerechneten - Kosten nachträglich für nicht über den Festbetrag abrechnungsfähig zu erklären. Nach BSG, Urt. v. 30.11.2016 - **B 6 KA 17/15 R** - findet das sog **Splittingverbot** auch in der Konstellation Anwendung, in der ein **MKG-Chirurg in einer BAG mit Zahnärzten** tätig wird, die nicht auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

1. Richtigstellung nach abgelaufener Ausschlussfrist: Kein Rücknahmeermessen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.04.2017 - L 5 KA 2448/15

RID 17-02-30

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a; SGB X § 45

Leitsatz: Die nachgehende **Richtigstellung** vertragsärztlicher Honorarbescheide beruht auch **nach Ablauf der Frist von vier Jahren** seit ihrer Bekanntgabe auf § 106a SGB V a.F. (jetzt § 106d SGB V n.F.) und nicht auf § 45 SGB X. Diese Vorschrift ist nur insoweit (teilweise) entsprechend anzuwenden, als sie den Vertrauensschutz des von der Rücknahme eines begünstigenden Verwaltungsakts Betroffenen zum Gegenstand hat. **Rücknahmeermessen** muss die Kassenärztliche Vereinigung daher nicht ausüben.

Dem Kl., ein ermächtigter Facharzt für Anästhesiologie mit der Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ u. Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, wurde für die Quartale I - III/08 fast das gesamte Honorar berichtigt (55.184,57 €), weil die Leistungen nicht dem Ermächtigungskatalog entsprochen hätten. Es sei daneben aufgefallen, dass die Überweisungen an den Kl. fast ausschließlich durch die (ärztliche) BAG M./St./L. ausgestellt worden seien, wobei das Einlesedatum bei der BAG und beim Kl. identisch gewesen sei. Die Krankenversicherungskarten in der BAG seien am Tag der Ausstellung des Überweisungsscheins, der fast immer auch der erste Behandlungstag des Patienten bei dem Arzt M. gewesen sei, eingelesen worden, obwohl die BAG Behandlungsleistungen erst wesentlich später abgerechnet habe. Dr. L. habe im Zuge der Prüfung die Existenz eines mobilen Lesegeräts und außerdem bestätigt, dass der Datenaustausch der Patientendaten des Arztes M. in das System der BAG vorgenommen worden sei. Es sei von einem Missbrauch der Krankenversicherungskarten auszugehen. Deswegen würden der Abrechnung des Kl. alle Behandlungsfälle, für die Überweisungsscheine durch die BAG ausgestellt worden seien, nachträglich entnommen. **SG Stuttgart**, Urt. v. 11.05.2015 - S 11 KA 5438/14 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das **LSG** wies die Klage ab.

2. Nicht genehmigte Beschäftigung eines Arztes

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 16.11.2016 - L 7 KA 54/13

RID 17-02-31

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a; Ärzte-ZV § 32; BMV-Ä §§ 15 I, 25 I

Ein Vertragsarzt verstößt gegen die **Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung**, wenn er Leistungen abrechnet, die weder er selbst noch ein mit Genehmigung tätiger Weiterbildungsassistent bzw. angestellter Arzt erbringt. Die danach gebotene Honorarkürzung ist im Wege einer Schätzung vorzunehmen.

Eine **Honorarkürzung** ist nicht nur in dem **Umfang** vorzunehmen, der dem Anteil der vom nicht genehmigten Laborarzt freigegebenen Befunde entspricht, wenn dieser in mehrfacher Hinsicht vertragsärztliche Tätigkeit ausgeübt hat, die nicht unmittelbarer Bestandteil der abgerechneten GOP war (Anleitung und Beaufsichtigung von Praxispersonal, Konsil, Mitarbeit bei Qualitätskontrollen und der Erstellung eines Qualitätsmanagementhandbuchs). Aber auch eine Kürzung auf den Fachgruppendurchschnitt, die bei der rechtswidrigen Abrechnung von GOP naheliegt, scheidet bei der ungenehmigten Beschäftigung eines Arztes aus. Vor diesem Hintergrund ist die Annahme der Beklagten, **ein Viertel der abgerechneten Leistungen** sei dem Zeugen zuzuordnen, nicht zu beanstanden. Sie greift die auch außerhalb des vertragszahnärztlichen Bereichs anwendbare Regelung in § 85 Abs. 4b Satz 4 SGB V auf, wonach bei Weiterbildungsassistenten im Regelfall nur ein Praxiszuwachs bis zu 25 % akzeptiert werden kann (BSG, Urt. v. 28.09.2005 - B 6 KA 14/04 R - SozR 4-5520 § 32 Nr. 2).

Die Beteiligten streiten um die Frage, ob die Beklagte das Honorar des Kl. (Facharzt für Laboratoriumsmedizin) wegen der nicht genehmigten Beschäftigung eines Arztes in den Quartalen IV/06 bis IV/08 kürzen durfte (um jeweils ein Viertel, insgesamt 151.485,15 €). **SG Berlin**, Urt. v. 24.04.2013 - S 79 KA 78/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Vertretungszeiten über drei Monate im Jahr

SG München, Urteil v. 20.01.2017 - S 28 KA 698/15

RID 17-02-32

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a; Ärzte-ZV § 32 I

Ein Vertragsarzt kann sich innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen (§ 32 I 2 Ärzte-ZV). Die **Dreimonatsfrist** ist nicht durch Addition der Vertretertage, sondern fortlaufend von dem Zeitpunkt an zu errechnen, an dem der Vertreter erstmalig tätig wird. Es kommt nicht auf die **Anzahl der Vertretertage**, sondern auf den **Zeitraum** an, in dem der Vertragsarzt tatsächlich abwesend ist (vgl. BSG, Beschl. v. 13.08.2014 - B 6 KA 3/14 B - RID 14-04-75, BeckRS 2014, 72276 Rn. 6). Dabei ist dieser von dem **Zeitpunkt** an zu errechnen, an dem der **Vertreter erstmalig tätig** wurde. Ist der erste Abwesenheitstag nicht zugleich erster Vertretertag, ist der Zeitraum erst ab dem Tag zu berechnen, an dem der Vertreter erstmalig tätig wird bzw. werden muss. Es kann auf die Kalendertage, nicht lediglich auf die Tage mit Sprechstunden abgestellt werden.

Für jeden Abwesenheitstag ab dem 93. Abwesenheitstag ist das **Honorar** mit dem durchschnittlichen Tagesumsatz zu kürzen.

Es liegt grundsätzlich im **Schätzungsermessen der KV**, ob die Berechnung der Rückforderung anhand der **Kalendertage** oder der **Tage mit Sprechstundenzeit** erfolgt. Bei einer Berechnung der Rückforderung anhand der Sprechstundentage muss die Anzahl der Sprechstundentage, an denen der Vertragsarzt abwesend war, mit seinem durchschnittlichen GKV-Honorar, das er an einem Tag mit Sprechstundenzeit eingenommen hat, multipliziert werden.

Zwischen den Beteiligten ist die Rücknahme und Neufestsetzung der Honorarbescheide für die Quartale IV/10, III/11 u. IV/12 sowie eine Rückforderung der Beklagten i.H.v. 72.885,32 € wegen Verstoßes gegen die vertragsärztlichen Vertretungsregelungen und gegen den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung streitig. Nach einer anonymen Anzeige stellte die Bekl. fest, dass der Kl. erhebliche Abwesenheiten aufgrund von Fernreisen, die auf seiner Homepage dokumentiert sind, nicht bzw. nur unvollständig bei ihr gemeldet hatte. Das **SG** änderte den angefochtenen Bescheid insoweit ab, als die Bekl. von der Kl. nur einen Betrag in Höhe von 43.885,12 € zurückfordern kann, und wies im Übrigen die Klage ab.

4. Gemeinschaftspraxis ohne Vorliegen eines bestimmter Mindestanteils von Patienten

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 25.01.2017 - L 3 KA 16/14

RID 17-02-33

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a II 1; Ärzte-ZV § 33 I, II

Leitsatz: Steht ohne Zweifel (z.B. bei Vorliegen eines Gemeinschaftspraxisvertrags) fest, dass Vertragsärzte in **Gemeinschaftspraxis** gearbeitet und nur **nach außen** das Bild einer **Praxisgemeinschaft** erweckt haben, sind die sie betreffenden Honorarbescheide auch zu berichtigen, ohne dass ein bestimmter Mindestanteil von Patienten vorliegt, die von beiden Ärzten behandelt worden sind.

Die Kl. wenden sich gegen Honorarberichtigungen und -rückforderungen vertragsärztlichen Honorars für die Quartale I bis IV/02 in Höhe von 57.325,85 €. Der Kl. zu 1. und die Kl. zu 2. sind miteinander verheiratet und als Fachärzte für HNO-Heilkunde zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie waren bis 30.09.1996 gemeinsam mit dem Vater der Kl. zu 2. in Gemeinschaftspraxis tätig. Zum 01.10.1996 schied die Kl. zu 2. aus der Gemeinschaftspraxis aus; der bekl. KV wurde mitgeteilt, zwischen ihr und der im Übrigen weiterbestehenden Gemeinschaftspraxis bestehe nunmehr eine Praxisgemeinschaft. Zum 01.01.1999 verließ der Vater der Kl. zu 2. die Gemeinschaftspraxis und wurde durch die HNO-Ärztin H. ersetzt. Ab 2003 trat die Kl. zu 2. wieder als Mitglied der Gemeinschaftspraxis auf, die nach dem Ausscheiden der Ärztin H. zum Ende des 3. Quartals 2004 zwischen den Kl. fortgeführt wird. *SG Hannover*, Urt. v. 11.12.2013 - S 72 KA 195/08 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Job-Sharing-Obergrenze: Keine Berücksichtigung weiterer Honorarkürzungen

LSG Bayern, Urteil v. 14.09.2016 - L 12 KA 164/14

RID 17-02-34

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a; BedarfspIRL a.F. § 23c

Die Saldierung der Punktzahlen innerhalb eines Kalenderjahres ergibt sich aus § 23c Satz 7 BedarfspIRL 2007. Der Wortlaut dieser Vorschrift ist eindeutig. Er begrenzt das abrechenbare Gesamtpunktzahlvolumen, ohne Regelungen für die **Berücksichtigung weiterer Honorarkürzungen**, insb. der Plausibilitätsprüfung, zu treffen. Damit sind die **Job-Sharing-Obergrenzen** nicht abänderbar. Bei der Saldierung hat die KV keine Möglichkeit, von den vom Zulassungsausschuss festgelegten Obergrenzen abzuweichen.

Streitig ist eine Honorarrückforderung wegen des Überschreitens der Job-Sharing-Obergrenzen in den Quartalen III/08 bis II/09 in Höhe von 25.742,08 €. Der Kl. trug erfolglos vor, es werde eine Plausibilitätsprüfung der Honorare für die Quartale I/07 bis II/10 durchgeführt, die zu Rückforderungen führe. Diese Rückforderungen beträfen auch Job-Sharing-relevante Leistungen. *SG München*, Urt. v. 23.07.2014 - S 38 KA 187/12 - gab der Klage teilweise statt und verpflichtete die Bekl., über den Widerspruch der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Das *LSG* wies auf Berufung der Bekl. die Klage ab.

Nach LSG Hessen, Urt. v. 27.08.2014 - L 4 KA 11/13 - juris, RID 14-04-25 sind Honorarkürzungen wegen Leistungsbegrenzungen beim Job-Sharing sowie Honorarkürzungen aufgrund zeitbezogener Plausibilitätsprüfungen im Rahmen der Ausübung des Schätzungsermessens bei der jeweils späteren Honorarkürzung zu berücksichtigen. Nach LSG Hessen, Beschl. v. 13.06.2016 - L 4 KA 27/14 - RID 16-04-35 sind, soweit durch mehrere Bescheide in verschiedenen Prüfungsverfahren Honorarkürzungen vorgenommen werden, die in den zeitlich zuerst erlassenen Bescheiden vorgenommenen Kürzungen grundsätzlich erst und nur im Rahmen der später erlassenen Bescheide bei der Berechnung der Höhe der dortigen Kürzung zu berücksichtigen; eine Berücksichtigung in umgekehrter Reihenfolge findet dagegen nicht statt.

6. Notfallerversorgung im Krankenhaus: Labor-, Röntgen- und Ultraschalleistungen

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 06.10.2016 - L 5 KA 30/15

RID 17-02-35

SGB V §§ 76 I 2, 106a

Ein Krankenhaus ist verpflichtet, die Notwendigkeit der gestrichenen Gebührenordnungspositionen zugrundeliegenden Leistungen in jedem Einzelfall durch **Angabe der Diagnose** und, soweit sich die Notwendigkeit der Leistung nicht bereits hieraus ergibt, durch **weitere Angaben** substantiiert zu begründen.

Leistungen wie **Labor-, Röntgen- und Ultraschalleistungen** sind im Rahmen einer **Notfallerversorgung** in der Regel nicht erforderlich. Wegen des Ausnahmecharakters muss die Erforderlichkeit der Leistung jedoch aus den angegebenen Befunden oder Diagnosen, aus der Dokumentation über die Notfallbehandlung oder aus sonstigen Umständen erkennbar sein (BSG, Ur. v. 12.12.2012 - B 6 KA 5/12 R - SozR 4-2500 § 115 Nr. 1, juris Rn. 17).

Es kann offen bleiben, ob das Krankenhaus im **gerichtlichen Verfahren** mit Einwänden ausgeschlossen ist.

SG Mainz, Ur. v. 05.08.2015 - S 8 KA 227/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. Splittingverbot: Belegärztliche Leistungen als eigener Behandlungsfall

SG Gotha, Urteil v. 26.10.2016 - S 2 KA 4061/16

RID 17-02-36

SGB V § 106a; BMV-Ä § 21 I; BMV-Z § 9 I; EKV-Z § 14 I Nr. 1

Werden im selben Quartal **stationäre belegärztliche Behandlungen** und **ambulante Behandlungen** durchgeführt, liegt jeweils ein eigenständiger Behandlungsfall vor. Die Abrechnung der ambulanten Behandlungen gegenüber der KZV und der stationären belegärztliche Leistungen stellt keinen Verstoß gegen das sog. **Splittingverbot** dar.

Die Kl. ist eine aus Ärzten und Zahnärzten bestehende überörtliche BAG, die an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnimmt. Einzelne Gesellschafter der Kl. verfügen sowohl über eine vertragsärztliche als auch eine vertragszahnärztliche Zulassung. Ferner verfügen einzelne Ärzte über eine Belegarztanerkennung. Das *SG* hob den angefochtenen Berichtigungsbescheid für 10 Behandlungsfälle im Quartal I/13 über 926,86 € auf.

8. Nr. 26315 EBM nicht neben Kostenpauschalen nach der Onkologie-Vereinbarung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 05.10.2016 - L 11 KA 83/15

RID 17-02-37

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 34/17 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a

Die Streichung der neben **Kostenpauschalen** nach der Onkologie-Vereinbarung abgerechneten **Nr. 26315 EBM** im Rahmen der sog. Regelwerksanktionen ist nicht zu beanstanden.

SG Düsseldorf, Ur. v. 02.09.2015 - S 33 KA 254/11 - wies die Klage des Urologen gegen eine sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnungen in den Quartalen III u. IV/10 ab, das *LSG* die Berufung zurück.

9. Postoperativer Überwachungskomplex (Abschn. 31.3 bzw. 36.3 EBM)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 01.02.2017 - L 5 KA 5013/14

RID 17-02-38

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a

Leitsatz: Die EBM-konforme Abrechnung von Leistungen des **postoperativen Überwachungskomplexes** (Abschnitte 31.3 bzw. 36.3 EBM) setzt auch die Einhaltung der (allgemeinen) Abrechnungsbestimmungen in den Präambeln 31.3.1 und 36.3.1 EBM voraus. Die dort (in Nr. 1) bei Leistungserbringung durch mehrere Ärzte (typischerweise Operateur und Anästhesist) vorgeschriebene **Abrechnungsvereinbarung** muss festlegen, wer im Außenverhältnis zur Kassenärztlichen Vereinigung die Leistungen abrechnet (obligatorischer Inhalt); im Innenverhältnis der Ärzte zueinander kann die Abrechnungsvereinbarung (bspw.) Ausgleichszahlungen festlegen (fakultativer Inhalt). Kommt eine Abrechnungsvereinbarung nicht zustande, darf nur der die Leistung (tatsächlich) erbringende Arzt abrechnen; er muss in der Abrechnungssammelerklärung auf das **Fehlen der Abrechnungsvereinbarung** hinweisen, damit die Kassenärztliche Vereinigung ggf. Vorsorge gegen Doppelabrechnungen treffen kann.

Die Beteiligten streiten (noch) über eine im Wege sachlich-rechnerischer Berichtigung verfügte Honorarrückforderung für die Quartale I/07 bis IV/08 i.H.v. 1.509,70 €. *SG Stuttgart*, Ur. v. 29.10.2014 - S 20 KA 705/13 - hob den angefochtenen Bescheid bzgl. der Quartale I bis IV/06 auf und wies die Klage im Übrigen ab, das *LSG* die Berufung des Kl., eines Facharztes für Chirurgie, zurück.

10. Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung: Teilweiser Honorareinbehalt

SG Düsseldorf, Beschluss v. 18.08.2016 - S 2 KA 1375/16 ER

RID 17-02-39

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Sofern die Honorarbescheide auf Angaben beruhen, die der Vertragsarzt grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtig gemacht hat (§ 45 II 3 Nr. 2 SGB X) bzw. er die Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide zumindest infolge grober Fahrlässigkeit nicht gekannt hat (§ 45 II 3 Nr. 3 SGB X), **entfällt der Vertrauensschutz** des § 45 II i.V.m. IV 1 SGB X und können **Rückforderungen bis zu zehn Jahren zurückreichen** (BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 7/09 R - BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4).

Die nach gegenwärtigem Erkenntnisstand **offene Sachlage** bedeutet allerdings nicht, dass in vollem Umfang die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen einen Aufhebungs- und Rückforderungsbescheid wiederherzustellen ist, da auch die Regelung des § 86a III 2 SGG zu beachten ist, nach der in den Fällen des § 86a II Nr. 1 SGG die Vollziehung nur ausgesetzt werden soll, wenn ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit des angefochtenen Verwaltungsakts bestehen oder die Vollziehung für den Antragsteller eine unbillige, nicht durch überwiegende öffentliche Interessen gebotene Härte zur Folge hätte. Vergleichbares gilt, wenn der Gesetzgeber die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung in § 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V ausdrücklich ausgeschlossen hat (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 24.02.2016 - L 11 KA 58/15 B ER - RID 16-02-17).

Die seit Oktober 2000 als Ärztin für Allgemeinmedizin zugelassene Ast. erhielt im Oktober 2006 die Genehmigung zur Behandlung von bis zu 50 Substitutionspatienten. Im April 2014 widerrief die Ag. die Genehmigung und ordnete die sofortige Vollziehung dieser Maßnahme an. Zur Begründung stützte sie sich vor allem auf das **Ergebnis einer unangemeldeten Praxisbegehung** am 15.04.2016. Danach beschäftigte die Ast. in ihrer Praxis seit sieben Jahren im Minijob-Verhältnis einen ausgebildeten Elektriker, Herrn T, der über eine 25-jährige Berufserfahrung als Angestellter bei den Maltesern im Bereich der technischen Dienste verfüge. Dieser übernehme regelmäßig „Vertretungen“ für die Ast. Herr T habe angegeben, von der Ast. „Prokura“ erhalten zu haben und deshalb Überweisungen, Krankmeldungen und Rezepte selbst zu unterzeichnen. Verschreibungspflichtige Medikamente verordne er, soweit die Patienten diese bereits vorher schon einmal erhalten hätten. Zudem übernehme er auch die Vergabe von Substitutionsmitteln in ihrer Abwesenheit. Herr T verfüge weder über eine Approbation als Arzt noch über eine anderweitige medizinische Ausbildung. Gegen diese Bescheide hat die Ast. am 07.07.2016 Klage in der Hauptsache - S 2 KA 1329/16 - erhoben und zugleich um Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ersucht. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 27.07.2016 - S 2 KA 1328/16 ER - (nunmehr L 11 KA 53/16 B ER) stellte die aufschiebende Wirkung der Klage wieder her. Mit Bescheid v. 13.06.2016 lehnte die Ag. die Abrechnung für das Quartal I/16 ab. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 10.08.2016 - S 2 KA 1391/16 ER - verpflichtete die Ag., die Honorarabrechnung der von der Ast. für das Quartal I/16 eingereichten vertragsärztlichen Leistungen durchzuführen. Mit weiterem Bescheid vom 13.06.2016 hob die Ag. **Honorarbescheide für die Quartale I/09 bis IV/15** teilweise in Höhe von **914.691,27 €** auf und forderte das zu Unrecht gezahlte Honorar zurück. Es handelt sich hierbei um Honoraranteile, die auf Leistungen nach den GOP 32138, 32140, 32142 - 32146 EBM zzgl. Methadon entfallen. Der zurückgeforderte Betrag werde im Wege der Aufrechnung von den laufenden Honorareinnahmen einbehalten. Diesem Bescheid widersprach die Ast. Das **SG** stellte die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen den Aufhebungs- und Rückforderungsbescheid mit der Maßgabe wieder her, dass die Ag. berechtigt ist, den zurückgeforderten Betrag im Wege der Aufrechnung in Höhe der Hälfte der laufenden Honorarforderungen einzubehalten, und wies im Übrigen den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes zurück.

Zur Streitwertfestsetzung s. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.03.2017 - L 11 KA 63/16 B ER - RID 17-02.72.

III. Genehmigung/Zweigpraxis/Notdienst

Nach BSG, Urt. v. 15.03.2017 - **B 6 KA 18/16 R**, **B 6 KA 13/16 R** u. **B 6 KA 20/16 R** - gilt die **Praxisbezogenheit von Versorgungsaufträgen für Dialyseleistungen** bereits seit Inkrafttreten der Neufassung der sog. Dialysevereinbarung im Jahr 2002. Ärzte, die bereits zuvor in der Dialyseversorgung tätig waren und auf Grundlage von Übergangsbestimmungen eine Genehmigung nach neuem Recht erhalten haben, sind in das neu strukturierte Versorgungssystem integriert worden und können sich nicht darauf berufen, der Versorgungsauftrag stehe ihnen persönlich zu und könne bei Ausscheiden aus der Praxis mitgenommen werden. Allein dieses Verständnis wird dem Konzept der Dialysevereinbarung gerecht, das unter anderem auf die **Qualitätssicherung durch Regulierung des Marktzugangs** und den **Schutz der bestehenden Versorgungsstrukturen** durch eine Begrenzung der Versorgungsaufträge auf das Maß des wirtschaftlich Gebotenen abzielt. Die Dialysevereinbarung ist unter Berücksichtigung der mit ihr verfolgten wichtigen Gemeinwohlinteressen und der Besonderheiten der Dialyseversorgung mit **höherrangigem Recht vereinbar**. Nach BSG, Urt. v. 15.03.2017 - **B 6 KA 35/16 R** - bezog sich die Rspr. des Senats zur Anwendung **wettbewerbsrechtlicher Bestimmungen** auf das **Verhältnis von**

Leistungserbringern i.S.d. SGB V **untereinander** auf besondere Fallgestaltungen, in denen effektiver Rechtsschutz anders nicht zu gewährleisten war. Nachdem inzwischen eine **gefestigte Rechtsprechung zur Gewährleistung effektiven Rechtsschutzes gegen die rechtswidrige Begünstigung konkurrierender Leistungserbringer** besteht, gibt es grundsätzlich **keine Rechtfertigung mehr für die an sich systemfremde Heranziehung wettbewerbsrechtlicher Grundsätze** in Konstellationen, in denen Leistungserbringer gegenüber den zuständigen Körperschaften bzw. Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung Rechtsschutz erreichen können. Soweit nach den in st. Rspr. entwickelten vertragsarztrechtlichen Grundsätzen kein Drittschutz gegenüber der als rechtswidrig angesehenen Begünstigung eines Konkurrenten geltend gemacht werden kann, kann ein abweichendes Ergebnis auch nicht über die entsprechende Anwendung von Vorschriften des UWG erreicht werden. Nicht die Vorschriften des UWG, sondern die **vertragsarztrechtlichen Bestimmungen sollen die Leistungserbringung im Geltungsbereich des SGB V steuern. Schadensersatzansprüche** der Kl. hätten hier im Übrigen auch nach wettbewerbsrechtlichen Grundsätzen nicht bestanden, weil der Bekl. die Nebenbetriebsstätte nach Auskunft der für die Genehmigung zuständigen KV betreiben durfte, sodass es jedenfalls an dem erforderlichen Verschulden fehlt. Soweit die Klägerin **Unterlassungsansprüche** geltend macht, besteht die Gefahr einer Fortsetzung der Rechtsverletzung nicht mehr, nachdem der Senat am heutigen Tag in dem Verfahren zum Az.: B 6 KA 20/16 R entschieden hat, dass der Versorgungsauftrag für den Hauptsitz der Praxis nicht auf den Bekl. übergegangen ist und dass er in dieser Praxis deshalb nach Ablauf einer Übergangsfrist (31.12.2017) keine Dialyse als vertragsärztliche Leistung mehr erbringen und abrechnen darf. Damit steht auch fest, dass die damit verbundene, hier streitgegenständliche Nebenbetriebsstätte nach Ablauf der genannten Frist nicht mehr betrieben werden darf. Nach BSG, Urt. v. 15.03.2017 - **B 6 KA 30/16 R** u. **B 6 KA 22/16 R** - kann eine BAG die einem MVZ gewährte Verlängerung der Nebenbetriebsstätte anfechten. Nach den maßgeblichen Vorschriften des **Abs. 3 des Anhangs 9.1.5 der Anlage 9.1 BMV-Ä** hängt die **Verlängerung** einer zunächst bedarfsunabhängig erteilten **Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte** für Dialyseleistungen um weitere 10 Jahre davon ab, ob diese Nebenbetriebsstätte in der **Versorgungsregion** einer anderen Praxis liegt oder nicht. Ist das nicht der Fall, ist die Genehmigung ohne weitere Prüfung zu verlängern. Befindet sich die Nebenbetriebsstätte in der Versorgungsregion einer anderen Praxis, kann die Genehmigung nur verlängert werden, wenn die Zweigstelle „die wohnortnahe Versorgung“ der Versicherten mit den verschiedenen Dialyseleistungen „gewährleistet“. Das kann die KV nur unter **Berücksichtigung der Versorgungslage** in der jeweiligen Region beurteilen, und deshalb ist von einer Entscheidung der KV auch die Praxis rechtlich betroffen, in deren Versorgungsregion die Nebenbetriebsstätte gelegen ist. Das reicht für **den (auch) drittschützenden Charakter** der Vorschrift und damit für eine **Anfechtungsberechtigung** aus. Dass die anderen Voraussetzungen für eine Drittanfechtung - übereinstimmende Leistungsangebot und tatsächliche Konkurrenz - gegeben sind, steht außer Frage. Der Anfechtungsberechtigung der Kl. steht nicht entgegen, dass die Nebenbetriebsstätte des zu 1. beigeladenen MVZ schon länger betrieben wird als die Hauptpraxis der Klägerin. Die Erteilung eines Versorgungsauftrags für Dialyseleistungen an eine Praxis in einer bisher nur über Zweigpraxen betreuten Versorgungsregion kann zur Folge haben, dass der **Bedarf für das Angebot der Nebenbetriebsstätte künftig entfällt**. Das LSG wird nunmehr zu prüfen haben, ob die Praxis der Klägerin zum maßgeblichen Zeitpunkt „hinreichend ausgelastet“ war. Nur wenn das nicht der Fall war, erweist sich die Verlängerung der Genehmigung zu Gunsten des beigel. MVZ als rechtswidrig. Der Auffassung, eine Verlängerung der Genehmigung um weitere 10 Jahre scheidet schon deshalb aus, weil die Beigel. den Standort der Nebenbetriebsstätte innerhalb von N verlegt hat, folgt der Senat für die hier zu beurteilende Fallgestaltung nicht. Nach BSG, Urt. v. 30.11.2016 - **B 6 KA 38/15 R** - **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 einer Abrechnungsgenehmigung: Wirksamkeit erst nach Bestandskraft

SG für das Saarland, Urteil v. 29.04.2016 - S 2 KA 63/15

RID 17-02-40

juris
SGB V § 87b

Ein **Widerruf einer Abrechnungsgenehmigung** wird erst einen Monat nach Bekanntgabe des Widerspruchsbescheides **bestandskräftig**. Erst zu diesem Zeitpunkt – mithin **ex nunc** – entfällt die gem. § 86a I 1 SGG aufschiebende Wirkung des gegen den Widerruf dieser Genehmigung gerichteten Widerspruchs. Bei Entziehung eines Status bzw. an persönlich-fachliche Qualifikationen anknüpfenden Genehmigung kann von diesem bzw. dieser **so lange Gebrauch gemacht werden**, bis diese Entscheidung bestandskräftig geworden ist.

Das SG verurteilte die. Bekl., über die Honorarabrechnung der Kl., einer Fachärztin für Innere Medizin, für das Quartal I/15 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

2. Rücknahme einer Genehmigung zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen

SG Bremen, Beschluss v. 21.03.2017 - S 30 KA 9/16 ER

RID 17-02-41

SGB X § 48 I 1; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86 b I 1 Nr. 2

Vor der **Anordnung der sofortigen Vollziehung** nach § 86a II Nr. 5 SGG bedarf es keiner **Anhörung** des Betroffenen.

Die **Anordnung der sofortigen Vollziehung der Rücknahme einer Genehmigung zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen** ist ausreichend **begründet**, wenn auf eine Patientengefährdung hingewiesen wird, die daraus resultiert, dass Betäubungsmittel ohne ärztliche Aufsicht ausgegeben werden, sowie eine Abgabe gegen Entgelt ohne die vorgesehene Anmeldung stattfindet und wenn das Interesse des Ast. dem öffentlichen Vollzugsinteresse gegenübergestellt wird. Eine Genehmigung zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen kann nach § 48 I 1 SGB X aufgehoben werden. Es bedarf keines Widerrufsvorbehalts. Eine **Aufhebung** ist zulässig, wenn sich der Arzt aufgrund der mangelhaften Organisation der Substitutionsmittelvergabe und der Abgabe von Substitutionsmitteln gegen Entgelt als **unzuverlässig** erweist.

Das **SG** lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung ab.

3. Zweigpraxis

a) Urologische Leistungen erstmals in 9 km entfernter Nachbarstadt/Anordnungsgrund

SG München, Beschluss v. 03.02.2017 - S 28 KA 1/17 ER

RID 17-02-42

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

Werden urologischer Leistungen für die Versicherten in einer **Stadt mit ca. 5.000 Einwohnern** bisher nicht angeboten und befindet sich die nächste urologische Praxis in einer **Entfernung von 9 km**, stellt dies eine substantielle **Verbesserung der Versorgung** dar (BSG, Urt. v. 16.12.2015 - B 6 KA 37/14 R - SozR 4-5520 § 24 Nr. 12, juris Rn. 21, 25).

Ein **Anordnungsgrund** ist zum einen in den zeitlichen Nachteilen zu sehen, die dem Ast. durch die an Willkür grenzende Ablehnung der beantragten Genehmigung entstehen. Zum anderen leidet auch die urologische Versorgung der Patienten in C-Stadt.

Das **SG** verpflichtete die Ag., im Wege der einstweiligen Anordnung, über den Antrag des Ast. (Facharzt für Urologie mit den Zusatzbezeichnungen Andrologie und Medikamentöse Tumortherapie) auf Genehmigung einer Filiale gem. § 24 III Ärzte-ZV in der C-Straße in C-Stadt unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts bis spätestens 28.02.2017 erneut zu entscheiden, und wies im Übrigen den Antrag ab.

b) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin: Einsatz von Tieren in Verhaltenstherapie

SG Düsseldorf, Urteil v. 18.01.2017 - S 2 KA 328/15

RID 17-02-43

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

Für die Beurteilung einer Verbesserung der Erreichbarkeit ist auf die an dem „weiteren Ort“ lebenden Versicherten als solche abzustellen (BSG, Beschl. v. 06.02.2013 - B 6 KA 38/12 B - RID 13-02-80, BeckRS 2013, 67203). Sollen dieselben Patienten wie am Vertragspsychotherapeutenamt mit dem Unterschied behandelt werden, dass die Patienten am Ort der Zweigpraxis eine kürzere Anreise hätten, dann liegt eine **quantitative Versorgungsverbesserung** nicht vor.

Bei richtlinienkonformem Vorgehen ist nicht davon auszugehen, dass eine Zugangseröffnung zu den Patienten bzw. Untersuchungs- und Behandlungsweise qualitativ besser als eine andere ist. Anderenfalls hätte dies zur Folge, dass bei allen Verhaltenstherapien im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien qualitative Binnendifferenzierungen und Bewertungen angestellt werden müssten und eine Vielzahl von Zweigpraxen genehmigt werden müsste, weil an einem „weiteren Ort“ z.B. ein bestimmtes spielerisches oder symbolisches Therapieelement von den dortigen **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** nicht verwendet wird. Nicht anders verhält es sich mit dem **Einsatz von Tieren**. Eine **qualitative Versorgungsverbesserung** wird dadurch nicht erreicht.

Das **SG** wies die Klage ab.

4. Keine ausgelagerten Praxisräume bei Nutzung durch verschiedene Ärzte

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.09.2016 - L 11 KA 35/15

RID 17-02-44

Revision anhängig: B 6 KA 24/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Ärzte-ZV § 24 V

Die vom BSG in der Vergangenheit für die Annahme **ausgelagerter Praxisräume** aufgestellte Forderung, dass in den ausgelagerten Praxisräumen Leistungen erbracht werden, die in der **Hauptpraxis** nicht erbracht werden können, findet in der Ärzte-ZV keine Stütze und ist nach den Änderungen des einschlägigen Berufsrechts überholt (BSG, Urte. v. 13.05.2015 - B 6 KA 23/14 R - SozR 4-5520 § 32 Nr. 5).

§ 24 V Ärzte-ZV setzt für „**ausgelagerte Praxisräume**“ voraus, dass **Praxisräume** aus der am Vertragsarztsitz befindlichen Raumsituation **herausgelöst** und nunmehr **räumlich verlagert** werden. Diese Voraussetzungen liegen nicht vor, wenn ein Vertragsarzt keine Praxisräume verlegen will.

Die Fallgestaltung, dass ein Facharzt für Allgemeinmedizin beabsichtigt, an einem anderen Ort **Laborleistungen** zu erbringen, die er nach seinen Angaben an seinem Vertragsarztsitz nicht erbringen kann, wird von § 24 V Ärzte-ZV erfasst. Dies ergibt sich aus der Heranziehung des § 1a Nr. 20 BMV-Ä, in dessen zweiten Halbsatz eine insoweit entsprechende Situation geregelt wird, indem es dort heißt „ausgelagerte Praxisstätte in diesem Sinne ist auch ein Operationszentrum, in welchem ambulante Operationen bei Versicherten ausgeführt werden, welche den Vertragsarzt an seiner Praxisstätte in Anspruch genommen haben“.

Die inhaltlichen Vorgaben des § 24 V Ärzte-ZV, dass die vertragsärztliche Tätigkeit nicht an beliebigen Orten ausgeübt werden darf, werden konterkariert, wenn **Ärzte** in außer durch die räumlichen Gegebenheiten unbegrenzter Anzahl auch **parallel nebeneinander an einem Ort tätig werden können** und die einzige Beschränkung darin liegt, dass sie für die Nutzungsmöglichkeit ein Entgelt zahlen. Eine Vertragsarztpraxis unterliegt dem **alleinigen Bestimmungsrecht** des die Praxis betreibenden **Vertragsarztes**; nur dieser hat die Macht und das Recht, über die Räume und die Gerätschaften zu verfügen sowie ausschließlich selber über deren Nutzung zu bestimmen. Kann der Vertragsarzt aber wie vorliegend nicht allein über ihm fremde Laborräume und Gerätschaften verfügen und diese - anders als bei ambulanten Operationen - nicht uneingeschränkt, insb. nicht unter Ausschluss Dritter nutzen, so wird er nicht in eigenen, ausgelagerten Räumen tätig (VGH Baden-Württemberg, Urte. v. 16.05.2000 - 9 S 1445/99 - RID 01-01-55; LSG Nordrhein-Westfalen, Urte. v. 15.01.2003 - L 11 KA 202/00 - RID 03-04-32).

SG Düsseldorf, Urte. v. 25.03.2015 - S 14 KA 183/14 - stellte fest, dass der Kläger berechtigt ist, die in den Praxisräumen I-straße 00, L, erbrachten Laborleistungen nach den Abschnitten 32.2.1 bis 32.2.7 EBM als eigene Leistungen in ausgelagerten Praxisräumen gegenüber der Bekl. abzurechnen, das **LSG** wies die Klage ab.

5. Notdienst

a) Umstrukturierung des Notdienstes: Gestaltungsspielraum

SG München, Urteil v. 08.02.2017 - S 38 KA 1121/15

RID 17-02-45

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 75 I 2, 77 III

Die Struktur von Bereitschaftsdienstbereichen, auch deren Größe, gehört zum **Gestaltungsspielraum** einer KV, der gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbar ist.

In der Natur der Sache liegt dabei, dass sich bei einer **größeren Dienstgruppe** (hier: 161 Ärzte) auch der **Radius des Bereitschaftsdienstbereichs** vergrößert. Dem steht allerdings eine wesentlich geringere Einsatzhäufigkeit gegenüber.

Es ist bereits fraglich, ob mit Einrichtung des **Fahrdienstes** eine Einschränkung der persönlichen Freiheit verbunden ist. Denn diese ist vielmehr als Service anzusehen, der die Wahrnehmung des Bereitschaftsdienstes in einem großen Dienstbereich erleichtert.

Die Schaffung von **zentralen Bereitschaftsdienstpraxen** begegnet keinen rechtlichen Bedenken.

Keine rechtlichen Bedenken bestehen insoweit, als Träger der Bereitschaftsdienstpraxis ein **privatrechtlicher Verein** ist.

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Zusätzliche Heranziehung zum Notdienst am Ort der Zweigpraxis

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 29.06.2016 - L 11 KA 4/15

RID 17-02-46

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 75 I 2; Ärzte-ZV § 24 III

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).

Ein Vertragsarzt kann am **Haupt-Tätigkeitsort** mit dem Einteilungsfaktor 1,0 und am Ort der **Zweigpraxis** mit dem Faktor 0,5 herangezogen werden.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 01.02.2012 - S 14 KA 30/12 ER - wies den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.03.2012 - L 11 KA 15/12 B ER - RID 12-02-40 die Beschwerde zurück. **SG Düsseldorf**, Ur. v. 29.10.2014 - S 14 KA 81/12 - i.d.F.d. Berichtigungsbeschl. v. 23.02.2015 - stellte fest, dass der Bescheid rechtswidrig gewesen ist, das **LSG** wies die Klage ab. Die Nichtzulassungsbeschwerde zum BSG - B 6 KA 92/16 B - wurde zurückgenommen.

c) Aufhebung einer ursprünglich rechtswidrigen Befreiung vom Notdienst

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 01.02.2017 - L 5 KA 1476/14

RID 17-02-47

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 75; SGB X §§ 39 II, 45, 48

Die vollständige (ersatzlose) **Befreiung von der Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst** kommt im Hinblick auf das Erfordernis der gleichmäßigen Belastung aller Ärzte (Art. 3 I GG) nur unter zusätzlichen Voraussetzungen in Frage, wenn nämlich gesundheitliche oder vergleichbare Belastungen zu einer deutlichen Einschränkung der Praxistätigkeit des Arztes führen und ihm zudem auf Grund geringer Einkünfte aus der ärztlichen Tätigkeit nicht mehr zugemutet werden kann, den Notfalldienst auf eigene Kosten durch einen Vertreter wahrnehmen zu lassen.

War einem Vertragsarzt die **Gestellung eines Notdienstvertreters** bei Erlass des Befreiungsbescheids wirtschaftlich zumutbar, dann kann ein **Befreiungsbescheid** nicht wegen Änderung der rechtlichen Verhältnisse nach § 48 SGB X **aufgehoben** werden.

Eine **Umdeutung** in eine **Rücknahme** nach § 45 II SGB X scheidet aus, wenn mehr als zwei Jahre nach seiner Bekanntgabe verstrichen sind.

Der Kläger wendet sich gegen die Aufhebung einer ihm erteilten Befreiung von der Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst. **SG Stuttgart**, Ur. v. 19.02.2014 - S 11 KA 7277/11 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Ur. v. 10.05.2017 - **B 6 KA 15/16 R** - ist in der Rechtsprechung geklärt, dass ein Regressanspruch in Fällen, in denen ein **Mangel des Zahnersatzes** durch Nachbesserung beseitigt werden kann, nur besteht, wenn dem Versicherten die Nachbesserung durch den bisher behandelnden Zahnarzt nicht zugemutet werden kann, weil das erforderliche Vertrauensverhältnis (z.B. nach mehreren erfolglosen Nachbesserungsversuchen) nicht mehr besteht. Für Fallkonstellationen, in denen eine Nachbesserung nicht möglich, sondern eine **Neuanfertigung** des Zahnersatzes **erforderlich** ist, hat der Senat bezogen auf Zeiträume vor der Einführung der Gewährleistung u.a. für Zahnersatz im SGB V entschieden, dass es für den Regressanspruch, nicht auf die Zumutbarkeit für den Versicherten ankommt. **Daran hält der Senat nicht mehr fest:** Auch wenn der Mangel nur durch Neuanfertigung des Zahnersatzes behoben werden kann, setzt ein Regressanspruch voraus, dass es dem Versicherten **unzumutbar** ist, den Mangel durch den erstbehandelnden Zahnarzt beheben zu lassen. Das Recht der freien Arztwahl des Versicherten ist insoweit beschränkt. **Allerdings ist bei der Beurteilung der Zumutbarkeit für den Versicherten der besonderen Bedeutung des Vertrauensverhältnisses zwischen Zahnarzt und Patient Rechnung zu tragen.** Nach BSG, Ur. 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 Prüfungsgremien 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 Vergleichsgruppenschnitts 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. Praxisbesonderheit: Verordnung teurer als bei durchschnittlicher Verordnungsweise

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 18.04.2017 - L 3 KA 136/16 B ER

RID 17-02-48

juris

SGB V § 106 II 1 Nr. 1 u. 5a

Leitsatz: Zur Quantifizierung eines als Praxisbesonderheit anerkannten **Verordnungs-Mehrbedarfs** ist es nicht ausreichend, nur auf die im Vergleich zur Fachgruppe **höhere Zahl der betroffenen Patienten** abzustellen, wenn sich der Mehrbedarf (auch) darin zeigt, dass die verordneten Arzneimittel **teurer** sind als bei durchschnittlicher Verordnungsweise (hier: **Osteoporose-Schwerpunkt** mit Verordnung von Parathormonen).

Der Ast. war als Facharzt für Orthopädie in C. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Der Prüfungsausschuss setzte einen Regress i.H.v. 67.161,08 € fest und berücksichtigte dabei Praxisbesonderheiten über insgesamt 58.690,85 € sowie weitere Abzüge über 19,23 €. Der Widerspruch blieb erfolglos. **SG Hannover**, Beschl. v. 01.11.2016 ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage (S 20 KA 59/16) an, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

2. Zahnärztliche Behandlung: Zufälligkeitsauswahl trotz Prüfung in Vorquartalen

SG Hannover, Urteil v. 25.01.2017 - S 35 KA 2/13

RID 17-02-49

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V a.F. § 106

Leitsatz: 1. Die Stichprobenermittlung von 2/100 der Vertrags(zahn)ärzte vermittels eines Computerauswahlverfahrens stellt eine hinreichend abstrakte, missbrauchsfreie **Zufälligkeitsauswahl** dar.

2. Eine Zufälligkeitsprüfung ist nicht gemäß § 6 Abs. 2 der Richtlinie Zufälligkeitsprüfung wegen einer im Quartal zuvor durchgeführten **statistischen Auffälligkeitsprüfung** ausgeschlossen. Auf der Grundlage der gesamtvertraglichen Regelung auf Landesebene zur Zufälligkeitsprüfung kann bei einer **repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung** die Einzelfallprüfung auf statistische Auffälligkeiten beschränkt bleiben.

3. Der Beschwerdeausschuss hat in der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine **Annexkompetenz** zur **sachlich-rechnerischen Berichtigung**.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit von Honorarkürzungen in Höhe von 59.891,85 € wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in den Quartalen III/08 bis II/09. Der BAG gehörten zwei Zahnärzte, von denen einer auch die Facharztanerkennung als Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg hat, an. 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. Zulassung

a) Auswahlverfahren nach Entsperrung des Planungsbereichs

aa) Verlängerung der Antragsfrist: Außergewöhnliche Umstände

SG Freiburg, Urteil v. 22.02.2017 - S 1 KA 3744/14

RID 17-02-50

SGB V § 103; SGB X § 26 VII; BedarfspIRL § 26 Abs. 4 Nr. 2

Nach § 26 IV Nr. 2 BedarfspIRL berücksichtigt der Zulassungsausschuss bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung **fristgerecht und vollständig** abgegebenen **Zulassungsanträge**. **Außergewöhnliche Umstände** können eine (rückwirkende) **Verlängerung der Antragsfrist** dann begründen, wenn der Ast. durch eine falsche Auskunft eines Mitarbeiters des Zulassungsausschusses, auf dessen Sach- und Rechtskunde er vertrauen durfte, davon abgehalten wird, alle Antragsunterlagen innerhalb der Bewerbungsfrist vorzulegen. Ein Ausschluss verstößt dann gegen den Grundsatz von Treu und Glauben (hier verneint).

Der Landesausschuss hob die Zulassungssperre für Psychotherapeuten unter Angabe einer Bewerbungsfrist bis zum 23.08.2013 auf. Der Kl., Facharzt für Psychosomatische Medizin, reichte bis 31.07.2013 Antrag und Unterlagen unter Hinweis auf die Beantragung eines polizeilichen Führungszeugnisses ein, dessen Kopie am 23.09.2013 beim Zulassungsausschuss einging. In der Sitzung am 25.09.2013 reichte er das Original ein. Der Zulassungsausschuss behandelte die Einreichung als fristgerecht, lehnte aber den Antrag des Kl. aus inhaltlichen Gründen ab und ließ den beigel. Psychologischen Psychotherapeuten zu. Der Widerspruch blieb erfolglos, weil das polizeiliche Führungszeugnis im Original nicht innerhalb der Bewerbungsfrist vorgelegen habe. Das **SG** wies die Klage ab.

bb) Keine „Konzeptbewerbung“ nach § 103 IV 10 SGB V

SG Nürnberg, Urteil v. 25.01.2017 - S 1 KA 4/16

RID 17-02-51

SGB V §§ 95, 103 IV 10; Ärzte-ZV § 18; BedarfspIRL § 26 IV

Das Fehlen einer **Antrags- und Widerspruchsvollmacht** kann im Gerichtsverfahren **nachträglich** durch Genehmigung geheilt werden.

Bei einem **Auswahlverfahren nach § 26 BedarfspIRL** können nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge berücksichtigt werden.

Eine „**Konzeptbewerbung**“ nach § 106 IV 10 SGB V gilt nicht im Auswahlverfahren nach Entsperrung des Planungsbereichs, sondern nur bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes. Eine analoge Anwendung ist ausgeschlossen.

Nach Entsperrung des Planungsbereichs für einen hälftigen orthopädischen Vertragsarztsitz bewarb sich der kl. MVZ-Träger erfolglos unter Berufung auf § 103 IV 10 SGB V. Das allgemeinärztliche sowie rheumatologische Versorgungsangebot ließe sich ideal durch orthopädische Leistungen ergänzen. Daneben sei auch aufgrund der nervenärztlichen Sprechstunden eine zeitnahe Diagnose orthopädischer Beschwerden mit neurologischen Ausfallerscheinungen gewährleistet. Auf diese Weise könnten unnötige Krankenhauseinweisungen durch fehlende neurologische Befunde vermieden werden. Ein konkreter anzustellender Arzt wurde erst im Laufe des Verfahrens benannt, bis zur Sitzung des Zulassungsausschusses war er noch nicht ins Arztregister eingetragen. Das SG wies die Klage ab.

b) Sonderbedarf: Einbeziehung angrenzender Planungsb. bei Subspez./Ersetzender Beschl.

LSG Hessen, Beschluss v. 27.12.2016 - L 4 KA 32/16 ER

RID 17-02-52

SGB V §§ 95, 101; BedarfspIRL §§ 36 f.; SGG §§ 86b I, 96

Der **Erllass eines neuen, ersetzenden Verwaltungsakts im Gerichtsverfahren** ist auch für Entscheidungen mit Beurteilungsspielraum möglich. Einer § 114 Satz 2 VwGO entsprechenden Regelung für die Einbeziehung des neuen Verwaltungsaktes in das gerichtliche Verfahren ohne Klageänderung bedarf es wegen § 96 SGG nicht.

Es ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass zur Feststellung des qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs für eine **Subspezialisierung** des gynäkologischen Fachgebiets hinsichtlich der Erbringung perinataler Leistungen nicht allein auf den Planungsbereich abgestellt wird, sondern auch **angrenzende Planungsbereiche** in die Erwägungen einbezogen werden. Wird ein angrenzender Planungsbereich einbezogen, so ist auch das Versorgungsangebot einer dort tätigen Gynäkologin zu berücksichtigen.

Die Zulassungsgremien dürfen im Rahmen ihres **Beurteilungsspielraums** Erwägungen zur **Zumutbarkeit von Entfernungen** bei der Frage des zumutbaren Zugangs zu den Leistungen anstellen. Es ist erlaubt, eine Leistungserbringerin wegen der „**randständigen Lage**“ der Praxis (in einem benachbarten Planungsbereich) für die Versorgung des engeren Umlands um die Stadt außer Betracht zu lassen. Dann muss aber auch der ermittelte Versorgungsbedarf um diejenigen Gebiete, die aufgrund ihrer „**randständigen Lage**“ für die Versorgung des engeren Umlands nicht relevant erscheinen, bereinigt werden, um eine Kongruenz zwischen betrachtetem Planungsbereich und Umfang der Bedarfsdeckung herzustellen.

Wird die aufschiebende Wirkung einer Klage gegen eine Zulassungsentscheidung wiederhergestellt, ist es im Interesse der betroffenen Patienten geboten, den **Suspensiveffekt der Klage** mit der Maßgabe wiederherzustellen, dass der zugelassene Arzt im Rahmen der Sonderbedarfszulassung bereits **anbehandelte Behandlungsfälle** längstens bis zur Erledigung des Rechtsstreits in der Hauptsache weiterbehandeln und abrechnen darf.

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer aktiven Konkurrentenklage um die Vergabe eines hälftigen Vertragsarztsitzes für einen Radiologen nach partieller Öffnung. **SG Marburg**, Urt. v. 16.03.2016 - S 12 KA 345/15 - RID 16-02-44 wies die Klage der Kl. zu 1) wegen fehlender Anfechtungsberechtigung ab und verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch des Kl. zu 2) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Hiergegen legte neben der Beigel. KV der Beigel. zu 8) Berufung ein (L 4 KA 25/16). Der Bekl. führte eine Befragung der niedergelassenen Fachärzte durch und wies mit Beschl. v. 31.08.2016 den Widerspruch des Ast. erneut zurück und ordnete die sofortige Vollziehung der Sonderbedarfszulassung des Beigel. zu 8) an. Das **LSG** stellte die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Beschl. des Ag. mit der Maßgabe wieder her, dass der Beigel. zu 8) im Rahmen der Sonderbedarfszulassung bereits anbehandelte Behandlungsfälle längstens bis zur Erledigung des Rechtsstreits in der Hauptsache weiterbehandeln und gegenüber der Beigel. zu 1) abrechnen darf, und lehnte im Übrigen den Antrag ab.

c) Sofortige Vollziehung nach Entsperrung erst bei Unterversorgung

SG München, Beschluss v. 13.03.2017 - S 38 KA 47/17 ER

RID 17-02-53

SGG § 86a I 1 Nr. 1; SGB V § 95; BedarfspIRL § 26

Ist der Ausgang eines Hauptsacheverfahrens über die Besetzung einer Arztstelle nach Entsperrung des Planungsbereichs als offen anzusehen, hat eine **Interessenabwägung** stattzufinden.

Die Tatsache der **Entsperrung des gesperrten Gebietes** genügt allein nicht, um ein besonderes **öffentliches Interesse** anzunehmen. LSG Bayern, Beschl. v. 28.01.2015 - L 12 KA 135/14 B ER -

juris Rn. 21, RID 15-02-53 fordert eine „unzumutbare Erschwernis in der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen“ durch die Patienten, die durch die nicht nur vorübergehende Nichtbesetzung eintritt. Unter Hinweis auf § 29 BedarfsPIRL sei dies erst bei einer Unterschreitung des ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 % anzunehmen.

Es reicht nicht aus, auf erhebliche **berufliche Veränderungen** und Entgehen **vertragsärztlicher Vergütung** in erheblichem Umfang hinzuweisen.

Auf einen freien Radiologensitz hatten sich drei Radiologen und ein MVZ beworben. Der Zulassungsausschuss gab dem Antrag des G statt, der Bekl. dem des W. **SG München**, Urt. v. 27.04.2016 - S 38 KA 1377/14 - RID 16-03-54, - S 38 KA 1388/14 - RID 16-03-55 und - S 38 KA 1388/14 - RID 16-03-55 verpflichtete den Bekl. zur Neubescheidung. Daraufhin ließ der Bekl. den Ast. zur vertragsärztlichen Versorgung unter der Bedingung der Reduzierung seines Beschäftigungsverhältnisses zu. Hiergegen erhob der Beigel. Klage (S 38 KA 971/16). Das **SG** lehnte den Antrag auf sofortige Vollziehung ab.

d) Keine MVZ-Neugründung durch Verlegung von Anstellungsgenehmigungen

SG Hamburg, Urteil v. 28.09.2016 - S 27 KA 39/16

RID 17-02-54

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 38/16 R

juris

SGB V §§ 95 I, Ia, 98 II; Ärzte-ZV § 24

Es ist **keine Verlegung einer Anstellungsgenehmigung** im Wortsinn, wenn diese von einem MVZ in ein anderes MVZ, das quasi erst **durch die Verlegung der Anstellungen entsteht**, vorgenommen wird. Auch der Vertragsarzt, der seinen Praxissitz verlegt, ist schon zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Bei einer entsprechenden Anwendung des § 24 VII 2 Ärzte-ZV müsste schon deshalb das MVZ, in das die Anstellung verlegt werden soll, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sein.

Mit der Einfügung in § 24 VII Ärzte-ZV wird nur sichergestellt, dass MVZ nicht gegenüber Vertragsärzten in der **Betriebsphase** des MVZ benachteiligt werden. Eine Privilegierung der MVZ wird nicht angestrebt. Soll durch die „Verlegung“ der Anstellungsgenehmigung oder besser durch die organisatorische Neuordnung einer bereits genehmigten Anstellung erst das MVZ entstehen, würde in einem **übersorgten Planungsbereich** eine **neue institutionelle Inhaberin** der Anstellungsgenehmigung geschaffen, was nicht Sinn und Zweck der Neuregelung sein kann, wenn lediglich eine Gleichstellung der MVZ mit der Praxisverlegung von Vertragsärzten bezweckt ist.

§ 95 Ia SGB V bietet nicht die Möglichkeit, ein MVZ durch Verlegung von Anstellungsgenehmigungen zu gründen.

Die Kl., eine GmbH, die in Hamburg verschiedene MVZ betreibt, beantragte erfolglos die Zulassung eines MVZ unter Verlegung von insgesamt 15 angestellten Arzt- und Psychotherapeutenstellen aus anderen MVZ. Das **SG** wies die Klage ab.

e) Keine Unterbrechung eines Zulassungsverfahrens durch Insolvenzeröffnung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 19.12.2016 - L 11 KA 72/16 B ER

RID 17-02-55

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

ZPO § 240

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

Nach **Verzicht auf die Zulassung** fehlt es am **Rechtsschutzbedürfnis** auf Wiederherstellung der Zulassung.

SG Gelsenkirchen, Beschl. v. 16.08.2016 - S 16 KA 2/16 ER - lehnte den Antrag, den Ag. zu verpflichten, seinen Beschl. v. 15.03.2016 aufzuheben und bis zur rechtskräftigen Entscheidung über die Wirksamkeit eines Kooperationsvertrags vom 28.04.2003 zwischen der Firma W GmbH und ihm den bis zum 15.03.2016 bestehenden Rechtszustand bezüglich seiner Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung am Standort X-Straße 00, D wiederherzustellen, ab. Unter Hinweis auf den Beschl. des AG Dortmund v. 30.09.2016 teilte der Ast. mit, über sein Vermögen sei das Insolvenzverfahren eröffnet worden. Das Prozessverfahren sei gem. § 240 ZPO

unterbrochen. Eine Aufnahme des Rechtsstreits sei hiermit nicht verbunden. Der Ag. teilte mit, der Ast. habe am 25.10.2016 zu Protokoll auf seine Zulassung verzichtet. Das **LSG** verwarf die Beschwerde als unzulässig.

Parallelverfahren:

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 19.12.2016 - L 11 KA 70/16 B ER

RID 17-02-56

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

2. Nachbesetzung einer Angestelltenstelle

a) Nachbesetzung nur bei Tätigkeitsaufnahme durch Vorgänger

SG München, Urteil v. 29.03.2017 - S 38 KA 1263/15

RID 17-02-57

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 103 IVb; SGG § 99

Eine **Nachbesetzung** setzt voraus, dass die Angestelltenstelle durch den **vorhergehenden Arzt** „**real besetzt**“ wurde. Die Nachfolgeanstellung ist damit **akzessorisch** zu der **vorhergehenden Anstellung**. Ist die erste Anstellungsgenehmigung nach § 103 IVb 1 SGB V erloschen, weil eine Tätigkeitsaufnahme nicht stattfand, die Tätigkeit nur von geringer Dauer war oder es keine Anhaltspunkte dafür gibt, dass der anzustellende Arzt auf die vertragsärztliche Zulassung verzichtete, um als angestellter Arzt tätig zu werden, fehlt die Grundlage für eine nachfolgende Anstellungsgenehmigung nach § 103 IVb 3 SGB V.

Die Zulassungsgremien lehnten den Antrag des (ursprünglichen) Kl. auf Anstellungsgenehmigung von Frau Dr. C. (Internistin-Endokrinologie, Beigel. zu 8) mit einem wöchentlichen Tätigkeitsumfang von 40 Stunden ab. Nachbesetzt werden sollte die Angestelltenstelle von Dr. D., dem mit Beschl. des Zulassungsausschusses v. 10.11.2014 eine Anstellungsgenehmigung erteilt worden war. Unter Ziff. III. der Anstellungsgenehmigung wurde bestimmt, dass die Genehmigung endet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit nicht innerhalb von drei Monaten seit Zustellung des Bescheides aufgenommen wird. In einem ebf. angefochtenen Widerspruchsbescheid stellte der Bekl. fest, wegen Nichtaufnahme der Tätigkeit durch Herrn Dr. D. ende die Genehmigung zu Gunsten des Kl. am 20.02.2015 (vgl. nachfolgend SG München, Ur. v. 29.03.2017 - S 38 KA 1262/15 - RID 17-02-58). Das **SG** wies die Klage ab.

b) Nichtaufnahme der Angestelltentätigkeit

SG München, Urteil v. 29.03.2017 - S 38 KA 1262/15

RID 17-02-58

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 103 IVb 3; Ärzte-ZV § 19 III

Ein Genehmigungsbescheid kann bestimmen, dass die Anstellungsgenehmigung endet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit nicht **innerhalb von drei Monaten** nach Zustellung des Bescheides aufgenommen wird. Es handelt sich hierbei um eine zulässige **Nebenbestimmung** im Sinne von § 32 I SGB X. Sie beruht auf § 19 III Ärzte-ZV i.V.m. § 1 III Ziff. 3 Ärzte-ZV.

Die Klage richtet sich gegen die Entscheidung, wonach wegen Nichtaufnahme der Tätigkeit durch den Beigel. zu 8) die Genehmigung zu Gunsten des Kl. am 20.02.2015 endete und die Angestelltenstelle nicht mehr i.S. v. § 103 IVb 3 SGB V nachbesetzungsfähig ist. Das **SG** wies die Klage ab.

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 26.09.2016 - 1 BvR 1326/15 - RID 16-04-80 hat § 19 III Ärzte-ZV für nichtig erklärt. Das BSG hat möglichen Absichten der Umgehung des Nachbesetzungsverfahrens durch Einbringen des Vertragsarztsitzes in ein MVZ dadurch eine Absage erteilt, dass es grundsätzlich vor einer Nachbesetzung verlangt, dass der einbringende Vertragsarzt drei Jahre als Angestellter im MVZ tätig ist (vgl. BSG, Ur. v. 04.05.2016 - B 6 KA 21/15 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 103 Nr. 20, juris Rn. 27 ff.).

3. Verzichtserklärung per Telefax unwirksam

LSG Hamburg, Urteil v. 20.05.2015 - L 5 KA 50/13

RID 17-02-59

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95 VII; BGB § 130

Die **Erklärung** über den **Verzicht** auf die **Zulassung** zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 28 Ärzte-ZV bedarf als actus contrarius zum Antrag auf Zulassung nach § 18 Ärzte-ZV der **Schriftform** i.S.d. § 126 BGB. Außer aus der Actus-contrarius-Theorie folgt das Schriftformerfordernis für

Zulassungsverzichtserklärungen daraus, dass ein solches nach § 19a II u. III Ärzte-ZV für Anträge auf Beschränkungen des Versorgungsauftrags bzw. deren Aufhebung besteht. Dann muss dies erst recht für einen umfassenden Zulassungsverzicht gelten. In der Tat sprechen auch die erhebliche Bedeutung eines Zulassungsverzichts für grundrechtlich geschützte Belange und die damit verbundene Warnfunktion für ein Erfordernis der Schriftlichkeit.

Eine ausschließlich **per Telefax** eingegangene, vom Vertragsarzt unterschriebene Verzichtserklärung genügt diesem Schriftformerfordernis nicht. Empfangsbedürftige Willenserklärungen, die der Schriftform bedürfen, werden nur wirksam, wenn die formgerecht errichtete Erklärung dem Erklärungsempfänger zugeht; anderenfalls fehlt es an der **eigenhändigen Unterschrift** (BGH, Urt. v. 14.03.2006 - VI ZR 335/04 - NJW 2006, 2482 m.w.N.). Ausnahmen hinsichtlich der Anwendbarkeit des § 126 BGB bestehen vor allem im Prozessrecht (Gemeinsamer Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes, Beschl. v. 05.04.2000 - GmS-OGB 1/98 - BGHZ 144, 160; BSG, Urt. v. 21.06.2001 - B 13 RJ 5/01 R - juris), nicht jedoch bei rechtsgeschäftlichen oder geschäftsähnlichen Handlungen. Um eine solche handelt es sich bei der Zulassungsverzichtserklärung.

SG Hamburg, Urt. v. 19.06.2013 - S 3 KA 160/12 - wies die Klage ab. Das *LSG* stellte auf die Berufung des Kl. fest, dass die Zulassung des Kl. zur vertragsärztlichen Versorgung in H. über den 02.11.2011 hinaus fortbesteht.

4. Zulassungsentziehung

a) Verurteilung wegen Abrechnungsbetrugs über 21 Quartale als gravierender Pflichtenverstoß

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 12.08.2016 - L 5 KA 1165/16

RID 17-02-60

BeckRS 2016, 115110
SGB V § 95 VI

Bei einer **Verurteilung wegen fortgesetzten (Abrechnungs-)Betrugs** in verschiedenen Begehungsvarianten mit einem eingeräumten Vermögensschaden von jedenfalls 91.032,10 € ist von einer gröblichen Pflichtverletzung auszugehen, welche die mangelnde Eignung für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung belegt. Darüber hinaus liegt ein vorsätzlicher Abrechnungsbetrag in mehreren Begehungsvarianten über einen langen Zeitraum vor. Der Kl. hat trotz seiner juristischen und speziellen sozialrechtlichen Kenntnisse, durch die er das Unrecht seiner falschen Abrechnungen klar erkennen konnte, jahrelang an diesem Verhalten festgehalten und hierbei einen erheblichen Schaden und Vertrauensverlust verursacht. Zudem hat er dieses Verfahren in Pflegeheimen und damit in einem Bereich praktiziert, in dem die Patienten besonders hilfe- und daher auch schutzbedürftig sind. In einem solchen Fall können die **Pflichtverletzungen**, auch wenn sie **mehr als fünf Jahre zurückliegen**, berücksichtigt werden.

Der Kl. ist praktischer Arzt und zugleich Rechtsanwalt mit eigener Kanzlei. In den Quartalen I/03 bis I/08 rechnete er bei insgesamt 21 Quartalsabrechnungen ärztliche Leistungen für Heimbewohner ab, obwohl diese Leistungen nicht von ihm erbracht worden waren. Das LG verurteilte ihn im Okt. 2012 wegen gewerbsmäßig begangenen Abrechnungsbetrugs in 21 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 11 Monaten auf Bewährung. Der Verurteilung lagen Abrechnungen für nicht erbrachte Leistungen (Begehungsvariante A), Abrechnungen für nicht honorarfähige, da von einem ungenehmigten Assistenten erbrachte Leistungen (Begehungsvariante B) und trotz Beendigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses abgerechnete Leistungen (Begehungsvariante C) zugrunde. Die Tatvorwürfe waren vom Kl. nicht bestritten worden. Er hatte im Strafverfahren einen hierdurch entstandenen Schaden von 91.032,10 € eingeräumt, von dem er zum Zeitpunkt der Verurteilung 4.500,70 € durch Verrechnung getilgt hatte. Der Disziplinarausschuss ordnete im Nov. 2013 das Ruhen der Zulassung des Kl. für die Zeit vom 01.02.2014 bis 31.01.2015 an, hilfsweise für den Fall der Klageerhebung das Ruhen der Zulassung für 12 Monate ab Eintritt der Bestandskraft des Beschlusses. *SG Stuttgart*, Urt. v. 28.08.2015 - S 20 KA 7229/13 - hob den Bescheid auf. Die Berufung hiergegen ist noch anhängig (*LSG Baden-Württemberg - L 5 KA 4385/15 -*). Mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 26.03.2014 wurde dem Kl. die Zulassung entzogen. Den Widerspruch blieb erfolglos. *SG Karlsruhe*, Urt. v. 24.02.2016 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück, *BSG*, Beschl. v. 11.01.2017 - B 6 KA 71/16 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde.

b) MVZ: Keine vertragsärztliche Tätigkeit ohne Ärzte/Kein Ruhen ohne Wiederaufnahmeabsicht

SG München, Urteil v. 13.12.2016 - S 49 KA 469/16

RID 17-02-61

SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV § 27; BGB §§ 177 ff., 180 S. 1; SGB X § 13

Die Grundsätze des fairen Verfahrens und des rechtlichen Gehörs erfordern dann, wenn sich eine Behörde trotz der Möglichkeit, bei einem Rechtsanwalt in Anlehnung an § 73 VI 5 SGG von der Anforderung einer Vollmacht bei fristgemäßem Widerspruch abzusehen, entschließt, eine **schriftliche Vollmacht zu verlangen**, dass der Widerspruch nur dann als unzulässig zurückgewiesen werden kann, wenn die Behörde eine **Frist gesetzt** und auf die drohende Verwerfung als unzulässig hingewiesen hat (LSG Bayern, Beschl. v. 03.06.2016 - L 7 AS 233/16 B ER - juris m.w.N.).

Ein **MVZ übt** seine vertragsärztliche Tätigkeit **nicht mehr aus** (§ 95 VI 1 SGB V), wenn in ihm **keine Ärzte** mehr tätig sind.

Die **Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit** ist „in angemessener Frist“ nicht zu erwarten (§ 95 V 1 SGB V), wenn eine Wiederaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit schon nicht beabsichtigt ist. Ein **Ruhen** kann dann nicht angeordnet werden.

Die Zulassung des im Sept. 2009 zugelassenen MVZ ruhte v. 21.07. bis 31.12.2015, weil alle Ärzte ausgeschieden seien. Der Zulassungsausschuss entzog mit Beschl. v. 23.11.2015 die Zulassung zum 31.12.2015 und lehnte ein weiteres Ruhen bis zum 30.06.2016 ab. In der gleichen Sitzung hatte er die letzte Angestelltenstelle des MVZ in eine Zulassung umgewandelt. Der Bekl. wies den Widerspruch als unzulässig zurück, weil eine Vollmacht fehle und weil über das Vermögen der Kl. ein Insolvenzverfahren eröffnet worden sei. Das **SG** wies die Klage ab.

c) Anordnung der sofortigen Vollziehung der Entziehung

SG Nürnberg, Beschluss v. 23.04.2015 - S 1 KA 6/15 ER

RID 17-02-62

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95 VI; SGG § 86b II

Aufgrund der **Hygienemängel** und aufgrund der vom Ordnungsamt angeordneten **Untersagung der Durchführung von Operationen** und invasiven Eingriffen in den Praxisräumen geht unter Berücksichtigung der Gesamtumstände bei der Ausübung des ärztlichen Berufes durch den Ast. eine erhöhte Gefährdung für die zu behandelnden Patienten aus. Eine weitere Teilnahme des Ast. an der vertragsärztlichen Versorgung lässt deshalb befürchten, dass die Rechtsgüter Leib und Leben bzw. körperliche und seelische Unversehrtheit seiner bisherigen, bei ihm in Behandlung befindlichen Patienten, aber auch solchen Patienten, die den Ast. in der Folge in der Erwartung und in dem Vertrauen auf eigene Handlung noch aufsuchen werden, unkalkulierbaren Risiken ausgesetzt wären. Der Sofortvollzug der Zulassungsentziehung erscheint dem Gericht deshalb notwendig, um eine konkrete Gefährdung wichtiger Gemeinschaftsgüter nicht nur des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch von Gefahren für die körperliche Unversehrtheit der Patienten, durch die Untersagung seiner Vertragsarztstätigkeit abzuwehren.

Das **SG** wies den Antrag, die im Bescheid des Ag. angeordnete **sofortige Vollziehung** der Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung aufzuheben und die aufschiebende Wirkung der Klage anzuordnen, zurück.

5. Antrag vor Zulassungsmoratorium setzt Eintragung in Arztregister voraus

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 23.11.2016 - L 11 KA 79/15

RID 17-02-63

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95, 101, 103 I 1; BedarfspRL § 48 II

Ein vor **Geltung des Zulassungsmoratoriums** nach § 48 II BedarfspRL (06.09.2012) gestellter **Antrag** (hier: 04.09.2012) auf Genehmigung der Anstellung einer Strahlentherapeutin fällt unter die Neuregelung, wenn die Eintragung des anzustellenden Arztes in das **Arztregister** bei Antragstellung noch nicht vorlag und erst durch den Arztregistereintrag am 11.03.2013 erfüllt wurde.

Die **Verweisung in § 95 II 8 SGB V auf Satz 5** ist so zu verstehen, dass die Genehmigung einer Anstellung eines Arztes in einem MVZ - ebs. wie der Antrag auf Zulassung eines MVZ zur vertragsärztlichen Versorgung - voraussetzt, dass der anzustellende Arzt des MVZ bei Antragstellung

seinerseits bereits zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Nur wenn der Zulassungsbewerber bereits ins Arztregister eingetragen ist, entfaltet sein Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung fristwahrende Wirkung (BSG, Urt. v. 05.05.2010 - B 6 KA 2/09 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 16; für den Fall einer von einer BAG anzustellenden Ärztin: LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 11.01.2013 - L 11 KA 123/12 B ER - RID 13-01-43).

Nur bei diesem Verständnis erfassen derartige **Moratoriumsbeschlüsse** sowohl Anträge auf Zulassung von Ärzten und von MVZ zur vertragsärztlichen Versorgung als auch Fallgestaltungen, in denen ein MVZ beantragt, die Anstellung eines Arztes zu genehmigen. Jeweils ist der Antrag nur dann wirksam, wenn der betreffende Arzt vor Antragstellung in das **Arztregister** eingetragen worden ist.

Soweit ein „Nachweis“ des **Arztregistereintrags** auch noch **nach der Beantragung der Zulassung** erfolgen kann, setzt dies voraus, dass zum Antragszeitpunkt die Voraussetzungen zur Registereintragung bereits vorliegen, die Registereintragung bereits beantragt ist und die Verzögerung bei der Eintragung nicht in die Sphäre des Antragstellers fällt (BSG, Urt. v. 05.05.2010 - B 6 KA 2/09 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 16). Ob dieser Gedanke - was naheliegt - auch für Anstellungen von Ärzten durch ein MVZ nach § 95 II 5, 7 und 8 SGB V greift und ob insoweit auf die (Grund-) Rechte des anzustellenden Arztes, die Rechte des MVZ oder beider abzustellen ist, kann vorliegend dahin stehen (hier: Antragstellung auf Registereintrag erst am 28.02.2012).

Die **Einbeziehung der Strahlentherapeuten** in die **Bedarfsplanung** durch die geänderte Bedarfsplanungsrichtlinie ist nicht zu beanstanden (BSG, Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 24/15 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 103 Nr. 19). Für die Entscheidung im vorliegenden Verfahren kommt es auf den **Versorgungsgrad** (Ansatz des Status quo als 100% oder 110%) und die Rechtmäßigkeit des Verzichts auf die Modifikation der Verhältniszahlen durch einen Demografiefaktor u.a. für die Gruppe der Strahlentherapeuten angesichts eines Versorgungsgrades, der die Schwelle zur Überversorgung im gesamten Planungsbereich (Bezirk der KV) um über 200% überschreitet, nicht an.

Streitig ist die Genehmigung der Anstellung der Strahlentherapeutin Dr. C durch das klagende Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) im Zusammenhang mit der Einbeziehung dieser Arztgruppe in die Bedarfsplanung. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 12.08.2015 - S 33 KA 8/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

6. Hochschulambulanzen: Angliederung eines Instituts an Universität, nicht an Klinikum

LSG Bayern, Beschluss v. 09.03.2017 - L 12 KA 91/16 B ER

RID 17-02-64

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 117; Ärzte-ZV § 31 II; BMV-Ä § 5 I; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. Auch ein nicht der **Hochschulklinik**, sondern der **Hochschule selbst** angebundenes **Institut** fällt in den direkten Anwendungsbereich der gesetzlichen Ermächtigung des § 117 Abs. 1 SGB V (i.d.F. des GKV VSG).

2. Eine **einschränkende Auslegung** dahingehend, diese Institute von der gesetzlichen Ermächtigung des § 117 Abs. 1 SGB V auszunehmen, widerspräche dem Willen des Gesetzgebers, die gesetzlichen Grundlagen für die Ermächtigung der Hochschulambulanzen zur ambulanten Behandlung weiterzuentwickeln.

Der Berufungsausschuss erteilte dem Beigel. zu 1), Pathologe und Direktor des pathologischen Instituts der Universität, eine Folgeermächtigung für die Zeit ab dem Januar 2016 für die Durchführung bestimmter histologischer oder zytologischer und molekulargenetischer Leistungen und ordnete die sofortige Vollziehung der Entscheidung an. *SG München*, Beschl. v. 05.10.2016 - S 38 KA 652/16 ER - stellte die aufschiebende Wirkung der Klage der KV (S 38 KA 654/16) wieder her, das *LSG* wies die Beschwerde des Berufungsausschusses zurück.

7. Zivilrechtl. Verurteilung zur Sitzverlegung/Ende nephrolog. BAG und Sonderbedarfszulassung

SG Gelsenkirchen, Beschluss v. 16.08.2016 - S 16 KA 2/16 ER

RID 17-02-65

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95, 101; SGG § 86b II 1; ZPO § 294

Wird nach einer zivilrechtlichen **Verurteilung zur Beantragung einer Sitzverlegung** diese genehmigt, so hat dies ausschließlich **deklaratorisch-feststellende Wirkung**. Die Genehmigung ist zwingende Rechtsfolge des zivilrechtlichen Urteils.

Eine **Sonderbedarfszulassung** für einen Nephrologen für die Dauer der gemeinsamen Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit hat keinen Bestand mehr, wenn die **BAG** aufgrund der Sitzverlegung des Partners **beendet** ist. Auch hier handelt es sich um einen **feststellenden Verwaltungsakt deklaratorischer Natur**.

Die Ast. zu 1), seit 1992 zugelassen, und 2), seit 2010 im Wege einer Sonderbedarfszulassung zugelassen, sind Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie. Ast. zu 3) ist die zwischen ihnen 1990 gegründete BAG. Der Ast. zu 1) schloss 2003 mit der Rechtsvorgängerin der Beigel. einen Kooperationsvertrag, welcher zum Gegenstand den Betrieb von ausgelagerten Praxisstätten in Form von Dialysezentren in der C. in D. sowie im W.-Krankenhaus in der S. in E. hatte. Nachdem der Ast. zu 1) den mit der Beigel. bestehenden Kooperationsvertrag zum 31.03.2013 gekündigt hatte, folgten diesbezüglich gerichtliche Auseinandersetzungen. OLG Hamm, Urte. v. 04.02.2016 - 17 U 64/14 - RID 16-02-204, GesR 2016, 227 stellte u.a. fest, dass der Ast. zu 1) verpflichtet sei, den mit der Beigel. abgeschlossenen Kooperationsvertrag zum Betrieb einer ausgelagerten Praxisstätte in Form eines Dialysezentrums in der C. in E. zu erfüllen und fortzuführen (Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - II ZR 51/16). OLG Hamm, Urte. v. 04.02.2016 - 17 U 84/14 - verurteilte den Ast. zu 1) zur Beantragung einer Sitzverlegung an den alten Vertragsarztsitz, um den Kooperationsvertrag fortführen zu können. Der Zulassungsausschuss genehmigte die Sitzverlegung. Er widerrief mit Bescheid vom 15.03.2016 die Genehmigung der BAG wegen unterschiedlicher Sitze der Ast. zu 1) u. 2) stellte das Ende der Sonderbedarfszulassung zum 15.03.2016 fest. Ihre Widersprüche wies der Berufungsausschuss am 18.05.2016 zurück und ordnete die sofortige Vollziehung an. Das **SG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung (den Ag. <Zulassungsausschuss> zu verpflichten, seinen Beschluss vom 15.03.2016 aufzuheben und bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung über die Wirksamkeit eines Kooperationsvertrages vom 28.04.2003 zwischen der Firma W. GmbH und dem Ast. zu 1) den bis zum 15.03.2016 bestehenden Rechtszustand bezüglich der Zulassung der Ast. zur vertragsärztlichen Versorgung am Standort X., D. widerherzustellen) ab.

VI. Gesamtvergütung/HzV-Vertrag/IV-Versorgung/Ambulante Krankenhausleistungen

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

müssen sich die Krankenkassen darauf verlassen können, dass sie nicht für längere Zeiträume rückwirkend auf die Zahlung von Pauschalen in Anspruch genommen werden, andernfalls ist von einer **Verwirkung** auszugehen. Die Verpflichtung zur Rücksichtnahme auf die berechtigten Belange der anderen Seite im Rahmen der Dauerrechtsbeziehung zwischen Krankenhausträger und Krankenkassen **schließt aus, bis zum Ablauf der vierjährigen Verjährung mit der Antragstellung zu warten** und den Krankenkassen damit keinen Hinweis auf die Notwendigkeit von Rückstellungen zu geben, wenn und soweit mit der Aufstellung der Jahresrechnung für ein abgeschlossenes Wirtschaftsjahr alle Umstände feststehen, aus denen sich überhaupt der Anspruch nach § 120 Abs. 1a SGB V ergeben kann.

1. Zuständige KV bei gesetzlich Krankenversicherten mit Wohnsitz im Ausland

LSG Saarland, Urteil v. 28.10.2016 - L 3 KA 26/14

RID 17-02-66

Revision anhängig: B 6 KA 43/16 R

juris

SGB V §§ 75 VII, VIIa, 82 I 2, 87 I 1, 87a III 1, 87c IV 3, 144 IV, 194 I Nr. 1

Im Hinblick auf die Geltung des Wohnortprinzips steht einer KV vorab nur eine **Vergütung** zu, die anhand der **in ihrem Bezirk wohnhaften Versicherten** der einzelnen Krankenkassen berechnet wird. Die Geltendmachung eines Anspruchs auf eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für **Wohnortausländer** setzt eine klare und eindeutige **Verständigung der Vertragspartner** voraus; fehlt es an einer solchen Verständigung, steht der jeweiligen KV überhaupt kein Anspruch auf eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung unter Einbeziehung von Wohnortausländern zu (vgl. LSG Hamburg, Urt. v. 01.04.2015 - L 5 KA 58/13 - RID 15-03-67, Nichtzulassungsbeschwerde durch BSG, Beschl. v. 17.02.2016 - B 6 KA 38/15 B - RID 16-02-86 zurückgewiesen). Aus der in § 4 der Anl. 21 BMV-Ä enthaltenen Regelung ergibt sich eindeutig und unmissverständlich, dass ab dem 01.04.2012 die **Zuständigkeit** für den Abschluss einer Vereinbarung hinsichtlich der Versicherten mit Wohnsitz im Ausland komplett auf die **KV** übergegangen ist, in deren Bezirk sich der Sitz der Krankenkasse befindet. Sitz meint den Sitz nach der Satzung der Krankenkasse; auf Verwaltungsbinnenstrukturen - hier konkret das Bestehen einer Landesdirektion der Krankenkasse in einem anderen KV-Bezirk - kommt es hingegen nicht an.

SG für das Saarland, Urt. v. 15.10.2014 - S 2 KA 3/14 - RID 15-02-65 wies die Klage der KV ab, das *LSG* die Berufung zurück,

2. Datenübermittlungen auch bei Gesamtvergütung nach Kopfpauschalen

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 02.11.2017 - L 4 KA 14/12

RID 17-02-67

Revision anhängig: B 6 KA 27/17 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 295 II

Die Protokollnotiz zu § 1 III des zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen am 05.06.2008 geschlossenen Vertrags über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag) beinhaltet lediglich die **Möglichkeit, abweichende Vereinbarungen** zu treffen, wenn – wie hier – das Gesamthonorar nicht auf der Basis einer Einzelleistungsvergütung gezahlt werden sollte. Die Protokollnotiz zu dem Beschluss des Landesschiedsamt beinhaltet lediglich einen Normsetzungs- bzw. Regelungsauftrag. Solange die Verfahrensbeteiligten von der Möglichkeit einer anderweitigen Vereinbarung (DTA-Vertrag) keinen Gebrauch gemacht haben und dem Regelungsauftrag (Landesschiedsamt) nicht nachgekommen sind, verbleibt es bei den maßgeblichen Rechtsgrundlagen in § 295 II 1 SGB V und § 1 III DTA-Vertrag.

Die Gesamtvertragspartner können angesichts des zwingenden Wortlauts des § 295 II SGB V nicht den Anspruch auf **Datenübermittlungen** insgesamt durch (untergesetzliche) Vereinbarungen in Abrede stellen, sondern lediglich in Einzelheiten ausgestalten.

Der **Zweck der Datenübermittlung nach § 295 II SGB V** zielt nicht nur auf die Abrechnung im Sinne der Bildung der Gesamtvergütung gemäß § 85 SGB V. Der Begriff der **Abrechnung** im Sinne der Vorschrift ist weit zu fassen; er bezieht die **nachträgliche Überprüfung der Leistungsabrechnung der Vertragsärzte** gemäß § 106a SGB V ein (BSG, Urt. v. 02.04.2014 - B 6 KA 19/13 R - SozR 4-2500 § 295 Nr. 3 Rn. 26).

Die Kl. entrichten in Schleswig-Holstein seit 1999 die Gesamtvergütung an die bekl. KZV gem. § 85 II 2 SGB V nach Kopfpauschalen. *SG Kiel*, Urt. v. 28.06.2012 - S 13 KA 213/10 - verurteilte die Bekl., die Daten gemäß § 295 II SGB V sowie § 8 I des DTA-Vertrages vom 05.06.2008 bzw. 10.05.2010 ab dem Jahre 2009 an die jeweiligen Kl. zu übermitteln, das *LSG* wies die Berufung zurück.

3. Fortgeltung eines HzV-Vertrags als Anschlussvereinbarung (Bayern)

LSG Bayern, Urteil v. 14.09.2016 - L 12 KA 149/14

RID 17-02-68

Revision anhängig: B 6 KA 44/16 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12 I, 53 IX 1, 70 I 2, 73b

Bei der **Fortgeltung eines HzV-Vertrags** handelt es sich um eine **Anschlussvereinbarung** i.S. des § 73b Va 5 SGB V a.F. Auch für wirksam außerordentlich gekündigte HzV-Verträge kann eine Anschlussvereinbarung getroffen werden.

Solange **Vertragspartner** des HzV-Vertrages lediglich die Krankenkasse und der Hausärzteverband sind, ist die Einbeziehung der HÄVG und HÄVG AG unerheblich.

Es ist nicht zu beanstanden, dass sich die Schiedsperson für die Ausgestaltung des HzV-Vertrages als **Vollversorgungsvertrag** und nicht lediglich als Add-on-Vertrag entschieden hat.

Ein HzV-Vertrag ist nicht deshalb unbillig, weil er keine Möglichkeit für die **Krankenkasse** vorsieht, Hausärzte, die sich ihr gegenüber illoyal verhalten oder wiederholt Falsch- oder Doppelabrechnungen von Leistungen vornehmen, von der **Teilnahme am Vertrag auszuschließen**, sondern dem Hausärzteverband eine Kündigungsmöglichkeit gegenüber dem Arzt einräumt.

Die kl. Krankenkasse wendet sich gegen einen Schiedsspruch zur Festlegung des Vertragsinhaltes eines Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b IV 1 SGB V. Nachdem der frühere Vorstand des bekl. Hausärzteverbandes Ende 2010 alle Hausärzte Bayerns zum Systemausstieg aufgerufen hatte, kündigte die Kl. den HzV-Altvertrag mit Wirkung zum 31.12.2010. Einstweilige Rechtsschutzanträge des Bekl. zur Fortführung des HzV-Altvertrages blieben erfolglos. Mit Schiedsspruch vom 13.02.2012 setzte die Schiedsperson den Vertragsinhalt fest, den die Kl. zum 30.06.2014 ordentlich - wirksam - kündigte. Die neue Schiedsperson Dr. E. erließ am 05.05.2014 einen Schiedsspruch, in dem u.a. festgesetzt wurde, dass bis zu dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens eines neuen HzV-Vertrages die Regelungen des zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung zwischen den Beteiligten geltenden HzV-Vertrages und seiner Anlagen ihrem Inhalt nach - unbeschadet des Wirksamwerdens der von der Kl. ausgesprochenen Kündigung - weiterhin Anwendung finden. Die hiergegen erhobene Klage wies *SG München*, Urt. v. 16.07.2014 - S 28 KA 696/12 - RID 14-03-55 ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Integrierte Versorgung: Vertragsabschlusskompetenz/Regelversorgung

LSG Bayern, Urteil v. 08.02.2017 - L 12 KA 132/14

RID 17-02-69

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V a.F. §§ 140a ff.

Der zwischen dem Deutschen Zentralverein homöopathischer Ärzte e.V. und dem deutschen Apothekerverband e.V. abgeschlossene **Homöopathie-Vertrag** ist kein Vertrag zur integrierten Versorgung. Für die **Krankenkassen** ist lediglich ein **Recht zum Vertragsbeitritt** vorgesehen. Bei dieser Konstruktion haben die gesetzlichen **Krankenkassen** als Träger der Krankenversicherung keine **eigene Gestaltungsmöglichkeit** und keine Möglichkeit, auf die in § 7 bzgl. der ärztlichen Leistungen und in § 8 bzgl. der Leistungen der Apotheken vereinbarten Vergütungen Einfluss zu nehmen. Auch die jeweiligen Leistungsinhalte stehen nicht zur Disposition der gesetzlichen Krankenkassen. Im Übrigen ersetzt der Vertrag nicht die Regelversorgung.

Ein Rahmenvertrag zur Behandlung schizophrener und affektiver Erkrankungen (**Psychiatrie-Vertrag**) erfüllt die gesetzlichen Voraussetzungen eines Vertrags über die integrierte Versorgung nicht, wenn er von einem **Landesverband der Krankenkassen** abgeschlossen wurde. Die Landesverbände der Krankenkassen (§ 207 SGB V) haben nach § 140b I SGB V keine **Vertragsabschlusskompetenz**. Es reicht auch nicht aus, nur spezielle Schulungen der Patienten und deren Angehörigen, eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Kommunikation zwischen den Ärzten und die Förderung der Medikamenten- und Therapiecompliance zu vereinbaren, wenn es sich nicht um die Regelversorgung ersetzende Leistungen, sondern um Zusatzleistungen handelt.

SG München, Urt. v. 04.06.2014 - S 21 KA 1240/10 - verurteilte die bekl. Krankenkasse antragsgemäß zur Zahlung von 61.598,06 €, das *LSG* wies die Berufung in der Hauptsache zurück.

5. Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 02.02.2017 - L 5 KA 27/16 KL

RID 17-02-70

Revision anhängig: B 6 KA 23/17 R

juris

SGB V § 120 Ia

Eine **Pauschale** kommt nicht in Betracht, wenn der **Krankenhausträger** nicht spätestens bis zum Ende des jeweiligen Jahres gegenüber den Krankenkassen bzw. -verbänden eine Vereinbarung über eine Pauschale gefordert hat (LSG Rheinland-Pfalz, Ur. v. 03.03.2016 - L 5 KA 25/15 KL - RID 16-02-59, Revision B 6 KA 10/16 R - mündliche Verhandlung am 10.05.2017).

Hinsichtlich der Festsetzung von Vergütungen nach § 120 II SGB V hat das BSG in Anlehnung an das Pflegesatzverfahren nach § 84 SGB XI ein zweistufiges Prüfungsschema entwickelt (vgl. im Einzelnen BSG, Ur. 13.05.2015 - B 6 KA 20/14 R - BSGE 119, 43 = SozR 4-2500 § 120 Nr. 4, juris Rn. 33 ff.). Bei Vergütungen nach § 120 II 3 SGB V muss die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleistet sein. Es muss in einem ersten Schritt überprüft werden, ob die Betriebsführung gemessen am Leistungsspektrum plausibel dargelegt ist und/oder Wirtschaftlichkeitsreserven erkennen lässt. In einem zweiten Schritt ist sodann zu prüfen, ob der nachvollziehbar begründete Vergütungsanspruch einen Vergleich mit anderen Zentren standhält. Der hier anzuwendende **§ 120 I SGB V** enthält zwar für die Vergütung ergänzender Pauschalen keine entsprechende ausdrückliche Regelung; jedoch ist – auch im Hinblick auf den in § 12 SGB V geregelten Wirtschaftlichkeitsgrundsatz – ein Blick auf die **Vergütung vergleichbarer Einrichtungen als Kontrollmechanismus erforderlich**.

Das **LSG** verurteilte auf Klage der Krankenkasse den Bekl., über den Antrag der Beigel. zu 1) auf Festsetzung von Pauschalen nach § 120 Ia SGB V für die Jahre 2013 bis 2015 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Die weitergehende Klage wies es ab.

VII. Streitwert

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

1. Honorarklage: Honorardifferenz ohne Abzug von Praxis- oder Sachkosten

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 16.01.2017 - L 11 KA 28/16 B

RID 17-02-71

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

GKG § 52 I

Maßgebend für die Höhe des Streitwerts ist grundsätzlich das **wirtschaftliche Interesse** des Kl. am Ausgang des Verfahrens. Nicht entscheidend ist somit, ob die möglichen Anspruchsgrundlagen für das Klagebegehren eine **gebundene** oder - wie hier - nur eine **Ermessensentscheidung** vorschreiben. Geht es um die Zuerkennung einer Erhöhung des Regelleistungsvolumens bzw. qualifikationsgebundener Zusatzvolumina wegen Praxisbesonderheiten, ist das wirtschaftliche Interesse nach der begehrten **Honorardifferenz** zu bemessen. Ein **Abzug von Praxis- oder Sachkosten** kommt nicht in Betracht. Beide Kostenanteile fallen ungeachtet des Streits um die Erhöhung des Regelleistungsvolumens oder qualifikationsgebundener Zusatzvolumina an. Sie werden durch den unstreitigen Teil der Vergütung gedeckt. Das Rechtsschutzziel eines höheren Honorars zwecks Gewinnoptimierung hat keinen Bezug zu Praxis- oder Sachkosten.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 04.03.2016 - S 14 KA 640/12 - setzte den Streitwert auf 20.000 €, das **LSG** auf 280.000 € fest.

2. Honorarrückforderung im einstweiligen Rechtsschutzverfahren

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 08.03.2017 - L 11 KA 63/16 B ER

RID 17-02-72

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

GKG §§ 52, 53

In dem auf **einstweiligen Rechtsschutz** gerichteten Verfahren kann keine endgültige Zuweisung des Anspruchs erfolgen. Das zu berücksichtigende Interesse der Ast. war allein darauf gerichtet, zumindest für die Dauer des Hauptsacheverfahrens über das umstrittene Honorar verfügen zu können. Das wirtschaftliche Interesse wird mithin durch den **Zeitfaktor „Länge des Verfahrens“** und durch das **Zinsinteresse** bestimmt. Das Zinsinteresse ist darauf gerichtet, nicht auf eine etwaige Zwischenfinanzierung angewiesen zu sein. Bei einer geschätzten Dauer des erstinstanzlichen Hauptsacheverfahrens von zwei Jahren ergibt sich unter Berücksichtigung eines durchschnittlichen Kreditzinses von ca. 2,5 % ein Streitwert wie folgt: 2,5 % von 914.691,27 € (Honorarrückforderung) = 22.867,28 € x 2 = 45.734,56 €.

Zum Ausgangsverfahren s. SG Düsseldorf, Beschl. v. 18.08.2016 - S 2 KA 1375/16 ER - RID 17-02.

VIII. Verschiedenes

1. Konkurrentenklage gg. Krankenhaus wg. Hinzuziehung von Anästhesisten zum amb. Operieren

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 09.11.2016 - L 11 KA 55/13

RID 17-02-73

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 115b I 1 Nr. 2, 121 II; KHEntgG § 18 I 1; UWG §§ 3, 4 Nr. 11; Ärzte-ZV § 20 II; BGB § 823 II; GG Art. 12 I, 14 I

Durch das rechtswidrige Verhalten des **Krankenhauses** ist zumindest „möglicherweise“ bzw. „tendenziell“ ein **Schaden** dadurch entstanden, dass das Krankenhaus die Ärzte Dres. Q, T und C mit den bei ihr angestellten Anästhesisten kooperieren ließ und somit die **Anästhesieleistungen nicht von der Kl.** bezogen wurden. Ob ein weiterer Schadensersatzanspruch dadurch hinzutritt, dass die ambulanten Operationen statt bei der Kl. in den alten OP-Sälen der Bekl. stattfanden, kann offenbleiben. Der zumindest möglicherweise eingetretene Schaden umfasst den gesamten strittigen Zeitraum. Da die Klägerin den dem Grunde nach bestehenden Schadensersatzanspruch nicht ohne weitere Informationen der Beklagten zum Umfang der rechtswidrigen Kooperation beziffern kann, steht ihr der geltend gemachte Auskunftsanspruch zu.

Die **kl. BAG (Fachärzte für Anästhesiologie)** betrieb in S ein **ambulantes Operationszentrum**. Die Bekl. ist ein nach § 108 SGB V zugelassenes **Krankenhaus**. Die Kl. kooperierte mit der **BAG der Gefäßchirurgen** Dres. P, S und des Neurochirurgen (Einzelpraxis) B. Ihre **Operationen** führten sie in der Vergangenheit entgegen den begründeten Erwartungen und Absprachen allerdings nicht im Operationszentrum der Kl. durch, sondern **im Krankenhaus** der Bekl. Für die bei den Operationen der Dres. P, S und B benötigten anästhesiologischen **Leistungen** ist das Krankenhaus aufgekommen, das diese Leistungen nach § 115b SGB V gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet hat. Gegen diese Bereitstellung der Anästhesieleistungen wandten sich die Kl. Im Rahmen eines einstweiligen Rechtsschutzverfahrens vor dem SG Dortmund (S 9 KA 23/06 ER) erklärte die Bekl., keine anästhesiologischen Leistungen mehr selbst oder durch Ärzte des Krankenhauses außerhalb einer bestehenden Zulassung oder Ermächtigung zu erbringen oder erbringen zu lassen und diese gem. § 115b SGB V gegenüber den Krankenkassen abzurechnen, soweit es sich nicht um Anästhesieleistungen für im Krankenhaus tätige angestellte Ärzte oder Belegärzte im Rahmen einer durch Feststellungsbescheid zugelassenen Hauptfachabteilung oder Belegabteilung der Bekl. handele. **SG Dortmund**, Ur. v. 09.09.2009 - S 9 KA 105/06 - RID 10-03-70 wies die **Stufenklage** auf Auskunft und Schadenersatz ab, auf Sprungrevision der Kl. wies **BSG**, Ur. v. 23.03.2011 - B 6 KA 11/10 R - BSGE 108, 35 = SozR 4-2500 § 115b Nr. 3 die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das SG zurück. **SG Dortmund**, Ur. v. 05.12.2012 - S 9 KA 187/11 - wies die Klage erneut ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. für die Zeit von April 2005 bis August 2006 Auskunft darüber zu erteilen, bei welchen ambulanten Operationen mit welcher Vergütung - einschließlich Angabe der betreffenden Gebührennummern nach dem EBM - die im N-Krankenhaus T tätigen Anästhesisten mit den Ärzten Dres. Q, T und C kooperierten.

2. Amtsentbindung ehrenamtlicher Richter nach Beendigung der Zulassung vor Ernennung

SG München, Beschluss v. 27.03.2017 - S 46 SF 153/17 ERI

RID 17-02-74

juris
SGG § 22 I 1

Leitsatz: Wenn eine persönliche Voraussetzung zur Berufung als ehrenamtlicher Richter (hier Kassenzulassung eines Arztes) zwischen dem **Zugang der Ernennungsurkunde** und dem Zeitpunkt des **Wirksamwerdens** der Ernennung wegfällt, ist § 22 Abs. 1 S. 1 SGG anwendbar und es erfolgt eine Amtsentbindung ohne Ermessen.

Das *SG* entband den ehrenamtlichen Richter am SG München mit sofortiger Wirkung von seinem Amt als ehrenamtlicher Richter.

IX. Bundessozialgericht (BSG)

1. Honorarverteilung

a) Geltung der RLV-Regelungen für Arztgruppen mit „ausgelaufener“ Gebietsbezeichnung

BSG, Urteil v. 15.06.2016 - B 6 KA 18/15 R

RID 17-02-75

SozR 4-2500 § 85 Nr. 87 = ZMGR 2017, 55

Leitsatz: 1. **Arztgruppen mit „ausgelaufener“ Gebietsbezeichnung** sind grundsätzlich derjenigen Arztgruppe zuzuordnen, der sie nach aktuellem Weiterbildungsrecht angehören würden.

2. Der vom Bewertungsausschuss für die Zeit ab 1.4.2005 im Zuge der Einführung von **Regelleistungsvolumina** geschaffenen Übergangsregelung entsprach auch eine auf arztgruppenspezifischen Grenzwerten basierende Honorarverteilungsregelung, die keinen festen Punktwert vorsah, jedoch eine annähernde Kalkulierbarkeit der Vergütung gewährleistete.

b) Einheitliches RLV für Phoniater/Pädaudiologen: Fach- und HNO-Ärzte mit Schwerpunkt

BSG, Beschluss v. 15.03.2017 - B 6 KA 74/16 B

RID 17-02-76

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, UrT. v. 05.10.2016 - L 5 KA 5073/14 - wird zurückgewiesen.

Es bedarf keiner Klärung in einem Revisionsverfahren, dass die Bekl. keine „Mischgruppe“ aus Fachärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie einerseits und **HNO-Ärzten mit der Schwerpunktbezeichnung Phoniatrie/Pädaudiologie** andererseits (hier: Quartale aus 2009 bis 2011) gebildet hat. In korrekter Umsetzung der Vorgaben des Bewertungsausschusses hat sie ein **RLV für Phoniater und Pädaudiologen** gebildet. Dies ermöglicht die Umsetzung der Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Bildung von RLV auch für Phoniater und Pädaudiologen, weil angesichts der geringen Zahl der allein auf diesem Fachgebiet zugelassenen Ärzte - im Bezirk der Bekl. außer der Kl. nur noch ein weiterer Arzt - ein RLV nicht hätte gebildet werden können.

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

BSG, Beschluss v. 12.01.2017 - B 6 KA 68/16 B

RID 17-02-77

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, UrT. v. 08.06.2016 - L 3 KA 12/14 - RID 16-04-1 wird zurückgewiesen.

Zur Frage der (Nicht-)Einbeziehung von **Arztgruppen in die RLV** hat der Senat auf die dem Bewertungsausschuss (BewA) zustehende **Gestaltungsfreiheit** verwiesen, die ihn berechtigt, innerhalb der hierfür maßgeblichen Grenzen - insb. dem Gebot der Gleichbehandlung gemäß Art. 3 I GG - zu entscheiden, für welche Arztgruppen er RLV vorsieht und für welche nicht. Speziell in Bezug

auf die Fachgruppe der **Nephrologen** und die von diesen erbrachten Leistungen nach Nr. 13600 bis 13621 EBM - und damit des gesamten Abschnitts 13.3.6 EBM - hat der Senat ausgeführt, dass die im Dialysebereich bestehenden Besonderheiten den BewA zwar berechtigten, aber nicht verpflichteten, die Nephrologen und die Dialyseleistungen von der Einbeziehung in RLV freizustellen; zudem hat er ausdrücklich klargestellt, dass diese Besonderheiten - auch zusammengenommen - nicht von so großem Gewicht sind, dass der BewA trotz der ihm insoweit zustehenden Gestaltungsfreiheit verpflichtet ist, von einer Einbeziehung der Nephrologen und/oder der Dialyseleistungen in die RLV abzusehen.

Dass Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM für sich allein genommen einer **Leistungs- und Mengenausweitung** nur zugänglich sein würden, wenn diese Leistungen ohne ärztliche Indikation, mithin nur im Rahmen einer **strafbaren Handlung** durch die behandelnden Ärzte außerhalb des gebotenen medizinischen Maßes erbracht würden, gilt regelmäßig für Leistungs- und Mengenausweitungen, stellt also gerade keine Besonderheit der angeführten Leistungen dar und berücksichtigt im Übrigen nicht, dass es sinnvoll sein kann, die ärztliche Vergütung so zu gestalten, dass finanzielle Anreize auch für strafbare Handlungen nach Möglichkeit vermieden werden.

Parallelverfahren:

BSG, Beschluss v. 12.01.2017 - B 6 KA 48/16 B

RID 17-02-78

juris

BSG, Beschluss v. 12.01.2017 - B 6 KA 69/16 B

RID 17-02-79

juris

2. MKG-Chirurgen: Splittingverbot

BSG, Urteil v. 30.11.2016 - B 6 KA 17/15 R

RID 17-02-80

juris

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. 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 (Parallelverfahren zu BSG, Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 16/15 R - SozR 4-5532 Allg. Nr. 2 = KrV 2016, 191 = ZMGR 2016, 367).

3. Wirtschaftlichkeitsprüfung

a) Wirkstoffbezogene Kosten je definierter Tagesdosis

BSG, Urteil v. 28.09.2016 - B 6 KA 44/15 R

RID 17-02-81

SozR 4-2500 § 106 Nr. 55

Leitsatz: Maßstab für die Beurteilung der **Wirtschaftlichkeit** von **Arzneimittelverordnungen** eines Arztes können neben den Gesamtverordnungskosten auch die wirkstoffbezogenen Kosten je **definierter Tagesdosis** sein.

Parallelverfahren: **BSG**, Urt. v. 28.09.2016 - B 6 KA 43/15 R - juris.

b) Regressfestsetzung bei Überschreitung der Richtgröße

BSG, Beschluss v. 25.01.2017 - B 6 KA 22/16 B

RID 17-02-82

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 24.02.2016 - L 3 KA 36/15 - wird zurückgewiesen.

Der Senat hat wiederholt darauf hingewiesen, dass Art. 12 I GG einem **Gesetzesvorbehalt** unterliegt, also durch Gesetz eingeschränkt werden darf; dies ist durch die §§ **106, 84 SGB V** geschehen (vgl. z.B. BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 26 Rn. 48; BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 30 Rn. 43). Ebenso hat der Senat festgestellt, dass ein **Regress** wegen Überschreitung des Richtgrößenvolumens grundsätzlich keinen unzulässigen Eingriff in das Grundrecht des Vertragsarztes aus **Art. 12 I GG** darstellt (BSG,

Beschl. v. 15.08.2012 - B 6 KA 94/11 B - juris Rn. 10). Für Art. 3 I GG gilt nichts anderes. Soweit der Kl. **regionale Abweichungen** in den für die Richtgrößenprüfung geltenden Maßstäben - namentlich unterschiedlich hohe Richtgrößen in Bayern und Niedersachsen - kritisiert, setzt er sich weder mit der gesetzlichen Vorgabe auseinander, dass Richtgrößenvereinbarungen auf regionaler Ebene und als (regionale) Durchschnittswerte zu treffen sind (§ 84 VI 1 SGB V), noch legt er substantiiert dar, dass in Bezug auf die tatsächlichen Grundlagen, insb. die Morbidität, in Bayern und Niedersachsen identische Verhältnisse herrschen.

Für die **Regressfestsetzung** bedarf es allein der Feststellung einer **Überschreitung der Richtgröße** sowie der fehlenden Rechtfertigung der Überschreitung durch Praxisbesonderheiten. Ob **Praxisbesonderheiten** anzuerkennen sind, lässt sich nicht anhand statistischer Erwägungen feststellen. Dies ergibt sich vielmehr aus einer wertenden Betrachtung, welche zum einen zum Gegenstand hat, ob die vorgetragenen spezifischen Besonderheiten des Patientenlientels im Vergleich zur Fachgruppe tatsächlich bestehen und zum anderen, ob diese Besonderheiten die Annahme rechtfertigen, dass sich diese auf das Ordnungsverhalten ausgewirkt haben.

4. Zulassungsrecht: Ausschreibung eines KJP-Sitzes/Behandlung von Erwachsenen

BSG, Beschluss v. 25.01.2017 - B 6 KA 54/16 B

RID 17-02-83

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 27.04.2016 - L 7 KA 45/14 - RID 16-03-61 wird als unbegründet zurückgewiesen.

BSG, Urt. v. 15.07.2015 - B 6 KA 32/14 R - BSGE 119, 190 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 17 Rn. 55 stellt klar, dass dann, wenn eine Zulassung auf einen Therapeutesitz erfolgt, der zur ausschließlich **psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen** ausgeschrieben worden ist, diese Zulassung auch allein zur psychotherapeutischen Behandlung dieses Personenkreises berechtigt. Auch ein psychologischer Psychotherapeut mit Zusatzqualifikation, der auf einen entsprechenden Therapeutesitz zugelassen wird, hat dies zu beachten, sodass nicht zu besorgen ist, er werde - anders als ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut - tatsächlich vorrangig Erwachsene versorgen, obwohl dafür kein Bedarf besteht.

Diese Maßgaben gelten nicht allein für die Ausschreibung eines Sitzes als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut aufgrund der Entsperrung eines Planungsbereichs, sondern ebenso für den Fall der **Nachbesetzung eines Sitzes**, jedenfalls wenn der in § 101 IV 5 SGB V (a.F., heute: § 101 IV 5 und 6 SGB V i.V.m. § 25 I Nr. 2 BedarfspLRL) vorgegebene Mindestversorgungsanteil in Höhe von 20% überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Ärzte und Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, nicht erreicht wird.

Die **bedarfsplanungsrechtliche Neutralität einer Nachfolgezulassung** für einen ausschließlich auf dem Gebiet der **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie** tätigen Therapeuten kann auch nur durch eine Beschränkung des Inhalts der Tätigkeit des Praxismachfolgers auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen gewährleistet werden.

Wie der Senat bereits bezogen auf den ebf. in § 101 IV 5 SGB V geregelten Mindestanteil von 25% überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Ärzte klargestellt hat, kann die Stelle eines **ärztlichen Psychotherapeuten** in einem Planungsbereich, in dem die genannte **25%-Quote** unterschritten wurde, nicht mit einem **psychologischen Psychotherapeuten** nachbesetzt werden (BSGE 116, 173 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 14, Rn. 36). Für die **Nachfolgezulassung** und die ebf. in § 101 IV 5 SGB V geregelte Mindestquote von Leistungserbringern, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, kann ersichtlich nichts Anderes gelten.

5. Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung

BSG, Urteil v. 15.06.2016 - B 6 KA 22/15 R

RID 17-02-84

SozR 4-2500 § 140d Nr. 3

Leitsatz: Werden zur **Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung** von einer Krankenkasse von der Gesamtvergütung einbehaltene Mittel nicht innerhalb von 3 Jahren zweckentsprechend verwendet, besteht ein Anspruch der Kassenärztlichen Vereinigung auf **Auszahlung der Einbehalte** für die konkret betroffenen Verträge.

6. Verfahrensrecht

a) Rechtzeitiger Eingang einer mit Telefax übersandten Revisionsbegründung

BSG, Beschluss v. 08.12.2016 - B 6 KA 25/16 R

RID 17-02-85

juris

Die Revision des Klägers gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 08.06.2016 - L 3 KA 6/13 - RID 16-03-17 wird als unzulässig verworfen.

Ausschlaggebend für den **rechtzeitigen Eingang** der mit **Telefax** übersandten Begründung der Revision sind die **Signale auf dem Empfängergerät des BSG** (hier: Eingang erst am Folgetag nach Fristablauf zwischen 00:08 Uhr und 00:36 Uhr) (zur Maßgeblichkeit des Zeitpunkts des vollständigen Empfangs der gesendeten Signale: BGHZ 167, 214). Eine Revision, die innerhalb der Begründungsfrist nicht begründet worden ist, ist gemäß § 169 SGG als unzulässig zu verwerfen.

Einem Antrag auf **erneute Verlängerung der Begründungsfrist** kann nicht entsprochen werden, wenn er erst nach Fristablauf gestellt wird. Nach § 164 II 2 SGG kann die Begründungsfrist nur auf einen vor Ablauf gestellten Antrag hin verlängert werden. Aus diesem Grunde kann wegen der Versäumung der Begründungsfrist auch nicht nach § 67 SGG **Wiedereinsetzung in den vorigen Stand** gewährt werden. Selbst wenn in dem „plötzlichen Verschwinden“ von im PC gespeicherten Texten unter Berücksichtigung der an die Büroorganisation zu stellenden Anforderungen ein Grund für eine unverschuldete Verhinderung gesehen werden könnte, so hätte der Prozessbevollmächtigte des Kl. zur Vermeidung einer Fristversäumnis jedenfalls einen Antrag auf Verlängerung der Begründungsfrist vor deren Ablauf stellen müssen (vgl. BSG, Beschl. v. 11.12.2008 - B 6 KA 34/08 B - juris Rn. 14).

Parallelverfahren:

BSG, Beschluss v. 08.12.2016 - B 6 KA 26/16 R

RID 17-02-86

juris

b) Nichtzulassungsbeschwerde durch Prozessbevollmächtigten/Beschwerdefrist

BSG, Beschluss v. 26.01.2017 - B 6 KA 93/16 B

RID 17-02-87

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Thüringen*, Urt. v. 18.08.2016 - L 11 KA 1686/16 - wird als unzulässig verworfen.

Eine Nichtzulassungsbeschwerde ist unzulässig, wenn sie nicht von einem gemäß § 73 IV SGG vor dem BSG zugelassenen **Prozessbevollmächtigten** unterzeichnet worden und nicht innerhalb der einmonatigen **Beschwerdefrist** (§ 160a I 2 SGG) beim BSG eingegangen ist.

Parallelverfahren:

BSG, Beschluss v. 26.01.2017 - B 6 KA 94/16 B

RID 17-02-88

juris

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

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

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Immuntherapie mit dendritischen Zellen zur Behandlung eines (rezidierten) Glioblastoms

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.02.2017 - L 5 KR 1653/15

RID 17-02-89

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 135 I

Leitsatz: 1. Die für die Gewährung einer **Alternativbehandlung** in grundrechtsorientierter Auslegung des Leistungskatalogs der GKV bzw. nach § 2 Abs. 1a SGB V notwendige Voraussetzung der indiziengestützten, nicht ganz fern liegenden **Aussicht auf Heilung** oder wenigstens spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf darf weder (gänzlich) aufgelöst noch überspannt werden. Das subjektive Empfinden des Versicherten, ggf. gestützt durch die Einschätzung oder Empfehlung behandelnder Ärzte oder deren Behandlungserfahrung im Einzelfall, genügt für sich allein regelmäßig nicht. **Wirksamkeitsindizien** können sich aber auch außerhalb von Studien oder Leitlinien ärztlicher Fachgesellschaften finden, etwa in der wissenschaftlichen Diskussion, Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologischen Überlegungen, deskriptiven Darstellungen, Einzelfallberichten, nicht mit Studien belegten Meinungen anerkannter Experten und Berichten von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen (BSG, Urteil vom 04.04.2006 - B 1 KR 7/05 R - BSGE 96, 170 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 4) oder in Verlaufsbeobachtungen, unterstützt durch Parallelbeobachtungen im Rahmen von Tierversuchen und untermauert durch wissenschaftliche Erklärungsmodelle (BSG, Urteil vom 02.09.2014 - B 1 KR 4/13 R - SozR 4-2500 § 18 Nr. 9).

2. Der nicht ganz entfernt liegende „Behandlungserfolg“ der Alternativbehandlung muss auch bei Versicherten in **Palliativsituation** keinen kurativen Behandlungsverfolg in dem Sinne darstellen, dass die nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung als Wiederherstellung der Gesundheit (restitutio ad integrum) besteht.

3. Zur **Krebsbehandlung** durch **Immuntherapie mit dendritischen Zellen** (hier: Glioblastom).

SG Ulm, Urt. v. 11.03.2015 - S 8 KR 1382/12 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für die Krebsbehandlung ihres verstorbenen Ehemannes durch Immuntherapie mit dendritischen Zellen i.H.v. 8.161,91 € zu erstatten.

b) Wirksamkeitsindizien einer Alternativbehandlung: Protonentherapie einer Krebsbehandlung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.03.2017 - L 5 KR 1036/16

RID 17-02-90

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 2 Ia

Leitsatz: Die für die Gewährung einer **Alternativbehandlung** in grundrechtsorientierter Auslegung des Leistungskatalogs der GKV bzw. nach § 2 Abs. 1a SGB V notwendige Voraussetzung der indiziengestützten, nicht ganz fern liegenden Aussicht auf Heilung oder wenigstens spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf darf weder (gänzlich) aufgelöst noch überspannt werden. Das subjektive Empfinden des Versicherten, ggf. gestützt durch die Einschätzung oder Empfehlung behandelnder Ärzte oder deren Behandlungserfahrung im Einzelfall, genügt für sich allein regelmäßig nicht. **Wirksamkeitsindizien** können sich aber auch außerhalb von Studien oder Leitlinien ärztlicher Fachgesellschaften finden, etwa in der wissenschaftlichen Diskussion, Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologischen Überlegungen, deskriptiven Darstellungen, Einzelfallberichten, nicht mit Studien belegten Meinungen anerkannter Experten und Berichten von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen (vgl. BSG vom 4.4.2006 - B 1 KR 7/05 R = BSGE 96, 170 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 4) oder in Verlaufsbeobachtungen, unterstützt durch Parallelbeobachtungen im Rahmen von Tierversuchen und untermauert durch wissenschaftliche Erklärungsmodelle (vgl. BSG vom 2.9.2014 - B 1 KR 4/13 R = SozR 4-2500 § 18 Nr. 9). (Rn.48).

Der nicht ganz entfernt liegende „**Behandlungserfolg**“ der Alternativbehandlung muss auch bei Versicherten in **Palliativsituation** keinen kurativen Behandlungserfolg in dem Sinne darstellen, dass die nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung als Wiederherstellung der Gesundheit (restitutio ad integrum) besteht (Senatsurteil vom 22.02.2017, - L 5 KR 1653/15 -, in juris).

Zur (palliativen) Krebsbehandlung durch Protonentherapie (hier: Klatskin-Tumor).

SG Ulm, Ur. v. 21.2014 - S 5 KR 3612/10 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Transkorneale Elektrostimulation mittels OkuStim®

SG Speyer, Urteil v. 22.02.2017 - S 17 KR 407/16

RID 17-02-91

juris
SGB V §§ 2 I 2, Ia 1, 12 I, 27, 28 I, 33 I 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1 Nr. 1

Leitsatz: 1. Wenn eine nach allgemeinem Standard anerkannte **Behandlungsmethode** für eine wertungsmäßig mit lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankungen gleichstehende Erkrankung überhaupt **nicht zur Verfügung steht** oder im konkreten Einzelfall ausscheidet, unterfällt der Nachweis des Nutzens und der Wirtschaftlichkeit einem der notstandsähnlichen Situation angemessenen **geringeren Wahrscheinlichkeitsmaßstab** (Anschluss an BSG vom 2.9.2014 - B 1 KR 4/13 R = SozR 4-2500 § 18 Nr. 9).

2. Bei dem **OkuStim®-System** handelt es sich um ein **Hilfsmittel**, das dem Versorgungsziel der Sicherung der Krankenbehandlung (§ 33 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V) dient. Die Anwendung des Hilfsmittels steht in einem untrennbaren Zusammenhang mit einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Sinne des § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V.

3. Mehrere kleinere Studien und Anwendungsbeobachtungen, aus denen sich eine spürbar positive Einwirkung auf eine ansonsten therapiefraktäre zur Erblindung führende Erkrankung bei Fehlen von gravierenden Nebenwirkungen entnehmen lassen, genügen als Grundlage für eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbar **positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf**.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kosten für die Behandlung der Kl. mit dem OkuStim®-System zu übernehmen.

2. Lipid-Apherese-Behandlung

a) Folgenabwägung I

SG Gelsenkirchen, Beschluss v. 07.11.2016 - S 43 KR 1087/16 ER

RID 17-02-92

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27 I 1 u. 2, 135 I

Ist offen, ob die Voraussetzungen nach § 3 II der Anlage 1 Nr. 1 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren) erfüllt sind, sind im Rahmen einer **Folgenabwägung** zu Gunsten des Versicherten die möglichen gesundheitlichen Folgen bis zu einem letalen Ausgang gegenüber dem finanziellen Risiko der Krankenkasse zu berücksichtigen.

Das *SG* verpflichtete die Ag., den Ast. für die Zeit vom 08.11.2016 bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens, längstens bis zum 07.05.2017 mit extrakorporalen Lipid-Apherese-Behandlungen zu versorgen. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 06.02.2017 - L 11 KR 884/16 B ER - RID 17-02-93 wies die Beschwerde der Ag. zurück.

b) Folgenabwägung II

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 07.02.2017 - L 11 KR 884/16 B ER

RID 17-02-93

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27 I 1 u. 2, 135 I

Der Hinweis der Ag. auf das Votum der Sachverständigen-Kommission Apherese der KV Westfalen-Lippe (Apherese-Kommission) vom 12.12.2016 führt nicht weiter. Es bestehen Zweifel, ob der Kommission alle medizinischen Unterlagen vorlagen bzw. ob diese zutreffend ausgewertet worden sind.

SG Gelsenkirchen, Beschl. v. 07.11.2016 - S 43 KR 1087/16 ER - RID 17-02-92 verpflichtete die Ag., den Ast. für die Zeit vom 08.11.2016 bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens, längstens bis zum 07.05.2017 mit extrakorporalen Lipid-Apherese-Behandlungen zu versorgen. Das *LSG* wies die Beschwerde der Ag. zurück.

3. Zahnersatz: Edelmetallversorgung

SG Chemnitz, Beschluss v. 04.04.2017 - S 10 KR 270/15 ER

RID 17-02-94

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 55 I 1, 56, 57 II 3, 86b II 2

Leitsatz: 1. Eine **Edelmetallversorgung** kann zur Regelversorgung i.S.d. § 56 Abs. 1, Abs. 2 S. 2 und 3 SGB V gehören, wenn das Restgebiss bereits mit Edelmetall versorgt ist.

2. Der **Anordnungsanspruch** dazu ist hinreichend wahrscheinlich, wenn ein Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung dem Antragsteller in der Vergangenheit eine Edelmetallversorgung mit dieser Begründung genehmigt hat.

3. Der Leistungsanspruch des § 55 SGB V besteht in der Bezuschussung der Kosten der Regelversorgung, also in einer **Geldleistung**, nicht in einer Sachleistung.

4. Die Verpflichtung zu einer vorläufigen Geldleistung nimmt die **Hauptsache** jedenfalls dann nicht vorweg, wenn im Hauptsacheverfahren der Sozialhilfeträger beigeladen ist.

Das *SG* verpflichtete die Ag., dem Ast. vorläufig einen Zuschuss zu gewähren, der die tatsächlichen Kosten der Regelversorgung des Unterkiefers des Ast. entsprechend des Heil- und Kostenplans vom 09.11.2016 abdeckt, und lehnte im Übrigen den Antrag ab.

II. Stationäre Behandlung

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

1. Operative Beinverlängerung

LSG Saarland, Urteil v. 25.01.2017 - L 2 KR 35/16

RID 17-02-95

juris

SGB V §§ 13 III, 27; SGG §§ 54, 123

Leitsatz: Eine **Größe von 143 cm** liegt bei einer **Frau** noch im Normbereich und begründet keinen Anspruch gegen die gesetzliche Krankenkasse auf eine **operative Beinverlängerung**, auch nicht zur Beseitigung **psychischer Belastungen** (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17.11.2015 - L 11 KR 5308/14 - RID 16-01-111).

SG für das Saarland, Gerichtsbb. v. 10.03.2016 - S 1 KR 845/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Adipositas-chirurgische Maßnahmen: Ausschöpfung konservativer Therapiemaßnahmen

SG Regensburg, Urteil v. 13.10.2016 - S 2 KR 562/15

RID 17-02-96

juris

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27, 28 I, 39, 137c

Sind **konservative Therapiemaßnahmen** bereits ausgeschöpft, ohne dass eine anhaltende Gewichtsabnahme resultiert, besteht ein Anspruch auf **adipositas-chirurgische Maßnahmen**.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten für eine minimalinvasive adipositas-chirurgische Operation zu übernehmen.

3. Liposuktion bei Lipödem

a) Kompressionsbehandlung vorrangig/Keine GKV-Leistung

LSG Bayern, Urteil v. 09.11.2016 - L 4 KR 136/15

RID 17-02-97

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 28/17 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I 3, 27, 137c III

Mit einer fachgerecht durchgeführten **Kompressionsbehandlung** können durchaus Erfolge erzielt werden bis hin zur Schmerzfreiheit der Betroffenen. Zur Vermeidung eines operativen Eingriffs kommt es darauf an, ob die Beschwerden günstig beeinflussbar sind, das heißt insb. eine Ödem- und Schmerzreduktion zu erreichen sind. Eine solche Behandlung zumindest probeweise durchzuführen ist zumutbar.

Ein Eingriff kann in mehreren Schritten **ambulant** durchgeführt werden, was hier aber letztlich offen bleiben kann.

Die **Liposuktion** gehört jedenfalls zur Zeit auch im stationären Bereich **nicht zum Leistungskatalog** der Gesetzlichen Krankenversicherung. Der kurative Erfolg der Liposuktion ergibt sich bislang nicht auf Grundlage evidenzbasierter Medizin aus wissenschaftlich einwandfrei geführten Studien.

SG München, Urt. v. 21.01.2015 - S 17 KR 445/12 - verurteilte die Bekl., die Kl. im Rahmen eines stationären Aufenthaltes mit einer Liposuktion zu versorgen, das **LSG** wies die Klage ab.

b) Fehlende Indikation für stationäre Behandlung

LSG Thüringen, Urteil v. 31.01.2017 - L 6 KR 885/14

RID 17-02-98

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27, 39, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1

Eine **Liposuktion** kann grundsätzlich sowohl ambulant als auch stationär erfolgen und wird auch tatsächlich in beiden Varianten erbracht. Eine **stationäre Behandlung** kommt nicht in Betracht, wenn eine individuelle medizinische Indikation hierfür fehlt.

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 Gotha, Gerichtsbb. v. 16.06.2014 - S 41 KR 637/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 05.01.2017 - L 4 KR 359/15

RID 17-02-99

Revision zugelassen

juris

SGB V §§ 13 IIIa, 27

Es ist zwischen **neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung einerseits (§ 135 SGB V) und neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus andererseits (§ 137c SGB V) zu unterscheiden. Die **Liposuktion** hat **bei Lipödem** das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative. Das Gesetz setzt in § 137c III SGB V mit dem Begriff „Potential“ die Anforderungen an die geforderte Evidenz im Rahmen des Qualitätsgebots im Sinne des § 2 I 3 SGB V herab (LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 17.11.2015 - L 11 KR 1116/12 - RID 16-01-110, juris Rn. 62) (Festhalten an LSG Niedersachsen-Bremen, Ur. v. 22.03.2016 - L 4 KR 438/13 - RID 16-03-101).

SG Osnabrück, Ur. v. 20.08.2015 - S 13 KR 331/14 - verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer Liposuktion beider Oberschenkel und Unterschenkel sowie einer beiderseitigen Oberschenkel-Straffung zu versorgen; das *LSG* wies die Berufung zurück.

d) Ausreichendes Potential/Kompressionstherapie nicht bei Lipödem

SG Wiesbaden, Urteil v. 13.07.2016 - S 1 KR 35/13

RID 17-02-100

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 8 KR 371/16 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I 2, 12 I, 27, 137c

Potential i.S.d. § 137c III SGB V bedeutet nicht, dass ein vollumfänglicher Nutznachweis 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 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 Liposuktion wird seit ca. 10 Jahren durchgeführt. Es liegen mehrere kleine Studien vor, die eine positive Wirkung gezeigt haben. Damit bestehen nach Überzeugung des Gerichtes ausreichende Anhaltspunkte für einen möglichen Nutzen der Methode (so auch SG Hamburg, Ur. v. 04.09.2015 - S 33 KR 822/13 - RID 15-04-84, juris).

Bei einem aktuellen BMI von 27 kg/m² und gleichwohl weiter bestehender Schmerzhaftigkeit ist die **Gewichtsreduktion** jedenfalls nicht geeignet gewesen, auch zu einer Schmerzreduktion zu führen.

Die lange Jahre etablierte Meinung, die einzig sinnvolle medizinische Behandlung bestehe in der Kombination aus komplexer physikalischer Entstauungstherapie und **Kompressionstherapie**, gilt seit Jahren als überholt.

Das *SG* verurteilt die Bekl., die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung zur Liposuktion der Oberschenkel und Oberarme zu übernehmen.

4. Operative Brustverkleinerung

a) Ausschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten

LSG Thüringen, Urteil v. 28.02.2017 - L 6 KR 123/13

RID 17-02-101

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 27

Orthopädische Beschwerden begründen nicht die Notwendigkeit eines operativen Eingriffs im Bereich der **Brust**, wenn die **konservativen Behandlungsmöglichkeiten** nicht vollständig ausgeschöpft sind.

SG Gotha, Ur. v. 03.12.2012 - S 38 KR 1965/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Keine schwerwiegende Erkrankung der Wirbelsäule

LSG Thüringen, Urteil v. 31.01.2017 - L 6 KR 999/13

RID 17-02-102

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

Fehlt es bereits an einer schwerwiegenden **Erkrankung der Wirbelsäule**, besteht kein Anspruch auf eine **Brustverkleinerung**.

SG Gotha, Gerichtsbb. v. 15.05.2013 - S 41 KR 2563/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Hyperthermiebehandlung eines metastasierenden Ovarialkarzinoms

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 24.01.2017 - L 11 KR 2236/15

RID 17-02-103

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I 3, Ia, 13 III, 137c

Leitsatz: Die stationäre Behandlung eines metastasierenden Ovarialkarzinoms durch **Hyperthermie** bei Bestehen einer **palliativen Situation** ist vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen auch unter Berücksichtigung der grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungskatalogs nicht umfasst. Die Krankenkasse muss daher ihren Versicherten die Kosten für die Beschaffung dieser Behandlung nicht erstatten.

SG Konstanz, Ur. v. 16.04.2015 - S 2 KR 2741/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

6. Autologe Chondrozytenimplantation in Türkei

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 10.02.2017 - L 4 KR 4256/15

RID 17-02-104

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 16, 27

Leitsatz: Versicherte haben keinen Anspruch auf Erstattung von Kosten für eine in der Türkei stationär durchgeführte autologe Chondrozytenimplantation an einem Hüftgelenk.

SG Stuttgart, Ur. v. 03.09.2015 - S 4 KR 7052/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

III. Kostenerstattung

1. Genehmigungsfiktion

a) VerfG Brandenburg: PKH-Ablehnung unter Zugrundelegung nur eigenen Rechtsverständnisses

VerfG Brandenburg, Beschluss v. 24.03.2017 - VfGBbg 48/16

RID 17-02-105

juris
SGB V § 13 IIIa 6; Verf Brandenburg Art. 52; SGG § 73a; ZPO § 114

Bei einer Entscheidung über ein **Prozesskostenhilfesuch** darf nicht vernachlässigt werden, dass die Frage, ob die Krankenkasse nach Eintritt der Genehmigungsfiktion mit allen Einwendungen ausgeschlossen ist, so dass auch Leistungen zu erbringen sind, die nicht zum Leistungskatalog gehören, in Rechtsprechung und Schrifttum durchaus uneinheitlich beurteilt wird. Auch BSG, Ur. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33 führt aus, im Rahmen der Genehmigungsfiktion komme es auf die sachlich-rechtlichen Voraussetzungen des Naturalleistungsanspruchs nicht an und die Genehmigungsfiktion trete nur dann nicht ein, wenn dadurch solche Leistungsgrenzen der GKV überwunden würden, die jedem Versicherten (subjektiv) klar sein müssten. Bei einer Prozesskostenhilfeentscheidung darf ein Gericht **nicht lediglich sein eigenes Verständnis vom Inhalt der höchstrichterlichen Rechtsprechung** zugrunde legen.

Das *VerfG* stellte fest, dass LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 25.08.2016 - L 1 KR 340/16 B ER - RID 16-04-132 (Keine Versorgung bei Verbot der Arzneimittelabgabe <Cannabisblüten>) den Bf. in seinem Grundrecht auf Gleichheit vor dem Gericht aus Art. 52 III 1. Alt. Verfassung Brandenburg verletzt und verwies die Sache insoweit zur erneuten Entscheidung an das LSG zurück.

b) Sachleistungsanspruch

aa) Mitteilungspflicht (Postbariatrische Wiederherstellungsoperation)

SG Dortmund, Urteil v. 12.12.2016 - S 49 KR 463/16

RID 17-02-106

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa; SGB X § 33 I

Eine Krankenkasse muss zur Erreichung einer Fristverlängerung zwingend vor Ablauf der Frist **mitteilen**, dass sie die Frist nicht einhalten wird, und hierfür Gründe benennen.

Mit der Genehmigungsfiktion geht auch ein Anspruch auf Gewährung dieser Eingriffe als **Sachleistung** einher.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. die Durchführung von zwei postbariatrischen Wiederherstellungsoperationen in Form eines zirkulären unteren Bodylifts sowie einer Bruststraffung mit Implantaten beidseits als Sachleistung zu gewähren.

bb) Mitteilung (Postbariatrische Wiederherstellungsoperationen)

SG Darmstadt, Urteil v. 30.01.2017 - S 8 KR 340/15

RID 17-02-107

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 1 KR 131/17 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa

Wird die Frist von 5 Wochen nicht eingehalten, ist es unerheblich, dass aufgrund der fehlenden Unterlagen (der Fotodokumentation) der Versicherten nicht rechtzeitig entschieden werden konnte, wenn keine **Mitteilung der Krankenkasse** ergangen ist.

Eine Versicherte darf die begehrten Operationen aufgrund der **fachlichen Befürwortung** durch das Krankenhaus für erforderlich halten.

Nach der BSG-Rspr. kann die Genehmigungsfiktion des § 13 IIIa 6 SGB V auch einen **Sachleistungsanspruch** vermitteln.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. ein Bodylift nach Lockwood, eine Oberschenkelrekonstruktion nach Aly, eine Bruststraffung mit Prothesen als Sachleistung zu gewähren.

cc) Mitteilung der Frist (Magenbypass-Operation)

SG Detmold, Urteil v. 22.02.2017 - S 5 KR 34/15

RID 17-02-108

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

Die Genehmigungsfiktion tritt nicht lediglich bei Kostenerstattungsansprüchen, sondern auch bei **Sachleistungsansprüchen** ein. Ebenso wenig ist der Anspruch auf solche Leistungen beschränkt, die bereits Gegenstand des Leistungskataloges der GKV sind.

Die Krankenkasse hat **mitzuteilen**, innerhalb welcher Frist eine Entscheidung über den gestellten Antrag erfolgen wird. Sofern sich folglich nach Mitteilung einer ersten, sachlich gerechtfertigten Frist herausstellt, dass diese zunächst prognostizierte Frist sich aus hinreichenden Sachgründen als zu kurz erweist, kann die Krankenkasse zur Vermeidung des Eintritts der Genehmigungsfiktion dem Ast. die hinreichenden Gründe mit der geänderten tagenauen Prognose erneut - ggf. wiederholt - mitteilen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., d. Kl. eine Magenbypass-Operation als Sachleistung zur Verfügung zu stellen.

dd) Fristverlängerung (Adipositasbehandlung)

SG Gießen, Urteil v. 20.02.2017 - S 7 KR 396/16

RID 17-02-109

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 1 KR 165/17 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa

Macht die Krankenkasse nicht kenntlich, dass sie binnen einer 3-Wochen-Frist zu entscheiden hat, geschweige denn, dass diese nicht eingehalten werden kann, und fehlt es an einer ausdrücklichen Mitteilung eines Grundes für die fehlende Einhaltung der Frist, so tritt keine **Fristverlängerung** ein.

Die beantragte **Adipositasbehandlung** unterfällt ihrer Art nach dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung.

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

Das *SG* stellte fest, dass der Antrag der Kl. v. 19.03.2015 auf Gewährung einer stationären Adipositasbehandlung (zweiwöchige konservative Therapie zur Operationsvorbereitung und anschließende zweiseitige biliopankreatische Teilung mit duodenalem Switch) als Sachleistung gem. § 13 IIIa 6 SGB V als genehmigt gilt.

ee) Körperstraffung nach erheblicher Reduzierung des Körpergewichtes

SG Duisburg, Gerichtsbescheid v. 04.12.2016 - S 39 KR 328/15

RID 17-02-110

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Durch die fingierte Genehmigung nach § 13 IIIa 6 SGB V kann eine Versicherte die beantragte **Sachleistung** entsprechend dem für das SGB V grundlegenden Sachleistungsprinzip in Anspruch nehmen.

Eine **Körperstraffung** bei einer Bildung von Weichteilüberschüssen und Hautfalten aufgrund einer erheblichen Reduzierung des Körpergewichtes ist keine Leistung, die offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der GKV liegt.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. antragsgemäß drei postbariatrische Wiederherstellungsoperationen (Bodylift nach Lockwood, Oberschenkelstraffung bds., Oberarmrekonstruktion bds.) als Sachleistung zu gewähren.

ff) Straffungsoperationen

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 21.03.2017 - L 1 KR 623/15

RID 17-02-111

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

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. Bei **Straffungsoperationen** handelt es sich um Behandlungen, die (ausschließlich) von Ärzten erbracht werden und nach Maßgabe weiterer Voraussetzungen grundsätzlich Leistungen der GKV darstellen können.

SG Köln, Urt. v. 08.09.2015 - S 34 KR 1016/14 - verurteilte die Bekl., der Kl. stationäre Straffungsoperationen der Arme und Oberschenkel als Sachleistung zu gewähren. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

gg) Fristverlängerung (Liposuktion bei Lipödem)

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 02.03.2017 - L 5 KR 217/16

RID 17-02-112

Revision anhängig: B 1 KR 8/17 R

juris

SGB V § 13 IIIa

Die **Liposuktion bei Lipödem** liegt nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (a.A. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.11.2016 - L 11 KR 5297/15 - RID 17-01-104 betreffend die ambulante Liposuktion; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.09.2016 - L 4 KR 320/16 - RID 16-04-121 betreffend ambulante und stationäre Liposuktionen).

Eine **Fristverlängerung** setzt die Mitteilung mindestens eines hinreichenden Grundes für die von der Krankenkasse prognostizierte, taggenau anzugebende Dauer des Bestehens zumindest eines solchen Grundes voraus.

Die Genehmigungsfiktion begründet auch einen **Naturalleistungsanspruch**.

SG Speyer, Urt. v. 14.07.2016 - S 13 KR 245/15 - RID 16-04-105 verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer zweiseitigen stationären Liposuktion der Beine als Sachleistung zu versorgen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

hh) Mutter-Kind-Maßnahme

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 27.03.2017 - L 1 KR 702/16

RID 17-02-113

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IIIa, 24

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

Bei einer **Mutter-Kind-Maßnahme** handelt es sich gem. § 24 SGB V um eine Leistung, die grundsätzlich vom Leistungskatalog der GKV umfasst ist.

SG Köln, Ur. v. 06.09.2016 - S 34 KR 56/16 - verurteilte die Bekl., d. Kl. mit einer stationären Vorsorgeleistung in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung als Sachleistung zu versorgen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

ii) Aussetzung der Vollstreckung

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 07.02.2017 - L 5 AR 3/17 KR ER

RID 17-02-114

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa; SGG § 199 II

Leitsatz: 1. Eine **Aussetzung der Vollstreckung** durch einstweilige Anordnung nach § 199 Abs. 2 SGG erfolgt grundsätzlich nur in Ausnahmefällen dann, wenn das Rechtsmittel offensichtlich Aussicht auf Erfolg hat.

2. Zur Anwendung des § 13 Abs. 3a SGB V auf **Sachleistungsansprüche**.

SG Kiel, Ur. v. 13.12.2016 - S 10 KR 292/15 - RID 17-01-99 verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer Bauchdeckenstraffung und einer beidseitigen Oberschenkelstraffung als Sachleistung zu versorgen, das *LSG* lehnte den Antrag auf Aussetzung der Vollstreckung ab.

jj) Keine Mitteilung über MDK/Keine Prüfung der Erforderlichkeit

SG Köln, Urteil v. 15.11.2016 - S 34 KR 1026/15

RID 17-02-115

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 2/17 R
juris
SGB V § 13 IIIa; GG Art. 3 I

Die **Frist** von drei Wochen ist maßgeblich, wenn die Krankenkasse die Versicherte nicht vor Ablauf von drei Wochen über die **Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme unterrichtete** (vgl. BSG, Ur. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33).

Werden Fristen i.S. von § 13 IIIa SGB V seitens der Krankenkasse nicht eingehalten, gilt die klar formulierte Rechtsfolge, dass die Leistung **ohne weitere Prüfung der Erforderlichkeit** und unabhängig davon, ob es um einen Antrag auf Sachleistung oder auf Kostenerstattung geht, als genehmigt gilt. Die Krankenkasse ist daher mit allen Einwendungen gegen den Anspruch ausgeschlossen.

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

kk) Fehlende Mitteilung (Schlauchmagenanlage)

SG München, Gerichtsbescheid v. 06.04.2017 - S 44 KR 1953/16

RID 17-02-116

juris
SGB V § 13 IIIa

Die Krankenkasse muss zur Erreichung einer **Fristverlängerung** zwingend noch vor Ablauf der Frist mitteilen, dass sie die Frist nicht einhalten kann, und sie muss die Gründe hierfür benennen.

Die Genehmigungsfiktion gilt auch für den Fall eines geltend gemachten **Sachleistungsanspruchs**.

Das *SG* verurteilte die Bekl., aufgrund der gem. § 13 IIIa 6 SGB V eingetretenen Genehmigungsfiktion mit der am 04.11.2015 beantragten adipositas-chirurgischen Maßnahme (Schlauchmagen) als Sachleistung zu versorgen.

c) „Erforderliche“ Leistung

aa) Liposuktion

SG Aachen, Urteil v. 25.01.2017 - S 1 KR 157/16

RID 17-02-117

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

Die **Fiktionswirkung** nach § 13 IIIa SGB V beschränkt sich nicht auf Leistungen, die bereits Gegenstand des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung sind. Nach BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33 führt die in § 13 IIIa 7 SGB V geregelte Begrenzung auf „**erforderliche**“ Leistungen lediglich zu einer Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen. Die Begrenzung führt mithin zu einer Rechtsmissbrauchskontrolle, nicht jedoch zu einer Beschränkung auf Leistungen, die bereits jetzt ohne weiteres als Sachleistung zulasten der GKV gewährt werden müssen.

Dafür, dass die **Liposuktion** dem Grunde nach eine Leistung der GKV darstellen kann und nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der GKV liegt, spricht insb. der Umstand, dass der GBA aktuell aufgrund eines Beschl. v. 22.05.2014 (BAnz AT v. 01.04.2015 B4) im Hinblick auf diese Methode ein sektorenübergreifendes Bewertungsverfahren nach §§ 135, 137c SGB V durchführt (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.12.2016 - L 1 KR 680/15 - RID 17-01-96, Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 7/17 R).

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten der im September 2016 durchgeführten stationären Liposuktion in Höhe von 4.588,61 € zu erstatten.

bb) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (radiofrequenzinduzierte Thermotherapie)

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 02.03.2017 - L 5 KR 277/16

RID 17-02-118

Revision anhängig: B 1 KR 6/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IIIa, 135 I 1

Eine **radiofrequenzinduzierte Thermotherapie** ist zwar nicht im EBM aufgeführt, sie liegt aber auch nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV im Sinne der Rspr. des BSG. Bei einer **ärztlichen Empfehlung** kann ein Versicherter die Behandlung für geeignet und erforderlich halten.

SG Speyer, Urt. v. 25.08.2016 - S 13 KR 426/15 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten für die am 27.03.2015 durchgeführte radiofrequenzinduzierte Thermotherapie in Höhe von 1.630,10 € zu erstatten.

d) Taggenaue Angabe der prognostizierten Dauer des Bestehens des Verzögerungsgrundes

SG Speyer, Gerichtsbescheid v. 26.02.2017 - S 17 KR 336/16

RID 17-02-119

juris
SGB V § 13 IIIa

Für einen **Entscheidungsaufschub** reicht die Mitteilung, dass die gesetzlich vorgesehene Entscheidungsfrist nicht eingehalten werden kann, weil die durch den MDK bei der Kl. angeforderten Befunde noch nicht vorgelegt worden sind, nicht aus. Es bedarf die Angabe einer von der Krankenkasse prognostizierten, **taggenau anzugebenden** Dauer des Bestehens des Verzögerungsgrundes (so BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33, juris Rn. 20). Auf dieses Erfordernis kann auch dann nicht verzichtet werden, wenn vom Leistungsberechtigten Mitwirkungshandlungen verlangt werden (Anschluss an LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 03.11.2016 - L 5 KR 197/15 - RID 17-01-84).

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. mit einem Magenbypass zu versorgen.

e) Verlängerung der Frist verlangt taggenaue Angabe

SG Darmstadt, Gerichtsbescheid v. 22.02.2017 - S 18 KR 142/15

RID 17-02-120

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Das bloße **Zurückschicken eines Antrags** beendet das Verfahren nicht.

Für die **Verlängerung der Frist** auf fünf Wochen ist es erforderlich, dass die Krankenkasse nicht nur über den hinreichenden Grund informiert, warum sie noch nicht entscheidet. Sie hat auch mitzuteilen, bis zu welchem Tag (taggenau) sich die Frist bis zum Eintritt der Genehmigungsfiktion verschiebt.

Bei einer **Mammareduktion, Fettschürzenresektion** und **Oberschenkelstraffung** handelt es sich um Leistungen, die zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. die beantragte Mammareduktion, die Fettschürzenresektion und die Oberschenkelstraffung als Sachleistung zur Verfügung zu stellen.

f) Fristverlängerung bei Einschaltung des MDK: Genaue Mitteilung

SG Darmstadt, Gerichtsbescheid v. 08.03.2017 - S 18 KR 705/15

RID 17-02-121

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Zur **Fristverlängerung** reicht es nicht aus, über die Einschaltung des MDK zu informieren. Es bedarf der Mitteilung, **bis zu welchem Tag** sich dadurch die Frist verlängert.

Postbariatrische Wiederherstellungsoperationen gehören grundsätzlich zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. auf der Grundlage der eingetretenen Genehmigungsfiktion drei postbariatrische Wiederherstellungsoperationen (Oberarme, Oberschenkel, Mammae) als Sachleistung zur Verfügung zu stellen.

g) Hinweis auf Verlängerung der Frist/ Magenbypass-Operation

SG Darmstadt, Gerichtsbescheid v. 22.02.2017 - S 18 KR 753/14

RID 17-02-122

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 1 KR 146/17 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Weist die Krankenkasse zu keinem Zeitpunkt darauf hin, dass sich die Entscheidungsfrist von drei Wochen auf fünf Wochen bzw. noch darüber hinaus **verlängert**, dann tritt die Genehmigungsfiktion ein.

Magenbypass-Operationen gehören als ultima-ratio-Therapie zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. eine Magenbypass-Operation als Sachleistung zur Verfügung zu stellen.

h) Einschaltung des MDK: Taggenaue Angabe für Fristverlängerung (Mammareduktionsplastik)

SG Darmstadt, Gerichtsbescheid v. 03.03.2017 - S 18 KR 36/16

RID 17-02-123

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 1 KR 184/17 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Die Frist von drei Wochen ist durch die **Einschaltung des MDK** nicht auf fünf Wochen verlängert worden. Eine **Fristverlängerung** setzt voraus, dass nicht nur darüber informiert wird, dass der MDK eingeschaltet wird. Sie muss auch darüber informieren, bis zu welchem Tag sich die Entscheidungsfrist verlängert.

Das **SG** verurteilte die Bekl., d. Kl. Kosten in Höhe von 6.961,50 € auf der Grundlage der eingetretenen Genehmigungsfiktion zu erstatten.

i) Drei-Wochen-Frist bei fehlender Information über MDK (Laparoskop. Magenschlauch-Op)

SG Darmstadt, Gerichtsbescheid v. 30.01.2017 - S 18 KR 83/14

RID 17-02-124

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

Die Frist zur Entscheidung nach § 13 IIIa 1 SGB V beträgt **drei Wochen**, auch wenn der MDK eingeschaltet wird, aber die Krankenkasse nicht über die Einschaltung des MDK **informiert**.

Eine **laparoskopische Magenschlauch-Operation** liegt nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Aufgrund der fachlichen Befürwortung des Antrags durch die Hausärztin und die voraussichtlich operierenden Ärzte durfte die Kl. die Behandlung für geeignet und erforderlich halten.

Das SG verurteilte die Bekl., der Kl. eine laparoskopische Magen-Bypass-Operation als Sachleistung zur Verfügung zu stellen.

j) Voraussetzungen einer Fristverlängerung (Schlauchmagen-Operation)

SG Darmstadt, Gerichtsbescheid v. 20.02.2017 - S 18 KR 366/16

RID 17-02-125

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 1 KR 159/17 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa

Es ist für ein **Verschieben der Fristen** nicht ausreichend, dass ein zureichender Grund vorlag, um noch nicht zu entscheiden. Liegt ein Grund vor, noch nicht zu entscheiden, muss der Ast. mitgeteilt werden, um welchen Grund es sich handelt und bis wann sich die Frist verlängert.

Bei der **Schlauchmagen-Operation** handelt es sich um eine erforderliche Leistung im Sinne des § 13 IIIa SGB V.

Das SG verurteilte die Bekl., der Kl. Kosten in Höhe von 9.903,25 € zu erstatten.

k) Entscheidungsfristen setzen fristgerechte Bekanntgabe voraus (Bariatrische Schlauchmagen-Op)

SG Mainz, Urteil v. 21.02.2017 - S 12 KR 112/16

RID 17-02-126

juris
SGB V § 13 IIIa

Für die Frist des § 13 IIIa SGB V kommt es nicht auf die interne Entscheidungsfindung der Beklagten an. Die für das Antragsverfahren gesetzten **Entscheidungsfristen** sind so auszulegen, dass diese einen Abschluss des Verfahrens durch eine dem Versicherten **bekannt gegebene Entscheidung** verlangen. Ein Versicherter darf eine **bariatrische Schlauchmagenoperation** angesichts der ärztlichen Empfehlung für erforderlich halten.

Das SG stellte fest, dass der Antrag des Kl. auf Gewährung einer bariatrischen Schlauchmagenoperation als Sachleistung gem. § 13 IIIa 6 SGB V als genehmigt gilt.

l) Geltung der Fünf-Wochen-Frist bei Einholung eines MDK-Gutachtens auch ohne Mitteilung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.02.2017 - L 11 KR 2090/16

RID 17-02-127

Revision anhängig: B 1 KR 3/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13a, 27 I 1, 135

Die **Immuntherapie mit dendritischen Zellen** ist neu und als bislang nicht vom GBA empfohlene Methode zur Behandlung des Kolonkarzinoms damit grundsätzlich kein Leistungsgegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.11.2010 - L 11 KR 1871/10 - RID 11-01-118; LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 12.01.2012 - L 5 KR 49/10 - RID 12-01-116; LSG Hessen, Beschl. v. 28.03.2013 - L 8 KR 68/13 ZVW - RID 13-04-65; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 18.02.2014 - L 11 KR 5016/12 - RID 14-03-73; zur privaten

Krankenversicherung: OLG Oldenburg, Urt. v. 16.12.2015 - 5 U 82/15 - RID 16-01-371; OLG Köln, Urt. v. 11.03.2016 - 20 U 178/14 - RID 16-04-327).

Die alternativen **Fristen** in § 13 IIIa 1 SGB V sind nach dem Wortlaut allein daran geknüpft, ob eine gutachtliche Stellungnahme eingeholt wird oder nicht. **Unterrichtet** die Krankenkasse nicht – wie in § 13 IIIa 2 SGB V gefordert – darüber, dass sie eine gutachtliche Stellungnahme einholt, dann führt die Verletzung dieser Pflicht nicht dazu, dass abweichend von Satz 1 die Drei-Wochen-Frist gilt (a.A. BSG, Urt. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 33).

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Immuntherapie eines Colonkarzinoms mit dendritischen Zellen streitig. *SG Ulm*, Urt. v. 19.05.2016 - S 13 KR 2857/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

m) Mitteilung über Einholung gutachterlicher Stellungnahme (Myo-Orthese WalkAide)

LSG Hessen, Urteil v. 23.02.2017 - L 8 KR 372/16

RID 17-02-128

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa, 33

Eine **Feststellungsklage** ist mangels Feststellungsinteresse unzulässig, wenn eine Versicherte ihren behaupteten Sachleistungsanspruch sowohl nach den betreffenden materiellrechtlichen Anspruchsgrundlagen als auch auf der Grundlage des von ihr geltend gemachten Eintritts der Genehmigungsfiktion gemäß § 13 IIIa 6 SGB V mit einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage verfolgen kann.

Ein **Hilfsmittel**, das im Hilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführt ist, muss zu seiner Verordnungsfähigkeit durch medizinisch-technische Studien in seiner Wirksamkeit nachgewiesen sein. Daran fehlt es vorliegend bei der Myo-Orthese WalkAide (LSG Hessen, Urt. v. 14.04.2016 - L 1 KR 277/13 - RID 16-03-125). Bei Mitteln, die nicht dem direkten Behinderungsausgleich dienen, sondern die zur Sicherung der ärztlichen Behandlung und im Rahmen des mittelbaren Behinderungsausgleiches eingesetzt werden, sind der therapeutische Nutzen und die Wirksamkeit für die beanspruchten Indikationen nach § 139 SGB V zu belegen.

Die **Drei-Wochen-Frist** ist maßgebend, wenn die Krankenkasse den Leistungsberechtigten nicht über die (tatsächlich erfolgte) Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme unterrichtet (BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 33, juris Rn. 28). Der **Hinweis**, dass sie als Krankenkasse „bereits aktiv sei“, jedoch erst endgültig entscheiden könne, wenn sie die noch „fehlenden Informationen des medizinischen Beraters“ erhalten habe, setzt eine Versicherte hinreichend deutlich in Kenntnis, dass eine gutachterliche Stellungnahme eingeholt wird und sie aus diesem Grund nicht dazu in der Lage ist, die Drei-Wochen-Frist einzuhalten. Für die Erfüllung der Hinweispflicht kommt es auch nicht maßgeblich darauf an, dass **keine taggenaue Abschätzung** der Dauer des Bestehens des Hinderungsgrundes angegeben wird. Diese Obliegenheit trifft die Krankenkasse allein im Rahmen der Hinweispflicht nach § 13 IIIa 5 SGB V im Falle der Unmöglichkeit, die einschlägige Frist nach § 13 IIIa 1 SGB V einzuhalten, nicht hingegen bezüglich der Mitteilung zur Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme, welche die 5-Wochen-Frist des § 13 Abs. IIIa 1 2. Alt SGB V begründet.

SG Wiesbaden, Urt. v. 27.06.2016 - S 2 KR 145/15 - stellte fest, dass der Antrag der Kl. auf Gewährung einer Myo-Orthese WalkAide als Sachleistung gemäß § 13 IIIa 6 SGB V als genehmigt gilt. Das *LSG* wies die Klage ab.

n) Fristverlängerung wegen Einholung eines MDK-Gutachtens (Liposuktion)

LSG Sachsen, Beschluss v. 07.02.2017 - L 1 KR 242/16 B ER

RID 17-02-129

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

Die **Genehmigungsfiktion** tritt nicht schon nach Ablauf der dreiwöchigen Frist des § 13 IIIa 1 Alt. 1 SGB V ein, wenn die Krankenkasse innerhalb der dreiwöchigen Frist mitteilt, dass die Einholung eines Gutachtens des MDK beabsichtigt ist. Wird innerhalb der fünföchigen Frist des § 13 IIIa 1 Alt. 2 SGB V erklärt, dass die restliche Zeit bis zum Ablauf der Frist nicht ausreicht, um das erforderliche Gutachten des MDK einzuholen, da es sich um einen „schwierigen Antrag“ handelt, was zutrifft, reicht dies für eine Fristverlängerung aus.

Eine **Liposuktion** ist nicht deshalb **eilbedürftig**, weil ansonsten eine Berufsausbildung verwehrt ist, wenn ein derzeit aufgehobenes Leistungsvermögen nicht aus dem Lipödem, sondern auf anderen Erkrankungen beruht.

SG Dresden, Beschl. v. 18.08.2016 - S 15 KR 509/16 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

o) Rücknahme

aa) Sachleistungsanspruch (Schlauchmagen-Operation)

SG München, Gerichtsbescheid v. 07.02.2017 - S 39 KR 1976/16

RID 17-02-130

juris

SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45

Die **Genehmigungsfiktion** nach § 13 IIIa SGB V begründet auch einen unmittelbar auf Versorgung gerichteten **Leistungsanspruch**.

Die Rechtmäßigkeit der Genehmigungsfiktion ist nach der Erfüllung der Voraussetzungen des § 13 IIIa SGB V zu beurteilen, „nicht nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs“ (vgl. BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33).

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

bb) Nachträgliche Beseitigung der Genehmigungsfiktion/Aussetzung der Vollstreckung

LSG Bayern, Beschluss v. 10.03.2017 - L 5 KR 141/17 ER

RID 17-02-131

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa; SGB X §§ 45, 47; SGG § 199 II

Leitsatz: 1. Die **Genehmigungsfiktion** nach § 13 Abs. 3a SGB V kann sowohl zu einem **Sachleistungsanspruch** als auch zu einem Kostenerstattungsanspruch führen, weil andernfalls Bemittelte, die sich die Leistung leisten können, besser stehen als nicht Bemittelte.

2. Das **Aussetzungsverfahren** gem. § 199 Abs. 2 SGG ist ein eigenständiges Verfahren, welches der Bewilligung von **Prozesskostenhilfe** zugänglich ist und daher einer eigenen Kostenentscheidung bedarf.

Streitgegenstand des Ausgangsverfahrens ist die Sachleistungsgewährung plastisch-chirurgischer Folgeeingriffe einer adipositas-chirurgischen Maßnahme im April 2013. Im Erörterungstermin vor dem *SG* erkannte die Bekl. an, dass vorliegend eine Genehmigungsfiktion i.S.d. § 13 IIIa SGB V eingetreten sei. Weiter erklärte sie zur Niederschrift, nach erfolgter Anhörung werde die Genehmigungsfiktion nach § 45 SGB X zurückgenommen. *SG München*, Urt. v. 01.09.2016 - S 3 KR 381/15 - hob den ablehnenden Ausgangsbescheid und den Aufhebungsbescheid auf und verurteilte die Bekl. antragsgemäß zur Sachleistung. Dagegen hat die Bekl. Berufung eingelegt. Mit formellem Bescheid vom 03.02.2017 hat sie den fingierten Bescheid vom 25.02.2016 zurückgenommen sowie den Antrag vom 20.01.2015 abgelehnt. Das *LSG* lehnte den Antrag der Bekl., die Vollstreckung aus dem Urteil auszusetzen, ab.

cc) Aufhebungsverfügung/Stationäre Rehabilitation/Sachleistung

SG Speyer, Urteil v. 21.02.2017 - S 16 KR 573/15

RID 17-02-132

juris

SGB V §§ 2 II 1, 11, 13 IIIa

Leitsatz: 1. Soweit das klägerische Begehren auf den Eintritt einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V gestützt werden kann, ist die allgemeine **Leistungsklage** nach § 54 Abs. 5 SGG statthaft. Es bedarf weder der Kombination mit einer Anfechtungsklage nach § 54 Abs. 1 S. 1 SGG, noch der Durchführung eines Vorverfahrens. Eine bezüglich der Genehmigungsfiktion ergangene **Aufhebungsverfügung** wird nicht nach **§ 96 Abs. 1 SGG** (analog) Gegenstand des Klageverfahrens (entgegen *SG München* vom 16.6.2016 - S 7 KR 409/15 - RID 16-04-127, Rn. 24 ff).

2. Bei einer Leistung der **medizinischen Rehabilitation** (hier stationäre medizinische Rehabilitation nach § 40 Abs. 2 SGB V) steht § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V der Anwendbarkeit des § 13 Abs. 3a S. 6

SGB V nicht entgegen (vgl. SG Speyer vom 8.4.2016 - S 19 KR 479/14 - RID 17-01-108; SG Speyer vom 24.10.2016 - S 16 R 1005/14 - RID 17-02-83).

3. Rechtsfolge der Fristversümmnis ist nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V, dass die beantragte Leistung als genehmigt gilt (**fingierter Verwaltungsakt**) und die Krankenkasse die **Sachleistung** nunmehr auch zu gewähren hat (Anschluss an SG Speyer vom 8.4.2016 - S 19 KR 479/14, Rn. 30 m.w.N.; SG Speyer vom 18.11.2016 - S 19 KR 329/16 - RID 17-01-97, Rn. 37 ff.; Fortführung von SG Speyer vom 24.10.2016 - S 16 R 1005/14, Rn. 52 ff).

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in der F-Klinik zu versorgen.

dd) Sachleistungsanspruch/Hilfsmittel/Rücknahmebescheid

LSG Bayern, Urteil v. 31.01.2017 - L 5 KR 471/15

RID 17-02-133

Revision anhängig: B 3 KR 12/17 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 IIIa, 33 I; SGG § 96

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

Wenn die **Nichteinhaltung der gesetzlichen 5-Wochen-Frist** schon nicht mitgeteilt wird und auch nicht die Folgen aufgeführt werden, dann wird die mit § 13 IIIa 5 SGB V gesetzlich normierte Warnfunktion nicht erfüllt.

Versicherte können den Eintritt der Genehmigungsfiktion sodann zum Anlass nehmen, entweder von der Krankenkasse die **Leistung** zu verlangen oder sich die Leistung selbst zu beschaffen und **Kostenerstattung** zu verlangen.

Medizinische **Hilfsmittel** (hier: Elektrorollstuhl) stellen grundsätzlich keine Leistungen der **medizinischen Rehabilitation** im Sinne des § 13 IIIa 9 SGB V dar (vgl. bereits LSG Bayern, Urt. v. 28.06.2016 - L 5 KR 323/14 - RID 17-01-111). Nach dem eindeutigen Wortlaut des § 13 IIIa 9 SGB V werden die Fälle des Sachleistungsanspruchs nicht erfasst.

Im Rahmen des Anwendungsbereichs von § 13 IIIa 6 SGG sind auch die Regelungen über die **Aufhebung von Verwaltungsakten** nach §§ 44 ff. SGB X anwendbar. Verwaltungsaktqualität hat erst die fingierte Genehmigung. Ein Abstellen auf die Genehmigungsfiktion führt zu einem Zirkelschluss. Liegen die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion nicht vor, können sie auch nicht eintreten. Einer Rücknahme bedürfte es in einem solchen Fall folglich nicht. Ein späteres Entfallen der Voraussetzungen für die Genehmigungsfiktion (hinreichend bestimmter Antrag, fehlende fristgemäße Entscheidung bzw. Mitteilung) ist denklogisch ausgeschlossen.

Das nicht pflichtgemäß ausgeübte **Ermessen** führt sowohl im Anwendungsbereich des § 45 SGB X als auch des § 47 SGB X zur Rechtswidrigkeit der Rücknahmeentscheidung.

SG Nürnberg, Urt. v. 24.09.2015 - S 7 KR 345/15 - verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Elektrorollstuhl zu versorgen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

2. Behandlung durch Nichtvertragsarzt

LSG Hamburg, Urteil v. 30.06.2015 - L 1 KR 89/14

RID 17-02-134

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 II

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach gem. § 13 II 6 SGB V in seiner im Jahr 2008 geltenden Fassung (a.F.) **Nichtvertragsbehandler** nur nach **vorheriger Genehmigung** der Krankenkasse in Anspruch genommen werden durften, ist zutreffend.

SG Hamburg, Urt. v. 16.05.2014 - S 33 KR 268/09 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück, **BSG**, Beschl. v. 30.11.2016 - B 1 KR 77/15 B - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

3. Inanspruchnahme eines nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arztes

LSG Thüringen, Urteil v. 29.11.2016 - L 6 KR 1002/12

RID 17-02-135

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 11 I 1 Nr. 4, 12 I, 13 III, 27 I

Ein Sachleistungsanspruch und damit auch eine Kostenerstattung sind ausgeschlossen, wenn ein Arzt in Anspruch genommen wird, der **nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen** ist.

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung für ärztliche Behandlungen (Neuraltherapie, Chirotherapie, Osteopathie, Muskelfunktionstherapie, Akupunktur, orthomolekulare Medizin sowie kieferchirurgische Diagnostik) einschließlich Blutuntersuchungen sowie apothekenpflichtiger, nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel (Vitamin B Komplex, Vitamin B12 Depot Injektipas) und Nahrungsergänzungsmittel (BioFol 100C, Prodivalit44, B12 Sublingual, Pro Sirtusan und Pro EM san) streitig. *SG Gotha*, Gerichtsbb. v. 07.05.2012 - S 41 KR 4807/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft in Tschechien

SG Dresden, Gerichtsbescheid v. 03.03.2017 - S 25 KR 236/14

RID 17-02-136

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 IV, 27a

Die Leistungen der Krankenversicherung gem. § 27a I SGB V beinhalten unter den dort genannten Voraussetzungen auch medizinische **Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft**. Umfasst sind jedoch nur **von der deutschen Rechtsordnung erlaubte** Maßnahmen. Es muss bei einer Behandlung im Ausland (Tschechien) nachgewiesen werden, dass insb. das Embryonenschutzgesetz bzw. die Richtlinien zur künstlichen Befruchtung des GBA beachtet werden.

Das *SG* wies die Klage ab.

5. Dringlichkeit der Versorgung bei Krankenhausentlassung (Kardioverter-Defibrillator)

SG Augsburg, Urteil v. 24.08.2016 - S 10 KR 489/14

RID 17-02-137

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 4 KR 498/16 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 III, IIIa

Allein aus der **geplanten Entlassung aus dem Krankenhaus** kann sich eine medizinische **Dringlichkeit** für die Versorgung mit einem **tragbaren Kardioverter-Defibrillator „LifeVest“** zur Miete nicht ergeben, vielmehr wäre ggf. die stationäre Behandlung und Überwachung bis zur Entscheidung der Krankenkasse fortzuführen, soweit eine solche notwendig sein sollte. Außerdem ist in jedem Fall, grundsätzlich auch in Notfällen, zur Begründung eines Kostenerstattungs- bzw. Freistellungsanspruchs die rechtzeitige Antragstellung bei der Krankenkasse vor Selbstbeschaffung erforderlich.

Das **Kostenerstattungsverfahren** kann nicht dazu genutzt werden, die Leistungspflicht der Krankenkasse losgelöst von einer **tatsächlichen Kostenbelastung** des Betroffenen zu klären (vgl. BSG, Urt. v. 28.03.2000 - B 1 KR 21/99 R - BSGE 86, 66 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 21).

Erfolgt eine **Selbstbeschaffung bereits vor Antragstellung**, scheidet ein Freistellungsanspruch nach **§ 13 IIIa 7 SGB V** aus.

Das *SG* wies die Klage ab.

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) scheidet 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.

Immunglobuline bei monoklonaler Gammopathie unbest. Signifikanz

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 24.01.2017 - L 4 KR 456/14

RID 17-02-138

Revision anhängig: B 1 KR 4/17 R

juris

SGB V §§ 2 Ia, 27 I 2 Nr. 1 u. 3, 31 I 1

Bei einem **Antikörpermangelsyndrom** bei **monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz** besteht ein Anspruch auf Versorgung mit den für diese Erkrankung nicht zugelassenen **Immunglobulinpräparaten** „Intratec“, „Octagam“ und „Privigen“ nach § 2 Ia SGB V. Eine aus dieser Erkrankung resultierende signifikante Erniedrigung der polyklonalen Immunglobuline, auf der wiederum eine erhöhte Infektanfälligkeit beruht, ist **lebensbedrohlich**, weil sich aus dem Mangel an Immunglobulin immer wieder Pneumonien und Blutvergiftungen entwickeln. Als lebensbedrohlich ist die erhöhte Infektanfälligkeit anzusehen, die zu einer nicht typischen und nicht altersentsprechenden Häufung von schwersten rezidivierenden Lungenentzündungen mit Todesgefahr geführt hat. Es ist nicht allein auf die einzelnen, unzweifelhaft noch mit Antibiotika zu behandelnden Infektionen abzustellen, sondern auf die aus der Grunderkrankung resultierende Schwächung des körpereigenen Abwehrsystems mit der daraus resultierenden Gefahr des Exodus (etwa nach Sepsis).

SG Hannover, Urt. v. 23.09.2014 - S 39 KN 47/09 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem intravenös zu verabreichenden, den Wirkstoff Immunglobulin enthaltenden Arzneimittel entsprechend ärztlicher Verordnung zu versorgen.

V. Hilfsmittel/Heilmittel

1. Hörgeräteversorgung: Weiterleitung eines Antrags/Genehmigungsfiktion/Med. Rehabilitation

SG Speyer, Urteil v. 24.10.2016 - S 16 R 1005/14

RID 17-02-139

juris

SGB V §§ 13 IIIa, 33 I; SGB IX § 14; SGG § 75 V

Leitsatz: Die allgemeine **Leistungsklage** ist nach § 54 Abs. 5 SGG gegenüber einer beigeladenen Krankenkasse statthaft, soweit das klägerische Begehren auf den Eintritt einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V gestützt werden kann. Hierfür bedarf es weder der Kombination mit einer Anfechtungsklage nach § 54 Abs. 1 Satz 1 SGG noch der Durchführung eines Vorverfahrens bei der Beigeladenen.

Bei der Versorgung mit **Hörgeräten** handelt es sich auch im Leistungsrecht der GKV in aller Regel um eine Leistung der **medizinischen Rehabilitation**, da sie in fast allen Fällen nicht (ausschließlich) der Sicherung eines Behandlungserfolgs, sondern (auch) dem Ausgleich einer Behinderung (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) dient.

Die **fristgemäße Weiterleitung eines Antrags** nach § 14 SGB IX hat nicht zur Folge, dass der erstangegangene Rehabilitationsträger im Verhältnis zum Antragsteller seine gegebenenfalls bestehende **Zuständigkeit** für die Leistungserbringung verliert (Anschluss an BSG, Urteil vom 14.12.2006 - B 4 R 19/06 R - SozR 4-3250 § 14 Nr. 3, Rn. 32; entgegen u.a. BSG, Urteil vom 24.01.2013 - B 3 KR 5/12 R - BSGE 113, 40 = SozR 4-3250 § 14 Nr. 19, Rn. 16; BSG, Urteil vom 20.10.2009 - B 5 R 5/07 R - SozR 4-3250 § 14 Nr. 8, Rn. 15 f.).

Eine **Weiterleitung** nach § 14 Abs. 1 SGB IX schränkt die Wirkung der **Genehmigungsfiktion** nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V nicht ein.

Bei einer Leistung der **medizinischen Rehabilitation** (hier Versorgung mit Hörgeräten) steht des § 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V der Anwendbarkeit des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V nicht entgegen (Anschluss an SG Speyer, Gerichtsbescheid vom 08.04.2016 - S 19 KR 479/14 - RID 17-01-108).

Rechtsfolge der Fristversäumnis ist nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V, dass die beantragte Leistung als genehmigt gilt (**fingierter Verwaltungsakt**) und die Krankenkasse die **Sachleistung** nunmehr auch zu

gewähren hat (Anschluss an SG Speyer, Gerichtsbescheid vom 08.04.2016 - S 19 KR 479/14 -, Rn. 30 m.w.N., RID 17-01-108).

Der Anspruch von Versicherten auf Versorgung mit Hörhilfen gemäß § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V ist ein Sachleistungsanspruch, also auf tatsächliche Verschaffung von Hörgeräten gerichtet. Der Sachleistungsanspruch des Versicherten auf die erforderliche Hörgeräteversorgung wird weder durch die **Festbetragsfestsetzung** noch durch eine Preisvereinbarung zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer begrenzt (Anschluss an SG Speyer, Urteil vom 18.09.2015 - S 19 KR 509/14 -, Rn. 32 ff., RID 16-01-136).

Das SG verurteilte die Beigel., die Kl. beidseitig mit Hörgeräten des Modells Widex Dream 220 D2-FS-P einschließlich des im Kostenvoranschlag v. 17.02.2014 genannten Zubehörs zu versorgen

2. Kein Mobilitätstraining sieben Jahre nach Versorgung mit Rollstuhl

LSG Thüringen, Beschluss v. 31.01.2017 - L 6 KR 977/15 ER

RID 17-02-140

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 12 I, 33 I; SGG § 86b II

Unabhängig von der Frage, ob ein **Mobilitätstraining** sieben Jahre nach erfolgter Versorgung mit dem Rollstuhl überhaupt noch erforderlich und geeignet wäre, ist hierfür keine gesetzliche Grundlage ersichtlich. Die Einweisung in den Gebrauch des Rollstuhls ist seinerzeit erfolgt; mehr kann von der Krankenkasse nicht verlangt werden. Dass das Mobilitätstraining ein zusätzliches, über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hinausgehendes Trainingsangebot ist, zeigt sich daran, dass die M.-S.-Stiftung sich von den Teilnehmern regelmäßig eine Einzugsermächtigung erteilen lässt.

SG Nordhausen, Ur. v. 21.01.2013 - S 6 KR 4573/11 - wies die Klage ab, das **LSG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

3. Versorgung mit einer Echthaarperücke

SG Koblenz, Urteil v. 30.11.2016 - S 9 KR 756/15

RID 17-02-141

juris

SGB V §§ 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 33 I 1 u. 4, 34 IV

Es besteht regelmäßig ein Anspruch gegen die Krankenkasse auf Versorgung mit einer **Echthaarperücke**, da nur eine solche – im Gegensatz zu einer Kunsthaarperücke – eine Qualität aufweist, die den Verlust des natürlichen Haupthaars für einen unbefangenen Beobachter nicht sogleich erkennen lässt (vgl. BSG, Ur. v. 23.07.2002 - B 3 KR 66/01 R - SozR 3-2500 § 33 Nr. 45; BSG, Ur. v. 22.04.2015 - B 3 KR 3/14 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 45).

Das SG verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für die selbstbeschaffte Echthaarperücke in Höhe von 1.385,00 € zu erstatten.

Parallelverfahren:

SG Koblenz, Urteil v. 30.11.2016 - S 9 KR 920/16

RID 17-02-142

juris

4. Unterkiefer-Protrusionsschiene bei Schlafapnoesyndrom

SG Düsseldorf, Urteil v. 26.02.2015 - S 8 KR 779/13

RID 17-02-143

SGB V §§ 11, 12, 27, 33

Medizinisch notwendig kann die Versorgung mit einer **Unterkiefer-Protrusionsschiene** bei einem **Schlafapnoesyndrom** sein.

Der Versorgung mit einer Unterkiefer-Protrusionsschiene steht nicht der Umstand entgegen, dass die Unterkiefer-Protrusionsschiene im **Hilfsmittelverzeichnis** nicht mehr gelistet ist.

Das SG verurteilte die Bekl., die Kosten für eine Unterkiefer-Protrusionsschiene nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften zu übernehmen.

5. Bemer (Bio-Elektro-Magnetische-Energie-Regulation)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.01.2017 - L 4 KR 3935/16

RID 17-02-144

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 11/17 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27, 33

Leitsatz: Versicherte haben keinen Anspruch, mit einem Bemer (Bio-Elektro-Magnetische-Energie-Regulation) Pro-Set-up-Gerät zur physikalischen Gefäßtherapie versorgt zu werden.

SG Karlsruhe, Gerichtsbb. v. 23.09.2016 - S 4 KR 4222/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VI. Rehabilitation/Vorsorgemaßnahmen/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten

1. Rehabilitation: Keine akute Behandlungsbedürftigkeit nach 18-monatiger Substitutionsbeh.

SG Karlsruhe, Urteil v. 23.05.2016 - S 5 KR 191/16

RID 17-02-145

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB VI §§ 9 II, 10 I, 13 I 1, II Nr. 1, 15 II; SGB IX § 14 II 3; SGB V § 40 IV

Leitsatz: Führt der Versicherte seit über 18 Monaten eine **Substitutionstherapie** durch, so folgt daraus nicht, er befinde sich in einer Phase „akuter“ Behandlungsbedürftigkeit, in der nach § 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erbringen sind.

Das *SG* verurteilte die bekl. Krankenkasse, dem Kl. stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu gewähren.

2. Ambulante Vorsorgemaßnahme im Ausland: Komplettpaket (Sanatorium in Franzensbad)

SG Stralsund, Urteil v. 20.01.2017 - S 3 KR 180/14

RID 17-02-146

juris

SGB V §§ 13 IV 1, 16 I 1, 23 II

Leitsatz: 1. Einem **Kostenerstattungsanspruch** im Sinne des § 13 Abs. 4 S. 1 bis 5 SGB V für im **EU-Ausland** in Anspruch genommene **ambulante Vorsorgeleistungen** im Sinne des § 23 Abs. 2 S. 1 SGB V steht nicht entgegen, dass der Versicherte mit einem Leistungserbringer im Sinne des § 13 Abs. 4 S. 2 SGB V (hier einem Sanatorium in Franzensbad) nicht nur eine Vereinbarung über die Inanspruchnahme von ärztlichen und ärztlich verordneten Vorsorgemaßnahmen, sondern über die gleichzeitige **Zurverfügungstellung von Unterkunfts-, Verpflegungs- und sonstigen Leistungen** getroffen hat.

2. Wird in einem solchen Fall von dem Versicherten mit dem Leistungserbringer ein **Gesamtpreis** für die medizinischen Behandlungsmaßnahmen einschließlich Unterkunft, Verpflegung und sonstigen Leistungen vereinbart, so steht dies jedenfalls dann nicht einer Kostenerstattung nach Maßgabe der §§ 13 Abs. 4 S. 1 5, 23 Abs. 2 S. 1 und 2 i.V.m. den einschlägigen Regelungen der Satzung der Krankenkasse entgegen, wenn von dem Versicherten Art, Umfang und Preis der jeweils in Anspruch genommene Leistungen ggf. durch eine **nachträgliche Erklärung des Leistungserbringers** nachgewiesen wird.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 619,82 € zu zahlen.

3. Kosten für Mitnahme eines Kindes zur Mutter-Kind-Maßnahme

SG Halle, Urteil v. 23.11.2016 - S 35 KR 165/16

RID 17-02-147

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 24, 41

Bei den Kosten für die medizinisch notwendige **Mitnahme eines Kindes** zu einer erforderlichen **Mutter-Kind-Maßnahme** nach § 24 SGB V handelt es sich um eine Nebenleistung, die von der Krankenkasse zu erbringen ist.

Das *SG* verurteilte die. Bekl., an d. Kl. 1.260 € zu zahlen.

4. Häusliche Krankenpflege

a) Häusliche Behandlungspflege: Möbliertes Appartement im „Pflegehotel“

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 15.12.2016 - L 5 KR 33/16

RID 17-02-148

Revision anhängig: B 3 KR 3/17 R

juris

SGB V §§ 13 III, 37

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Leistungsanspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung besteht, kommt es nicht darauf an, ob ein **angemietetes Appartement** dem Geltungsbereich des **Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe Rheinland-Pfalz** unterfällt und es nach diesem Gesetz als Einrichtung mit umfassendem Leistungsangebot zu qualifizieren ist. Maßgebend ist vielmehr, ob nach der konkreten vertraglichen Ausgestaltung aufgrund der Anmietung des Appartements ein Anspruch gegen die Vermieterin auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege besteht. Dies ist nicht der Fall, wenn die Versicherte frei ist, einen anderen Pflegedienst zu beauftragen.

SG Speyer, Urt. v. 12.10.2015 verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für die häusliche Behandlungspflege in der Zeit vom 21.11.2012 bis 31.12.2012 aufgrund der Verordnung vom 19.11.2012 in Höhe von 57,26 € (für November 2012 8 x Arzneimittelgabe zu 17,68 € und 1 x Injektion zu 4,22 € und für Dezember 2012 16 x Arzneimittelgabe zu 35,36 €) zu erstatten. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

b) Kostenerstattung trotz vorläufiger Übernahme der Kosten durch Einrichtungsträger

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 29.09.2016 - L 16/1 KR 321/14

RID 17-02-149

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 8/17 R

juris

SGB V §§ 13 III, 37, 92 I 2 Nr. 6; SGB I § 32

Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen können grundsätzlich geeignete Orte für die Erbringung von häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V durch die GKV sein, wenn der Versicherte im Einzelfall keinen Anspruch auf die Erbringung der Maßnahme durch die Einrichtung hat. Wenn in einem solchen Fall die **notwendigen Kosten von der Einrichtung vorläufig übernommen werden**, führt dies nicht dazu, dass der Versicherte keinem Anspruch ausgesetzt gewesen ist. Ob der Versicherte die Zahlungsverpflichtung tatsächlich erfüllt hat, ist nämlich allein für die Unterscheidung zwischen Freistellungs- und Erstattungsanspruch von Bedeutung. Das Erlöschen der Forderung des Leistungserbringers durch Erfüllung steht der Geltendmachung gegenüber der Krankenkasse nicht entgegen (BSGE 93, 176, 178 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 7). Finanzieren z.B. Eltern oder nahe Familienangehörige die Leistung vor, ist für den Erstattungsanspruch des Versicherten nach der Rechtsprechung des BSG nicht der Nachweis eines Unterhaltsanspruchs oder eines „rechtliche begründeten Fürsorge und Beistandsverhältnisses“ zu verlangen. Es genügt die Kostenübernahme durch die Angehörigen in Erfüllung einer moralischen Verpflichtung aus der familiären Verbindung (BSGE 93, 176, 178 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 7). Eine vergleichbare Konstellation liegt vor, wenn der **Einrichtungsträger** für den bei ihr lebenden Versicherten, der auf die Insulinversorgung zwingend, sofort und unmittelbar angewiesen war, zunächst - ohne vertragliche Verpflichtung - die Zahlung an den Pflegedienst vorfinanziert, weil der Kläger nicht über die Mittel verfügte, die häusliche Krankenpflege selbst zu zahlen

SG Hildesheim, Urt. v. 25.06.2014 - S 20 KR 6/12 - verurteilte die Bekl., an den Kl. insgesamt 644,50 € für die erbrachte häusliche Krankenpflege in der Zeit vom 19.09.2011 bis zum 31.12.2011 zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

5. Zweitangegangener Leistungsträger/Schulwegbegleitung

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 13.03.2017 - L 4 KR 65/17 B ER

RID 17-02-150

juris

SGB V § 60; SGB XII §§ 53, 54 I Nr. 1; SGB IX § 14 I

§ 14 SGB IX greift auch dann ein, wenn eine eigene **Leistungszuständigkeit des zweitangegangenen Leistungsträgers** nicht in Betracht kommt.

Rechtlich nicht **beanspruchbare Leistungen** dürfen auch nach § 14 SGB IX nicht gewährt werden. Leistungen der **Eingliederungshilfe** beinhalten nach summarischer Prüfung neben der Schulbegleitung auch die **Schulwegbegleitung**.

SG Aurich, Beschl. v. 11.01.2017 verpflichtete die Ag. im Wege der Einstweiligen Anordnung vorläufig, die Kosten, die in der Zeit vom 01.09.2016 bis zum 21.06.2017 (Schuljahresende) für eine Schulbegleitung während der Fahrten von der Wohnstätte M. in N. zur L. Schule in K. und zurück entstehen, zu übernehmen, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 28.03.2017 - **B 1 KR 29/16 R** - fordert das Wirtschaftlichkeitsgebot, dass die Behandlung eines Versicherten, der nach stationärer Diagnostik entlassen wurde, um sich über den geplanten Eingriff vertragsärztlich beraten zu lassen, und alsbald zur Durchführung des Eingriffs im selben Krankenhaus wieder stationär aufgenommen wurde, als ein nur **durch Beurlaubung unterbrochener Behandlungsfall** zu gelten hat. Entgegenstehendes Landesvertragsrecht ist nichtig. Nach BSG, Urt. v. 28.03.2017 - **B 1 KR 3/16 R** - fehlt es an der erforderlichen formal ordnungsgemäßen Krankenhausabrechnung, wenn das Krankenhaus eine **Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall** und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale nicht vorgenommen hat, dies aber angezeigt war (hier: Amputation mit Wundheilungsstörung und Hauttransplantation). Nach BSG, Urt. v. 28.03.2017 - **B 1 KR 15/16 R** - gelten die Grundsätze der **Erfüllungsfiktion** des § 107 SGB X nicht für Leistungserbringer und damit nicht in Krankenhausbehandlungsfällen für das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse nach **Zahlung der Vergütung durch eine unzuständige Krankenkasse**. Nach BSG, Urt. v. 28.03.2017 - **B 1 KR 23/16 R** - gibt es bei **Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit** einer Krankenhausabrechnung keine Pflicht der Krankenkasse, eine **Aufwandspauschale** zu zahlen; ohne Belang ist es, dass die Krankenkasse bei ihrem Prüfauftrag eine unzutreffende Rechtsgrundlage nennt. Nach BSG, Urt. v. 13.12.2016 - **B 1 KR 2/16 R** - stellt die aus der **Transplantationsnachsorge** (hier: Nierentransplantation) sich ergebende Häufigkeit von Behandlungen (Kontrolluntersuchungen) - bis zu vier-, zuletzt zweimal jährlich - keine **hohe Behandlungsfrequenz** im Sinne des § 8 II KrankentransportRL dar.

1. Versorgungsauftrag für geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung

OVG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 26.07.2016 - 3 LA 70/14

RID 17-02-151

juris = KRS 2017, 76

KHEntgG §§ 2 II 2 Nr. 5, 8 I 4 Nr. 1, 11 I; KHG §§ 6 I, 8 I; SGB V § 39

Leitsatz (KRS): 1. Die **geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung** gehört nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 KHEntgG zwar zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, darf von einem Krankenhaus aber nur erbracht werden, wenn es dafür einen **Versorgungsauftrag** hat.

2. Der Versorgungsauftrag ergibt sich nicht schon aus dem Leistungsanspruch der Versicherten auf Frührehabilitation im Rahmen der akutstationären Behandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V. Der **Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses** richtet sich ausschließlich nach den Festlegungen des **Krankenhausplans** in Verbindung mit den **Bescheiden** zur seiner Durchführung (§ 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG).

3. Der **Krankenhausplan** des Landes kann eine **Schwerpunktplanung** für die **Geriatric** in der Weise vorsehen, dass die Erbringung von geriatrisch-frührehabilitativen Leistungen bestimmten Krankenhäusern vorbehalten ist, so dass andere Krankenhäuser von der Leistungserbringung ausgeschlossen sind.

2. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Ambulante Operation: Erbringbar als nachstationäre Behandlung

LSG Sachsen, Urteil v. 25.11.2016 - L 1 KR 237/12

RID 17-02-152

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 109 IV 3, 115b II 4; KHEntgG § 1 III 2; AOP-Vertrag § 7 I 1

Leitsatz: 1. Soweit ein Krankenhaus einem Versicherten einen **Port als nachstationäre Behandlung** implantieren kann, die mit einer Fallpauschale abgegolten ist, darf es hierfür **keine ambulante Operation** abrechnen (Anschluss an BSG, Urteil vom 19. April 2016 - B 1 KR 23/15 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 115b Nr. 6).

2. Dies gilt auch, wenn während der stationären Behandlung in erster Linie **diagnostische Maßnahmen** durchgeführt wurden, d.h. keine Tumorentfernung erfolgte, und der Port für eine nach den Ergebnissen der Diagnostik empfohlene palliative Antikörper- und Chemotherapie benötigt wird.

SG Dresden, Urt. v. 12.12.2012 - S 39 KR 439/10 - verurteilte die Bekl., an d. Kl. 411,63 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Klage ab.

b) Keine fiktive Abrechnung: Vergütung einer teilstationären bei stationärer Behandlung

LSG Hamburg, Urteil v. 25.02.2016 - L 1 KR 138/13

RID 17-02-153

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Ist eine tagesklinische oder ambulante Behandlung indiziert, kann eine erbrachte **stationäre Behandlung** nicht vergütet werden. Ein Anspruch auf die Vergütung einer teilstationären Behandlung besteht nicht, weil eine solche nicht erbracht wurde. **Fiktive Abrechnungen** sehen die gesetzlichen Regelungen grundsätzlich nicht vor.

SG Hamburg, Urt. v. 22.07.2013 - S 48 KR 1188/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Eigene Leistung des aufnehmenden Krankenhauses

LSG Saarland, Urteil v. 13.04.2016 - L 2 KR 207/12

RID 17-02-154

juris = KRS 2017, 23

SGB V §§ 12 I, 39 I 2, 109 IV 3; KHG § 17b; KHEntgG § 2 II 2 Nr. 2, 7 I Nr. 1

Wird eine Versicherte aus den stationären Behandlungsabläufen und der Gesamtverantwortung des **abgebenden Krankenhauses** ausgeschieden und in die stationären Abläufe eines **anderen Krankenhauses aufgenommen**, dann erbringt das andere Krankenhaus eine **eigene** und keine Auftragsleistung. Von einem Verbleib der Gesamtverantwortung des abgebenden Krankenhauses bei einer Auftragsleistung eines Dritten kann nur ausgegangen werden, soweit das abgebende Krankenhaus in der Lage ist, zu jedem Zeitpunkt des Leistungsgeschehens in rechtlich relevanter Weise hierauf Einfluss nehmen zu können, was in der Regel durch ein vertragliches Verhältnis oder ein anderes „rechtliches Band“ geschieht.

SG für das Saarland, Gerichtsbb. v. 24.10.2012 - S 15 KR 603/12 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.652,86 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

d) Verlegung: Hemikraniektomie in einem anderen Krankenhaus

LSG Hessen, Urteil v. 09.02.2017 - L 1 KR 381/15

RID 17-02-155

www.sozialgerichtsbarkeit.de = *juris*

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

Leitsatz: Verbringt ein Krankenhaus einen Patienten zur Durchführung einer **Hemikraniektomie** in ein **anderes Krankenhaus**, so handelt es sich nicht um eine **Verbringung**, sondern vielmehr um eine **Verlegung**. Das verbringende Krankenhaus kann sich nicht darauf berufen, dass es sich bei dieser Operation um eine Leistung eines Dritten § 2 Abs. 2 S. Nr. 2 KHEntgG handelt.

SG Darmstadt, Urt. v. 23.10.2015 - S 13 KR 662/13 - verurteilte die Bekl., an d. Kl. 11.107,22 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Klage ab.

e) Keine Vergütung für Krankenhaus bei Aufnahmeverweigerung des Patienten

SG Detmold, Urteil v. 19.01.2017 - S 3 KR 555/15

RID 17-02-156

www.sozialgerichtsbarkeit.de = *juris*

SGB V §§ 39 I, 107, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b; KHEntgG § 7 I

Eine **Vergütung** für ein Krankenhaus ist nicht zu zahlen, wenn der Versicherte die **Aufnahme** gegen ärztlichen Rat **verweigert**. Der Umstand, dass die **Daten** der Versicherten bereits in das **Computersystem** des Krankenhauses eingegeben worden sind, kann nicht als Beginn der stationären Behandlung angesehen werden.

Das *SG* wies die Klage ab.

f) Nachweis psychiatrischer Krankenhausbehandlung

SG Würzburg, juris v. 05.12.2016 - S 11 KR 156/16

RID 17-02-157

juris

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3

Leitsatz: Der **Vergütungsanspruch** des Krankenhauses setzt voraus, dass tatsächlich eine **Krankenhausbehandlung** durchgeführt wurde. Nach dem Rechtsgedanken des § 615 Satz 1 BGB ist es hierbei grundsätzlich ausreichend, dass das Krankenhaus neben Unterkunft und Verpflegung als wesentliche weitere Elemente insbesondere ärztliche, apparative und krankenpflegerische Leistungen im Rahmen seiner Gesamtorganisation vorhält und dieses Angebot zur Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stellt (vgl. BSG, Urteil vom 16.12.2008, B 1 KN 1/07 KR R - BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 13, juris).

Eine Krankenhausbehandlung ist nicht erst dann durchgeführt, wenn an jedem einzelnen Tag der Krankenhausbehandlung ein gewisses **Mindestprogramm** an Behandlungsmaßnahmen zur Anwendung kommt.

Behandelt ein Krankenhaus einen Versicherten bei erforderlicher Krankenhausbehandlung in **unwirtschaftlichem** Umfang, hat es allenfalls Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten anfiel (vgl. BSG, Urteil vom 10.03.2015, B 1 KR 3/15 R - KHE 2015/15, juris).

Ein Krankenhausträger handelt grundsätzlich nicht unwirtschaftlich, wenn er den Krankenhausbetrieb so einstellt, dass er an den **Wochenenden nur eine Akut- und Notfallversorgung** erbringen kann.

Das SG verurteilte die. Bekl., an d. Kl. 2.043,23 nebst Zinsen zu bezahlen.

g) Kostenzusage einer Krankenkasse begründet Zahlungsverpflichtung auch für Nichtversicherte

LSG Thüringen, Urteil v. 20.12.2016 - L 6 KR 93/13

RID 17-02-158

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3

Nach der BSG-Rspr. ist von einer ersetzenden Wirkung der **Kostenzusage** einer Krankenkasse auszugehen, weil sie eine **Zahlungsverpflichtung** auch für **Nichtversicherte** begründet.

SG Gotha, Gerichtsbb. v. 22.11.2012 - S 38 KR 7526/11 - wies die Klage ab, das LSG verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.604,72 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

h) Prüfanzeige lediglich durch Krankenkasse

SG Karlsruhe, Urteil v. 18.01.2017 - S 16 AS 2487/16

RID 17-02-159

juris

SGB V § 275 I c; KHG § 17c II

Leitsatz: Gem. § 4 PrüfVV in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung muss die **Prüfmitteilung durch die Krankenkasse** an das **Krankenhaus** ergehen. Eine Mitteilung durch den **MDK** ist nicht ausreichend.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.500 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

i) Kurzbericht zu nichtmedizinischen Gründen einer stationären Aufnahme an Krankenkasse

SG Düsseldorf, Urteil v. 08.03.2012 - S 9 KR 230/10

RID 17-02-160

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 115b, 275c, 301

Die Frage, ob einer der allgemeinen Tatbestände der Anl. 2 zum Vertrag nach § 115b I SGB V, wonach Eingriffe, die an sich ambulant durchzuführen sind, u.U. stationär erbracht werden können, erfüllt ist, kann auch auf solche **Gründe** abzielen, die ihre Ursache nicht allein **im medizinischen Bereich** haben. So kann bspw. nach Abs. 2 Nr. a u. b. die fehlende Kommunikationsmöglichkeit des Patienten im Fall von postoperativen Komplikationen und/oder die fehlende sachgerechte Versorgung im Haushalt des Patienten ein Grund sein, der eine stationäre Behandlung erfordert. Hierbei handelt es

sich um eine Frage, die die **Krankenkasse** im Rahmen ihrer Verwaltung durchaus **beurteilen** kann, ohne den medizinischen Dienst zu Rate zu ziehen. Grundsätzlich kann die Krankenkasse daher beanspruchen, dass hinsichtlich der Gründe, warum die Operation stationär durchgeführt worden ist, nähere Angaben im Sinne eines **Kurzberichtes übermittelt** werden.

Das **SG** wies die Klage ab, LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 04.10.2016 - L 1 KR 263/12 - RID 17-02-161 die Berufung zurück, BSG, Beschl. v. 20.02.2017 - B 1 KR 91/16 B - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde.

j) Weigerung zur Vorlage der Behandlungsdokumentation

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 04.10.2016 - L 1 KR 263/12

RID 17-02-161

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27, 39, 109 IV 3

Wird die **Behandlungsdokumentation** nicht übersandt und lässt sich deshalb nicht feststellen, dass die Behandlung (hier: partielle<brusterhaltende> Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe ohne axiliäre Lymphadenektomie: Konusexzision nach dem OPS 5-870.1) nur vollstationär durchführbar war, dann ist ein Vergütungsanspruch nicht nachgewiesen.

Weigert sich mithin ein Beteiligter, der aus einem bestimmten Sachverhalt ihm günstige Rechtsfolgen herleitet, trotz Aufforderung, dem Gericht nähere Angaben zu machen, ist in der Unterlassung weiterer Ermittlungen kein Verstoß gegen den **Amtsermittlungsgrundsatz** zu sehen (BSG, Ur. v. 23.06.2015 - B 1 KR 26/14 R - BSGE 119, 150 = SozR 4-5560 § 17c Nr. 3, Rn. 37 m.w.N.).

SG Düsseldorf, Ur. v. 08.03.2012 - S 9 KR 230/10 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 20.02.2017 - B 1 KR 91/16 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde.

k) Dreijährige Verjährungsfrist für Forderungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern

SG Speyer, Urteil v. 23.01.2017 - S 19 KR 521/16

RID 17-02-162

juris
SGB V § 69 I; BGB §§ 195, 204 I

Leitsatz: Wenn Beteiligte im sozialgerichtlichen Verfahren das **Ruhen** vor dem Hintergrund einer zu erwartenden obergerichtlichen Entscheidung in ähnlicher Sache oder aus vergleichbaren Gründen beantragen, stellt dies **kein Nichtbetreiben** im Sinne des § 204 Abs. 2 Satz 2 BGB dar.

Für **Vergütungsforderungen von Krankenhäusern gegen Krankenkassen** gilt auf Grund der Verweisung in § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V die regelmäßige **Verjährungsfrist** von drei Jahren nach § 195 BGB. Gleiches gilt auch für Erstattungsansprüche von Krankenkassen gegenüber Krankenhausträgern (SG Mainz, Urteil vom 04.06.2014 - S 3 KR 645/13 - Rn. 41 ff., RID 14-03-115; SG Mainz, Urteil vom 11.01.2016 - S 3 KR 349/15 -, Rn. 26 ff., RID 16-02-143; entgegen BSG, Urteile vom 12.05.2005 - B 3 KR 32/04 R; vom 28.09.2006 - B 3 KR 20/05 R; vom 28.02.2007 - B 3 KR 12/06 R - und vom 28.11.2013 - B 3 KR 27/12; entgegen auch BSG, Urteile vom 17.12.2013 - B 1 KR 60/12 R; vom 21.04.2015 - B 1 KR 11/15 R - SozR 4-2500 § 69 Nr.10 Rn. 13 und vom 23.06.2015 - B 1 KR 26/14 R - BSGE 119,150 = SozR 4-5560 § 17c Nr. 3, Rn. 44).

Gerichte können auf Grund ihrer Funktion im verfassungsmäßig vorgegebenen System der Gewaltenteilung entgegen der bestehenden Rechtslage keinen **Vertrauensschutz** auf eigene oder fremde (obergerichtliche) **Rechtsprechung** einräumen (vgl. schon SG Mainz, Urteil vom 11.01.2016 - S 3 KR 349/15 -, Rn. 73 ff.).

Ein Gericht darf und muss bei jeder Entscheidung von eigener oder anderer Rechtsprechung abweichen, wenn es die nunmehr getroffene Entscheidung für die rechtlich zutreffende hält. Jedes Gericht ist verpflichtet, das Recht so anzuwenden, wie es der jeweils zuständige Spruchkörper im konkreten Streitfall als richtig erkennt (so schon BVerwG, Beschluss vom 28.02.1995 - 4 B 214/94 - Rn. 3).

Das **SG** wies die Klage der Krankenkasse gegen das bekl. Universitätsklinikum ab.

3. Fallpauschalen

a) Kein Verlegungsabschlag bei unterschiedlichen Behandlungsfällen

SG München, Urteil v. 12.02.2016 - S 29 KR 477/14

RID 17-02-163

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
FPV 2013 §§ 1, 2, 3

Die **Verlegungspauschale** fällt in beiden Kliniken nicht an, wenn unterschiedliche Erkrankungen zur stationären Aufnahme in den beiden Krankenhäusern geführt haben. In diesem Fall liegt begrifflich gar keine Verlegung vor.

Es ist auch ohne weiteres einsichtig, dass eine „**Transitorische ischämische Attacke**“ einerseits und eine „**Knochenkrankheit und spezifische Arthropathien**“ andererseits zwei unterschiedliche Behandlungsfälle darstellen, die zufällig in engem zeitlichen Zusammenhang zu Krankenhausaufenthalten geführt haben. Es handelt sich nicht um einen Behandlungsfall, sondern um zwei.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 5.476,95 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Hauptdiagnose/Ressourcenverbrauch/Wiederaufleben einer Schuld (Rektumprolaps)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.01.2017 - L 9 KR 164/14

RID 17-02-164

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 109, 112; BGB § 362

Leitsatz: 1. Eine **Diagnose**, deren Behandlung **hinweggedacht** werden könnte, ohne dass sich an der sonstigen Behandlung etwas ändert, verbraucht nicht die meisten Ressourcen i.S.d. Kodierrichtlinie D002f der DRK 2010 und darf daher nicht als Hauptdiagnose kodiert werden.

2. Das **Wirtschaftlichkeitsgebot** gebietet es, dass das Krankenhaus bei **gleichzeitigem Ressourcenverbrauch für zwei Diagnosen** diejenige als Hauptdiagnose kodiert, die zu einer höher bewerteten DRG führt.

3. Mit den gesetzlichen Wertungen unvereinbar wäre es, wenn ein Krankenhaus, um seine zivilrechtliche Haftung möglichst zu verringern, **eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode** gegenüber den Versicherten als neu und noch nicht hinreichend erprobt darstellt. Es riskiert damit, dass es in anderen Zusammenhängen an einer solchen unzutreffenden Darstellung festgehalten wird.

4. Die **Wiederherstellung einer erloschenen Schuld** ist nicht durch einen einfachen Verzicht (z.B. auf die Tilgungsbestimmung) möglich. Allerdings kann bei Rückgabe eines bereits getilgten Schuldbetrages entweder die Schuld bei entsprechendem Parteiwillen wieder aufleben oder neu begründet werden.

SG Berlin, Ur. v. 30.04.2014 - S 208 KR 2497/11 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

c) Dauer des Krankenhausaufenthalts: Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

SG Nürnberg, Urteil v. 24.11.2016 - S 7 KR 421/15

RID 17-02-165

juris
SGB V §§ 39, 109 IV

Es ist zu berücksichtigen, dass die untere Grenzverweildauer den Rahmen definiert, der – üblicherweise – für die Behandlung der abgerechneten DRG als notwendig anzusehen ist. Um ein **Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer** zu rechtfertigen, müssten wiederum Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass Besonderheiten in der Person des Patienten, des Heilungsverlaufs, etc. eine unüblich schnelle Entlassung des Patienten gerechtfertigt hätten. Besteht bereits am ersten postoperativen Tag ein **Restharnverhalt**, so dass mit Komplikationen in dieser Richtung zu rechnen ist, ist es nachzuvollziehen, dass das Krankenhaus vor einer Entlassung den weiteren Heilungsverlauf abwartet, um ggf. auf das Auftreten weiterer Komplikationen reagieren zu können.

Das SG verurteilte die Bekl. zur Zahlung der noch strittigen Vergütung.

d) Fallzusammenführung nach Beurlaubung über Ostern

SG Mainz, Urteil v. 20.12.2016 - S 14 KR 213/13

RID 17-02-166

juris

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

Nach § 1 VII 5 FPV 2007 liegt bei **Fortsetzung** der Krankenhausbehandlung nach einer **Beurlaubung** keine **Wiederaufnahme** im Sinne von § 2 FPV vor, d.h. es beginnt **keine neue Behandlung** mit eigenem Vergütungsanspruch. Bei der Zusammenführung sind in den Grouper alle berechtigten Kodierungen einzugeben.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 6.171,28 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Rückzahlungspflicht bei falscher Rechnung/Akute respiratorische Insuffizienz

SG Detmold, Urteil v. 04.11.2016 - S 24 KR 48/15

RID 17-02-167

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; BGB §§ 812 ff.

Ein Krankenhaus muss nachweisen, dass die für die Vergütung relevanten Maßnahmen im Rahmen der stationären Behandlung tatsächlich stattgefunden haben. Kann das Krankenhaus den **Nachweis** nicht führen, muss es anteilig die von der Krankenkasse schon gezahlte Vergütung zurückerstatten.

Eine **akute respiratorische Insuffizienz** erfordert eine weitergehende Diagnostik und in der Regel eine intensivmedizinische Therapie. Vorliegend ist der diensthabende Arzt aber lediglich informiert worden. Nach einer pulsoxymetrischen Messung sind keine weiteren Maßnahmen veranlasst worden. Ebenso wenig ist eine Herzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung nach den Unterlagen belegt worden.

Das SG verurteilt den bekl. Krankenhausträger, an die kl. Krankenkasse 2.755,37 € nebst Zinsen zu zahlen.

f) Dokumentation vergütungsrelevanter intraoperativer Umstände/Aufklärung (Rektumprolaps)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.01.2017 - L 9 KR 144/15

RID 17-02-168

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 109, 112; BG § 387

Leitsatz: 1. Allenfalls schwerwiegende oder in hohem Maße wahrscheinliche gesundheitliche Nachteile im Rahmen diagnostischer Maßnahmen können einen **operativen Eingriff mit deutlich größerem Risiko** rechtfertigen.

2. **Vergütungsrelevante intraoperative Umstände** sind vom Krankenhaus in der Regel so festzustellen und ggf. zu **dokumentieren**, dass sie einer Überprüfung durch die Krankenkasse als Kostenträgerin zugänglich sind.

3. Medizinische Feststellungen im Zusammenhang mit stationären Krankenhausbehandlungen können auch auf Zeugenaussagen der behandelnden Krankenhausmitarbeiter gestützt werden. Sind diese jedoch nicht mit anderweitigen Erkenntnissen in Einklang zu bringen oder hat das Krankenhaus aus implausiblen Gründen auf ergänzende Maßnahmen verzichtet, reichen schon wegen der Erfordernisse wirksamen Rechtsschutzes gegen Unwirtschaftlichkeit **zeugenschaftliche Angaben** allein typischerweise nicht aus.

4. Über ernsthaft in Betracht kommende intraoperative Änderungen der geplanten Behandlung muss vor der Operation **aufgeklärt** werden.

SG Berlin, Urt. v. 20.02.2015 - S 166 KR 1259/10 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 885,61 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das LSG wies die Klage ab.

g) Neurologische Komplexbehandlung des Schlaganfalls

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 19.01.2017 - L 5 KR 95/16

RID 17-02-169

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 109; KHEntgG § 7

Leitsatz: Die Voraussetzungen des OPS 8-981 sind nicht erfüllt, wenn **interventionell-neuroradiologische Behandlungen** nicht in der **eigenen Klinik** erfolgen können und die

Transportentfernung zu einem Kooperationspartner nicht gewöhnlich innerhalb einer halben Stunde zurückgelegt werden kann. Dies ist auch der Fall, wenn als Transportmittel in Betracht kommende Rettungstransporthubschrauber regelmäßig nachts nicht fliegen.

SG Koblenz, Urt. v. 22.03.2016 - S 3 KR 2/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

h) Modulare Endoprothese (OPS-Kodes 5-829.d)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.02.2017 - L 5 KR 3595/15

RID 17-02-170

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 17/17 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 301 II

Leitsatz: 1. Zur Auslegung von Bestimmungen des **Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS)** bzw. von OPS-Kodes.

2. „Einzelteile“ i.S.d. Hinweistextes zu **OPS-Kode 5-829.d - modulare Endoprothese** (Fassung 2007) - sind nur solche Teile der Endoprothese, die zugleich ein Modul der Endoprothese darstellen, nicht jedoch auch solche Teile, die nur der technisch notwendigen Verbindung der Prothesenmodule zur (funktionsfähigen) Prothese dienen, wie (Verbindungs-)Schrauben oder (Verbindungs-)Mutter. Wenn auch solche Teile die Mehrteiligkeit (mindestens Dreiteiligkeit) einer Endoprothese und damit deren Modularität i.S.d. OPS-Kodes 5-829.d begründen sollen, muss das im Inhaltstext des OPS-Kodes oder im Hinweistext hinreichend klar zum Ausdruck kommen. Die aus zwei mit einer Schraubenmutter verbundenen Modulen bestehende „**Revitan®-Endoprothese**“ stellt eine „modulare Endoprothese“ i.S.d. genannten OPS-Kodes daher nicht dar.

SG Heilbronn, Urt. v. 23.07.2015 - S 9 KR 4470/13 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.692,04 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Klage ab.

i) Abrechnung einer frakturierten Rippe

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.02.2017 - L 1 KR 142/15

RID 17-02-171

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 109 IV

Die **Abrechnung einer frakturierten Rippe** hat mit der **Nebendiagnose S22.32** (Rippenfraktur einer sonstigen Rippe) zu erfolgen, wenn diese die spezifische ist. Da nach dem Wortlaut die T-Kodierung subsidiär ist („andernorts nicht klassifiziert“), scheidet eine Kodierung nach ihr aus.

SG Berlin, Urt. v. 20.02.2015 - S 166 KR 993/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

j) Kodierung nicht vollendeter oder unterbrochener Prozeduren

LSG Hamburg, Urteil v. 20.07.2016 - L 1 KR 13/15

RID 17-02-172

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 9/17 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Die **Prozedur 1-430.2** darf nach dem OPS 2011 kodiert werden, wenn bei dem Versicherten die Gewinnung von Lungengewebe durch gezielte **Biopsie** pulmonaler Herdbefunde medizinisch indiziert ist, um abzuklären, ob neben dem bekannten Bronchialkarzinom des Versicherten auch eine Pneumonie vorliegt.

SG Hamburg, Urt. v. 14.01.2015 - S 37 KR 901/12 - verurteilte die Bekl zur Zahlung des streitigen Betrages (1.662,75 €) nebst Zinsen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

k) Gabe von Apherese-Thrombozytkonzentraten

SG Aachen, Urteil v. 15.12.2016 - S 15 KR 61/13

RID 17-02-173

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Die Abrechnung des Zusatzentgelts ZE 84.02 für die Behandlung des Versicherten darf nur erfolgen, wenn die Gabe der beiden **Apherese-Thrombozytkonzentrate (ATK)** erforderlich war. Bislang liegen keine gesicherten Daten vor, die belegen, dass **ATK** und die **Gabe von Poolprodukten** (aus 4 -

5 Vollblutspenden gewonnene gepoolte Präparate - PTK) im operativen Bereich gleich geeignet sind. Solange keine großen, statistisch abgesicherten Nicht-Unterlegenheits-Studien hinsichtlich Thrombozytenfunktion einschließlich blutstillender Wirkung sowie Nebenwirkungsraten vorliegen, ist die vom behandelnden Arzt eigenverantwortlich zu treffende Entscheidung im Nachhinein nicht justiziabel.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag von 818,11 € nebst Zinsen zu zahlen.

l) „Bluter“ i.S.d. Zusatzentgelts

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.03.2017 - L 5 KR 4740/15

RID 17-02-174

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 21/17 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

KHEntg § 6 I

Leitsatz: Abrechnungsbestimmungen des Krankenhausvergütungsrechts sind streng wortlautbezogen **auszulegen**. Auf Fragen der Medizin kommt es grundsätzlich nicht an. Wegen der alleinigen Maßgeblichkeit juristischer Auslegungsmethoden tritt die medizinische Beurteilung in den Hintergrund; daher ist in vergütungsrechtlichen Streitigkeiten kein Raum für die Erhebung von **(medizinischen) Gutachten** (vgl. LSG Stuttgart vom 24.2.2016 - L 5 KA 5799/11 = MedR 2016, 1013, in juris).

„Bluter“ i.S.d. Zusatzentgelts (ZE) 2010-27 (Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren - „Bluter-ZE“) sind nur Personen, die - im Sinne einer Behinderung - dauerhaft oder zumindest für einen längeren Zeitraum klinisch manifest an erhöhter Blutungsneigung leiden. Wer nur für einen vorübergehenden Zeitraum klinisch-manifest an erhöhter Blutungsneigung leidet, ist im (vergütungsrechtlichen) Sinne des Bluter-ZE nicht „Bluter“, auch wenn der zeitlich beschränkten (ggf. wiederholt auftretenden) klinischen Krankheitsmanifestation eine latente Krankheitsursache zugrunde liegt, die ihrerseits dauerhaft (lebenslang) besteht, wie etwa eine genetische Prädisposition zur Entwicklung des Faktor-VIII-Hemmkörpers.

SG Freiburg, Urt. v. 27.07.2015 - S 5 KR 1890/12 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 690.153,76 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

m) Primäre Informationspflichten und OPS 8-981.1

SG München, Urteil v. 22.03.2017 - S 39 KR 1139/16

RID 17-02-175

juris

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

BSG, Urt. v. 14.10.2014 - B 1 KR 26/13 R - SozR 4-2500 § 301 Nr. 3 ist auf den hier streitigen Fall der Kodierung der **OPS 8-981.1** nicht übertragbar. Zum einen beschränkt sich die Entscheidung nach ihrem Leitsatz auf die frührehabilitative Komplexbehandlung. Zum anderen sind in den Fällen des OPS 8-981.1 Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation im Sinn des § 301 I Nr. 8 SGB V nicht zwingend erforderlich durchzuführen.

Im Fall des OPS-Kode 8-981.1 sind in zahlreichen Konstellationen keine Daten nach § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V zu **melden** und kann der Kode dennoch erfüllt sein. Dies ist der Fall, wenn der Patient kein Defizit hat, der Patient nicht behandlungsfähig ist, die Maßnahmen von extern durchgeführt werden oder nur diagnostische Maßnahmen durchgeführt werden.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.627,96 € nebst Zinsen zu bezahlen.

Parallelverfahren:

SG München, Urteil v. 22.03.2017 - S 39 KR 1348/16

RID 17-02-176

juris

4. Kostenlast für Gebärdensprachdolmetscher

SG Hamburg, Urteil v. 24.03.2017 - S 48 KR 1082/14 ZVW

RID 17-02-177

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

KHEntgG §§ 2 II 2 Nr. 2, 7 I 2; SGB I § 17 II 2; SGB X § 19

Leitsatz: 1. Kosten für den Einsatz von **Gebärdensprachdolmetschern** gehören zu den allgemeinen **Krankenhausleistungen** i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz Nr. 2 KHEntgG, sofern sie vom Krankenhaus veranlasst sind.

2. Eine „**Veranlassung**“ i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz Nr. 2 KHEntgG setzt keinen Vertragsschluss mit dem Dritten voraus.

3. Die **Kosten** für den Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern sind bei der Kalkulation der **DRG-Pauschale** auch bereits vor Aufnahme der OPS 9-510.X im Jahr 2014 berücksichtigt.

4. Aus § 17 Abs. 2 Satz 2 SGB I, § 19 SGB X ergibt sich nicht, dass die **Krankenkassen** verpflichtet sind, über die DRG-Pauschale hinaus die Kosten für den Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern zu tragen.

BSG, Beschl. v. 29.07.2014 - B 3 SF 1/14 R - SozR 4-1500 § 51 Nr. 13 stellte fest, dass der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet ist, und verwies den Streit an das SG Hamburg zurück. Das *SG* verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die kl. Gebärdensprachdolmetscherin 454,30 € nebst Zinsen zu zahlen.

5. Aufwandspauschale

a) Nichtzulassungsbeschwerde: Klarstellung durch den Gesetzgeber

LSG Bayern, Beschluss v. 05.01.2017 - L 5 KR 182/16 NZB

RID 17-02-178

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 275 Ic

Das BSG hat sich mit dem Anwendungsbereich des § 275 Ic SGB V ausführlich beschäftigt und die verschiedenen Prüfungsregime abgegrenzt. Im Übrigen hat der Gesetzgeber durch das Krankenhausstrukturgesetz -**KHSG** - § 275 Ic SGB V mit Wirkung zum 01.10.2016 um einen Satz 4 ergänzt, wonach als Prüfung nach Satz 1 jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen ist, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert. Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass sich die Fristen- und Anzeigeregeln des Satzes 2 und die Regelungen zur Aufwandspauschale in Satz 3 auf **jede Prüfung der Abrechnung einer stationären Behandlung** beziehen, mit der eine Krankenkasse den MDK beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert.

Die vermeintlich sachliche Unrichtigkeit der erstinstanzlichen Entscheidung stellt keinen Grund dar, eine kraft Gesetzes ausgeschlossene **Berufung zuzulassen**, weil diese nicht zu den in § 144 II SGG genannten Zulassungsgründen zählt.

SG Augsburg, Urt. v. 15.03.2016 - S 6 KR 166/15 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 300 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

b) Unzureichende Datenübermittlung

SG Regensburg, Urteil v. 30.11.2016 - S 14 KR 528/16

RID 17-02-179

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 275 Ic

Reichen die **Daten** gemäß § 301 I 1 Nr. 3 SGB V nicht aus, weil das Krankenhaus lapidar mitteilt, dass die geplante Verweildauer zu kurz gedacht gewesen sei, dann kann das Krankenhaus keine **Aufwandspauschale** verlangen.

Das *SG* wies die Klage ab.

c) Keine Erstattung der in der Vergangenheit gezahlten Aufwandspauschale

SG Aachen, Urteil v. 14.03.2017 - S 13 KR 487/16

RID 17-02-180

Berufung anhängig: L 11 KR 261/17
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 69, 275 I c 3; BGB § 812

Eine **in der Vergangenheit gezahlte Aufwandspauschale** kann nicht aufgrund BSG, Urt. v. 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R - BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 301 Nr. 7 u.a. **zurückgefordert** werden. Die Unterscheidung einer „Auffälligkeitsprüfung“ und einer Prüfung der „sachlich-rechnerischen Richtigkeit“ von Krankenhausabrechnungen findet im Gesetz keine Stütze.

Das **SG** wies die Klage der Krankenkasse auf Erstattung der in einem Krankenhausbehandlungsfall gezahlten Aufwandspauschale von 300 € ab.

Parallelverfahren:

AG Aachen, Urteil v. 14.03.2017 - S 13 KR 436/16

RID 17-02-181

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SG Aachen, Urteil v. 25.04.2017 - S 13 KR 490/16

RID 17-02-182

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SG Aachen, Urteil v. 25.04.2017 - S 13 KR 479/16

RID 17-02-183

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SG Aachen, Urteil v. 25.04.2017 - S 13 KR 485/16

RID 17-02-184

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 16.03.2017 - **B 3 KR 24/15 R**, **B 3 KR 14/16 R** u. **B 3 KR 15/16 R** - ist die in den Heilmittelrichtlinien und in Landesverträgen enthaltene Regelung, nach der zur Versorgung der Versicherten nur zugelassene **Physiotherapeuten Leistungen der Manuellen Therapie** zu Lasten der Krankenkassen abrechnen dürfen, nicht aber ausgebildete Masseur und medizinische Bademeister, wenn sie eine Weiterbildung in dieser Behandlungstechnik absolviert und eine Abschlussprüfung bestanden haben, rechtmäßig. Nach BSG, Urt. v. 13.12.2016 - **B 1 KR 29/15 R** - und - **B 1 KR 25/16 R** - ist eine **Berufsgenossenschaft** als vorleistender Träger hinsichtlich ihrer eigenen, gegenüber dem Versicherten nachträglich erlassenen Leistungsablehnung nicht vergleichbar schutzwürdig wie ein auf Erstattung in Anspruch genommener vorrangiger oder zuständiger Leistungsträger hinsichtlich seiner Entscheidung über die Leistung. Eine Berufsgenossenschaft verursacht mit ihrer ursprünglichen Bewilligung und späteren Ablehnung den **Erstattungsstreit**. Wäre ihre spätere Ablehnung zu beachten, schränkte dies den Rechtsschutz des in Anspruch genommenen Trägers unangemessen ein und wäre missbrauchsanfällig.

1. Arzneimittelhersteller

a) Nutzenbewertung

aa) Anordnung der aufschiebenden Wirkung (Brintellix®)

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 14.03.2017 - L 1 KR 372/16 KL ER

RID 17-02-185

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 35a, 130b

Ein Antrag auf **Anordnung der aufschiebenden Wirkung** hat keinen Erfolg, wenn der Unternehmer offensichtlich in der Lage ist, das **wirtschaftliche Überleben sicherzustellen**, auch ohne dass das Arzneimittel (hier: Brintellix®) auf dem deutschen Markt verkauft wird. Der Nutzenbewertungsbeschluss des GBA v. 15.10.2015, wonach für Brintellix® bzw. dessen Wirkstoff Vortioxetin kein Zusatznutzen belegt ist, erweist sich jedenfalls **nicht als offensichtlich rechtswidrig**.

Streitig ist die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes gegen die Festsetzung eines Erstattungsbetrags für das Arzneimittel Brintellix® durch die Ag. Das **LSG** lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der am 25.07.2016 erhobenen Klage gegen den Schiedsspruch der Ag. v. 27.06.2016 ab.

bb) Aufschiebende Wirkung gegen Schiedsspruch zu Erstattungsbetrag nach Nutzenbewertung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 01.03.2017 - L 9 KR 437/16 KL ER

RID 17-02-186

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 29 IV Nr. 3, 35a, 92 II S. 11, 130b; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. Im gerichtlichen Streit um den Schiedsspruch ist die **Schiedsstelle** nach § 130b Abs. 5 SGB V als Prozessbeteiligte und preisfestsetzendes Gremium einschränkungslos verpflichtet, auf entsprechende **Anfragen des Gerichts** (§ 103 SGG) Berechnungswege im Hinblick auf die Ermittlung des Erstattungsbetrages nach § 130b Abs. 1 SGB V und seine Implikationen - und damit den relevanten Sachverhalt - offen zu legen.

2. Dem Beschluss des GBA über die **Nutzenbewertung** nach § 35a Abs. 3 SGB V kommt als Teil der **Arzneimittel-Richtlinie** (§ 35a Abs. 3 Satz 6 SGB V) **normative Wirkung** zu, die die an der Preisbildung Beteiligten ebenso bindet wie - sofern sie angerufen wird - die Schiedsstelle nach § 130b Abs. 5 SGB V. Die Genannten haben im Rahmen der Preisvereinbarung oder -festsetzung keine Kompetenz, den Nutzenbewertungsbeschluss des GBA inhaltlich zu überprüfen oder zu verwerfen, auch nicht im Rahmen einer bloßen Evidenzkontrolle.

3. Eine **Mischpreisbildung** ist rechtswidrig, wenn der GBA bei einer Patientengruppe einen Zusatznutzen erkannt und zugleich bei einer oder mehreren Patientengruppen einen Zusatznutzen verneint hat; ein Mischpreis führt in dieser Konstellation zu nicht nutzenadäquaten Preisverzerrungen.

4. Aus dem Vorhandensein eines **Erstattungsbetrages** darf nicht automatisch auf die **Wirtschaftlichkeit** einer jeden Verordnung des betroffenen Arzneimittels in all seinen Anwendungsbereichen geschlossen werden.

5. Grundsätzlich darf der GBA gemäß § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V anlässlich der Nutzenbewertung die **Verordnungsfähigkeit** eines Arzneimittels in **Indikationen einschränken**, für die **kein Zusatznutzen** erkennbar ist; so kann er die Bildung eines nutzengerechten Erstattungsbetrages ermöglichen.

6. a) Bei einem Arzneimittel, das einen **Zusatznutzen** gegenüber der zweckmäßigen **Vergleichstherapie** aufweist, ist der **Erstattungsbetrag** durch einen Zuschlag auf die Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie zu vereinbaren.

b) Dieser - **Zuschlag** - darf umso höher ausfallen, je höher der Zusatznutzen vom GBA auf der Grundlage von § 5 Abs. 7 der AM-NutzenV taxiert wurde (erheblich, beträchtlich, gering).

c) Die Bildung dieses Zuschlages in einem **Schiedsspruch** nach § 130b Abs. 4 SGB V muss transparent und für das Gericht nachvollziehbar sein.

7. Im Lichte des vom Gesetzgeber im AMNOG zentral betonten **Nutzenaspekts** begegnet es rechtlichen Bedenken, die **Abgabepreise in anderen Ländern** und die **Jahrestherapiekosten vergleichbarer Arzneimittel** mit einem Gewicht von insgesamt 50 Prozent in die Preisbildung einfließen zu lassen.

Das **LSG** ordnete auf Antrag des GKV-Spitzenverbands die aufschiebende Wirkung der Klage L 9 KR 213/16 KL gegen den Schiedsspruch der Ag. an.

cc) Änderung einer Anordnung der aufschiebenden Wirkung (Schiedsstellenentscheidung)

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 03.03.2017 - L 9 KR 511/16 KL ER

RID 17-02-187

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 35a, 130b; SGG §§ 86b, 141

Leitsatz: Eine **Änderung gemäß § 86b Abs. 1 Satz 4 SGG** kommt regelmäßig nur dann in Betracht, wenn nach der früheren Beschlussfassung **neue Tatsachen** eingetreten sind, **neuer Vortrag** aus nicht vom Antragsteller zu vertretenden Gründen bislang nicht vorgebracht werden konnte oder das **zugrunde liegende Recht geändert** wurde.

Das **LSG** lehnte den Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz gegen einen Schiedsspruch der gemeinsamen Schiedsstelle nach § 130b V SGB V (Ag.) ab.

b) Festbeträge

aa) Festbetrag für Medikinet® adult („Methylphenidat Gruppe 1“)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 26.01.2017 - L 1 KR 67/14 KL

RID 17-02-188

Revision anhängig: B 3 KR 7/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 35

Die mit Beschl. v. 03.02.2014 erfolgte Anpassung des Festbetrages für die Festbetragsgruppe „Methylphenidat Gruppe 1“ ist nicht zu beanstanden, soweit damit ein Festbetrag für **Medikinet® adult** mit Wirkung vom 02.04.2014 festgesetzt worden ist.

Das **LSG** wies die Klage ab.

bb) Neufestsetzung eines Festbetrages für „Levothyroxin-Natrium“ ist rechtmäßig

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.02.2017 - L 1 KR 80/14 KL

RID 17-02-189

Revision anhängig: B 3 KR 10/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 35

Die mit Beschl. des GBA v. 03.02.2014 erfolgte **Neufestsetzung** eines **Festbetrages** für die **Festbetragsgruppe „Levothyroxin-Natrium“** ist rechtmäßig.

Das **LSG** wies die Klage ab.

c) Abschlagspflicht für Insulinpräparate ohne Patentschutz und Generika/Wirkstoffgleichheit

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.12.2016 - L 9 KR 213/13

RID 17-02-190

Revision anhängig: B 3 KR 11/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 130a IIIb

Leitsatz: 1. Zwei in demselben biotechnologischen Herstellungsprozess produzierte und **wirkstoffidentische Arzneimittel** sind „**wirkstoffgleich**“ im Sinne von § 130a Abs. 3b SGB V.

2. Für eine offene, sich über den Wortlaut des Gesetzes hinwegsetzende **Rechtsfortbildung** bedarf es schwerwiegender Gründe, die sich am Gedanken der Rechtssicherheit und am System der Gewaltenteilung (Art. 20 Abs. 3 Grundgesetz) messen lassen müssen. Ein Gericht darf den Wortlaut eines Parlamentsgesetzes nur dann über den methodischen Kunstgriff der **teleologischen Reduktion** beschneiden, wenn der Regelungsirrtum des Gesetzgebers evident ist und verfassungsrechtliche Wertentscheidungen dies gebieten.

Die kl. Pharmaunternehmen begehren vom bekl. Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Feststellung, dass die von ihnen vertriebenen Arzneimittel (Insulinpräparate), für die in Deutschland keine Generika oder Biosimilars angeboten werden und seit mindestens 2006 kein Patentschutz mehr besteht, nicht der Abschlagspflicht gemäß § 130a IIIb SGB V unterliegen. **SG Berlin**, Urt. v. 31.05.2013 - S 81 KR 1980/10 - RID 13-04-106 wies die Klagen ab, das **LSG** wies die Berufungen zurück.

d) Hängebeschlusses im sog. Open-House-Verfahren

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 16.01.2017 - L 16 KR 954/16 B ER

RID 17-02-191

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 130a; SGG § 86b

Der Erlass eines **Hängebeschlusses** kommt nur in Betracht, wenn eine abschließende Entscheidung noch nicht getroffen werden kann und zu besorgen ist, dass ohne ein sofortiges Tätigwerden des Gerichts vollendete Tatsachen geschaffen werden oder existenzielle Nachteile drohen.

Nach summarischer Prüfung ist der **Rechtsweg** zu den Sozialgerichten gegeben. Mit der Entscheidung des EuGH vom 02.06.2016 (C-410/14) ist klargestellt, dass Vergaberecht auf die Ausschreibung von Verträgen nach § 130a VIII SGB V im Open-House-Verfahren keine Anwendung findet.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 21.12.2016 - S 11 KR 1524/16 ER - gab der Ag. u.a. auf, vor dem 22.12.2016 in der Bundesrepublik Deutschland Zulassungs- bzw. Beitrittsverfahren für Rahmenrabattverträge, sog. Open-House-Verfahren, für bestimmte Arzneimittel zu eröffnen, zu veröffentlichen oder durchzuführen, das *LSG* hob den Beschluss auf.

2. Apotheken

a) Zulässigkeit einer Vereinbarung über Abschlag bei Abgabe von Zytostatika

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 07.12.2016 - L 9 KR 333/13

RID 17-02-192

Revision anhängig: B 3 KR 6/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 129

Leitsatz: 1. § 129 Abs. 5 Satz 1 SGB V gestattet eine vertragliche Regelung über die Abrechnung von in Apotheken hergestellten **Zytostatika** auf Landesebene. Es ist nichts dafür ersichtlich, dass der Gesetzgeber Regelungen über die Abrechnung von in Apotheken hergestellten Zytostatika ausschließlich der einzelvertraglichen Ebene nach § 129 Abs. 5 Satz 3 SGB V überantworten wollte.

2. Die vertragliche Vereinbarung eines einer Krankenkasse zu gewährenden **Rabatts** auf von in Apotheken hergestellten Zytostatika verletzt einen Apotheker nicht in seinem Grundrecht auf Berufsfreiheit nach Art. 12 des Grundgesetzes.

SG Neuruppin, Ur. v. 03.09.2013 - S 20 KR 173/08 - RID 14-01-137 wies die Klage eines Apothekers gegen die Vertragsparteien einer ergänzenden Vereinbarung zum Arzneiliefervertrag ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Erstattung des Preisnachlasses gegenüber Krankenkasse von Pharmaunternehmen

LSG Hessen, Beschluss v. 17.05.2016 - L 8 KR 4/15

RID 17-02-193

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 129, 130a, 140e

Eine niederl. **Versandapotheke** hat keinen Anspruch gegen ein **Pharmaunternehmen** auf Erstattung des gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 6 % auf den Herstellerabgabepreis gewährt **Preisnachlasses**, wenn sie (hier: Zeitraum der Jahre 2003 bis 2008) nicht dem Rahmenvertrag § 129 III Nr. 2 SGB V beigetreten ist und sie die Preisnachlässe gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen in Einzelverträgen mit den jeweiligen Krankenkassen gemäß § 140e SGB V vereinbart hat. Die Geltung des gesetzlichen Anspruchs gemäß § 130a I 2 SGB V gegenüber Dritten - wie der Bekl. - konnten die Vertragsparteien dieser Einzelverträge nicht vereinbaren.

SG Frankfurt a. M., Ur. v. 06.11.2014 - S 18 KR 17/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 29.11.2016 - B 3 KR 21/16 B wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

c) Voraussetzungen für Ersetzung durch ein rabattbegünstigtes Arzneimittel

SG Bremen, Urteil v. 17.03.2017 - S 7 KR 269/14

RID 17-02-194

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 129, 130a

Leitsatz: 1. Hat ein Vertragsarzt ein Medikament unter seinem Produktnamen als Reimport verordnet und zugleich das „**aut-idem-Feld**“ angekreuzt, so ist ein abgebender Apotheker an diese ärztliche Konkretisierung gebunden, selbst wenn für das Originalpräparat ein **Rabattvertrag** nach § 130a Abs. 8 SGB V besteht.

2. Die vom **Vertragsarzt** im Rahmen seiner Therapiehoheit **getätigten Konkretisierungen** sind von dem abgebenden **Apotheker** nicht auf ihre medizinische Sinnhaftigkeit zu überprüfen. Dies würde die Therapiehoheit des Arztes in unzulässigem Maße einschränken und gleichermaßen überhöhte Anforderungen an den Apotheker stellen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an den Kl. 1.264,76 € nebst zu zahlen.

d) Zulässigkeit einer produktneutralen Verordnung von Impfstoffen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 24.01.2017 - L 11 KR 4746/15

RID 17-02-195

Revision anhängig: B 3 KR 5/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 II 1, 11 I Nr. 2, 20d I, 129, 132e

Welchen **Impfstoff** eine Apotheke im Rahmen der Versorgung eines Versicherten abgeben darf oder muss, richtet sich nach dem Leistungsanspruch des Versicherten. **Rabattverträge** können den Anspruch auf den dort jeweils für die einzelnen Schutzimpfungen vereinbarten Impfstoff begrenzen. Bei Versorgung eines Versicherten mit einem nicht rabattierten Impfstoff, soweit dieser nicht ausnahmsweise aus medizinischen Gründen nicht verwendet werden kann, besteht weder ein Vergütungsanspruch des Apothekers noch des Vertragsarztes.

Die produktneutrale Verordnung ist nicht rechtswidrig (§ 48 AMG i.V.m. § 2 AMVV). Soweit dadurch die Verantwortung für die Auswahl des preiswerteren Impfstoffs (§ 129 I 3 i.V.m. § 130a VIII SGB V) teilweise vom Arzt auf den Apotheker verlagert wird, ist dies unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten hinzunehmen.

Die Beteiligten stritten im Beschwerdeverfahren noch darüber, ob die Kl. gegen die bekl. Krankenkasse einen Anspruch auf Unterlassung der Behauptung hat, dass die Kl. als Inhaberin der S.-Apotheke im Falle einer produktneutralen Verschreibung von Impfstoffen („Impfstoff gegen.“) ohne Nennung der Bezeichnung des Impfstoffs durch Vertragsärzte verpflichtet ist, anhand von Angaben auf einem Poster rabattierte Impfstoffe auszuwählen und abzugeben, hilfsweise die gleichlautende Feststellung sowie ob für den Fall der Zuwiderhandlung der Beklagten ein Ordnungsgeld anzudrohen ist. *SG Stuttgart*, Beschl. v. 15.07.2013 - S 9 KR 766/13 ER - verbot der Bekl. die strittige Behauptung, *LSG Baden-Württemberg*, Beschl. v. 31.03.2014 - L 4 KR 3593/13 ER-B - RID 14-02-184 wies die Anträge der Kl. auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. *SG Stuttgart*, Urt. v. 13.10.2015 verbot entsprechend den Klaganträgen zu 1) bis 3) der Bekl. zu behaupten, die Kl. als Inhaberin der S.-Apotheke sei im Falle einer produktneutralen Verschreibung von Impfstoffen („Impfstoff gegen ...“) ohne Nennung der Bezeichnung des Impfstoffs durch Vertragsärzte verpflichtet, anhand von Angaben auf einem Poster rabattierte Impfstoffe auszuwählen und abzugeben, sowie zu behaupten, Apotheken hätten bei Bestehen eines Rabattvertrages für Impfstoffe gemäß § 132e SGB V keinen Anspruch auf Erstattung gegen gesetzliche Krankenkassen, wenn sie einen von einem Vertragsarzt unter Angabe der Bezeichnung zu Lasten gesetzlicher Krankenkassen verordneten Impfstoff abgeben und nach dem Rabattvertrag anstelle des verordneten Impfstoffs ein anderer Impfstoff rabattiert ist, soweit der Arzt nicht einen Ausnahmefall durch Kennzeichnung eines auf dem Rezept aufgetragenen „A“ dokumentiert und persönlich abgezeichnet hat. Das *LSG* wies die Klage ab.

e) Fälschung der ärztlichen Verordnung: Beanstandungsfrist

LSG Hessen, Urteil v. 26.01.2017 - L 8 KR 332/14

RID 17-02-196

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 16/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 129

Der **Vergütungsanspruch** einer Apothekerin besteht auch bei der **Fälschung der ärztlichen Verordnung**, wenn trotz Hochpreisigkeit des Medikaments keine konkreten Hinweise auf aktuelle Fälle von Missbrauch bekannt sind und wenn ein konkreter Vortrag fehlt, dass zum damaligen Zeitpunkt in Fachkreisen allgemein bekannt war, dass es sich um ein in Bodybuilder-Kreisen beliebtes Medikament mit entsprechendem Missbrauchspotential handelte (hier: fünf Fertigspritzen Norditropin Nordiflex 15mg/1,5 ml N1 zu einem Preis von 4.564,70 €).

Eine Krankenkasse ist mit **Einwendungen** gegen den Vergütungsanspruch einer Apothekerin ausgeschlossen, wenn sie die **Beanstandungsfrist** des § 17 I ALV nicht einhält. Diese Ausschlussfrist greift nicht nur unter der weiteren Voraussetzung ein, dass der Apotheker sich innerhalb der Drei-Monats-Frist des § 17 II ALV mit einem Einspruch gegen die Taxdifferenz wendet. § 17 II ALV ist nur auf Fälle anwendbar, in denen bei fristgemäßer Beanstandung Streit über die inhaltliche Berechtigung dieser Beanstandung durch die Ersatzkasse besteht, nicht dagegen, wenn die Berechtigung bereits deshalb unzulässig ist, weil die Ersatzkasse die Zwölf-Monats-Frist des Abs. 1 nicht gewahrt hat.

SG Kassel, Gerichtsbb. v. 03.09.2014 - S 5 KR 314/12 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.564,70 € nebst Zinsen zu zahlen.

3. Hilfsmittelerbringer

a) Ernsthafte Vertragsverhandlungen/Existenzdruck von kleinen Leistungserbringern

SG Hamburg, Urteil v. 23.02.2017 - S 48 KR 601/14

RID 17-02-197

www.sozialgerichtsbarkeit.de =juris
SGB V § 127

Die Krankenkassen haben grundsätzlich jeden zur Versorgung zugelassenen und geeigneten Leistungserbringer an den Verhandlungen über den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach Maßgabe sachgerechter, vorhersehbarer und transparenter Kriterien im Rahmen der jeweils geltenden gesetzlichen Vorgabe zu beteiligen, die sie zur pflichtgemäßen Aufgabenerledigung schließen. Somit steht die Beteiligung jedem Leistungserbringer im Rahmen der gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben offen (BSG, Urt. v. 10.03.2010 - B 3 KR 26/08 R - SozR 4-2500 § 126 Nr. 2). **Ernsthafte Vertragsverhandlungen** liegen vor, wenn die Krankenkasse sich zu einem Gespräch bereit erklärt und den Vertragsentwurf eines Zusammenschlusses von Leistungserbringern der Orthopädienschuhtechnik prüft.

Das Gericht sieht den **Existenzdruck von kleinen Leistungserbringern**. Von ihnen wird die Versorgung der Versicherten handwerksartig betrieben und sie sind ausschließlich auf die Fertigung von Orthopädieschuhen spezialisiert. Damit können sie, anders als größere Hilfsmittelerbringer, die die Orthopädienschuhtechnik nur als eine Sparte neben mehreren betreiben, zu niedrig kalkulierte Preise der Produktgruppe 31 nicht durch Gewinne in anderen Segmenten ausgleichen. Die möglicherweise daraus folgende **Existenzvernichtung** kleiner Hilfsmittelerbringer wird aber offensichtlich vom Gesetzgeber hingenommen.

Das **SG** wies die Klage ab.

b) Kein Vertrauensschutz aufgrund früheren Durchwinkens von Hilfsmittelabrechnungen

LSG Bayern, Urteil v. 21.07.2015 - L 5 KR 414/13

RID 17-02-198

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12, 69 I 3, 70, 127 II

Leitsatz: Ein eventuelles in der Vergangenheit von den Krankenkassen praktiziertes **Durchwinken** von Hilfsmittelabrechnungen schafft auf Seiten der Hilfsmittelerbringer kein **schutzwürdiges Vertrauen**, generell und dauerhaft werden auf Abrechnungsprüfungen und Erstattungsansprüche verzichtet.

SG Regensburg, Urt. v. 17.07.2013 - S 2 KR 131/12 - verurteilte den bekl. nicht ärztlichen Leistungserbringer für orthopädische Hilfsmittel, an die Kl. 2.169,82 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 18.02.2016 - B 3 KR 55/15 B wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

4. Häusliche Krankenpflege

a) Schiedsspruch: Kompressionsverbände

SG Hannover, Urteil v. 25.11.2016 - S 2 KR 1058/12

RID 17-02-199

juris = Sozialrecht aktuell 2017, 57
SGB V §§ 37, 132a

Ein **Schiedsspruch** ist nicht erst bei „offenbarer“ Unbilligkeit (§ 319 I 2 BGB), sondern bereits bei **schlichter Unbilligkeit** aufzuheben (BSG, Urt. v. 25.11.2010 - B 3 KR 1/10 R - BSGE 107, 123 = SozR 4-2500 § 132a Nr. 5).

Die Schiedsperson hat insb. die Argumentation der Verbände der Leistungserbringer, dass der **Einsatz von Kompressionsverbänden** im Gegensatz zu den Kompressionsstrümpfen nicht auf die Beine beschränkt sei, berücksichtigt.

Das **SG** wies die Klage ab.

b) Keine Verpflichtung, vor Erhebung der Klage ein Schiedsverfahren durchzuführen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.02.2017 - L 11 KR 4278/15

RID 17-02-200

Revision anhängig: B 3 KR 9/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 132a; SGG § 202; ZPO §§ 1029 I, 1032 I 1

Leitsatz: 1. Die Entscheidung der **Schiedsperson** nach § 132a SGB V ist kein Schiedsvertrag, sondern ein **Schiedsgutachten**.

2. Eine Abweisung der Klage als (zur Zeit oder endgültig) unbegründet wegen fehlender Entscheidung der Schiedsperson kommt nicht in Betracht, wenn es einer **Leistungsbestimmung durch Dritte** gar nicht bedarf.

3. Sind **Preisvereinbarungen** in Verträgen nach § 132a Abs. 2 SGB V so aufgebaut, dass sich die einzelnen Abrechnungspositionen an der Nummerierung der Heilmittel-Richtlinie orientieren, werden Leistungen, die der GBA zusätzlich unter einer bestimmten Nummer in die Heilmittel-Richtlinien aufnimmt, nach der Nummer in der Preisvereinbarung vergütet, die der Nummer in den Heilmittel-Richtlinien entspricht.

Die Beteiligten streiten noch über die Höhe der Vergütung für im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zwischen Januar 2009 und Dezember 2012 vom Kl. erbrachte Leistungen der Intermittierenden transurethralen Einmalkatheterisierung. *SG Karlsruhe*, Urt. v. 07.09.2015 - S 5 KR 21/14 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., an den Kl. 14.499,75 € zu zahlen nebst Zinsen und wies im Übrigen die Berufung zurück.

c) Höhe von Mahngebühren

SG Düsseldorf, Urteil v. 15.07.2016 - S 34 KR 1232/12

RID 17-02-201

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 69 I 3; BGB §§ 286, 288

Für eine **erste Mahnung** sind **Mahngebühren** i.H.v. pauschaliert 2,50 € angemessen. Da der Aufwand für eine weitere Mahnung nicht größer ist, ist insofern ein Schaden i.H.v. 7,50 € nicht substantiiert dargelegt. Deshalb ist auch für die **zweite Mahnung** ein pauschalierter Verzugsschaden i.H.v. 2,50 € festzulegen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 20 € zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 06.02.2017 - L 11 KR 619/16 NZB - www.sozialgerichtsbarkeit.de wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen/Sonstiges

1. Elektronische Gesundheitskarte nur mit Lichtbild

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 24.01.2017 - L 11 KR 3562/16

RID 17-02-202

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 291 II 4; GG Art. 4 I

Leitsatz: Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ist mit einem **Lichtbild** zu versehen. Aus dem Grundrecht auf **Glaubens- und Gewissensfreiheit** (Art. 4 Abs. 1 GG) folgt kein Anspruch auf Ausstellung einer eGK ohne Lichtbild.

SG Stuttgart, Gerichtsbb. v. 12.08.2016 - S 4 KR 6958/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Keine nachträgliche Erhöhung der Berufungssumme

LSG Thüringen, Urteil v. 28.02.2017 - L 6 KR 713/13

RID 17-02-203

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 12 I, 20, 33 I 4; SGG § 144 I

Eine **nachträgliche Erhöhung der Berufungssumme** hat keinen Einfluss auf die Frage der Statthaftigkeit der Berufung. Allein dadurch, dass das Urteil mit einer **falschen Rechtsmittelbelehrung** versehen ist, hat das Gericht keine Entscheidung über die Zulassung der

Berufung getroffen (vgl. BSG, Beschl. v. 02.06.2004 - B 7 AL 10/04 B - juris m.w.N.). Eine **Umdeutung** der unzulässigen Berufung in eine **Nichtzulassungsbeschwerde** nach § 145 SGG ist im laufenden Verfahren nicht möglich (vgl. BSG, Urt. v. 20.05.2003 - B 1 KR 25/01 R - SozR 4-1500 § 158 Nr. 1).

SG Nordhausen, Urt. v. 21.01.2013 - S 6 KR 4573/11 - wies die Klage auf Bewilligung eines Mobilitätstrainings für Rollstuhlfahrer ab, das *LSG* verwarf die Berufung.

X. Bundessozialgericht (BSG)

1. BVerfG: Verfassungsunmittelbarer Anspruch auf Krankenversorgung erfordert nahe Lebensgefahr

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 11.04.2017 - 1 BvR 452/17

RID 17-02-204

juris
SGB V §§

Die Verfassungsbeschwerde gegen *BSG*, Urt. v. 13.12.2016 - B 1 KR 1/16 R - BSGE (vorgesehen) = SozR 4 (vorgesehen)- wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Es ist nicht geboten, die Grundsätze von BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 schon von Verfassungs wegen auf Erkrankungen zu erstrecken, die wertungsmäßig mit **lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankungen vergleichbar** sind. Es würde dem Ausnahmecharakter eines solchen Leistungsanspruchs nicht gerecht, würde man diesen in großzügiger Auslegung der Verfassung erweitern. Die notwendige Gefährdungslage liegt erst in einer **notstandsähnlichen Situation** vor, in der ein **erheblicher Zeitdruck** für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch ist. Anknüpfungspunkt eines derartigen verfassungsrechtlich gebotenen Anspruchs ist deswegen allein das Vorliegen einer durch **nahe Lebensgefahr** gekennzeichneten individuellen Notlage. Es muss die Gefahr bestehen, dass eine Krankheit, die mit vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung regulär umfassten Mitteln nicht behandelt werden kann, **in überschaubarer Zeit mit hoher Wahrscheinlichkeit das Leben beenden** kann, so dass die Versicherten nach allen verfügbaren medizinischen Hilfen greifen müssen.

2. Approbation Voraussetzung für psychotherapeutische Behandlung

BSG, Urteil v. 13.12.2016 - B 1 KR 4/16 R

RID 17-02-205

KrV 2017, 27

Versicherte der GKV haben keinen Anspruch auf **psychotherapeutische Behandlung** durch Therapeuten, die **keine Approbation** nach dem Psychotherapeutengesetz besitzen.

3. In Werkstatt für behinderte Menschen verabreichte Insulininjektionen

BSG, Beschluss v. 16.03.2017 - B 3 KR 43/16 B

RID 17-02-206

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde der Bekl. gegen *LSG Sachsen*, Urt. v. 26.08.2016 - L 1 KR 137/11 - RID 16-04-181 wird zurückgewiesen.

Anders als für andere Eingliederungseinrichtungen ist die Frage, ob es sich bei einer **Werkstatt für behinderte Menschen** (WfbM) um einen **geeigneten Ort zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege** handelt, schon durch den Gesetzeswortlaut ausdrücklich geklärt. Denn die WfbM werden in § 37 I 1 und in § 37 II 1 SGB V ausdrücklich als geeignete Orte aufgeführt, an denen häusliche Krankenpflege zu erbringen ist. In WfbM ist häusliche Krankenpflege allerdings nur bei einem „besonders hohen Pflegebedarf“ von der Krankenkasse zu erbringen. Aus dem ausdrücklichen gesetzlichen Verweis auf § 10 der Werkstättenverordnung (WVO) und aus der HKP-RL ergibt sich unzweifelhaft, dass ein solcher Bedarf vorliegt, wenn die WfbM nicht verpflichtet ist, die medizinisch notwendige Pflegeleistung mit den nach § 10 WVO vorzuhaltenden Diensten, Personal und sonstigen Kräften zu erbringen.

Wieviel Personal eine Einrichtung vorhalten muss, insb. welche Fachkräfte zur Verfügung stehen müssen, ergibt sich regelmäßig aus den gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften in Verbindung mit den bestehenden Verträgen und Leistungsbeschreibungen.

4. Fahrkosten: Ambulante Behandlungen wegen Folgen einer Nierentransplantation

BSG, Urteil v. 13.12.2016 - B 1 KR 2/16 R

RID 17-02-207

KrV 2017, 29

Die aus der **Transplantationsnachsorge** (hier: Nierentransplantation) sich ergebende Häufigkeit von Behandlungen (Kontrolluntersuchungen) - bis zu vier-, zuletzt zweimal jährlich- stellt keine **hohe Behandlungsfrequenz** im Sinne des § 8 II KrankentransportRL dar.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Widerruf der Approbation

aa) Strafrechtliche Verurteilung wegen sexuellen Missbrauchs einer Patientin

VG Oldenburg, Urteil v. 31.01.2017 - 7 A 2236/15

RID 17-02-208

^{juris}
BÄO §§ 3, 5

Leitsatz: Eine **strafrechtliche Verurteilung** eines Arztes wegen **sexuellen Missbrauchs** einer Patientin rechtfertigt den Widerruf seiner Approbation.

bb) Verurteilung wegen Steuerhinterziehung

VG München, Urteil v. 19.01.2016 - M 16 K 13.4929

RID 17-02-209

^{juris}
ZHGG §§ 2 I 1 Nr. 2, 4 II 1

Ein **Widerruf der Approbation** wegen **Unwürdigkeit** kann auf eine rechtskräftige **Verurteilung wegen Steuerhinterziehung** in fünf tatmehrheitlichen Fällen und zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 10 Monaten gestützt werden, wonach der Zahnarzt seiner Verpflichtung zur Abgabe vollständiger und wahrheitsgemäßer Einkommenssteuererklärungen in den Jahren 1999 bis 2002 und 2004 nicht nachgekommen ist, indem er in den von ihm abgegebenen Einkommenssteuererklärungen Einnahmen aus seiner freiberuflichen Tätigkeit als Arzt nicht vollständig und Ausgaben in großem Umfang zu Unrecht als Betriebsausgaben erklärt hat, woraus sich eine Steuerverkürzung in Höhe von mindestens 59.568 € ergab.

b) Ruhen der Approbation

aa) Fehlerhafte Tatsachengrundlage

VG Bayreuth, Urteil v. 18.01.2017 - B 4 K 15.409

RID 17-02-210

^{juris}
BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 6 I Nr. 2; VwGO § 114 S. 1

Die Anordnung des **Ruhens der Approbation** ist rechtswidrig, wenn die Behörde bei ihrer Ermessensentscheidung von nicht zutreffenden **tatsächlichen Voraussetzungen** ausgeht (hier: es liege eine komplexe Persönlichkeitsstörung vor, aufgrund derer die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Arztberufes dauerhaft nachträglich wegfallen sei).

bb) Gesundheitliche Eignung trotz transdermalen Opioidtherapie

VG Augsburg, Urteil v. 12.01.2017 - Au 2 K 15.1777

RID 17-02-211

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

Liegt eine **Abhängigkeitssituation** bzw. Suchterkrankung nicht vor, ist der Rückschluss auf eine fehlende Eignung oder Fähigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs insoweit jedenfalls nicht gerechtfertigt.

Die **gesundheitliche Eignung** zur Ausübung des Arztberufes fällt nicht aufgrund einer indizierten und auf einen längerfristigen Zeitraum angelegten **transdermalen Opioidtherapie** nachträglich weg.

2. Weiterbildung/Anerkennung von Abschlüssen/Fachkunde/Fortbildung

a) Keine Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nach Arztstudium in Kuban (UdSSR)

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.03.2017 - 13 A 235/15

RID 17-02-212

juris

BÄO §§ 3, 14b I Nr. 2; GG Art. 12 I

Eine analoge Anwendung des § 14b I 3 Nr. 3 BÄO kommt mangels Regelungslücke nicht in Betracht. Eine darin liegende Ungleichbehandlung gegenüber Antragstellern, die in den Anwendungsbereich der Regelung fallen, bedeutet keine europarechtswidrige Inländerdiskriminierung und keinen Verstoß gegen Art. 3 I GG.

Die Approbation kann aufgrund eines **Arztstudiums in Kuban** (ehemalige Sowjetunion) mangels **Gleichwertigkeit** des Ausbildungsstandes nicht erteilt werden.

b) Entzug der Bescheinigung über die Fachkunde im Strahlenschutz/Prüfungsgespräch

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.11.2016 - 13 A 293/15

RID 17-02-213

juris = GesR 2017, 128

StrlSchV § 30; GG Art. 19 IV

Leitsatz: Zu den Anforderungen an ein Gespräch zur Überprüfung der Fachkunde im Strahlenschutz.

Vorausgehend: VG Minden, Urt. v. 07.01.2015 - 7 K 203/14 - RID 15-02-233.

c) Untersagungsanordnung: Erlöschen einer Röntgengenehmigung nach Verzicht der Ärzte

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 13.02.2017 - 13 A 933/15

RID 17-02-214

juris

AtomG § 19 III; RöV §§ 3, 25

Eine **Röntgengenehmigung erlischt**, wenn die **Programmverantwortlichen Ärzte** wirksam auf das ihnen erteilte Recht, die Röntgeneinrichtung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms zu nutzen, **verzichten**. Es bedarf **keines Aufhebungsbescheides**, weil die Verzichtserklärung als empfangsbedürftige Willenserklärung, § 130 I 1 BGB, im Zeitpunkt des Zugangs bei der Behörde wirksam wird. Dass die Screening-Einheit als solche noch existiert, ist ohne Belang.

Vorgehend: VG Düsseldorf, Urt. v. 06.03.2015 - 7 K 3375/13 - RID 15-04-194.

3. Akademischer Grad

a) „Docteur en Médecine, Chirurgie et Acchouchements/Univ. Brüssel“

VG Mainz, Urteil v. 16.11.2016 - 3 K 1538/15.MZ

RID 17-02-215

juris

HochSchG Rheinland-Pfalz § 31

Erlaubt eine Genehmigung das Führen des Grades ausschließlich in der Form „**Docteur en Médecine, Chirurgie et Acchouchements/Univ. Brüssel**“, kann kein Recht hergeleitet werden, die Abkürzungen „Doktor der Medizin“, „Doktor“, „Dr.“ oder „Dr. med.“ zu verwenden. Eine Berechtigung folgt auch nicht aus § 31 HochSchG Rheinland-Pfalz.

b) Führen der Abkürzung „Dr. med.“ für in der Türkei erworbenen „Grad Tip Doktoru“

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 06.03.2017 - 14 B 1408/16

RID 17-02-216

juris

HSchulG NRW § 69

Leitsatz: 1. § 69 Abs. 7 Satz 5 HG, der die zuständige Behörde ermächtigt, eine unzulässige Grad- oder Titelführung zu untersagen, setzt voraus, dass der Betroffene den Grad oder Titel aktiv in Anspruch nimmt. Dass Dritte den Grad oder Titel in Bezug auf den Betroffenen fälschlich benutzen, ohne dass dieser dagegen einschreitet, stellt für sich alleine kein „Führen“ des Grades oder Titels durch den Betroffenen dar (hier: Benutzung eines Grades durch Internetportalbetreiber).

2. § 69 Abs. 7 Satz 5 HG mag in den Fällen, in denen der Dritte **auf Veranlassung des Betroffenen** den Grad oder Titel benutzt, dazu ermächtigen, den Betroffenen zu verpflichten, auf den Dritten einzuwirken, die Benutzung des Grades oder Titels zu beenden.

4. Strafrecht

a) Rezept: Gesundheitszeugnis im Sinne von § 278 StGB

LG Köln, Beschluss v. 07.07.2016 - 105 Qs 165/16

RID 17-02-217

juris = medstra 2017, 127

StGB § 278; StPO § 94

Gesundheitszeugnisse sind körperliche oder elektronisch fixierte Aussagen über die körperliche oder psychische Gesundheit oder Krankheit eines Menschen. Nach dem Schutzzweck des § 278 StGB sind davon auch **Rezepte** erfasst. Denn die Vorschrift will die Beweiskraft ärztlicher Zeugnisse sichern, die zum Gebrauch bei Behörden oder Versicherungsgesellschaften bestimmt sind – bei Einrichtungen, die zum eigenen Vorteil zu täuschen eine gewisse Neigung besteht (vgl. BGH, Urt. v. 29.01.1957 - 1 StR 333/56 - juris). Bei einem Rezept handelt es sich nicht lediglich um eine formelle, schriftliche Aufforderung eines Arztes an die Apotheke zu einer Belieferung mit Arznei- oder Heilmitteln. Vielmehr enthält es auch eine **Anweisung an die Beihilfestelle**, die für das verschriebene Medikament entstandenen Kosten zu erstatten, ohne dass für diese eine eigene medizinische Prüfungsmöglichkeit besteht.

b) Abrechnung einer Behandlungsstunde mit weiterem fiktiven Termin

OLG München, Urteil v. 21.09.2016 - 15 U 979/15

RID 17-02-218

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - IX ZR 245/16 -

juris

StGB § 263

Rechnet ein Arzt einen Behandlungstermin von einer **Stunde Dauer**, in dem er die Patienten im Bereich der Wirbelsäule, der Extremitäten, des visceralen Systems und des Schädels bzw. Nervensystems behandelt, in der Weise ab, dass er in seinen **Rechnungen** am tatsächlichen Behandlungstag eine **halbe Stunde** ansetzt, hierfür neben anderen GOÄ-Ziff. zweimal die GOÄ-Ziff. 3306 analog anführt, und an einem **weiteren - fiktiven - Tag eine weitere halbe Stunde Behandlung** anführt, für die er erneut zweimal unter anderem die GOÄ Ziffer 3306 analog ansetzt, da die Private Krankenversicherung nicht den viermaligen Ansatz der GOÄ-Ziff. 3306 analog in einem Behandlungstermin akzeptiert, und weist er die Patienten auf diese Abrechnungsweise hin, so begeht er einen Abrechnungsbetrug.

Der **Kl. ist Arzt** und Osteopath, der **Bekl. ist Rechtsanwalt**. Nach Einleitung eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens im Jahr 2003 wegen Abrechnungsbetrugs beauftragte der Kl. den Bekl. mit seiner Verteidigung. Nach einer Verständigung vor dem Schöffengericht räumte der Kl. den Vorwurf vollumfänglich ein und es erging ein der Verständigung (keine höhere Gesamtfreiheitsstrafe als 2 Jahre zur Bewährung sowie eine Gesamtgeldstrafe von nicht mehr als 500 Tagessätze zu je 100 €, als Auflage Schadenswiedergutmachung sowie Zahlung eines Geldbetrages in Höhe von 100.000 €) entsprechendes Urteil samt Bewährungsbeschl. Die im Dezember 2009 von der Staatsanwaltschaft eingelegte Berufung wurde zurückgenommen. Im Juni 2010 widerrief die Regierung von Oberbayern die Approbation des Kl., Klage und Berufung blieben erfolglos. Die im Februar 2012 beantragte Wiederaufnahme des Strafverfahrens wurde im Mai 2012 als unzulässig verworfen, die

sofortige Beschwerde wurde verworfen. Die im Hinblick auf den Approbationsentzug vom Kl. gegen die Nichtzulassung der Revision eingelegte Beschwerde wurde durch **BVerwG**, Beschl. v. 13.02.2014 - 3 B 68.13 - RID 14-02-234 verworfen. Der Kl. macht nunmehr gegen den Bekl. Schadensersatzansprüche geltend und trägt u.a. vor, der Bekl. hätte ihn von einem Geständnis und einem der Absprache entsprechenden Urteil abraten müssen. Bis zum Ende der strafgerichtlichen Verhandlung sei nicht nachgewiesen gewesen, dass den betroffenen Krankenversicherungen durch sein Verhalten überhaupt ein Schaden entstanden sei. Allein die Aufspaltung der Abrechnung einer tatsächlich erfolgten Behandlung in zwei Termine stelle noch keinen Betrug dar, wenn ihm für seine tatsächlich erbrachten Leistungen ein entsprechender Vergütungsanspruch zugestanden habe. Auch habe der Bekl. fälschlicherweise mitgeteilt, dass die entsprechend der Absprache erfolgte Verurteilung keine Folgen für die Approbation haben würde. Das **LG** wies die Klage ab, das **OLG** die Berufung zurück.

c) Leichenschau: Keine Abrechnung einer Besuchsgebühr (Ziff. 50 GOÄ)

LG Kiel, Beschluss v. 16.06.2016 - 10 Qs 22/16

RID 17-02-219

juris = medstra 2017, 63 = MedR 2017, 150

StPO § 102; GOÄ § 6 II

Nach § 6 II GOÄ dürfen **Analogien** nur gebildet werden, wenn selbständige ärztliche Leistungen nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen sind. Für die **Leichenschau** stellt das Gebührenverzeichnis der GOÄ indes die Nr. 100 zur Verfügung („Untersuchung eines Toten - einschließlich Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauscheines“). Seitens der Zivilgerichtsbarkeit ist denn auch wiederholt - wenn auch „nur“ auf amtsgerichtlicher Ebene - entschieden worden, dass für eine Leichenschau **keine Besuchsgebühr nach Ziff. 50 GOÄ** abgerechnet werden dürfe, und zwar weder direkt noch analog (vgl. dazu und zum Folgenden AG Herne-Wanne, Urt. v. 08.09.1998 - 2 C 380/98 u. AG Oberhausen, Urt. v. 19.02.1998 - 37 C 79/98 -). Der Gebührentatbestand der Nr. 50 GOÄ („Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung“) erfasst ersichtlich nur eine Leistung **am lebenden Patienten**. Eine Abrechnung der Besuchsgebühr neben der Leichenschau ist daher nur dann gerechtfertigt, wenn der später Verstorbene zur Zeit der Beauftragung des Arztes noch lebte oder wenn die Angehörigen in Anbetracht des Todesfalls selbst gesundheitlich angegriffen sind und insofern den Rat des Arztes einholen.

LG Kiel, Beschl. v. 26.08.2016 - 10 Qs 22/16 - juris wies die Gegenvorstellung des Bf. zurück.

5. Berufspflichten

a) Abrechnungsfehler und „Besuch“

Berufsgerichtshof für die Heilberufe Schleswig, Urteil v. 16.03.2016 - 30 LB 2/15 BG II

RID 17-02-220

juris = ZMGR 2016, 328

GOÄ §§ 7, 8, 9

Eine nicht den Vorschriften der GOÄ entsprechende Abrechnung ist geeignet, einen Verstoß gegen die in § 12 I BO bestimmte Pflicht zur Abrechnung (nur) „angemessener“ Honorarforderungen zu begründen. Ein Arzt darf die **Abrechnungstatbestände nach der GOÄ** und die darin bestimmten Gebührensätze nicht missachten; er hat bei der Abrechnung seiner Honorare die GOÄ Bestimmungen sorgfältig zu **beachten** und gegebenenfalls bestehende Besonderheiten der Gebührenberechnung zu **dokumentieren und zu begründen**.

Die nach § 12 I BO geltende Pflicht zur Abrechnung (nur) „angemessener“ Honorarforderungen ist nicht bereits bei jedem **Abrechnungsfehler** verletzt, sondern erst dann, wenn dieser Fehler aus einer nachlässigen Handhabung der GOÄ-Bestimmungen hervorgeht und geeignet ist, das Vertrauen zwischen Arzt und Patient oder das Ansehen des Arztberufs zu gefährden, weil sie eine „Honorarmehrungsabsicht“ zum Ausdruck bringt. Eine berufsrechtliche Sanktion ist - insbesondere - veranlasst, wenn das inkriminierte Abrechnungsverhalten nicht dem Standard entspricht, der nach der GOÄ und deren Anwendungspraxis in der Ärzteschaft allgemein gilt oder erwartet werden kann. Soweit die Anwendung der GOÄ-Bestimmungen zu rechtlichen Zweifelsfragen führt, kann einem Arzt eine Abrechnung nur dann vorgeworfen werden, wenn sie einer gefestigten, auch durch die Rechtsprechung geklärten Abrechnungspraxis widerspricht.

Ein „**Besuch**“ i.S.d. GOÄ liegt vor, wenn der Arzt einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem der Arzt üblicherweise seine berufliche Tätigkeit nicht ausübt. Der GOÄ ist indessen zu entnehmen, dass ein „Besuch“ nur vorliegt, wenn sich **der Arzt zum Patienten begibt**, also im Allgemeinen dorthin, wo der Patient lebt (ersatzweise: dem Notfallort) entspricht. Dem entsprechend stellt die (gem. § 9 Abs. 3 GOÄ auch für die Reiseentschädigung anwendbare) Vorschrift in § 8 III GOÄ über die nur einmalige und anteilige Berechnung der Entschädigung auf Besuche „in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim“ ab; hätte der Gesetzgeber auch Reiseaufwendungen für Tätigkeiten in anderen Praxen erfassen wollen, wäre die Einschränkung in § 8 III GOÄ nicht verständlich. Ein „Besuch“ des Patienten liegt dem entsprechend nicht vor, wenn die ärztliche Tätigkeit an einem Ort erbracht wird, zu dem sich (auch) der Patient erst begeben muss. Das ist der Fall, wenn die Leistung in der regelmäßigen Arbeitsstätte des Arztes erbracht wird, ebenso, wenn die Leistungserbringung in ausgliederten Praxisteilen, in einer Zweitpraxis oder als sog. Belegarzt oder im Rahmen eines MVZ erfolgt. Das Gleiche - kein „Besuch“ - gilt aber auch dann, wenn ein Arzt ohne Veranlassung durch den Patienten zur Behandlung in einer anderen Praxis hinzugezogen wird, weil er dort mit einem anderen Arzt - einem Chirurgen - zusammenarbeitet und die erforderliche Leistung nur in Zusammenarbeit mit diesem erbringen kann. Das trifft für die Tätigkeit eines Anästhesisten im Zusammenhang mit einem chirurgischen Eingriff zu.

b) Mitwirkung an Erbeinsetzung durch Patientin zugunsten des Sohnes

Ärztl. Berufsgericht Niedersachsen, Urteil v. 11.05.2016 - BG 13/15

RID 17-02-221

MedR 2017, 82

BO Niedersachsen §§ 2 II, 32 I

Leitsatz (MedR): 1. Einem niedergelassenen **Arzt** ist es berufsrechtlich verboten, aktiv daran mitzuwirken, dass seine hochbetagte **Patientin** seinen **Sohn als ihren Erben einsetzt** und ihr Vermögen an ihn überträgt. Denn damit verstößt er gegen das Verbot, wonach er von Patienten oder anderen keine Geschenke oder andere Vorteile für sich oder Dritte fordern oder sich oder Dritten versprechen lassen annehmen darf, wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit seiner ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird. Ferner verletzt er seine Berufspflicht, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben.

2. Eine **Geldbuße** i.H.v. 15.000 € ist angemessen, aber auch ausreichend.

c) Berufsgerichtliche Nachprüfung einer Rüge nach Praxisaufgabe und Rückkehr ins Heimatland

LBerufsG für Heilberufe Münster, Beschluss v. 18.01.2017 - 6t A 1515/15.T

RID 17-02-222

juris

NRW HeilBerG §§ 1, 2, 59 III, 95 I

Leitsatz: 1. Der Anwendungsbereich des § 59 Abs. 3 HeilBerG NRW umfasst auch berufsgerichtliche Verfahren, deren Gegenstand ein Antrag auf **Nachprüfung einer Rüge** ist.

2. Ein hinlängliches **Bedürfnis** für die Fortführung eines solchen berufsgerichtlichen Verfahrens besteht regelmäßig nicht, wenn der Antragsteller auf Dauer die **Bundesrepublik Deutschland verlassen** hat und aus gesundheitlichen und/oder Altersgründen nicht mehr in der Lage ist, als Arzt tätig sein.

6. Psychiatrisches Sachverständigengutachten: Persönliche Exploration durch den Gutachter

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.08.2016 - L 6 VG 3508/12

RID 17-02-223

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

BVG §§ 1 III, 30 I 1; OEG § 1 I 1; SGG § 118; ZPO §§ 407a II 1, 411a

Leitsatz: 1. **Gutachten** aus vorangegangenen Klageverfahren können als Sachverständigenbeweis verwertet werden.

2. Bei der **psychiatrischen Begutachtung** muss der **Sachverständige** die Untersuchung im wesentlichen Umfang **selbst** durchführen; dies ist nicht der Fall, wenn es schlechterdings unmöglich ist, sich in der vorgegebenen Zeit einen Eindruck von dem Probanden zu verschaffen.
3. Sachverständige müssen für die Feststellung der Kriterien einer **posttraumatischen Belastungsstörung** die Angaben des Probanden auf Vollständigkeit, Richtigkeit und mögliche Inkonsistenzen überprüfen.

7. Gutachterl. St. eines Psycholog. Psychotherapeuten zur posttraumat. Belastungsstörung

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 20.03.2017 - 13 A 517/16.A

RID 17-02-224

juris

AsylG § 78 III Nr. 1

Nach BVerwG, Urt. v. 11.09.2007 - 10 C 8.07 - BVerwGE 129, 251, juris, Rn. 15, gehört zur Substantiierung eines Sachverständigenbeweisanspruchs, der das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen **posttraumatischen Belastungsstörung** (PTBS) zum Gegenstand hat, angesichts der Unschärfe des Krankheitsbildes sowie seiner vielfältigen Symptome regelmäßig die Vorlage eines gewissen Mindestanforderungen genügenden fachärztlichen Attests. Aus diesem muss sich nachvollziehbar ergeben, auf welcher Grundlage der Facharzt seine Diagnose gestellt hat und wie sich die Krankheit im konkreten Fall darstellt. Ein Psychologischer Psychotherapeut ist kein (Fach-)Arzt. Eine **gutachterliche Stellungnahme eines Psychologischen Psychotherapeuten** ist mithin keine „fachärztliche Stellungnahme“; eine durch einen Psychologischen Psychotherapeuten gestellte Diagnose keine „fachärztliche Diagnose“. Daraus folgt nicht, dass die gutachterliche Stellungnahme eines Psychologischen Psychotherapeuten generell zur Substantiierung eines Sachverständigenbeweisanspruchs ungeeignet wäre. Vielmehr ist ein - gewissen Mindestanforderungen genügendes - fachärztliches Attest zur Substantiierung eines Sachverständigenbeweises nur „regelmäßig“ erforderlich. Dieser Grundsatz stellt demnach nicht in Frage, dass neben Fachärzten grundsätzlich auch Psychologische Psychotherapeuten aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation zur Diagnose psychischer Erkrankungen einschließlich posttraumatischer Belastungsstörungen befähigt sind.

8. Erlaubnisfreie Führung einer Gewebekbank: Eigene Laboruntersuchungen

VGH Bayern, Urteil v. 19.01.2017 - 20 BV 15.21

RID 17-02-225

juris

AMG §§ 20b, 20c, 20d, 69

Leitsatz: Die **Erlaubnisfreiheit** nach § 20d AMG setzt voraus, dass der Arzt oder die zur Ausübung der Heilkunde am Menschen befugte Person die erforderlichen **Laboruntersuchungen selbst** durchführt.

9. VerfGH Rheinland-Pfalz: Zulässigkeit einer Ärzte-GmbH durch verfassungskonforme Auslegung

VerfGH Rheinland-Pfalz, Urteil v. 31.03.2017 - VGH N 4/16, VGH N 5/16

RID 17-02-226

<https://verfgh.justiz.rlp.de>

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

1. Bei der **konkreten Normenkontrolle** nach Art. 130 Abs. 3 LV muss das Gericht in seinem Vorlagebeschluss die Entscheidungserheblichkeit der vorgelegten landesgesetzlichen Bestimmung aufzeigen und eingehend dartun, weshalb es diese für unvereinbar mit der Landesverfassung hält. Zur **Begründung der Vorlage** nach § 24 Abs. 2 Satz 1 VerfGHG muss es jedenfalls die Entscheidungserheblichkeit und seine Überzeugung von der Verfassungswidrigkeit der zur Überprüfung gestellten Norm nachvollziehbar darlegen und sich dabei mit naheliegenden tatsächlichen und rechtlichen Gesichtspunkten auseinandersetzen.

2. Hierzu zählt, dass das vorlegende Gericht, wenn die **Möglichkeit einer verfassungskonformen Auslegung** nahe liegt, diese Möglichkeit prüfen und vertretbar begründen muss, weshalb sie ausscheidet.

3. Möglich und notwendig kann auch die verfassungskonforme Auslegung einer Ausnahmeregelung von einem **gesetzlich vorgesehenen Verbot** sein, um der Bedeutung des durch das Verbot beschränkten Grundrechts Rechnung zu tragen und dessen unverhältnismäßige Beschränkung zu vermeiden.

Der *VerfGH* wies die Vorlagen des OLG Zweibrücken, Beschl. v. 21.01.2016 - 3 W 128/15 - RID 17-01-188 und - 3 W 136/15 – als unzulässig zurück.

Aus den Gründen:

„(...) 2. Denn das vorlegende Gericht hat die Regelung des § 21 Abs. 2 Satz 5 HeilBG nicht berücksichtigt, die Ausnahmen von der Vorschrift des Satzes 1 des § 21 Abs. 2 HeilBG zulässt. Es hat nicht geprüft, ob durch die Anwendung dieser **Ausnahmebestimmung** seinen verfassungsrechtlichen Bedenken gegen das – dem Satz 1 des § 21 Abs. 2 HeilBG entnommene – Verbot freiberuflicher ärztlicher Tätigkeiten in der Rechtsform einer GmbH Rechnung getragen werden kann, obwohl dies nahe liegt. (...)

a) Nach **§ 21 Abs. 2 Satz 5 HeilBG** können die Kammern in besonderen Einzelfällen **Ausnahmen** von Satz 1 zulassen, wenn sichergestellt ist, dass berufsrechtliche Belange nicht beeinträchtigt sind. Die auf der gesetzlichen Grundlage des § 23 HeilBG ergangene **Berufsordnung** (...) trifft in § 23a Abs. 1 für Ärztegesellschaften folgende Regelung: Ärztinnen und Ärzte können auch in der Form der juristischen Person des Privatrechts tätig sein, soweit dies durch formelles Gesetz zugelassen ist (Satz 1). Gesellschafter einer Ärztegesellschaft können nur Ärztinnen und Ärzte und Angehörige der in § 23b Abs. 1 Satz 1 der Berufsordnung genannten Berufe sein (Satz 2), also Angehörige anderer akademischer Heilberufe, andere Naturwissenschaftler und Mitarbeiter aus sozialpädagogischen Berufen. Sie müssen in der Gesellschaft beruflich tätig sein (Satz 3). Gewährleistet sein muss zudem, dass (a) die Gesellschaft verantwortlich von einer Ärztin oder einem Arzt geführt wird; Geschäftsführer müssen mehrheitlich Ärztinnen und Ärzte sein, (b) die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zustehen, (c) Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind, (d) eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für alle in der Gesellschaft tätigen Ärztinnen und Ärzte besteht (Satz 4). § 23a Abs. 2 Satz 1 der Berufsordnung verlangt zudem, dass der Name der Ärztegesellschaft des Privatrechts nur die Namen der in der Gesellschaft tätigen ärztlichen Gesellschafter enthalten darf. Die Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung des 118. Deutschen Ärztetages 2015 – MBO – enthält eine weitgehend inhaltsgleiche Bestimmung (vgl. § 23a MBO).

Die aktuelle ärztliche Berufsordnung in Rheinland-Pfalz steht demnach einer **freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit in der Rechtsform einer GmbH** nicht entgegen, wenn dies durch formelles Gesetz zugelassen ist und die genannten weiteren berufsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Als **formelles Gesetz** in diesem Sinne kann § 21 Abs. 2 Satz 5 HeilBG angesehen werden, das Ausnahmen von dem grundsätzlichen Verbot des Satzes 1 zulässt. Es spricht daher alles dafür, dass berufsrechtliche Belange nicht beeinträchtigt sind, wenn eine Ärztegesellschaft in der Form einer GmbH die genannten, in § 23a der Berufsordnung aufgeführten Voraussetzungen erfüllt. In diesem Fall sind damit die tatbestandlichen Voraussetzungen für die Zulassung einer Ausnahme von dem grundsätzlichen Verbot des Satzes 1 durch die Kammern nach Satz 5 des § 21 Abs. 2 HeilBG gegeben.

(...) Dennoch kann sich das den Kammern eingeräumte **Ermessen** dahingehend verdichten, dass allein die Zulassung einer Ausnahme verfassungsgemäß ist. Hier kommt insbesondere in Betracht, dass die Verweigerung, eine Ausnahme von dem grundsätzlichen Verbot zuzulassen, jedenfalls dann gegen die Berufsfreiheit (Art. 58 LV) verstößt, wenn die GmbH die in § 23a Abs. 1 Satz 2 bis 4 der Berufsordnung genannten Voraussetzungen für eine Ärztegesellschaft in der Form einer juristischen Person des Privatrechts erfüllt. So wird im rechtswissenschaftlichen Schrifttum mit beachtlichen Gründen vertreten, dass im Wege verfassungskonformer Auslegung gleichlautende Ausnahmenvorschriften in den Heilberufsgesetzen anderer Bundesländer als Muss-Vorschriften zu interpretieren sind (vgl. Taupitz, NJW 1996, 3033 [3041]; Attermeyer, Die ambulante Arztpraxis in der Rechtsform der GmbH, 2005, S. 57 f. und 212). (...)

10. Videoüberwachung in Zahnarztpraxis

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 06.04.2017 - OVG 12 B 7.16

RID 17-02-227

Revision zugelassen

juris

BDSG §§ 1, 2, 3, 4a, 6b, 9, 28, 39; GG Art. 1 I, 2 I

Leitsatz: 1. Die **Videoüberwachung** durch nicht öffentliche Stellen mit Hilfe eines Kamera-Monitor-Systems unterfällt dem Anwendungsbereich des Bundesdatenschutzgesetzes.

2. Die **Kennzeichnungspflicht** des § 6b Abs. 2 BDSG zwingt nicht dazu, den Anschein der Videoüberwachung zu verhindern.

11. Leistungsausschluss eines Arztes durch privaten Krankenversicherer

OLG Hamm, Urteil v. 12.12.2016 - 6 U 214/15

RID 17-02-228

juris

BGB §§ 823, 1004; MB/KK § 5 I Buchst. c

Leitsatz: 1. Gegen die **Wirksamkeit der Regelung** des § 5 Abs. 1 lit. c **MB/KK** bestehen keine Bedenken.

2. Erhebt der von einem in der Vergangenheit auf Grundlage dieser Regelung ausgesprochenen und bereits in einem Zivilprozess, in dem der Arzt Streithelfer des Versicherungsnehmers war, durch Urteil für wirksam erachteten **Leistungsausschluss** betroffene **Arzt Unterlassungsklage** gegen einen

privaten Krankenversicherer, ist der Arzt darlegungs- und beweispflichtig, dass die Voraussetzungen des Leistungsausschlusses nicht mehr vorliegen.

12. Honoraransprüche eines Vertragsarztes im Insolvenzverfahren

OLG Hamm, Urteil v. 02.03.2017 - 27 U 31/16

RID 17-02-229

juris = ZIP 2017, 733

InsO §§ 96 I Nr. 3, 129, 131 I Nr. 2, 140

Leitsatz: In Abweichung von der Rechtsprechung des **Bundesgerichtshofs** (BGH, Urteil vom 11.05.2006, Az. IX ZR 247/03 Rn. 7), nach der die Entstehung eines **Absonderungsrechts** mit Blick auf die **Abtretung von Honoraransprüchen eines Kassenarztes** lediglich die **Erbringung der ärztlichen Dienstleistung** voraussetzt, folgt der Senat in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des **Bundessozialgerichts** (BSG, Urt. v. 10.12.2014 - B 6 KA 45/13 R - BSGE 118, 30 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 81, Rn. 31) der Ansicht, dass die Entstehung des Honoraranspruchs zudem zumindest auch die **Abrechnung der Leistungen** gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung voraussetzt.

13. Anspruch des Kindes auf Auskunft über die Identität des Samenspenders

AG Hannover, Urteil v. 17.10.2016 - 432 C 7640/15

RID 17-02-230

juris = FamRZ 2017, 223 = ZD 2017, 82 = NJW-RR 2017, 132

BGB §§ 242, 810; GG Art. 1 I, 2 I

Eine **Reproduktionsklinik** muss einem durch **Samenspende** gezeugten **Kind** den Namen des biologischen Vaters nennen. Ihm steht ein Anspruch auf Einsicht in ihre Behandlungsunterlagen zu.

14. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Operative Korrektur der Fehlsichtigkeit mit einem kostenfreien Eignungsscheck

LG München I, Urteil v. 30.11.2016 - 37 O 7083/16

RID 17-02-231

juris

UWG § 3a; HeilmWerbG § 7

Die Werbung gegenüber Verbrauchern für eine **operative Korrektur der Fehlsichtigkeit** mit einem kostenfreien **Eignungsscheck** ist unzulässig. Bei der kostenlosen Durchführung des Eignungsschecks handelt es sich um eine unzulässige Zugabe im Sinne des § 7 HWG, da er der Absatzförderung von Augenlaseroperationen dient.

b) Gutscheine für eine Brustvergrößerung

KG Berlin, Urteil v. 04.10.2016 - 16 O 108/14

RID 17-02-232

juris = WRP 2017, 89

UWG §§ 3a, 4a, 5; GOÄ

Leitsatz der Wettbewerbszentrale: 1. An der Anwendbarkeit der Gebührenordnung für Ärzte ändert es nichts, wenn ein **Angebot zur Brustvergrößerung** auf einer Internet-Plattform von einer in Rechtsform einer GmbH betriebenen **Privatklinik** stammt. Ein solches Angebot ist aber weder geeignet, den Verbraucher unsachlich zu beeinflussen, noch verstößt es gegen die Berufsordnung.

2. Der Begriff „**Team**“ von **Ärzten** erweckt nicht den Eindruck einer besonderen personellen Größe der Klinik, auch wenn es sich bei dem zum Team gehörenden Ärzten um Belegärzte handelt.

3. Dem auf einem **Gutscheinportal** werbenden Unternehmen fehlt es an einer hinreichenden, kommunikationsbezogenen Eigenständigkeit, so dass es nicht zur Angabe des Impressums verpflichtet ist.

c) Unzulässige Werbung für „Orthokin-Therapie“

LG Düsseldorf, Urteil v. 21.12.2016 - 12 O 14/16

RID 17-02-233

juris = Magazindienst 2017, 335

HeilMVerbG § 3 S. 2 Nr. 1; UWG §§ 3 I, 4 Nr. 11; BGB §§ 278, 339

Ein Orthopäde darf nicht für die „**Orthokin-Therapie**“, einem Verfahren zur Behandlung von Arthrose, werben, wenn die Äußerungen in dem in der Praxis bereitgestellten Flyer in unzutreffender Weise suggeriert, die Therapie könne lindernde bzw. heilende Wirkung bei der Krankheit **Arthrose** entfalten, was aber wissenschaftlich ungesichert ist.

d) Arztpraxis im Einzelhandelsgeschäft kann zulässig sein

KG Berlin, Urteil v. 21.06.2016 - 5 U 114/15

RID 17-02-234

juris = WRP 2016, 1535

UWG § 3a; BO §§ 3, 9, 17, 24, 27

Leitsatz der Wettbewerbszentrale: Die räumliche Einbindung einer **Arztpraxis** in die **Räume eines Einzelhändlers** ist nicht per se geeignet, das Vertrauen der Patienten in die ärztliche Integrität zu erschüttern.

Anders liegt es dann, wenn die konkrete Gestaltung, also etwa die **mangelnde Abgrenzung** zu den Räumen des Einzelhändlers, Zweifel an der Unabhängigkeit des Arztes aufkommen lässt.

15. Kein Unterlassungsanspruch gegen Suchmaschine wegen Ärztebewertung

LG Hamburg, Urteil v. 27.01.2017 - 324 O 342/16

RID 17-02-235

juris

BGB §§ 823, 2004; GG Art. 1 I, 2 I

Es besteht kein **Unterlassungsanspruch** gegen den Betreiber einer Suchmaschine, über die eine Rezension über einen Zahnarzt verbreitet wird, wenn die Tätigkeit des Betreibers in der Vermittlung des Verkaufs von Online-Werbung besteht und er keine Einflussmöglichkeiten auf die die Rezension vertreibenden Dienste hat, insb. er keine Erfahrungsberichte entfernen kann.

16. Arbeits- und Sozialrecht

a) Sozialversicherungspflicht

aa) Anästhesist im Krankenhaus: Keine unternehmerische Betätigung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 05.04.2017 - L 2 R 385/16

RID 17-02-236

juris

SGB V 121; AO § 143 III; KHEntgG § 2 I 1; SGB III § 25 I

Leitsatz: Eine inhaltliche Beschränkung der geschuldeten Arbeitsleistungen eines **Facharztes für Anästhesie** namentlich im Sinne einer Beschränkung auf kurative ärztliche Leistungen am Patienten steht der Annahme eines **abhängigen Beschäftigungsverhältnisses** nicht entgegen, solange keine Freiheiten im Sinne einer **unternehmerischen Betätigung** begründet werden.

bb) Anästhesist: Kein unternehmertypisches wirtschaftliches Risiko/Weisungsabhängigkeit

SG Kassel, Urteil v. 11.01.2017 - S 12 KR 341/16

RID 17-02-237

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV § 7a

Ein **Anästhesist** wird nicht **selbstständig** tätig, wenn er als sog. Honorararzt kein **unternehmertypisches wirtschaftliches Risiko** eingeht und eben „nur“ den Einsatz seiner Arbeitskraft schuldet. Auf das Fehlen einer sozialen und rechtlichen Schutzbedürftigkeit kommt es nicht an.

Der Arzt unterliegt den **Weisungen** des Krankenhauses, wenn der Tätigkeitsort und die Tätigkeitsdauer durch den jeweiligen Auftrag bereits vorgegeben sind und ihm kein eigener Spielraum mehr verbleibt, mit dem er seine Tätigkeit frei gestalten kann, wenn er den Auftrag einmal angenommen hat.

cc) Im Operationssaal verantwortlicher Anästhesist ist unselbständig

SG Kassel, Urteil v. 11.01.2017 - S 12 KR 448/15

RID 17-02-238

www.sozialgerichtsbarkeit.de = www.lareda.hessenrecht.hessen.de = juris
SGB IV §§ 7, 7a; KHEntgG § 2

Leitsatz: 1. Ein wegen personeller Engpässe oder zur Urlaubs-/Krankheitsvertretung im normalen Tagesgeschäft eines Narkosearztes bei vorausgeplanten Operationen im regelhaften stationären Krankenhausbetrieb weit überwiegend **im Operationssaal als verantwortlicher Anästhesist** nach den von ihm tatsächlich geleisteten Stunden im Stundenlohn bezahlter, auf der Grundlage eines Dienstvertrages befristet tätiger Arzt, ist **ohne erkennbares wirtschaftliches Unternehmerrisiko** in den alltäglichen, fremdbestimmten Klinikalltag, dessen Organisation und Betriebsabläufe sowie insgesamt die hierarchische Struktur des Klinikbetriebs, in dem er als Anästhesist krankenhaustypisch eingesetzt wird, eingebunden und **nicht als Honorararzt selbstständig**, sondern wie ein im Übrigen fest angestellter Krankenhausarzt abhängig beschäftigt. Dass dabei die zusätzliche Übernahme von Bereitschaftsdiensten oder Überstunden vereinbarungsgemäß einer weiteren ausdrücklichen vertraglichen Regelung vorbehalten bleibt, lässt seine Arbeitnehmerschaft unberührt.

2. Selbst wenn § 2 Abs. 1 und Abs. 3 KHEntgG im stationären Leistungserbringungsrecht eine Abrechnung von Leistungen auch nicht fest angestellter Vertragsärzte nicht mehr ausschließen, kann hieraus nicht geschlossen werden, dass diese nicht fest angestellten Ärzte dann zwingend als Honorarärzte selbstständig tätig seien, da das **KHEntgG** allein die **Vergütungsansprüche von Krankenhäusern** regelt und darüber hinausgehend **keine Aussage zum sozialversicherungsrechtlichen Status** von den im Krankenhaus tätigen Personen enthält, so dass wie auch hier immer eine konkrete Prüfung der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Krankenhaus zu erfolgen hat.

b) Kein Einstiegsgeld für Tätigkeit als Arzt in England

SG Augsburg, Urteil v. 30.01.2017 - S 8 AS 1421/16

RID 17-02-239

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB II §§ 7 I 1 Nr. 4, 16c

Leitsatz: Kein Einstiegsgeld für Tätigkeit als Arzt in England.

17. Entschädigung als Zeuge oder Sachverständiger

a) Honorarvereinbarung mit einem ärztlichen Sachverständigen

LSG Bayern, Beschluss v. 28.11.2016 - L 15 RF 35/16

RID 17-02-240

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
JVEG § 14; SGG §§ 106, 109; ZuSEG § 13

Leitsatz: 1. Zu den Voraussetzungen einer **Vereinbarung** gemäß § 14 JVEG.

2. Zu den **gesetzgeberischen Motiven** der Ermöglichung einer Vereinbarung zur Höhe der Vergütung.

3. Eine mit der Gerichtsbarkeit abgeschlossene Honorarvereinbarung gilt auch für Gutachten gemäß § 109 SGG.

Parallelverfahren:

LSG Bayern, Beschluss v. 21.11.2016 - L 15 RF 32/16

RID 17-02-241

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

b) Vergütungsanspruch eines Sachverständigen für ein ärztliches Zeugnis nach § 281 FamFG

LG Darmstadt, Beschluss v. 21.09.2016 - 5 T 634/15

RID 17-02-242

juris

JVEG §§ 9, 10; FamFG § 281

Leitsatz: Ein Sachverständiger, der auftragsgemäß ein ärztliches **Zeugnis nach § 281 FamFG** erstellt, hat in der Regel einen Anspruch auf Vergütung nach §§ 9, 8 JVEG, nicht lediglich nach Ziffer 202 der Anlage 2 zu § 10 JVEG.

18. Heilberufskammern

a) BGH: Rückforderung nach Kündigung eines Beteiligungsvertrags mit VBL

BGH, Urteil v. 24.01.2017 - KZR 47/14

RID 17-02-243

juris

GWB §§ 18 III, 19 I

Leitsatz: VBL-Gegenwert II

1. Bei der Beurteilung von Konditionen für die Beendigung einer langjährigen vertraglichen Bindung an einen marktstarken Anbieter setzt die Annahme, die **Angebotsumstellungsflexibilität** potentieller Wettbewerber beschränke durch die **Marktmacht** eröffnete Verhaltensspielräume, die Feststellung konkreter Anhaltspunkte voraus.

2. **Unangemessene Geschäftsbedingungen**, die die Beendigung einer langjährigen Vertragsbeziehung mit einem Normadressaten des § 19 Abs. 1 GWB erschweren, stellen regelmäßig einen Missbrauch von Marktmacht dar.

b) Datenspeicherung in „Ärztammer Verwaltungs- und Informationssystem“

VG Düsseldorf, Urteil v. 25.01.2017 - 7 K 7860/15

RID 17-02-244

juris

DSG NRW §§ 5 S. 1 Nr. 4, 19 III

Um ihre Aufgaben wirksam erfüllen zu können, ist es auch vor dem Hintergrund des von Art. 2 I i.V.m. Art. 1 I GG geschützten allgemeinen Persönlichkeitsrechts des Arztes grundsätzlich erforderlich, dass eine **Ärztammer** auch vertrauliche personenbezogene **Daten speichert**.

Die konkrete Ausgestaltung der Speicherung dieser **Daten in „Ärztammer Verwaltungs- und Informationssystem“** begegnet keinen Bedenken. Die Schaffung von **Notizfeldern** jeweils für die Rechtsabteilung, für die zuständige Kreisstelle und für die Weiterbildungsabteilung ist zur Erfüllung der Aufgaben grundsätzlich erforderlich.

Eine Speicherung von Vorgängen über berufsrelevantes Verhalten der Kammermitglieder ist nicht nur dann zulässig, wenn eine **berufsrechtliche Verfehlung** von dem Vorstand festgestellt bzw. im Falle eines berufsgerichtlichen Verfahrens durch das Berufsgeschicht bestätigt wurde.

19. Versorgungswerk: Streitwert bei Streitigkeiten um die Mitgliedschaft

OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 22.03.2017 - OVG 12 L 18.17

RID 17-02-245

juris

GKG §§ 52 I, 68 I

Leitsatz: Streitigkeiten um die Mitgliedschaft in einem berufsständischen Versorgungswerk bewertet der Senat nach § 52 Abs. 1 GKG in Anlehnung an Ziffer 14.2 des sog. **Streitwertkatalogs** für die Verwaltungsgerichtsbarkeit mit dem **dreifachen Jahresbetrag des monatlichen Beitrages**.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Schadensersatzansprüche vor Schlichtungsstelle: Verjährungshemmung

BGH, Urteil v. 17.01.2017 - VI ZR 239/15

RID 17-02-246

juris

BGB § 204 I Nr. 4; ZPOEG § 15a III 2

Leitsatz: 1. Die unwiderlegliche **Vermutung des Einvernehmens** nach § 15a Abs. 3 Satz 2 EGZPO (im Streitfall: in der bis zum 31. März 2016 geltenden Fassung) findet bei den von den Ärztekammern eingerichteten **Schlichtungsstellen** auch im Rahmen von § 204 Abs. 1 Nr. 4 BGB (im Streitfall: in der bis zum 25. Februar 2016 geltenden Fassung, im Folgenden: § 204 Abs. 1 Nr. 4 BGB a.F.) Anwendung.

2. Macht ein Patient gegen den ihn behandelnden Arzt **Schadensersatzansprüche** bei einer von den Ärztekammern eingerichteten **Schlichtungsstelle** geltend, so setzt der Eintritt der **Verjährungshemmung** nach § 204 Abs. 1 Nr. 4 BGB a.F. nicht voraus, dass sich der Arzt oder der hinter diesem stehende Haftpflichtversicherer auf das Schlichtungsverfahren einlässt. Dies gilt auch dann, wenn ein Schlichtungsverfahren nach der Verfahrensordnung der jeweiligen Schlichtungsstelle nur dann durchgeführt wird, wenn Arzt und Haftpflichtversicherer der Durchführung des Verfahrens zustimmen.

b) Ablehnung eines Sachverständigen: Privatgutachten zu gleichartiger Fragestellung

BGH, Beschluss v. 10.01.2017 - VI ZB 31/16

RID 17-02-247

juris = DS 2017, 63 = GesR 2017, 177

ZPO §§ 42 II, 406 I 1

Leitsatz: Ein **Sachverständiger** kann wegen **Besorgnis der Befangenheit** auch dann abgelehnt werden, wenn er für einen nicht unmittelbar oder mittelbar am Rechtsstreit beteiligten Dritten ein entgeltliches **Privatgutachten** zu einer **gleichartigen Fragestellung** in einem gleichartigen Sachverhalt erstattet hat und wenn die Interessen der jeweiligen Parteien in beiden Fällen in gleicher Weise kollidieren.

c) Unterlassener Hinweis auf Dringlichkeit weiterer ärztlicher Maßnahmen

BGH, Beschluss v. 14.03.2017 - VI ZR 84/16

RID 17-02-248

juris

BGB § 823

Die Annahme des Berufungsgerichts, es handele sich im Regelfall nicht um einen besonders schweren Fehler, der einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen dürfe, wenn der Arzt dem Patienten die richtige Vorgehensweise empfehle und allein eine Unterrichtung über die Notwendigkeit und Dringlichkeit unterbleibe, begegnet durchgreifenden rechtlichen Bedenken. Die Frage, ob in dem **unterlassenen Hinweis auf die Notwendigkeit und Dringlichkeit weiterer ärztlicher Maßnahmen** ein **grober Behandlungsfehler** zu sehen ist, unterliegt vielmehr der gesonderten Beurteilung im jeweiligen **Einzelfall** (vgl. BGH, Urt. v. 17.11.2015 - VI ZR 476/14 - VersR 2016, 260 Rn. 15).

d) Anerkennung einer ausländischen Entscheidung

BGH, Beschluss v. 06.04.2017 - IX ZB 19/16

RID 17-02-249

juris

VollstrZustÜbk Art. 34 Nr. 1

Leitsatz: Die **Anerkennung einer ausländischen Entscheidung**, die auf einer ausführlichen Beweisaufnahme und Beweiswürdigung beruht, widerspricht nicht deshalb dem **ordre public**, weil die ausländische Entscheidung auch eine negative Beweisregel berücksichtigt, dass die Aussage einer Partei zu ihren eigenen Gunsten keinen Beweis bilde.

2. Behandlungsfehler

a) Lebensverlängernde Behandlung als ärztlicher Behandlungsfehler (PEG-Sonden-Ernährung)

LG München I, Urteil v. 18.01.2017 - 9 O 5246/14

RID 17-02-250

juris = GesR 2017, 242
BGB §§ 280, 611, 823

Für die Indikation einer **lebensverlängernden Behandlungsmaßnahme** ist entscheidend, welches **Behandlungsziel** - neben der rein zeitliche Verlängerung, die durch eben diese Maßnahme bewirkt wird - verfolgt wird. Für die Festlegung eines Behandlungsziels ist in Abstimmung mit dem Patienten bzw. seinem Betreuer die Klärung erforderlich, welche Ziele medizinisch überhaupt verfolgt werden können; erst daran kann dann die Bestimmung des Behandlungsziels und die Einwilligung und die sich danach ergebenden Maßnahmen anknüpfen.

Es bestehen keine mit der **PEG-Sonden-Ernährung** verfolgbaren Behandlungsziele, die über eine Verlängerung des Lebens über die Dauer eben der Maßnahme hinausgehen, wenn es keinerlei begründete Hoffnung und Aussicht auf eine Besserung des Zustandes gibt. Nach gängigen Leitlinien liegt dann keine objektive Indikation für die künstliche Ernährung mehr vor.

In dieser Situation ist der **Arzt nicht verpflichtet**, selbst die Ernährung mit der PEG-Sonde abubrechen. Eine Verpflichtung, die PEG-Sonden-Ernährung abubrechen, oder auch nur eine Empfehlung dazu ergibt sich weder aus ärztlichen Leitlinien, noch aus der vom BGH entwickelten Rechtsprechung oder aus Gesetz.

Nunmehr hat jedoch der Gesetzgeber mit den im Jahr 2009 neu eingeführten §§ 1901a ff. BGB eine ausdrückliche Regelung getroffen, die dem behandelnden Arzt gerade nicht den eigenverantwortlichen Abbruch einer Behandlung auferlegt, sondern vielmehr die **Verpflichtung**, die **Indikation** für die Behandlung regelmäßig zu prüfen und mit dem **Betreuer die Fortsetzung der Maßnahme zu erörtern**. Der behandelnde **Arzt hat aber zu prüfen**, welche ärztlichen Maßnahmen im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist, und die dann nach § 1901a BGB zu treffende Entscheidung über die Fortsetzung der Maßnahme mit dem Betreuer zu erörtern. Es handelt sich dabei um eine von dem Arzt in eigener Verantwortung vorzunehmende Prüfung und Erörterung (BGH v. 10.11.2010 - 2 StR 320/10 - Rn. 14).

b) Absprachewidriges Entfernen einer Patientin aus einer Klinik

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 24.01.2017 - 8 U 119/15

RID 17-02-251

juris
ZPO § 286 I; BGB § 823 I

Leitsatz: 1. Ein Arzt muss nicht in jeder Minute eines Aufenthalts einer Patientin in einer Klinik damit rechnen, dass sich die **Patientin** plötzlich unerwartet und **absprachewidrig entfernt**.

2. Das sog. „Verflechtungs-Angebot“ ist grundsätzlich ein Realitätskriterium, das für die Schilderung einer wahren Begebenheit spricht.

c) Behandlungsstandard eines zur Betreuung eines Sportwettkampfes eingesetzten Sportarztes

OLG Dresden, Urteil v. 07.03.2017 - 4 U 0929/16

RID 17-02-252

juris
BGB § 823; ZPO §§ 286, 273

Leitsatz: 1. Für einen bei einem **Wettkampf** eingesetzten **Sportarzt** gilt nicht der **Behandlungsstandard** eines Notfallmediziners, sondern der eines Allgemeinmediziners mit Schwerpunkt Sportmedizin.

2. Bei einer sog. **Aushülsverletzung** entspricht die Lagerung eines Decollements, bei der dieses direkt mit Eis in Berührung kommt, nicht dem medizinischen Standard.

3. Die in erster Instanz protokollierten tatsächlichen Angaben einer im Anschluss verstorbenen Prozesspartei können im Berufungsverfahren im Wege des **Urkundenbeweises** auch ohne Zustimmung der Gegenseite verwertet werden.

d) Fehlerhafte Behandlung eines Kahnbeinbruchs: Schmerzensgeld

OLG Koblenz, Beschluss v. 06.01.2016 - 5 U 1148/15

RID 17-02-253

juris = VersR 2017, 110
BGB § 253

Leitsatz: 1. Bei fehlerhafter **Behandlung eines Kahnbeinbruchs** (rechte Hand) mit der Folge einer Pseudoarthrose, eines Karpaltunnelsyndroms und einer dauerhaften Minderung der groben Kraftentfaltung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und die Freizeitgestaltung ist ein **Schmerzensgeld** von 15.000 Euro angemessen.

2. Das Bestehen einer **Haftpflichtversicherung** führt nur dazu, dass es für die Frage der Leistungsfähigkeit, die bei der Schmerzensgeldzumessung zugunsten des Schädigers berücksichtigt werden kann, nicht mehr auf die Vermögensverhältnisse des Schädigers ankommt, erhöht aber nicht dessen Haftung.

Nachgehend OLG Koblenz, Beschl. v. 23.02.2016 - 5 U 1148/15 - juris.

e) Laparoskopische Gallenblasenexzision: Verzögerung der Untersuchung

OLG Koblenz, Urteil v. 27.04.2016 - 5 U 1206/15

RID 17-02-254

juris = ArztR 2017, 40
BGB V § 823

Eine „**nicht ideale**“ **Vorgehensweise** steht nicht generell einem Behandlungsfehler gleich. Vielmehr ist entscheidend, ob die **Verzögerung der Untersuchung** des Gallengangs mit dem fachmedizinischen Standard nicht in Einklang gebracht werden kann. Die abklärende Diagnostik kann über das Wochenende hinausgeschoben werden, wenn keine Notsituation vorliegt.

f) Teilresektion des Magens: Vitaminmangel

OLG Köln, Beschluss v. 15.08.2016 - 5 U 52/16

RID 17-02-255

juris
BGB §§ 253, 280, 611, 823

Eine **Teilresektion des Magens** von etwa einem Fünftel und eine Teilresektion des unteren Dünndarms muss nicht notwendig dazu führen, dass im Magen nicht mehr genug **Vitamin B 12** bindender intrinsic factor gebildet oder im terminalen Ileum gebundenes Vitamin B 12 nicht mehr ausreichend aufgenommen wird. Eine Substitution muss daher nicht erfolgen.

g) Nicht vorwerfbarer Diagnoseirrtum: Übersehen einer Eileiterschwangerschaft

OLG Köln, Beschluss v. 01.12.2016 - 5 U 54/16

RID 17-02-256

juris
BGB §§ 280 I, 278, 823 I, 831 I; ZPO §§ 97 I, 522 II, 540 I Nr. 1, 708 Nr. 10, 711

Soweit die **Kl.** wiederholt behauptet, es habe eine unklare Schwangerschaftsanlage vorgelegen, weshalb der **β-HCG-Wert** regelmäßig habe **überprüft werden müssen**, kann sie dies jedenfalls **nicht beweisen**. Die Kl. ist hinsichtlich ihrer Behauptung, der Embryo sei bei einer Ultraschalluntersuchung nur mit erheblichen Schwierigkeiten sonographisch darstellbar gewesen, beweisfällig geblieben. Ohne Erfolg verweist die Kl. in diesem Zusammenhang auf ein Ultraschallbild vom 08.10.2013. Das Bild, das nur eine Momentaufnahme eines Sonographiebefundes wiedergibt, ist nach Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. S. aufgrund seiner Qualität kaum beurteilbar. Entgegen der Auffassung der Kl. wirkt sich dieser Umstand nicht zulasten der Bekl. zu 1) aus. Insb. trifft es nicht zu, dass Ultraschallbildern eine „beweissicherungsrechtliche Funktion“ zukäme. Die Kl. übersieht im Übrigen, dass gegen ihre Behauptung, der Embryo sei nur unter erheblichen Schwierigkeiten sonographisch darstellbar gewesen und es habe daher eine unklare Schwangerschaftsanlage vorgelegen, spricht, dass

bei den Ultraschalluntersuchungen vom 25.10.2013 und vom 15.11.2013 ausweislich der vorliegenden Bildauszüge eine intakte, unauffällige Schwangerschaft sichtbar geworden ist.

h) Unterleibsschmerzen einer Schwangeren

LG Wuppertal, Urteil v. 10.05.2016 - 5 O 146/14

RID 17-02-257

juris
BGB §§ 630a ff., 823

Klagt eine **Schwangere** mehrfach über **Unterleibsschmerzen**, entspricht es dem medizinischen Standard, die Abklärung solcher Schmerzen mittels eines **Stufenprogramms**, das in erster Linie auf den Angaben der Patientin beruht, abzuklären.

i) Vorwerfbarer Diagnosefehler bei Malaria-Erkrankung und Mitverschulden des Patienten

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 21.03.2017 - 8 U 228/11

RID 17-02-258

juris
ZPO §§ 253, 256 I, 286 I, 529 I Nr. 1, 531 II

Leitsatz: Ein Arzt kann einer Patientin im Falle eines **vorwerfbaren Diagnosefehlers** im Zusammenhang mit einer Malaria-Erkrankung nicht den **Mitverschuldenseinwand** entgegenhalten, diese habe vor dem Aufenthalt in einem Malaria-Risikogebiet keine Malaria-Prophylaxe vorgenommen.

j) Dekubitusprophylaxe: Eigenverantwortliche Aufgabe der Pflegefachkräfte

OLG Köln, Beschluss v. 11.01.2017 - 5 U 82/16

RID 17-02-259

juris
BGB §§ 253 II, 280, 611, 823 I, 831 I

Die Einschätzung des **Dekubitusrisikos**, die Planung der vorbeugenden Maßnahmen und deren Durchführung stellen eine **eigenverantwortliche Aufgabe der Pflegefachkräfte** dar. Das Gleiche gilt für die Pflege und Behandlung von Rötungen im Intimbereich.

k) Notarzteinsatz in Thüringen: Anspruchsgegner

OLG Thüringen, Urteil v. 19.05.2016 - 4 U 592/15

RID 17-02-260

juris
BGB § 839; GG Art. 34; SGB X § 116 I 1

Der **Rettungsdienst** ist in **Thüringen öffentlich-rechtlich** organisiert mit der Folge, dass die Wahrnehmung der rettungsdienstlichen Aufgaben sowohl im Ganzen wie im Einzelfall der hoheitlichen Betätigung zuzurechnen ist.

Nach § 7 I ThürRettG stellt die **KV** die bedarfsgerechte und flächendeckende **notärztliche Versorgung im bodengebunden Rettungsdienst** sicher. Die Vorschrift des § 7 I ThürRettG regelt einen speziellen Sicherstellungsauftrag der KV Thüringen für den Teilbereich der notärztlichen Versorgung. Aus § 13 ThürRettG ergibt sich daher nicht, dass die - hier bekl. - Gebietskörperschaft, der die Aufgaben des bodengebundenen Rettungsdienstes nach § 5 I 1 ThürRettG für den Bereich der Unfallstelle obliegen, für den gesamten Rettungsdienst allein zuständig ist.

3. Aufklärung/Einwilligung

a) Intraoperative Änderung der Behandlung erfordert neue Aufklärung

OLG Hamm, Urteil v. 07.12.2016 - 3 U 122/15

RID 17-02-261

juris

BGB §§ 249, 253 II, 280, 421, 611, 823

Stellt sich intraoperativ heraus, dass der linke Harnleiter atrophiert und sehr dünnwandig ist und die - auch sehr dünnen - Fäden keine Verankerung des äußerst zarten Harnleiters im Nierenbecken zulassen, so dass die ursprünglich geplante **Rekonstruktion des Nierenbeckenabgangs** aufgrund der anatomischen Besonderheiten des Harnleiters nicht möglich ist, liegt eine **neue Situation** vor, die eine Änderung der Behandlung erforderlich macht. Dies erforderte auch eine **neue Aufklärung** und eine neue Einwilligung der sorgeberechtigten Eltern. Besteht intraoperativ keine zwingende Notwendigkeit, die Niere sofort und unmittelbar zu entfernen, so ist darüber aufzuklären.

b) Option zur Entfernung der Kniescheibe während Operation

OLG Köln, Urteil v. 11.01.2017 - 5 U 46/16

RID 17-02-262

juris

BGB §§ 253 II, 280 I, 823 I, 831 I

Will der Arzt über die Option verfügen, **während des Eingriffs** die **Kniescheibe** zu entfernen, muss die Patientin darüber aufgeklärt werden, dass diese Maßnahme je nach intraoperativem Verlauf und Befund in Betracht kommen könnte, und sich eine entsprechend **erweiterte Einverständniserklärung** geben lassen. Rechtlich muss der Arzt über vorhersehbare Operationserweiterungen aufklären. Zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten muss eine Aufklärung umso eher erfolgen, je weiter gehend die Auswirkungen der zusätzlichen Maßnahme sind.

Der Höhe nach ist eine **Schmerzensgeld** von 7.000 € angemessen und ausreichend, um die auf der Operation und der Entfernung der Kniescheibe beruhenden immateriellen Beeinträchtigungen auszugleichen.

c) Fehlende Plausibilität eines Entscheidungskonflikts (Operationen an der Wirbelsäule)

OLG Köln, Beschluss v. 28.11.2016 - 5 U 45/16

RID 17-02-263

juris

BGB §§ 253, 280, 611, 823

Zum Ausschluss einer **hypothetischen Einwilligung** muss ein **Entscheidungskonflikt** plausibel gemacht werden.

d) Versteifungsoperation des rechten oberen Sprunggelenkes

LG Arnsberg, Urteil v. 20.10.2015 - 5 O 44/13

RID 17-02-264

juris

BGB §§ 249, 253, 280 I, 611, 630a, 823 I

Bei einer **Versteifungsoperation des rechten oberen Sprunggelenkes** ist auch über die besonderen **Risiken einer Arthrodesen**, insb. das Versagerrisiko durch fehlende knöcherne Konsolidierung, aufzuklären.

e) Unterlassene Empfehlung des Ausbaus einer Prothese nach Infektion

OLG München, Urteil v. 28.07.2016 - 1 U 884/13

RID 17-02-265

juris
BGB § 823; ZPO § 286

Wird eine **Infektion der Prothese** nachgewiesen und ist die Prothese nicht mehr zu erhalten, muss der **Ausbau der Prothese** als Therapie empfohlen werden. Die **unterlassene Empfehlung** ist **groß fehlerhaft**, weil die infizierte Prothese nicht mehr zu erhalten ist und weil ein schwelender Infekt letztlich ein letales Risiko darstellt und ein Ausbau eine größere Chance auf die Sanierung des Infektes bietet. Zum anderen wurde durch den unterlassenen Hinweis die Möglichkeit genommen, die geringe Chance einer weiteren Versorgung mit einer Prothese wahrzunehmen.

f) Unzureichende Aufklärung bei Gefahr einer Frühgeburt

LG Köln, Urteil v. 29.06.2016 - 25 O 424/10

RID 17-02-266

juris = MedR 2017, 151 = Rechtsmedizin 27, 55
GG Art. 6 II; BGB §§ 249, 253 II, 280, 611, 823 I, 1626; ZPO § 286 I

Leitsatz: 1. Es besteht Anspruch auf **Schadensersatz** und **Schmerzensgeld**, wenn bei Gefahr einer **Frühgeburt** in der 23. Schwangerschaftswoche nicht hinreichend über die **Behandlungschancen des Kindes** aufgeklärt wurde.

2. Der **mutmaßliche Wille eines ungeborenen Kindes** kann nur über die Eltern, insbesondere die Mutter, ermittelt werden.

g) „Rundum-sorglos-Paket“: Gesteigerte Aufklärungs- und Hinweispflichten

OLG Köln, Urteil v. 16.11.2016 - 5 U 143/15

RID 17-02-267

juris
BGB §§ 253, 280, 611, 823

Aus einer unklaren und möglicherweise missverständlichen Bezeichnung der Zusatzleistungen als „**Rundum-sorglos-Paket**“ können sich gesteigerte **Aufklärungs- und Hinweispflichten** zu der Frage ergeben, was genau Gegenstand dieses Paketes ist und was nicht. Im Rahmen dieser gesteigerten Aufklärungs- und Hinweispflichten besteht die Verpflichtung, eine schwangere Patientin darauf hinzuweisen, dass eine **Nackenfaltentransparenz-Untersuchung** von diesem Paket nicht umfasst ist. Aber auch wenn eine solche Sicherungsaufklärung nicht erfolgt sein sollte, bedarf es der Feststellung, dass dieser Fehler für die geltend gemachten Schäden ursächlich geworden wäre, wobei Zweifel insoweit zu Lasten der beweisbelasteten Kläger gingen.

4. Selbständiges Beweissicherungsverfahren: Mögliche Prozessvermeidung

OLG Köln, Beschluss v. 27.12.2016 - 5 W 41/16

RID 17-02-268

juris
ZPO § 485

BGH v. 24.09.2013 - VI ZB 12/13 - BGHZ 198, 237 hat dem Gesichtspunkt **möglicher Prozessvermeidung** eindeutig den Vorzug gegeben und dabei bewusst in Kauf genommen, dass das Beweisverfahren damit für den Arzthaftungsprozess zu einer überaus weit gehenden **Vorwegnahme der Hauptsache** führt, und dass die früher vorherrschende, sehr zurückhaltende Anwendung des Beweisverfahrens im Arzthaftungsprozess aufgegeben und die entgegengesetzte Richtung eingeschlagen wird. Der BGH hat dies ersichtlich ernst gemeint und gewollt. Mit einer neuerlichen Änderung der Richtung dürfte aus Sicht des Senates vorerst nicht zu rechnen sein.

5. Sachverständige: Besorgnis der Befangenheit

a) Langjähriger, regelmäßiger Austausch von Patienten mit beklagtem Klinikum

OLG Dresden, Beschluss v. 18.04.2017 - 4 W 288/17

RID 17-02-269

juris
ZPO §§ 42, 406

Leitsatz: Der langjährig praktizierte, regelmäßige Austausch von Patienten mit dem beklagten Klinikum kann die **Besorgnis der Befangenheit** des gerichtlichen Sachverständigen rechtfertigen.

b) Überschreitung des Gutachtensauftrages und Voreingenommenheit

OLG Bamberg, Beschluss v. 07.03.2017 - 4 W 16/17

RID 17-02-270

juris
ZPO §§ 43, 406

Leitsatz: 1. Eine **Überschreitung des Gutachtensauftrags** begründet für sich genommen noch nicht die Besorgnis der Befangenheit des Sachverständigen.

Notwendig ist darüber hinaus die Feststellung, dass sich dem Verhalten des Sachverständigen Belastungstendenzen entnehmen lassen, die aus der Sicht einer Partei bei vernünftiger Betrachtung den Eindruck der **Voreingenommenheit** zu erwecken vermögen (Anschluss an BGH NJW-RR 2013, 851 f.).

2. Nicht ausreichend ist der Vorwurf, der Sachverständige habe durch die Überschreitung **Aufgaben des Gerichts** wahrgenommen oder dem Gericht durch seine Feststellungen den Weg zu einer dem Antragsteller ungünstigen Entscheidung aufgezeigt.

3. Hat der medizinische Sachverständige im Arzthaftungsprozess zu überprüfen, ob eine **Operation fehlerhaft** durchgeführt worden ist, so umfasst die Begutachtungsmaterie regelmäßig auch die Einbeziehung und Bewertung der **präoperativen Diagnostik**.

Beurteilt der Gutachter in einem solchen Fall zusätzlich auch die Maßnahmen der **postoperativen Versorgung**, so ergibt sich daraus jedenfalls dann kein **Ablehnungsgrund**, wenn der Vorwurf einer fehlerhaften Nachversorgung bereits vom Patienten erhoben worden war.

c) Überschreitung des Gutachtensauftrags: Bewertung einer Vor-Op/Mögl. Aufklärungsfehler

LG Schweinfurt, Beschluss v. 17.01.2017 - 12 O 728/14

RID 17-02-271

juris = GesR 2017, 180
ZPO §§ 43, 406

Die **Besorgnis der Befangenheit** kann bestehen, wenn der Sachverständige sich von dem ihm unterbreiteten **Gutachtensauftrag entfernt**. Dies ist der Fall, wenn die **medizinische Indikation** einer konkreten Operation geprüft werden soll, der Sachverständige im Zuge der Auseinandersetzung mit der - freilich als solcher zu berücksichtigenden - medizinischen Vorgeschichte eine zuvor an der Kl. von dem Bkl. durchgeführte **Operation** als behandlungsfehlerhaft bewertet. Dies ist ferner der Fall, wenn der Sachverständige ausführlich - obgleich auch insoweit nicht beauftragt - Stellung zur Frage der Aufklärung nimmt und hierbei **potenzielle Aufklärungsfehler** aufzeigt.

6. Obhut- und Schutzpflicht einer Klinik: Sicherung der Fenster

OLG Hamm, Urteil v. 17.01.2017 - 26 U 30/16

RID 17-02-272

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - VI ZR 99/17 -
juris
BGB §§ 280, 611, 823

Leitsatz: 1. Mit der stationären Aufnahme einer Patientin übernimmt die **Klinik** auch eine **Obhut- und Schutzpflicht**, um die Patientin vor zumutbaren Gefahren und Schäden zu schützen.

2. Besteht bei einem Patienten eine Hin- und Weglauftendenz, kann eine **Sicherung der Fenster** geboten sein.

7. Keine generelle Sturzprophylaxe im Krankenhaus

OLG Köln, Beschluss v. 22.11.2016 - 5 U 80/16

RID 17-02-273

juris

BGB §§ 253, 280, 611, 823

Es entspricht auch der Kenntnis und der Erfahrung des ständig mit Arztsachen betrauten Senates, dass es aus medizinischer und pflegerischer Sicht sinnvoll ist, dass sich - auch ältere und morbide - Patienten während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus soweit und solange wie möglich **selbständig bewegen** und versorgen. Dies dient dazu, die **Mobilität und Eigenständigkeit der Patienten** zu erhalten. Freiheitsentziehende oder andere, die Selbstbestimmung des Patienten **beschränkende Maßnahmen**, sind dagegen nur dann veranlasst, wenn der Patient aufgrund seines eingeschränkten körperlichen oder geistigen Zustandes **erheblich sturzgefährdet** ist.

8. Haftung eines Durchgangsarztes

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 15.12.2016 - 8 U 129/16

RID 17-02-274

juris

BGB § 839; GG Art. 34; SGB VII §§ 28 IV, 34 I

Leitsatz: 1. Ordnet der **Durchgangsarzt** die besondere Heilbehandlung an und schädigt den Patienten bei deren Vornahme aufgrund eines Behandlungsfehlers, so **haftet er persönlich**.
2. Eine **Haftung des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers** bei Fehlern im Rahmen der Erstuntersuchung kommt allenfalls dann in Betracht, wenn diese sich in der Weise auswirken, dass der Verletzte nicht einer adäquaten Form der Heilbehandlung zugeführt wird.

9. Zahnärztliche Behandlung

a) Anderer Nachweis bei Lücken in der Behandlungsdokumentation

OLG Koblenz, Beschluss v. 04.07.2016 - 5 U 565/16

RID 17-02-275

juris = VersR 2017, 353

BGB § 630f

Leitsatz: Lücken in der **Behandlungsdokumentation** (hier: fehlende Röntgenaufnahme und/oder Niederschrift einer Fraktur des Zahns im Bereich der Krone zum Beleg der Indikation einer Extraktion) kann die Behandlungsseite schließen, indem sie den dokumentationspflichtigen Umstand **anderweitig beweist**. Letzteres kann durch die **Anhörung des behandelnden Arztes**, aber auch die Vernehmung von **Zeugen** erfolgen.

Das **OLG** wies mit Beschl. v. 29.07.2016 - juris die Berufung zurück.

b) Leitungsanästhesie: Teilläsion des Nervus mandibularis

OLG Köln, Beschluss v. 10.11.2016 - 5 U 39/16

RID 17-02-276

juris

BGB §§ 253, 280, 611, 823

Kommt es im Rahmen der **Leitungsanästhesie**, die zwecks Einsetzens einer provisorischen Brücke und zwecks des dafür zuvor erfolgten Präparierens von Zähnen vorgenommen wird, zu einer **Teilläsion des Nervus mandibularis**, so stellt dies für sich genommen **kein Indiz für einen Fehler** bei der Vornahme der Leitungsanästhesie dar, weil Nervenverletzungen der hier in Rede stehenden Art mit einer Leitungsanästhesie auch bei einem in jeder Hinsicht fehlerfreien und sorgfältigen Vorgehen als typisches Risiko verbunden sind.

c) Screening hinsichtlich einer craniomandibulären Dysfunktion/Dokumentationspflicht

OLG München, Urteil v. 18.01.2017 - 3 U 5039/13

RID 17-02-277

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH VI ZR 49/17 -
juris
BGB § 280*

Das **Screening hinsichtlich einer craniomandibulären Dysfunktion** vor einer prothetischen Therapie ist ärztlicher Standard.

Allein aus dem Umstand, dass Ärzten „aus forensischen Gründen“ empfohlen wird, eine ergebnislose Befunderhebung zu dokumentieren, folgt jedenfalls eine Dokumentationspflicht in arzt haftungsrechtlichem Sinne gerade nicht. Die **Dokumentationspflicht** im arzt haftungsrechtlichen Sinne knüpft daran an, dass ein Arzt dokumentieren muss, was an Informationen für ihn selbst oder andere Nachbehandler zur standardkonformen Behandlung des Patienten benötigt wird. Ergebnislose Befunde wie hier der bloße Umstand, dass ein Screening durchgeführt wurde, gehören hierzu ersichtlich nicht.

d) Keine endgültige Zementierung einer Brückenkonstruktion ohne sachlichen Grund

LG Köln, Urteil v. 27.10.2015 - 3 O 381/13

RID 17-02-278

*juris
BGB § 823*

Ein Zahnarzt handelt fehlerhaft, wenn er eine **Brückenkonstruktion** ohne sachlichen Grund **niemals endgültig zementiert**, sondern bis zum Ende der Behandlung einzig provisorisch befestigt, wodurch Mängel der Brücke entstehen, die nunmehr eine **Neuanfertigung** der Brückenkonstruktion erforderlich machen.

e) Langzeitprovisorium/Schmerzensgeld

OLG München, Urteil v. 15.02.2017 - 3 U 2991/16

RID 17-02-279

*juris
ZPO § 286*

Ein **Langzeitprovisorium**, das für mehrere Monate oder einen noch längeren Zeitraum gedacht ist, kann nicht als brauchbar angesehen werden, wenn es nur für einen kurzen Zeitraum seinen Zweck erfüllen kann.

Ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 1.500 € ist angemessen, wenn der Patient Schmerzen aufgrund der Nachresektion und Wundheilungsstörungen erlitten hat und der Verlust des Zahnes 44 (nur) mitursächlich durch den Drittwiderbeklagten verursacht worden ist.

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel

1. EuGH: Pflichten der benannten Stelle bei der Konformitätsbewertung von Medizinprodukten

EuGH, Urteil v. 16.02.2017 - C-219/15

RID 17-02-280

*juris = ABl. EU 2017, Nr. C 112, 5 = GRUR Int 2017, 352 = NJW 2017, 1161 = GesR 2017, 249 = VersR 2017, 496
RL 93/42 Art. 11 I, 16 IV*

1. Die Bestimmungen des Anhangs II der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte in der durch die Verordnung (EG) Nr. 1882/2003 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. September 2003 geänderten Fassung in Verbindung mit ihrem Art. 11 Abs. 1 und 10 sowie Art. 16 Abs. 6 sind dahin auszulegen, dass der **benannten Stelle keine generelle Pflicht obliegt, unangemeldete Inspektionen durchzuführen**, Produkte zu **prüfen** und/oder **Geschäftsunterlagen** des Herstellers zu **sichten**. Liegen jedoch Hinweise darauf vor, dass ein Medizinprodukt die Anforderungen der Richtlinie 93/42 in der durch die Verordnung Nr. 1882/2003 geänderten Fassung möglicherweise nicht erfüllt, muss die benannte Stelle alle erforderlichen

Maßnahmen ergreifen, um ihren Verpflichtungen aus Art. 16 Abs. 6 dieser Richtlinie und den Abschnitten 3.2, 3.3, 4.1 bis 4.3 und 5.1 des Anhangs II der Richtlinie nachzukommen.

2. Die Richtlinie 93/42 in der durch die Verordnung Nr. 1882/2003 geänderten Fassung ist dahin auszulegen, dass die benannte Stelle im Rahmen des Verfahrens der EG-Konformitätserklärung zum Schutz der Endempfänger der Medizinprodukte tätig wird. Die Voraussetzungen, unter denen eine von einer benannten Stelle begangene **schuldhafte Verletzung** der ihr im Rahmen dieses Verfahrens gemäß dieser Richtlinie obliegenden Pflichten ihre Haftung gegenüber den Endempfängern begründen kann, unterliegen vorbehaltlich der Grundsätze der Äquivalenz und der Effektivität dem **nationalen Recht**.

Vorabentscheidung zu BGH, Beschl. v. 09.04.2015 - VII ZR 36/14 - RID 15-03-244.

2. BVerwG: Verlängerung der Zulassung eines homöopathischen Arzneimittels

BVerwG, Urteil v. 01.12.2016 - 3 C 14/15

RID 17-02-281

juris

AMG §§ 25 II 1 Nr. 5, 31 III

Leitsatz: 1. Das **Nutzen-Risiko-Verhältnis** ist im **Verlängerungsverfahren** nicht schon immer dann ungünstig, wenn die therapeutische Wirksamkeit des Arzneimittels zweifelhaft geworden ist. Es bedarf auch in diesem Fall gemäß § 4 Abs. 28 AMG einer Abwägung mit den Risiken seiner Anwendung.

2. Die mit der Anwendung eines möglicherweise nicht wirksamen Arzneimittels verbundene Gefahr, dass die **Anwendung eines wirksamen Präparats unterbleibt**, stellt ein Risiko im Sinne des § 4 Abs. 27 Buchst. a AMG dar und ist in die Nutzen-Risiko-Abwägung einzustellen.

3. Für den **Versagungsgrund der fehlenden therapeutischen Wirksamkeit** nach § 31 Abs. 3 Satz 1 i.V.m. § 30 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und Satz 3 AMG muss die Zulassungsbehörde Tatsachen darlegen, die belegen, dass sich mit dem Arzneimittel keine therapeutischen Ergebnisse erzielen lassen.

Vorgehend: OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.01.2014 - 13 A 2730/12 - RID 14-02-342.

3. Apotheken

a) Erlaubnis- und Zulassungsfreiheit von Rezeptur- und Defekturarzneimitteln

VG Schleswig, Urteil v. 16.03.2017 - 1 A 123/14

RID 17-02-282

juris

AMG § 13 II Nr. 1; ApoBetrO § 1a VIII u. IX; AMVV § 2

Leitsatz: 1. Die **erlaubnisfreie Herstellung** und das zulassungsfreie Inverkehrbringen von Arzneimitteln als **Rezepturarzneimittel** setzen voraus, dass zu Beginn der Herstellung die **Identität des Patienten**, an den das Arzneimittel abgegeben wird, bekannt ist.

2. Eine Verschreibung mit dem Vermerk für den **Praxisbedarf** oder **ad manu medici** schließt eine Herstellung als Rezepturarzneimittel aus, da der Arzt erst nachträglich eine Individualisierung des Patienten vornimmt.

3. Der **Begriff abgabefertige Packung** in der Mengenbeschränkung für Defekturarzneimittel auf bis zu hundert abgabefertige Packungen an einem Tag nach § 21 Abs. 2 Nr. 1 AMG und § 1a Abs. 9 ApoBetrO ist bezogen auf eine Patientenportion und wird nicht durch die Verschreibung des Arztes für den Praxisbedarf oder ad manu medici in einer beliebigen Abgabemenge definiert.

b) Arzneimittelrechtliche Untersagungsverfügung wegen Ausgabe von Bonus-Bons

VG Lüneburg, Beschluss v. 11.04.2017 - 6 B 19/17

RID 17-02-283

juris

AMG §§ 69, 78

Leitsatz: Zur Ausgabe von Bonus-Bons in einer Apotheke.

c) Quittung über nicht in voller Höhe geleistete Zuzahlung unlauter

OLG Stuttgart, Urteil v. 23.03.2017 - 2 U 113/16

RID 17-02-284

juris
UWG § 3 II

Die Ausstellung von **Quittungen** zur Vorlage bei der gesetzlichen Krankenkasse über eine **Zuzahlung**, die die Kunden nicht in voller Höhe geleistet haben („Rezeptbonus in Höhe der halben gesetzlichen Zuzahlung“, ist unlauter. Die Ausstellung begründet die Gefahr einer missverständlichen Betrachtung der Quittung durch die Sozialbehörden und Finanzämter.

d) Genehmigung von Arzneimittelversorgungsverträgen

VGH Bayern, Beschluss v. 26.10.2016 - 22 ZB 16.491, 22 ZB 16.815

RID 17-02-285

juris
VwGO §§ 66 S. 1, 113 I 4, 124a IV; ApoG § 14

BVerwG, Urt. v. 30.08.2012 - 3 C 24/11 - BVerwGE 144,99 legt keine maximale **Lieferzeit** von einer Stunde fest; in Rn. 19 heißt es nämlich: „Selbst wenn eine etwas längere Lieferzeit als eine Stunde noch genügen könnte“, bzw. es wird darauf abgestellt, dass der „Orientierungswert“ von einer Stunde „nicht mehr annäherungsweise eingehalten“ wird. Eine Fahrzeit von 79 Minuten ist nicht mehr genehmigungsfähig.

Für die **Unverzüglichkeit** im Sinne von § 14 Abs. 5 S. 2 Nr. 3 und 4 ApoG kommt es auf die **Lieferzeit** und nicht auf die **reine Fahrzeit** an. Die Heranziehung und Auswertung der Ergebnisse verschiedener Routenplaner bei der Option „schnellste Route“ ist zwar nicht die einzig mögliche, aber doch eine zulässige Ermittlungsmethode.

e) Filialverbund: Konzentration der Herstellung von Rezeptur Arzneimitteln

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 21.02.2017 - 13 LA 187/16

RID 17-02-286

juris
ApoBetrO § 17 VIc 2 Nr. 2; ApoG § 2 IV

Leitsatz: § 17 Abs. 6c Satz 2 Nr. 2 ApoBetrO lässt die **Konzentration der Herstellung von Rezeptur Arzneimitteln** in einer Apotheke eines **Filialverbundes** zu.

f) Auskunft über die Höhe rabattierter Preise für Arzneimittel

VG Minden, Urteil v. 15.02.2016 - 7 K 2774/14

RID 17-02-287

juris
SGB V §§ 129, 130a; IFG §§ 1 I, 3 Nr. 6, 6 S. 2

Bei der Information über die Höhe des für das Arzneimittel Q1. gewährten **Rabatts** aufgrund eines Vertrags nach § 130a SGB V handelt es sich auch um eine **amtliche Information** im Sinne von § 1 I 1 IFG.

Ein **Apotheker** hat einen Anspruch auf **Auskunft** über die Höhe rabattierter Preise für Arzneimittel aufgrund eines Vertrags nach § 130a SGB V gegenüber einer Krankenkasse.

g) Verkehrssicherungspflicht einer Apotheke: Sturz auf nassem Boden im Winter

AG München, Urteil v. 24.06.2016 - 274 C 17475/15

RID 17-02-288

juris
BGB §§ 241 II, 254 I, 280 I, 823 I; ZPO § 138 IV

Eine **Apotheke** trifft geringere **Verkehrssicherungspflichten** als z.B. Kaufhäuser oder sonstige Einrichtungen mit großem Publikumsandrang. Einrichtungen mit großem Publikumsandrang unterliegen besonderen Anforderungen an die Glättesicherheit der Fußböden, weil deren Besucher zum einen oftmals wegen der Enge die Sicht auf den Fußboden zum Zwecke der Gefahreinschätzung verlieren und sie zum anderen durch die Geschäftsauslagen erheblichen Ablenkungen unterliegen.

Unter solchen Gegebenheiten muss der Fußboden besonders gefahrlos betretbar sein. Anders verhält es sich aber im Falle einer Apotheke. In Apotheken herrscht regelmäßig kein Publikumsandrang, der die Einsehbarkeit des Bodenbereichs für Kunden signifikant einschränkt. Zudem gehen von den Auslagen einer Apotheke keine besonderen Ablenkungswirkungen aus. Gerade im **Winter** existiert die naheliegende Gefahr, dass Kunden von draußen Feuchtigkeit und Verunreinigungen in eine Apotheke hineintragen und dadurch der Boden zu einer Gefahrenstelle wird.

h) „Senior specialist pharmacovigilance“: Befreiung von der Versicherungspflicht

SG München, Urteil v. 03.11.2016 - S 30 R 2159/15

RID 17-02-289

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB VI § 6 I 1 Nr. 1

Ist eine Tätigkeit als „Senior specialist pharmacovigilance“ durch eine Tätigkeit in der Pharmakovigilanz als auch in der Arzneimittelzulassung durch eine streng wissenschaftliche Arbeitsweise gekennzeichnet und ist sie in größter Unmittelbarkeit dem pharmazeutischen Produkt, dem Heilmittel gewidmet, dann besteht ein Anspruch auf **Befreiung von der Versicherungspflicht** wegen Mitgliedschaft im **Versorgungswerk**.

4. Keine Betäubungsmittel für Selbsttötung

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.02.2017 - 13 A 3079/15

RID 17-02-290

juris
BtMG §§ 3 I, 5 I Nr. 6, 13 I 1

Leitsatz: 1. Der Erteilung einer **Erlaubnis** nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 BtMG zum Erwerb einer tödlichen Dosis eines Betäubungsmittels **zum Zweck der Selbsttötung** steht der zwingende Versagungsgrund des § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG entgegen.

2. Ein Anspruch auf Zugang zu tödlichen Betäubungsmitteln zur Durchführung eines Suizids mittels einer behördlichen Erlaubnis steht zu den **Wertungen des Gesetzgebers**, wie sie in dem Gesetzgebungsverfahren zur Einführung des neuen § 217 StGB (erneut) zum Ausdruck gekommen sind, in Widerspruch.

3. Ein Anspruch des Einzelnen auf **staatliche Hilfe** zur Umsetzung eines **Suizidwunsches** auf eine konkrete Art und Weise lässt sich unmittelbar aus den **Grundrechten** oder aus den Rechten der **Europäischen Menschenrechtskonvention** nicht ableiten.

Vorausgehend: VG Köln, Urt. v. 01.12.2015 - 7 K 14/15 - RID 16-01-333.

5. Kein Informationsanspruch gegen vom Hersteller benannte Stelle

VGH Hessen, Beschluss v. 02.02.2017 - 6 B 2740/16

RID 17-02-291

juris = GesR 2017, 254
IFG § 1 I; MPG § 18

Leitsatz: Ein **Informationsanspruch** nach § 1 Abs. 1 IFG kann nicht gegen die sog. **Benannte Stelle** i.S.d. § 3 Nr. 20 des Gesetzes über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz) - MPG - gerichtet werden. Der Benannten Stelle kommt im Rahmen des Konformitätsverfahrens die Funktion eines **privaten Sachverständigen** zu.

6. Aufhebung der Verschreibungspflicht

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.02.2017 - 13 A 2505/15

RID 17-02-292

juris
AMG §§ 10 I 1 Nr. 10, 2, 29 I 1, 48 II 1 Nr. 3; GG Art. 19 IV; VwGO § 43 I

Leitsatz: 1. Eine **Feststellungsklage** eines Zulassungsinhabers gegen den Ordnungsgeber, die auf eine Änderung der AMVV zielt, ist mangels Vorliegens eines feststellungsfähigen Rechtsverhältnisses grundsätzlich unzulässig.

2. Ein **feststellungsfähiges Rechtsverhältnis** besteht regelmäßig zwischen Normadressaten und Normanwender, nicht hingegen zwischen Normadressaten und Normgeber.
3. Die (inzidente) **Überprüfung** der Gültigkeit der **AMVV** kann jedenfalls im Normvollzugsverhältnis zwischen dem Zulassungsinhaber und der Bundesrepublik Deutschland als Rechtsträgerin des Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erfolgen.
4. Ein Zulassungsinhaber kann die Änderung der **Verkaufsabgrenzung** und der **Kennzeichnungsangabe** herbeiführen, indem er eine Änderungsanzeige nach § 29 Abs. 1 Satz 1 AMG gegenüber dem BfArM abgibt.

7. Keine Drittanfechtung der Arzneimittelregistrierung der Konkurrenz

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 07.04.2016 - 13 B 28/16

RID 17-02-293

juris = A&R 2016, 133 = StoffR 2016, 156 = DVBl 2016, 867 = ZMGR 2016, 190 = NVwZ-RR 2016, 627

GG Art. 14 I; AMG §§ 25, 39c II Nr. 9

- Leitsatz:** 1. Die Vorschriften des **Arzneimittelgesetzes** über die Zulassung von Arzneimitteln - und dementsprechend auch die über deren Registrierung - sind objektiv-rechtlicher Natur und vermitteln Dritten **keine subjektiv-öffentlichen Rechte**. Als drittschützende Normen in Konkurrenzsituationen kommen grundsätzlich nur die Bestimmungen über den Unterlagenschutz in Betracht.
2. § 39c Abs. 2 Nr. 9 AMG, wonach die **Registrierung** zu versagen ist, wenn für das traditionelle pflanzliche Arzneimittel oder ein entsprechendes Arzneimittel eine Zulassung gemäß § 25 erteilt wurde, ist nicht dem Schutz der Interessen des Zulassungsinhabers zu dienen bestimmt.
 3. **Art. 14 Abs. 1 GG** schützt den konkreten Bestand an vermögenswerten Gütern - etwa eine Arzneimittelzulassung oder wissenschaftliches Erkenntnismaterial des pharmazeutischen Unternehmers - vor ungerechtfertigten Eingriffen durch die öffentliche Gewalt, gewährt aber keinen Schutz davor, sich im Wettbewerb behaupten zu müssen und gegebenenfalls Kunden an konkurrierende Unternehmen zu verlieren.
 4. Der im Arzneimittelgesetz geregelte **Unterlagenschutz** ist eine Inhalts- und Schrankenbestimmung des geistigen Eigentumsrechts des pharmazeutischen Unternehmers an seinen Studien nach Art. 14 Abs. 1 GG.

8. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Zuzahlungsverzicht bei Hilfsmitteln zulässig

BGH, Urteil v. 01.12.2016 - I ZR 143/15

RID 17-02-294

juris

SGB V §§ 33 VIII, 61, 69 I; UWG § 3a; HeilmWerbG § 7 I 1 Nr. 2 Buchst. a

Leitsatz: Zuzahlungsverzicht bei Hilfsmitteln

1. Die Regelungen zur Zuzahlung gesetzlich Versicherter bei Hilfsmitteln in § 33 Abs. 8, § 61 SGB V sind **keine Marktverhaltensregelungen** im Sinne des § 3a UWG.
2. Der Anwendungsbereich der nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchst. a HWG für **Barrabatte** bestehenden **Ausnahme** wird nicht durch Regelungen des Sozialrechts beschränkt, die keine Marktverhaltensregelungen sind.
3. Bei der Abgabe von Hilfsmitteln sind **Leistungserbringer** nach § 33 Abs. 8 SGB V nicht verpflichtet, die **Zuzahlung** der Versicherten einzuziehen.

bb) Brille „in Optiker-Qualität“ muss für Straßenverkehr geeignet sein

BGH, Urteil v. 03.11.2016 - I ZR 227/14

RID 17-02-295

juris

UWG §§ 3a, 5; HeilmWerbG § 1 I Nr. 1a, 3

Leitsatz: Optiker-Qualität

1. Die Werbung mit der Angabe „**Premium-Gleitsichtgläser in Optiker-Qualität**“ für eine Brille, vor deren Tragen im Straßenverkehr gewarnt werden muss, ist irreführend im Sinne von § 3 Satz 1 und 2 Nr. 3 Buchst. a HWG.
2. Die Bezeichnung einer solchen Brille als „**hochwertig**“ kann je nach den Umständen eine Werbeaussage ohne Informationsgehalt darstellen, bei der es sich bereits nicht um eine Angabe im Sinne von § 5 Abs. 1 Satz 2 UWG handelt.
3. Die Anforderungen an die **Wahrscheinlichkeit des Eintritts einer Schädigung** sind bei § 4 Abs. 1 Nr. 1 MPG umso geringer anzusetzen, je schwerwiegender sich die eintretende Gefahr auswirken kann.

b) Bonuspunkte-Programm für über Großhandel bezogene verschreibungspflichtige Arzneimittel

OLG München, Urteil v. 23.02.2017 - 29 U 2934/16

RID 17-02-296

juris

HeilMVerbG § 7 I; AMPPreisV § 2; AMG § 78

Ein **Bonuspunkte-Programm** für über den **Großhandel** bezogene **verschreibungspflichtige Arzneimittel** ist wettbewerbswidrig. Unabhängig von der Höhe des Rabatts liege ein Verstoß gegen § 78 II 2, III 1 AMG vor, weil kein einheitlicher Abgabepreis sichergestellt wird.

Ein Unterlassungsantrag, es zu unterlassen, Apotheken für jede von ihnen abgegebene Packung eines **nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels** einen **Vorteil im Marktwert** von über 1,- € zu gewähren, sofern dies nicht in der Gestalt eines Barabatts geschieht, hat keinen Erfolg.

Ein Unterlassungsantrag, es zu unterlassen, Apotheken kostenlos **Werbe- und Kundenbindungsmaterial** im Rahmen eines vom Umsatz mit Arzneimitteln der Beklagten abhängigen Bonuspunkts-Programms zu überlassen, hat keinen Erfolg.

c) Funktionsarzneimittel: Bewerbung eines melatoninhaltigen Einschlafmittels

OLG Celle, Urteil v. 03.02.2017 - 13 U 153/15

RID 17-02-297

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - I ZR 29/17 -

juris = Magazindienst 2017, 432

AMG §§ 2 I, 21 I; HeilMVerbG § 3a; UWG §§ 3, 3a

Ein als **Nahrungsergänzungsmittel** beworbenes und vertriebenes Melatoninhaltiges Produkt (mit einer Tagesdosierung von 5 mg Melatonin), welches die Einschlafzeit verkürzen bzw. die Schlafqualität verbessern und generell der Einschlafhilfe dienen soll, bedarf als **Funktionsarzneimittel** gem. § 2 Abs. 1 AMG einer **Zulassung** nach § 21 AMG. Die **Werbung** für ein derartiges Produkt ohne Zulassung ist damit nach § 3a HWG als Werbung für ein nicht zugelassenes Arzneimittel unzulässig.

d) Stoffwechsel-Funktionstest (SFT)

LG Leipzig, Urteil v. 30.12.2016 - 5 O 2410/14

RID 17-02-298

juris = Magazindienst 2017, 347

HeilMVerbG § 3 S. 1; UWG §§ 3, 3a

Es ist wissenschaftlich nicht erwiesen, dass der **Stoffwechsel-Funktionstest (SFT)** das metabolische **Systemprofil (MSP)** sowie das **Testverfahren (PSP-polypenspezifische Polymere)** zur Diagnose geeignet sind.

e) Äußerungen der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker zum sog. verkürzten Versorgungsweg

OLG Hamm, Urteil v. 27.10.2016 - 4 U 22/16

RID 17-02-299

juris

UWG § 2 I Nr. 1

Leitsatz: 1. Begehung einer **geschäftlichen Handlung** im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 UWG durch eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

2. **Juristische Personen des öffentlichen Rechts** haben bei **kritischen Äußerungen** das Gebot strenger Sachlichkeit und Neutralität sowohl in inhaltlicher Hinsicht als auch im Hinblick auf die gewählten Formulierungen zu beachten.

f) Wettbewerbsverstoß: Werbung eines Optikers mit der Aussage 1 Glas geschenkt

OLG München, Urteil v. 16.06.2016 - 6 U 4300/15

RID 17-02-300

juris = WRP 2016, 1168 = Magazindienst 2016, 963 = MPR 2016, 155 = ZMGR 2017, 71
HeilMVerbG § 7 I 1 Nr. 2; UWG §§ 3, 3a, 5 I 2 Nr. 2

Leitsatz: 1. Die **Werbung eines Optikers** mit der Aussage „**1 Glas geschenkt!**“ stellt keine nach § 7 Abs. 1 Satz 1 HWG unzulässige Werbegabe dar, wenn im Sternchenhinweis unmittelbar unter dieser Werbeaussage erläutert wird: „*Gilt beim Kauf einer Brille in Sehstärke. Bei M. hat das linke und das rechte Glas immer den gleichen Preis. Sie sparen also 50% des Glaspreises.“. In diesem Fall liegt ein einheitliches Angebot vor, für das ein Gesamtpreis zu bezahlen und somit keine unentgeltliche Gewährung inkludiert ist.

2. Die in § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 lit. a) HWG enthaltene **Ausnahme einer Werbegabe**, die in „einem auf bestimmte Art zu berechnenden Geldbetrag“ gewährt wird, setzt voraus, dass aufgrund der Angaben in der Werbung ein konkreter Preis berechnet werden kann; nicht ausreichend ist daher, dass lediglich eine Prozentangabe eines nicht näher genannten Preises angegeben wird.

3. Bei einer Werbung mit „**Gratis**“-**Angaben** o. ä. ist im Rahmen von Nr. 21 des Anhangs zu § 3 Abs. 3 UWG darauf abzustellen, ob der Verbraucher die konkrete Werbung tatsächlich als „gratis“- „umsonst“- oder wie vorliegend als „geschenkt“-Angebot ohne Kostentragungspflicht versteht, oder ob ihm aufgrund der in der Werbung selbst vorgenommenen und ausreichenden Aufklärung hinsichtlich des Angebotsinhalts bewusst wird, dass ein kostenpflichtiges Gesamtangebot gerade ohne Gratis-Charakter vorliegt.

g) Kostenloser „Laser-Check“ vor Augenlaserbehandlung

LG München I, Urteil v. 09.11.2016 - 37 O 1929/16

RID 17-02-301

juris = WRP 2017, 247
UWG § 3a; HeilMVerbG § 7

Leitsatz (WRP): Das Anbieten und Bewerben eines **kostenlosen „Laser-Checks“** vor einem mit nicht unerheblichen Kosten und Risiken verbundenen **medizinischen Eingriff** birgt die Gefahr einer unsachlichen Beeinflussung des Verbrauchers.

h) Werbung für Bioresonanztherapie

OLG München, Urteil v. 08.12.2016 - 29 U 1893/16

RID 17-02-302

Revision anhängig: BGH - I ZR 21/17 -
juris
MPG § 4 II; UWG § 4 Nr. 11

Leitsatz: 1. Eine **Irreführung** kann auch darin liegen, dass ein bereits **bestehender Irrtum** vertieft wird.

2. Hängt der Nachweis der Richtigkeit einer gesundheitsbezogenen Wirkungsbehauptung allein von einer Beurteilung des **subjektiven Befindens des Probanden** ab, so ist eine randomisierte, **placebokontrollierte Doppelblindstudie** mit einer adäquaten statistischen Auswertung erforderlich; der Wirksamkeitsnachweis kann nicht in anderer Weise durch praktische Erfahrungen geführt werden.

Vorausgehend: LG München I, Urt. v. 11.04.2016 - 4 HKO 11063/13 - RID 16-03-281.

i) Werbung für Geräte mit Millimeterwellentherapie: Fehlende wissenschaftliche Grundlage

OLG München, Urteil v. 15.12.2016 - 6 U 4618/15

RID 17-02-303

juris = Magazindienst 2017, 186

HeilMWerbG § 3 S. 2 Nr. 2; MPG § 4 II Nr. 2; UWG §§ 3, 3a, 5 I

Die Werbung für **Geräte mit einer Millimeterwellentherapie** („Triomed Universal“ mit austauschbaren „Strahlern“, „Triomed Compact“ und „Triomed CGI Harmonisator“) zur Behandlung und Vorbeugung verschiedener **Erkrankungen** ist unzulässig, wenn die Werbeaussagen einer **wissenschaftlichen Grundlage** entbehren und der Nachweis nicht erbracht wird, dass die beanstandeten gesundheitsbezogenen Angaben **gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnis** entsprechen.

j) Zertifizierungsverfahren/Behandlungsmethode zum dauerhaften Fettzellenabbau

LG Berlin, Urteil v. 13.10.2016 - 91 O 112/16

RID 17-02-304

juris = Magazindienst 2017, 88

UWG §§ 3, 5

Eine Konformitätsbescheinigung aufgrund eines **Zertifizierungsverfahrens** begründet allein die Verkehrsfähigkeit der Produkte. Eine Prüfung der Wirk- oder gar der hiesigen Werbeaussagen ergibt sich daraus nicht. Die Zertifizierungsstelle hat lediglich das Qualitätsmanagementsystem der Herstellerfirma genehmigt, nicht aber deren. Ein Gericht ist an der Überprüfung der wettbewerbsrechtlichen Zulässigkeit von Werbeaussagen nicht gehindert.

Die Bewerbung einer **Kryolipolysebehandlung**, die den Behandelten eine Reduktion bzw. Eliminierung von Fettzellen ohne Operation, Körperformung und dauerhaften Fettzellenabbau in Aussicht stellt, ist zur Irreführung geeignet, wenn an einer hinreichenden **wissenschaftlichen Absicherung** fehlt.

9. Produktfehler einer Hüftprothese/Schmerzensgeld

LG Freiburg, Urteil v. 24.02.2017 - 6 O 359/10

RID 17-02-305

juris

ProdHaftG §§ 1, 3

Es liegt ein **Produktfehler einer Hüftprothese** vor, wenn es neben einem dem Hersteller grundsätzlich bekannten und von ihm in Kauf genommenen Metallabrieb im Bereich der Gleitpaarung auch zu einem von diesem nicht vorhergesehenen deutlichen **Abrieb im Bereich der Steckonusverbindung** kommt, der gesundheitsschädlich sein kann und dessen sämtliche in Frage kommenden (multifaktoriellen) Ursachen jedenfalls im Verantwortungsbereich des Herstellers liegen, auch wenn sie isoliert nicht feststehen.

Bei der Bemessung des **Schmerzensgeldes** wegen der mit dem Einbau der fehlerhaften Prothese an der rechten Hüfte erlittenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Höhe von 25.000 € hat das LG insb. den auf Lichtbildern eindrücklich sichtbaren und vom Sachverständigen als „mottenartig“ bezeichneten Knochenfraß am Oberschenkelknochen sowie die Notwendigkeit der Revisionsoperation mit den damit einhergehenden erheblichen Beschwerden berücksichtigt, ferner die mit der Entzündungsreaktion einhergehenden im Zeitraum zwischen dem Einbringen der Hüftprothese Mitte 2005 bis zur Revisionsoperation Anfang 2010 vorhandenen Schmerzen und damit in Zusammenhang stehenden Bewegungseinschränkungen.

10. Vergabe von Inkontinenzhilfen und Stomaartikeln im Drei-Partner-Modell für Gebietslose

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 21.12.2016 - VII-Verg 26/16

RID 17-02-306

juris
SGB V § 127

§ 127 SGB V hat **vergaberechtlich unangewendet** zu bleiben, soweit dadurch bei der Beschaffung von Hilfsmitteln und damit verbundener Dienstleistungen eine **Bereichsausnahme** errichtet werden soll, innerhalb derer die gesetzlichen Krankenkassen die Durchführung eines geregelten Vergabeverfahrens von Zweckmäßigkeitserwägungen, mithin von Ermessenserwägungen, abhängig machen dürfen. Die Vorschrift widerspricht den höherrangigen Normen der (im Streitfall anzuwendenden) **Richtlinie 2004/18/EG**, den Vergabevorschriften des GWB sowie auch § 69 Abs. 2 Satz 4 SGB V a.F. (§ 69 Abs. 3 SGB V n.F.), wonach auf öffentliche Aufträge der gesetzlichen Krankenkassen gemäß SGB V die Vorschriften des Vierten Teils des **GWB anzuwenden** sind.

§ 127 I SGB V bezweckt keinen Bieterschutz.

§ 127 I SGB V wird durch das unionsrechtliche und das Vergaberechtsregime des Vierten Teils des GWB vollständig überlagert.

Hat eine Krankenkasse davon abgesehen, das Open-house-Modell anzuwenden und anstelle dessen das **offene Verfahren** vorgezogen, so besteht kein Anspruch auf Eröffnung eines **Zugangs zu einer Belieferung und Beratung von Versicherten** bei Hilfsmitteln.

11. Beihilfe

a) Keine Beihilfefähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel (Pollstimol)

VG Münster, Urteil v. 22.02.2017 - 5 K 1046/16

RID 17-02-307

juris
BhV NRW §§ 4 I Nr. 7, 15

Leitsatz: Ausschluss der Beihilfefähigkeit für **nicht verschreibungspflichtiges apothekenpflichtiges Arzneimittel**.

b) Ausnahmen von Festbetragsregelung: Unerwünschte Nebenwirkungen

VG Magdeburg, Urteil v. 02.03.2017 - 8 A 133/16

RID 17-02-308

juris
BBhV §§ 7 II, 22 III; SGB V § 35 I, VIII

Leitsatz: Zu den Voraussetzungen von **Ausnahmen** der beihilferechtlichen Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln über die sog. **Festbetragsregelung** hinaus.

c) Empfängnisverhütende Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit

VG Leipzig, Urteil v. 27.10.2016 - 3 K 2219/14

RID 17-02-309

juris
BhV Sachsen §§ 4 III, 21

Empfängnisverhütende Arzneimittel sind beihilfefähig, wenn sie - auch **zulassungsüberschreitend** - zur Behandlung einer **Krankheit** verordnet werden.

d) Wirkstoff Rabipur nach einer (möglichen) Tollwutexposition

VG Halle, Urteil v. 13.04.2016 - 5 A 157/15

RID 17-02-310

juris
BBhV § 22 I

Leitsatz: **Rabipur** ist beihilfefähig, wenn es nach einer (möglichen) **Tollwutexposition** verabreicht wird.

e) Hilfsmittel

aa) Unterschenkelprothese mit individuell gefertigter Silikonkosmetik

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 19.01.2017 - 2 S 1592/13

RID 17-02-311

juris

BBhV Anl. 5 § 25; PostBKKSa

Leitsatz: 1. Bei der Frage, ob ein **Hilfsmittel** im Sinne der Satzung der Postbeamtenkrankenkasse **erforderlich** ist, um eine Behinderung auszugleichen, kann auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu der die gesetzliche Krankenversicherung betreffenden und ähnlich lautenden Regelung in § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V zurückgegriffen werden.

2. Auch Aufwendungen für Hilfsmittel, die dem unmittelbaren Behinderungsausgleich und damit dem Ausgleich der ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion selbst dienen (hier: **Prothesen**), müssen **wirtschaftlich** angemessen sein. Demzufolge können Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse nicht jede von ihnen für optimal gehaltene Versorgung beanspruchen.

3. Zur Frage, ob eine **Unterschenkelprothese** mit individuell gefertigter **Silikonkosmetik** dem Prothesenträger einen wesentlichen Gebrauchsvorteil im Alltagsleben verschafft, welcher die hierfür anfallenden Mehrkosten rechtfertigt (Hier bejaht im Falle einer 45jährigen, im Alltag aktiven Frau mit hohem Mobilitätsgrad).

bb) Beihilfefähigkeit von Fußeinlagen

VG Gießen, Urteil v. 03.03.2017 - 4 K 3571/14.GI

RID 17-02-312

juris

BhV Hessen § 6

Leitsatz: Zur Frage der Anerkennung von **Fußeinlagen** bei der beamtenrechtlichen Beihilfe.

cc) Seehilfe bei existenzieller Bedeutung

VG Köln, Urteil v. 25.01.2017 - 1 K 8004/16

RID 17-02-313

juris

BBhV §§ 6 I 1, 25 I 1

Es besteht ein Anspruch aus der in Art. 33 V GG niedergelegten beamtenrechtlichen **Fürsorgepflicht** auf Versorgung mit einer Brille, wenn die Seehilfe zur Verrichtung wesentlicher Tätigkeiten des täglichen Lebens erforderlich und damit **existenziell von Bedeutung** ist und aufgrund von Glaskörperschlieren, **myopia magna** (mit Werten von -13,25 Dioptrien für das rechte Auge und 13,50 Dioptrien für das linke Auge) und einer chronischen Keratokonjunktivitis sicca (Syndrom des trockenen Auges) getönte hochbrechende Glasgläser erforderlich sind. Eine Übertragung der **Begrenzung der Versicherungsleistung nach SGB V** auf die Beihilfe steht dem nicht entgegen, denn die Sicherungssysteme „gesetzliche Krankenversicherung“ und „private Eigenvorsorge mit ergänzender Beihilfe“ weisen grundlegende Strukturunterschiede auf.

dd) Keine Beihilfe für die Beschaffung einer Fernbrille

VG Ansbach, Urteil v. 31.01.2017 - AN 1 K 16.02170

RID 17-02-314

juris

BhV Bayern § 22

Eine Beihilfe für die Beschaffung einer **Fernbrille** ist bei einer fehlenden gravierenden **Sehschwäche** (hier: + 4,75 dpt und + 7,00 dpt) nicht zu gewähren.

ee) Ersatzbeschaffung nach Verlust eines Hörgerätes

VG Magdeburg, Urteil v. 07.12.2016 - 8 A 171/16

RID 17-02-315

juris
BBhV § 25

Leitsatz: Auch der **Verlust eines Hörgerätes** stellt eine Ersatzbeschaffung im Sinne des § 25 Abs. 1 Satz1 BBhV dar; zur Ordnungspflicht nach Ablauf von 6 Monaten.

ff) Akustischer Rauchmelder als Hilfsmittel

VG Gießen, Urteil v. 16.02.2017 - 4 K 670/15.GI

RID 17-02-316

juris
BhV Hessen §§ 5 I, 6 I Nr. 4

Leitsatz: Zur Frage der Beihilfefähigkeit **akustischer Rauchmelder** (Alarmsender) für stark Schwerhörige bzw. Taube.

gg) Umfeldkontrollgerät

VG Hannover, Urteil v. 30.03.2017 - 13 A 6499/16

RID 17-02-317

juris
BGB § 291; BhV Niedersachsen §§ 4 II, 20 I

Bei einem **Umfeldkontrollgerät** handelt es sich um ein **Hilfsmittel** im Sinne der Beihilfavorschriften. Soweit das Gerät mit einem in der **Negativliste** aufgeführten Hilfsmittel vergleichbar ist, ist es nicht beihilfefähig. Es besteht aber eine Verletzung der **Fürsorgepflicht**. Es handelt sich nämlich um ein Hilfsmittel, auf das der Kl. existenziell angewiesen ist. Er benötigt das Umfeldsteuerungssystem, um in die Lage versetzt zu werden, eigenständig Fernseher, Radio und Computer oder das Telefon zu bedienen, d.h. aktiv anzurufen und Telefongespräche entgegenzunehmen. Auf diese Weise kann der Kl. weiterhin am gesellschaftlichen und kulturellen Leben teilnehmen, wissenschaftlich arbeiten, mit anderen Menschen zu kommunizieren, was ihm sonst aufgrund seiner Lähmungen nur in einem extrem begrenzten Ausmaß möglich wäre. Hinzu kommt, dass nach BSG, Urt. v. 24.01.1990 - 3/8 RK 16/87 - NJW 1991, 1564 gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch hätten (Anschluss an VG Hannover, Urt. v. 09.12.2008 - 2 A 652/08 -).

f) Heilmittel

aa) Bestimmtheit einer ärztlichen Verordnung/Ausschluss podologischer Leistungen

VG Düsseldorf, Urteil v. 17.02.2017 - 26 K 7307/16

RID 17-02-318

juris
BVO NRW § 4 I Nr. 9

Leitsatz: 1. Ein Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker muss sich bei seiner schriftlichen **Verordnung** auf eine ganz **bestimmte Heilbehandlung festlegen**; er darf nicht der jeweiligen selbständig tätigen Person, die kein Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker ist, die Auswahl zwischen mehreren möglichen Heilbehandlungen seiner Fachrichtung überlassen.

2. Dem Erfordernis einer ärztlichen Verordnung ist zumindest für den Regelfall nur dann Rechnung getragen, wenn die betreffende ärztliche Bescheinigung **vor** (und nicht erst nach) **Beschaffung** des in Rede stehenden Mittels ausgestellt worden ist.

3. Die durch Abschnitt 4 der Anlage 5 zur BVO NRW statuierten Einschränkungen bzw. teilweisen **Ausschlüsse** der Beihilfefähigkeit **podologischer Leistungen** sind mit höherrangigem Recht vereinbar.

bb) Fingernagelprothese und podologische Nagelnachbehandlung

VG Magdeburg, Urteil v. 27.10.2016 - 8 A 59/16

RID 17-02-319

juris
BBhV §§ 23, 25

Leitsatz: Zur beihilferechtlichen Erstattung einer **Fingernagelprothese** und der notwendigen podologischen **Nagelnachbehandlung**.

cc) Heilmittel der traditionellen chinesischen Medizin

VG Halle, Urteil v. 10.12.2015 - 5 A 179/14

RID 17-02-320

juris
AMG §§ 43 III, 48 I Nr. 3; BBhV §§ 6 I, 22 II

Leitsatz: Heilmittel der traditionellen chinesischen Medizin sind beihilfefähig, wenn durch Methoden der Schulmedizin keine gleichwertigen Resultate erzielt werden.

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. Privatbehandlung

a) Verteilung der Beweislast im ärztlichen Honorarprozess

AG Bergheim, Urteil v. 15.09.2016 - 24 C 33/15

RID 17-02-321

juris
BGB § 611

Es entspricht der Grundregel zur Verteilung der Darlegungs- und Beweislast, dass jede Partei, die den Eintritt einer Rechtsfolge geltend macht, die Voraussetzungen des ihr günstigen Rechtssatzes zu beweisen hat. Diese grundlegende **Verteilung der Beweislast** findet auch im **ärztlichen Honorarprozess** Anwendung. Eine abweichende Verteilung der Darlegungs- und Beweislast ist nicht angezeigt. Denn die Behandlung ereignet sich in seiner Einflussphäre. Anders als der beklagte Patient hat der Arzt die Möglichkeit, sein ärztliches Handeln in geeigneter Form zu **dokumentieren**, da ihm in aller Regel Personen, wie etwa seine Arzthelferin, als Zeugen für die Richtigkeit seiner schriftlichen Aufzeichnungen zur Verfügung stehen. Daher sprechen auch praktische Gründe der Billigkeit und eines gerechten Interessenausgleichs dafür, dass der Arzt die Erbringung wie die medizinische Notwendigkeit der abgerechneten Leistungen beweisen muss (OLG Nürnberg, Urt. v. 21.12.2007 - 5 U 2308/05 - juris Rn. 27).

b) Kein Leistungsnachweis bei fehlender Dokumentation

OLG München, Urteil v. 25.01.2017 - 20 U 2796/15

RID 17-02-322

juris
BGB § 630a

Zuvielforderungen hindern den Eintritt der **Fälligkeit** der Arztrechnungen nicht (BGH, Urt. v. 21.12.2006 - III ZR 117/06 - juris).

Sind in den Krankenunterlagen keine Behandlungen **dokumentiert**, können dennoch abgerechnete und bestrittene Leistungen nicht in Rechnung gestellt werden, wenn der Arzt eine Leistungserbringung zu diesen Daten nicht nachweisen kann. Ein Arzt kann eine **Behandlung** durch die fortlaufenden Einträge in die **Krankenblätter nachweisen**, denen schon wegen der berufsrechtlich und in § 57 I BMV-Ä geregelten Dokumentationspflicht erhöhte Glaubwürdigkeit zukommt.

c) Behandlung von Seitenastkrampfadern mit Mikroschaum

AG Lemgo, Urteil v. 27.01.2017 - 19 C 40/15

RID 17-02-323

juris

BGB § 611; GOÄ Nr. 2881, 2890

Leitsatz: Die Behandlung von **Seitenastvenen** mit **Mikroschaum** ist den in Ziff. 2890 GOÄ vorgesehenen Behandlungsarten (isolierte Seitenastextirpation und/oder Perforansligatur) vergleichbar und daher nach Ziff. 2890 GOÄ abzurechnen. Eine Abrechnung nach Ziff. 2881 GOÄ ist nicht gerechtfertigt, wenn nur Seitenastvenen behandelt werden.

d) Aufsuchen einer Krankenhausambulanz begründet Vertrag für Chefarztambulanz

OLG Köln, Beschluss v. 29.07.2016 - 5 U 27/16

RID 17-02-324

juris

BGB § 611

Sucht ein Patient eine **Krankenhausambulanz** zu den normalen Sprechzeiten auf und beschränkt sich die Behandlung auf den ambulanten Bereich, tritt er regelmäßig in vertragliche Beziehung zum Chefarzt als Betreiber der Ambulanz. Dies gilt auch dann, wenn in Abwesenheit des Chefarztes nur ein diensthabender, nachgeordneter Krankenhausarzt tätig wird (BGHZ 105, 189, BGHZ 120, 376; OLG Koblenz, Urt. v. 08.06.2000 - 5 U 2032/98 - MedR 2001, 460; OLG Hamm, Beschl. v. 15.12.2009 - 26 U 85/09, MedR 2010, 315). Hintergrund hierfür ist, dass der Chefarzt im Falle der Behandlung eines Kassenpatienten im ambulanten Bereich eine ihm gesetzlich übertragene Aufgabe wahrnimmt. Die ambulante Versorgung von Kassenpatienten ist nicht in erster Linie Aufgabe des Krankenhausträgers, sondern der nach §§ 95, 116 SGB V ermächtigten Krankenhausärzte. Für **Privatpatienten** fehlt zwar eine entsprechende gesetzliche Regelung der Zuständigkeit für die ambulante ärztliche Versorgung. Deshalb können der Privatpatient und seine in Betracht kommenden Vertragspartner, nämlich der Chefarzt oder der Krankenhausträger, im Rahmen der Vertragsfreiheit die Behandlungsinhalte in weit stärkerem Maße rechtlich regeln. Fehlen allerdings ausdrückliche Vereinbarungen zu der Frage, ob Chefarzt oder Krankenhausträger Vertragspartner werden sollen, liegt es nahe, die für den Kassenpatienten vorgeprägte Zuständigkeitsregelung auch als von den Parteien erklärten und gewollten Inhalt der Vereinbarungen zwischen Privatpatient und Chefarzt über die Behandlung in der **Chefarztambulanz** anzusehen (so BGHZ 105, 189; BGHZ 120, 376).

e) Mehrwertsteuer auf Leistungen einer Privatklinik

AG Bernau, Urteil v. 30.03.2017 - 10 C 868/16

RID 17-02-325

juris

BGB § 611

Eine **Privatklinik** im Premiumbereich, die zudem mehrwertsteuerpflichtig ist, hat Anspruch auf die **Mehrwertsteuer** auf ihre Leistungen.

f) Gebrauchsminderung durch Baulärm im Krankenhaus

LG Berlin, Urteil v. 03.05.2016 - 5 S 9/15

RID 17-02-326

juris = MedR 2017, 62

BGB §§ 535, 536; KHEntgG § 17

Leitsatz (MedR): 1. Bei einem **totalen Krankenhausvertrag** mit einer Zusatzvereinbarung über die Inanspruchnahme nichtärztlicher Wahlleistungen nach § 17 KHEntgG handelt es sich insgesamt um einen gemischttypischen Vertrag.

2. **Störungen** hinsichtlich der Unterbringung in einem **Krankenhauszimmer** sind nach Mietrecht zu beurteilen.

3. Zur Substantiierung einer **Gebrauchsminderung** durch **Baulärm im Krankenhaus** müssen Art, Intensität und Zeitraum des Baulärms dargelegt werden.

g) Zahnärztliche Behandlung

aa) Entfernung alter Wurzelfüllungen/Verschluss mit MTA

AG Siegburg, Urteil v. 28.10.2016 - 102 C 118/15

RID 17-02-327

juris
BGB § 630a

Die **Entfernung alter Wurzelfüllungen** wird von Nr. 2410 GOZ nicht erfasst und kann unter Berücksichtigung der Kosten für die verbrauchten Instrumente, des Zeitaufwandes und der Tatsache, dass die Leistung unter einem Dentalmikroskop erbracht wurde, nach Nr. 2170 GOZ abgerechnet werden.

Der **Verschluss mit MTA** wird nicht von der Position Nr. 2440 GOZ erfasst und kann über Nr. 2160 analog GOZ abgerechnet werden.

bb) Informationspflichten über vollständige Kosten

LG Osnabrück, Urteil v. 31.08.2016 - 2 O 1947/15

RID 17-02-328

GesR 2017, 106
BGB §§ 242, 280 I, 404, 630c III, 780, 781

Zur Wahrung der **Informationspflichten** aus § 630c III BGB reicht ein allgemeiner Hinweis auf eine fehlende Kostenübernahme durch die Krankenversicherung ebenso wenig aus wie die sukzessive Information über die Kosten einzelner Behandlungsschritte. Es sind vielmehr die **voraussichtlichen Kosten der vollständigen Behandlung** mitzuteilen bzw. es ist ein Kostenvoranschlag zu erstellen, in den die bei normalem Verlauf der Dinge kalkulierbaren Kosten einzustellen sind.

Der **Gegenanspruch einer Patientin** bei unzureichender Aufklärung über die Kosten kann auf den Teil beschränkt sein, der die angegebenen Kosten übersteigt, denn die Patientin setzt sich in Widerspruch, wenn sie die Leistungen unter den angegebenen Bedingungen in Anspruch nimmt, sich dann aber darauf beruft, auch die angegebenen Kosten nicht tragen zu wollen. Der **Zahnarzt** bleibt verpflichtet, die **vollständige Leistung** zu erbringen, und muss die Behandlung abschließen.

2. Private Krankenversicherung

a) BGH: Lasik-Operation

BGH, Urteil v. 29.03.2017 - IV ZR 533/15

RID 17-02-329

juris
MB/KK § 1

Leitsatz: Eine **Krankheit** im Sinne der Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung kann auch vorliegen, wenn der fragliche Gesundheitszustand des Versicherten in gleicher Weise **bei 30-40 % der Menschen entsprechenden Alters** auftritt (hier bejaht für **Fehlsichtigkeit** von -3 und -2,75 Dioptrien).

Erfüllt die Fehlsichtigkeit eines Versicherten die Voraussetzungen einer bedingungsgemäßen Krankheit, so kann die medizinische Notwendigkeit einer **Lasik-Operation** an den Augen nicht allein wegen der Üblichkeit des Tragens einer Brille oder von Kontaktlinsen verneint werden.

b) Obliegenheit zur sicheren Feststellung einer Erkrankung (Prostatakarzinom)

OLG Dresden, Urteil v. 04.04.2017 - 4 U 1453/16

RID 17-02-330

juris
VVG § 192; MB/KK § 1 II

Leitsatz: Den **Versicherungsnehmer** trifft im Rahmen eines Krankenversicherungsvertrages eine **Obliegenheit**, zur sicheren Feststellung eines Prostatakarzinoms eine Biopsie an sich vornehmen zu lassen. Verweigert er diese, liegt ein Versicherungsfall im Sinne des § 1 Abs. 2 MBKK nicht vor.

c) Beratung beim Wechsel eines Krankenversicherers

OLG Dresden, Urteil v. 21.02.2017 - 4 U 1512/16

RID 17-02-331

juris

BGB § 280; VVG §§ 60, 61

Leitsatz: 1. Die Verletzung der Pflicht zur **Beratungsdokumentation** führt nicht zu einem eigenständigen Schadensersatzanspruch, sondern lediglich zu einer Umkehr der **Beweislast**.

2. Beim **Wechsel eines Krankenversicherers** schuldet der zugezogene Makler von sich aus weder eine **Beratung** über die Risikobewertungspraxis des Zielversicherers noch über dessen vermeintlich besonders strenge Anfechtungspraxis bei Falschangaben zu den Gesundheitsfragen.

d) Prozesstandschaft eines Krankenhauses bei Versicherungsleistung aufgrund Klinik-Card

OLG Hamm, Urteil v. 08.09.2016 - 6 U 179/15

RID 17-02-332

juris = VersR 2017, 416

VVG § 192; VAG § 152; MB/KK § 6 VI; BGB §§ 123, 124

Leitsatz: 1. Ein **Krankenhaus** kann einen **privaten Krankheitskostenversicherer** aus abgetretenem Recht des Patienten/Versicherungsnehmer im Wege der gewillkürten Prozesstandschaft gerichtlich auf die Versicherungsleistung in Anspruch nehmen, wenn der Patient/Versicherungsnehmer dem Krankenhaus eine Klinik-Card vorgelegt hat und die der Ausgabe dieser Klinik-Card zugrunde liegenden Tarifbedingungen eine Ausnahme von dem aus § 6 Abs. 6 MBK 09 folgenden Abtretungsverbot enthalten.

2. Ist der **Versicherer** wegen arglistiger Täuschung durch den Versicherungsnehmer **zur Anfechtung berechtigt** und ist der Versicherungsnehmer zum maßgeblichen Zeitpunkt, an dem der Versicherer Kenntnis von seiner Anfechtungsberechtigung erlangt, bereits verstorben, ohne dass dessen Erben bekannt wären, so läuft die Jahresfrist für die Anfechtungserklärung erst sechs Monate nach Bestellung eines Nachlasspflegers ab.

e) Anforderung an Folgeversicherungsvertrag nach Kündigung

LG Nürnberg-Fürth, Urteil v. 27.04.2017 - 2 O 7905/15

RID 17-02-333

juris

VVG § 193; VAG §§ 12, 146

Leitsatz: Ein **Folgeversicherungsvertrag** erfüllt nur dann die Anforderungen an eine **Pflichtversicherung** i.S.d. § 193 Abs. 3 VVG, wenn er den Anforderungen des § 146 VAG n.F. (entspr. § 12 VAG a.F.) entspricht, also **substitutiven Krankenversicherungsschutz** bietet.

Dies ist bei einem Krankheitskostenversicherungvertrag nicht der Fall, der bei einem englischen **Versicherer** abgeschlossen wird und der für diesen ein **ordentliches Kündigungsrecht** vorsieht sowie **ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert** ist.

f) Wirksame AVB über beschränkte Erstattung bei Zahnersatz und Kieferorthopädie

OLG Hamm, Beschluss v. 13.11.2015 - 20 U 109/15

RID 17-02-334

juris = VersR 2017, 340

BGB §§ 305c II, 307 I 2

Leitsatz: 1. Verspricht ein Versicherer **nur 75% Erstattung** „bei Zahnersatz (z.B. Prothesen, Brücken), Zahnkronen und Kieferorthopädie [mit dem Zusatz:] Als Zahnersatz gelten auch vorbereitende Maßnahmen“, so ist diese Regelung hinreichend transparent und auch sonst wirksam.

2. Die Klausel erfasst die Leistungen, die mit der Versorgung mit Zahnersatz oder Zahnkronen oder der kieferorthopädischen Versorgung einhergehen (vergleiche OLG Düsseldorf, VersR 2001, 447 = juris Tz. 6), insbesondere auch eine **Implantatversorgung**, die der Eingliederung einer Vollkrone dient.

3. Beihilfe

a) Kataraktoperation mittels Femtosekundenlaser

VG Köln, Gerichtsbescheid v. 22.12.2016 - 1 K 8285/16

RID 17-02-335

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 zu VG Köln, Urt. v. 10.11.2016 - 1 K 3094/16 - RID 17-01-318.

b) Voraussetzungen der Beihilfegewährung für eine Liposuktion

VG Köln, Urteil v. 02.02.2017 - 1 K 1983/16

RID 17-02-336

juris
BBhV § 6

Die **Liposuktion** ist **keine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode**. Es fehlt an klinischen Untersuchungen und Studien, die hinsichtlich ihrer Methodik wissenschaftlichen Ansprüchen genügen. Die fehlende allgemeine wissenschaftliche Anerkennung einer Behandlungsmethode steht der Beihilfegewährung nicht durchweg entgegen.

Angemessen und somit beihilfefähig sind nur Aufwendungen, die dem Arzt nach Maßgabe der GOÄ zustehen. Da die Fettabsaugung in der GOÄ nicht geregelt ist, gilt § 6 II GOÄ.

Eine **Fettabsaugung** ist nicht nach Nr. 2404 GOÄ (analog) abzurechnen, sondern nach Nr. 2454 GOÄ.

c) Spektralanalytische Urinuntersuchung zur Abklärung einer Schwermetallbelastung

VG Saarland, Urteil v. 24.02.2017 - 6 K 901/15

RID 17-02-337

juris
BhV Saarland §§ 4 I Nr. 1, 5 I, II

Eine **spektralanalytische Urinuntersuchung** zur Abklärung einer **Schwermetallbelastung** und der Erforderlichkeit einer **Chelat-Therapie** ist beihilfefähig.

d) Korrektur abstehender Ohren

VG Würzburg, Urteil v. 20.12.2016 - W 1 K 16.23

RID 17-02-338

juris
BhV §§ 7, 8; SGB V § 27 I 1

Die Feststellung, dass im Einzelfall ein Betroffener wegen einer **körperlichen Anormalität** an einer **Entstellung** leidet, ist in erster Linie **Tatfrage** (hier verneint).

e) Keine nachträgliche Kostenerstattung für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung

VG München, Urteil v. 20.02.2017 - M 21 K 15.902

RID 17-02-339

juris
SG § 30; BBesG § 69; VwVfG §§ 48, 51

Die Beklagte konnte den Antrag der Kl. dennoch ohne weitere Sachprüfung ablehnen, da hierüber durch den Bescheid vom 22. Mai 2007 bereits bestandskräftig entschieden worden war. Die Bestandskraft wird durch die Verfassungswidrigkeit der zugrunde gelegten Rechtslage nicht berührt. Die im Zentralerlass B-1455/1 getroffene generelle Regelung, durch die eine **nachträgliche**

Kostenerstattung für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung vor BVerwG, Urt. v. 10.10.2013 - 5 C 29/12 - BVerwGE 148, 116 auf bereits beantragte Kostenübernahmen beschränkt wird, über die noch nicht bestands- bzw. rechtskräftig entschieden ist, verstößt ihrerseits weder gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz, Treu und Glauben, die guten Sitten oder die Fürsorgepflicht.

f) Beihilfeberechnung bei in der gesetzl. Krankenvers. versicherten Beihilfeberechtigten

VG des Saarlandes, Urteil v. 14.03.2017 - 6 K 1825/15

RID 17-02-340

juris

BhV Saarland § 4; GG Art. 3 I

Leitsatz: Die Berücksichtigung zustehender, aber **nicht in Anspruch genommener Leistungsansprüche** von in der **gesetzlichen Krankenversicherung** versicherten Beihilfeberechtigten bei der Berechnung der beihilfefähigen Aufwendungen ist verfassungsrechtlich unbedenklich.

g) Fahrkosten zur Behandlung nach Tumoroperation außerhalb des 30 km-Bereichs

VG Münster, Urteil v. 29.03.2017 - 5 K 2470/15

RID 17-02-341

juris

BVO NRW §§ 3 I Nr. 1, 4 I Nr. 11

Eine fachurologische Behandlung als **Nachsorgebehandlung** zu den durchgeführten **Tumoroperationen** kann es rechtfertigen, die Behandlung von einem Arzt **außerhalb des 30 km Bereichs** durchführen zu lassen.

h) Aufhebung eines Beihilfebescheids

aa) Kein Vertrauensschutz nach Einreichung manipulierter Arztrechnungen

VG Ansbach, Urteil v. 20.02.2017 - AN 1 K 16.00146

RID 17-02-342

juris

VwVfg § 48; BG Bayern Art. 13

Ein **Beihilfebescheid** ist **rechtswidrig**, wenn Abrechnungen über **Leistungen** nach der GOÄ erstellt werden, die tatsächlich jedoch **nicht erbracht** worden sind, um eine Erstattung der Aufwendungen für nicht beihilfefähige Behandlungen zu erreichen. Ein schutzwürdiges **Vertrauen** gegen die Aufhebung des Beihilfebescheids besteht nicht, da der Verwaltungsakt durch Angaben erwirkt wurde, die in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig waren.

Parallelverfahren:

VG Ansbach, Urteil v. 20.02.2017 - AN 1 K 16.00001

RID 17-02-343

juris

bb) Aufhebung nach Einreichung ärztlich manipulierter Rechnungen

VG Sigmaringen, Urteil v. 14.02.2017 - 3 K 5270/15

RID 17-02-344

juris

VwVfG § 48; BhV BW § 1 III 1

Ein **Beihilfebescheid** ist **rechtswidrig**, wenn die in den Rechnungen ausgewiesenen **Leistungen** – zumindest zu erheblichen Teilen – nicht erbracht und die Aufwendungen insgesamt nicht durch ordnungsgemäße **Belege** nachgewiesen sind. Werden die Belege systematisch durch den abrechnenden Arzt so umfassend **manipuliert**, dass sie der Beihilfestelle – auch unter Berücksichtigung des einzusetzenden Aufwands – keine Prüfung der Beihilfefähigkeit der in Rechnung gestellten Aufwendungen mehr ermöglichen, so sind sie nicht ordnungsgemäß.

Nach § 48 II 3 Nr. 2 VwVfG kann sich eine Beihilfeberechtigte nicht auf **Vertrauensschutz** berufen, wenn sie objektiv unrichtigen Rechnungen im Bewusstsein ihrer Rechtserheblichkeit bei der Beihilfestelle einreicht und dadurch den rechtswidrigen Bewilligungsbescheid kausal veranlasst.

cc) Keine Beihilfe für nicht erbrachte Leistungen

VG München, Urteil v. 09.02.2017 - M 17 K 16.3150

RID 17-02-345

juris

VwVfg § 48; BG Bayern Art. 13

Ein Beihilfebescheid für **nicht erbrachte Leistungen** ist rechtswidrig.

Der Ausschluss des **Vertrauensschutzes** in Art. 48 II 3 Nr. 2 BayVwVfG ist verschuldensunabhängig.

i) Zahnärztliche Behandlung

aa) Eingliederung eines Klebebrackets mittels Adhäsivtechnik

VG Chemnitz, Urteil v. 01.03.2017 - 3 K 2206/14

RID 17-02-346

juris

GOZ Nr. 2197, 6100

Der von der Mehrheit der Zivilgerichte vertretenen Auffassung, die mittlerweile auch verwaltungsgerichtlich bestätigt ist (VGH Bayern, Urt. v. 06.06.2016 - 14 BV 15.527 - RID 16-03-302; VG Münster, Urt. v. 17.02.2016 - 5 K 1880/15 - RID 16-02-327 m.w.N.), wonach bei **Eingliederung eines Klebebrackets mittels Adhäsionstechnik** neben Aufwendungen für Leistungen nach Nr. 6100 GOZ auch Leistungen nach Nr. 2197 GOZ abgerechnet werden können, ist zu folgen.

bb) Kieferorthop. Beh.: Separieren e. Zahnes bei Eingliederung eines Bandes (Nr. 2030 GOZ)

VG Münster, Urteil v. 22.02.2017 - 5 K 397/16

RID 17-02-347

juris

GOZ § 4 II

Leitsatz: Ziff. 2030 GOZ kann für das **Separieren eines Zahnes** bei der **Eingliederung eines Bandes** im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung abgerechnet werden.

cc) Photodynamische Therapie/Desinfektion

VG Chemnitz, Urteil v. 08.03.2017 - 3 K 2107/14

RID 17-02-348

juris

BhV Sachsen § 4 III, IV

Die **photodynamische Therapie/Desinfektion** im Bereich der **Zahnbehandlung** kann **nicht** als **wissenschaftlich anerkannte Methode** angesehen werden.

dd) Implantatversorgung: Voranerkennungsverfahren

VG Köln, Urteil v. 16.12.2016 - 19 K 5863/15

RID 17-02-349

juris

BVO NRW § 4 II

Der Anspruch auf **Implantatversorgung** ist nicht gegeben, wenn der Abschluss des nach des nach § 4 II b) S. 6 BVO NRW erforderlichen **Voranerkennungsverfahrens** nicht **abgewartet** wird.

Parallelverfahren:

VG Köln, Urteil v. 16.12.2016 - 19 K 5866/15

RID 17-02-350

juris

ee) Zahnimplantatversorgung: Erstattung von mehr als vier Implantaten

VG Magdeburg, Urteil v. 01.03.2017 - 8 A 159/16

RID 17-02-351

juris
BBhV §§ 6, 15 I

Leitsatz: Soweit eine zwingende **zahnmedizinische Notwendigkeit** besteht, erfolgt über die in § 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5, Satz 2 BBhV vorgesehene beihilfemäßige **Erstattung** von vier Implantaten je Kiefer eine Erstattung; hier **sechs Implantate** im Oberkiefer.

V. Verschiedenes

1. EGMR: Methadonentzug im Gefängnis verletzt Menschenrechte

EGMR, Urteil v. 01.09.2016 - 62303/13

RID 17-02-352

juris
MRK Art. 3

Es verstößt gegen das **Folterverbot** aus Art. 3 EMRK, einem heroinabhängigen Häftling über Jahre einen Ersatzstoff wie **Methadon** zu verwehren.

2. EuGH: Verbot zahnärztlicher Werbung

EuGH, Urteil v. 04.05.2017 - C-339/15

RID 17-02-353

juris
Richtlinie 2000/31/EG; 2005/29/EG; AEUV Art. 56

1. Die Richtlinie 2005/29/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Mai 2005 über unlautere Geschäftspraktiken von Unternehmen gegenüber Verbrauchern im Binnenmarkt und zur Änderung der Richtlinie 84/450/EWG des Rates, der Richtlinien 97/7/EG, 98/27/EG und 2002/65/EG des Europäischen Parlaments und des Rates sowie der Verordnung (EG) Nr. 2006/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates (Richtlinie über unlautere Geschäftspraktiken) ist dahin auszulegen, dass sie nationalen Rechtsvorschriften wie den im Ausgangsverfahren fraglichen, die die **öffentliche Gesundheit und die Würde des Zahnarztberufs schützen**, indem sie zum einen **jegliche Werbung für Leistungen der Mund- und Zahnversorgung allgemein und ausnahmslos verbieten** und zum anderen bestimmte Anforderungen in Bezug auf die **Schlichtheit von Zahnarztpraxisschildern aufstellen, nicht entgegensteht**.

2. Die Richtlinie 2000/31/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 8. Juni 2000 über bestimmte rechtliche Aspekte der **Dienste der Informationsgesellschaft**, insbesondere des elektronischen Geschäftsverkehrs, im Binnenmarkt („Richtlinie über den elektronischen Geschäftsverkehr“) ist dahin auszulegen, dass sie nationalen Rechtsvorschriften wie den im Ausgangsverfahren fraglichen, die jegliche Werbung für Leistungen der Mund- und Zahnversorgung allgemein und ausnahmslos verbieten, **entgegensteht**, soweit sie **jede Form kommerzieller Kommunikation auf elektronischem Weg, auch mittels einer von einem Zahnarzt erstellten Website, verbieten**.

3. Art. 56 AEUV ist dahin auszulegen, dass er nationalen Rechtsvorschriften wie den im Ausgangsverfahren fraglichen **entgegensteht**, die jegliche Werbung für Leistungen der Mund- und Zahnversorgung **allgemein und ausnahmslos verbieten**.

3. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Patientenverfügung: Voraussetzungen für Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen

BGH, Beschluss v. 08.02.2017 - XII ZB 604/15

RID 17-02-354

juris
BGB §§ 1901a, 1904

Leitsatz: 1. Eine **Patientenverfügung** entfaltet nur dann unmittelbare Bindungswirkung, wenn sie neben den Erklärungen zu den ärztlichen Maßnahmen, in die der Ersteller einwilligt oder die er untersagt, auch erkennen lässt, dass sie in der **konkreten Behandlungssituation** Geltung beanspruchen soll.

2. Die schriftliche Äußerung, dass „**lebensverlängernde Maßnahmen unterbleiben**“ sollen, enthält für sich genommen nicht die für eine bindende Patientenverfügung notwendige konkrete Behandlungsentscheidung des Betroffenen.

3. Die erforderliche Konkretisierung kann sich im Einzelfall auch bei nicht hinreichend konkret benannten ärztlichen Maßnahmen durch die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen ergeben. Der Wille des Errichters der Patientenverfügung ist dann durch **Auslegung** der in der Verfügung enthaltenen Erklärungen zu ermitteln (im Anschluss an den Senatsbeschluss vom 6. Juli 2016, XII ZB 61/16, FamRZ 2016, 1671).

b) Veterinärmedizinrecht kein Nachweis für „Fachanwältin für Medizinrecht“

BGH, Urteil v. 20.03.2017 - AnwZ (Brfg) 11/16

RID 17-02-355

juris
FAO §§ 5, 14b

Die Verleihung der **Fachanwaltsbezeichnung für Medizinrecht** ist nicht möglich, wenn der Antragsteller nahezu ausschließlich Rechtsfälle aus dem **Bereich der Veterinärmedizin** bearbeitet hat. Zum anderen könnte, selbst wenn man dies anders sehen wollte, der Kl. der Titel nicht verliehen werden, weil ihre 110 Positionen umfassende Liste nicht die notwendige Zahl von 60 anzuerkennenden Fällen enthält.

Vorausgehend: Anwaltsgerichtshof Frankfurt a. M., Urt. v. 22.01.2016 - 2 AGH 11/14 - RID 16-02-371.

4. Zugang zu Daten der Mitglieder der Unterausschüsse des GBA

VG Berlin, Urteil v. 17.03.2016 - 2 K 185/14

RID 17-02-356

juris = A&R 2016, 136 = MedR 2017, 329
SGB V § 91 VII 7; IFG §§ 1 I, 3 Nr. 3 Buchst. b u. Nr. 4, 5

Der GBA ist verpflichtet, dem Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) die **Mitglieder des Unterausschusses** (UA) Arzneimittel mit Namen, akademischen Grad sowie Berufs- und Funktionsbezeichnung zu **nennen**.

5. Krankenhäuser

a) Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)

aa) Zuschlag für die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten

BVerwG, Urteil v. 08.09.2016 - 3 C 6.15

RID 17-02-357

juris = GesR 2017, 130 = NVwZ-RR 2017, 195 = ZMGR 2017, 115 = NdsVBl 2017, 111
KHEntgG §§ 2 II 2 Nr. 4, 5 III, 8 I, 11 I 1

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.

bb) Kammerbeitrag zur Industrie- und Handelskammer

BVerwG, Urteil v. 07.12.2016 - 10 C 11.15

RID 17-02-358

juris

GG Art. 3 I; GewStG § 3 Nr. 20

Leitsatz: Es verletzt weder das Äquivalenzprinzip noch den Gleichbehandlungsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG, wenn die Industrie- und Handelskammer eine **kammerzugehörige Klinik**, die für den überwiegenden Teil ihrer gewerblichen Tätigkeit (hier: Krankenhausbetrieb) nach § 3 Nr. 20 Buchst. b GewStG von der Gewerbesteuer befreit ist, zum **Kammerbeitrag** auf der Grundlage der Kenndaten des gesamten Unternehmens veranlagt.

b) Krankenhausplan

aa) Anspruch einer psychosomatischen Fachklinik auf Aufnahme in den Krankenhausplan

VG Lüneburg, Urteil v. 23.02.2017 - 6 A 264/16

RID 17-02-359

juris

KHG §§ 1, 2 Nr. 1a, 8

Soweit die Behörde davon ausgeht, dass ein Teil der Patienten eine stationäre Versorgung im **eigenen Landkreis** anstrebt und dieser Teil einem Bedarf von 18 Planbetten entspricht, bedarf dieses Ergebnis schon gar keiner Begründung mehr, wenn es im Landkreis derzeit keine Klinikbetten auf dem entsprechenden Gebiet gibt und die Betten in den anderen Landkreisen ausgelastet sind.

Der Bedarf auf dem Gebiet der **Psychosomatischen Medizin** kann nicht unter Hinweis auf vorhandene (Über-)kapazitäten im Bereich der **Psychiatrie** als gedeckt angesehen werden (OVG Niedersachsen, Urt. v. 03.02.2011 - 13 LC 125/08 - RID 11-02-327, juris Rn. 42).

bb) Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses: Geriatrische Fachabteilungen

VG Düsseldorf, Urteil v. 27.01.2017 - 21 K 341/15

RID 17-02-360

juris

KHG §§ 1, 6, 8

Leitsatz: Zur **Beurteilung** der **Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses** gilt nach ständiger Rechtsprechung, dass ein Krankenhaus im Grundsatz dann leistungsfähig ist, wenn sein Leistungsangebot die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus der betreffenden Art zu stellen sind, und wenn das Krankenhaus die nach medizinischen Erkenntnissen erforderliche weitere personelle sowie räumliche und medizinisch-technische Ausstattung besitzt.

Die Einrichtung **geriatrischer Fachabteilungen** erfordert in diesem Sinne den Nachweis der Einbindung des Krankenhauses in einen sog. Geriatrischen Versorgungsverbund.

cc) Kein Ausscheiden aus Krankenhausplan durch anderweitige Nutzung einzelner Geschosse

VG München, Urteil v. 16.03.2017 - M 9 K 14.5798

RID 17-02-361

juris

KHG Bayern Art. 19 II, III

Im Rahmen der staatlichen Förderung und deren Rückabwicklung ist, insb. auch für die Bewertung, ob ein **Ausscheiden aus dem Krankenhausplan** vorliegt, nach dem Sinn und Zweck der Regelungen maßgebend auf den Begriff bzw. die Person des Krankenhausträgers abzustellen. Die Fokussierung auf den Krankenhausträger und seinen nicht an einzelne Liegenschaften gebundenen Krankenhausbetrieb gilt auch nach Art. 9 IV BayKrG für die Förderung auf Landesebene. Zieht der Träger, der für seinen Krankenhausbetrieb mehrere Standorte unterhält, unter Schließung einer Dependence oder durch **anderweitige Nutzung einzelner Geschosse** eines Standorts Abteilungen in einem anderen Bereich seines Krankenhausbetriebs zusammen, so genügt dies deshalb nicht für ein Ausscheiden aus dem Krankenhausplan, wenn er den Krankenhausbetrieb an sich weiter aufrechterhält. Weder der Verkauf eines Standorts, mit anderen Worten: einer Immobilie, noch die

Fremdvermietung eines Geschosses stellen ein Ausscheiden im genannten Sinne dar, wenn sie nicht mit einem Entfallen von Behandlungsplätzen oder mit der Aufgabe einer Fachabteilung einhergehen.

Parallelverfahren:

VG München, Urteil v. 16.03.2016 - M 9 K 14.5801 RID 17-02-362
juris

VG München, Urteil v. 16.03.2016 - M 9 K 14.5799 RID 17-02-363
juris

c) Zahlungsanspruch gegen Patienten nach Einweisung in Psychiatrie

aa) Nur Kosten einer rechtmäßigen Unterbringung

VG Köln, Urteil v. 21.02.2017 - 7 K 7492/15 RID 17-02-364
juris
PsychKG NRW §§ 14 I, 34 I

§ 34 I PsychKG NRW ist dahingehend auszulegen, dass nur die Kosten einer **rechtmäßigen Unterbringung** von dem Betroffenen zu zahlen sind (vgl. VG Köln, Ur. v. 15.01.2017 - 7 K 7626/13 - RID 17-01-355).

Ein durch **übermäßigen Alkoholgenuß** bedingtes Verhalten ist kein krankheitsbedingtes Gefährdungsverhalten im Sinne des § 11 I PsychKG NRW.

bb) Zahlungsanspruch gegen Patientin, solange keine Zahlung durch Dritte erfolgt ist

VG Köln, Urteil v. 21.02.2017 - 7 K 3423/13 RID 17-02-365
juris
PsychKG NRW §§ 14 I, 32, 34

Der **Anspruch des Krankenhausträgers** gegen eine zwangseingewiesene **Patientin** ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass die Kosten der Unterbringung von einem **Träger der Sozialversicherung**, einem Träger der Sozialhilfe oder anderen zu zahlen sind, solange keine Zahlungen durch Dritte geleistet oder Zahlungsverpflichtungen anerkannt werden.

d) Voraussetzungen eines Nothelferanspruchs

aa) Kein Nothelferanspruch bei ungeklärter Identität des Patienten

SG Hamburg, Urteil v. 16.01.2017 - S 10 SO 334/12 RID 17-02-366
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB XII §§ 19 III, 23 I 1, 25, 48 I, 82 ff., 90

Leitsatz: Kein Nothelferanspruch des Krankenhauses bei **ungeklärter Identität des Patienten**.

bb) Kostenübernahme nur bis zur Kenntnis des Sozialhilfeträgers

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 29.10.2016 - L 9 SO 317/16 RID 17-02-367
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB XII § 25

Für den **Nothelfer** verbleibt der Anreiz, seiner Obliegenheit entsprechend den **Sozialhilfeträger** möglichst schnell vom Eilfall zu **unterrichten**. Ein Krankenhaus als Nothelfer, das sich seinen Obliegenheiten entsprechend verhält, erlangt auch bei einer Abrechnung „pro rata temporis“ einen umfassenden Kostenerstattungsanspruch für die gesamte Behandlung. Soweit Hilfebedürftigkeit des Patienten tatsächlich besteht und das Krankenhaus rechtzeitig Kenntnis vom Eilfall gegeben hat, trägt der Sozialhilfeträger auch die Kosten der Behandlung im Anschluss daran. Die **Kenntnis des Sozialhilfeträgers** (bzw. die **Obliegenheitsverletzung** durch das Krankenhaus) bildet die **Zäsur** für die sich gegenseitig ausschließenden Ansprüche des Nothelfers und des Hilfebedürftigen. Allein die Nothilfe macht die Vergütung nicht zu einer untrennbaren Einheit. Von der Gesamtzahl an Tagen, für die die Beklagte in Kenntnis der Sozialhilfebedürftigkeit Hilfe zur Krankheit zu erbringen gehabt

hätte, steht dem Nothelfer deshalb eine Kostenerstattung nur für die Anzahl von Tagen zu, an denen ein Eilfall i.S. des § 25 SGB XII vorlag.

Unabhängig von der rechtlichen Qualifizierung der Norm unterfällt der Hilfebedürftige, der keine Leistungen nach dem SGB XII von der Krankenkasse erhalten hat, von vornherein nicht dem von **§ 264 II SGB V begünstigten Personenkreis**. Denn nach § 264 II 2 SGB V sind ausdrücklich diejenigen Hilfeempfänger von der Übernahme der Krankenbehandlung ausgenommen, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen.

cc) Obliegenheit eines Krankenhauses zur Unterrichtung des Sozialhilfeträgers

SG Aachen, Urteil v. 07.02.2017 - S 20 SO 25/16

RID 17-02-368

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB XII §§ 3, 25, 97, 98

Ein Patient, der am Samstag in stark alkoholisiertem Zustand mit einer akuten Alkoholintoxikation und Schmerzen notfallmäßig in das Krankenhaus gebracht wird, nachdem er zuvor bewusstlos am Bahnhof aufgefunden worden ist, bedarf einer **sofortigen Behandlung** in einem Krankenhaus.

Zu dem bedarfsbezogenen Moment des **Nothelferanspruchs** nach § 25 SGB XII muss ein **sozialhilferechtliches Moment** hinzukommen: Grundsätzlich darf eine rechtzeitige Leistung des Sozialhilfeträgers objektiv nicht zu erlangen sein; der Sozialhilfeträger darf nicht eingeschaltet werden können. Es darf keine Zeit zur Unterrichtung des zuständigen Sozialhilfeträgers verbleiben, um zunächst dessen Entschließung über eine Gewährung der erforderlichen Hilfe abzuwarten. Der Anspruch des Nothelfers besteht also in Abgrenzung zum Anspruch des Hilfebedürftigen nur dann, wenn der **Sozialhilfeträger keine Kenntnis** vom Leistungsfall hat und ein Anspruch des Hilfebedürftigen gegen den Sozialhilfeträger (nur) deshalb nicht entsteht. Die Kenntnis des Sozialhilfeträgers bildet damit die Zäsur für die sich gegenseitig ausschließenden Ansprüche des Nothelfers und des Hilfebedürftigen (BSG, Urt. v. 23.08.2013 - B 8 SO 19/12 R - BSGE 114, 161 = SozR 4-5910 § 121 Nr. 1). Grundsätzlich **entfällt ein Eilfall**, sobald der zuständige **Sozialhilfeträger (wieder) dienstbereit** ist, eine Obliegenheit zur Unterrichtung besteht und diese durch das Krankenhaus verletzt worden ist. Die **Obliegenheit eines Krankenhauses**, den Sozialhilfeträger zu unterrichten, wird regelmäßig dann ausgelöst, wenn der Patient - wie hier - einen Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht durch Vorlage einer Versichertenkarte (vgl. § 15 VI SGB V) nachweisen kann und sich auch ansonsten keine Umstände ergeben, aus denen die notwendige Kostensicherheit für das Krankenhaus hervorgeht (BSG, Urt. v. 12.12.2013 - B 8 SO 13/12 R - juris; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.08.2016 - L 9 SO 328/14 - RID 16-04-363).

e) Nebenbestimmungen zur Zertifizierungspflicht für das Unterhalten einer Stroke Unit

VG des Saarlandes, Urteil v. 31.01.2017 - 2 K 1134/15

RID 17-02-369

juris
KHG §§ 23 IV, 25 II Nr. 10

Leitsatz: 1. Im Anschluss an die Rechtsprechung des erkennenden Gerichts im Urteil vom 10.3.2015 - 2 K 422/14 - RID 15-03-322 ist festzustellen, dass es (insbesondere) im Saarländischen Krankenhausgesetz nach wie vor an einer ausdrücklichen Ermächtigung im Sinne des § 36 Abs. 1 Alt. 1 SVwVfG zum Erlass von **Nebenbestimmungen zum Planaufnahmebescheid** fehlt, durch welche die Verpflichtung zur **Zertifizierung von Versorgungsangeboten** durch bestimmte medizinische Fachgesellschaften, begründet werden könnten. Die hier als auflösende Bedingungen vorgegebenen Zertifizierungspflichten sind auch nicht als Nebenbestimmungen nach § 36 Abs. 1 Alt. 2 SVwVfG zulässig bzw. dienen nicht der Sicherstellung der für die Aufnahme in den Krankenhausplan zu fordernden Leistungsfähigkeit des Krankenhauses.

2. Im Ergebnis gilt nichts anderes, soweit die Erlangung der sog. **Dreier-Zertifizierung** durch die Deutsche Gesellschaft für Angiologie, die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und die Deutsche Röntgengesellschaft (lediglich noch) die Voraussetzung für die Ausweisung eines Krankenhauses als interdisziplinäres Gefäßzentrum ist bzw. die Ausweisung als Zentrum auflösend bedingt von der dauerhaften Gewährleistung der Dreier-Zertifizierung abhängt.

f) Übernahme von Jahresfehlbeträgen sowie von Bürgschaften durch das Land

OLG Stuttgart, Urteil v. 23.03.2017 - 2 U 11/14

RID 17-02-370

juris

UWG §§ 4 Nr. 11, 8 I, III; KHG BW § 3 I

Im Berufungsverfahren war nach der teilweisen Aufhebung und Zurückverweisung durch den BGH nunmehr die Frage zu klären, ob die Maßnahmen den **Handel zwischen Mitgliedstaaten beeinträchtigen**. Unter Berücksichtigung der Hinweise des BGH ist diese Frage zu **verneinen**.

LG Tübingen, Ur. v. 23.12.2013 - 5 O 72/13 - RID 14-03-287 wies die Klage des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken gegen den Landkreis Calw, der die Verluste der Kreiskliniken Calw und Nagold und Ausfallbürgschaften übernommen sowie Investitionszuschüsse gewährt hatte, ab. **OLG Stuttgart**, Ur. v. 20.11.2014 - 2 U 11/14 - RID 15-01-266 wies die Berufung zurück. **BGH**, Ur. v. 24.03.2016 - I ZR 263/14 - RID 16-03-336 hob auf die Revision des Kl. unter Zurückweisung des weitergehenden Rechtsmittels das Urteil des OLG im Kostenpunkt und insoweit auf, als die Berufung des Kl. gegen die Abweisung des Antrags auf Unterlassung, zugunsten der Kreiskliniken Calw gGmbH die handelsrechtlichen Verluste (Jahresfehlbeträge) aus den Jahren 2012 und 2013 auszugleichen, sowie des Antrags auf Ersatz von Abmahnkosten im Urteil des LG zurückgewiesen worden ist, und verwies die Sache an das Berufungsgericht zurück. Das **OLG** wies die Berufung d. Kl. erneut zurück.

g) Unterlassungsverfügung gegen Behauptung der Umsatzsteuerbefreiung

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 07.07.2016 - 12 W 71/15

RID 17-02-371

juris

UWG § 4 Nr. 1; BGB §§ 823, 824, 1004

Wird der **private Krankenversicherer** bereits im Vorfeld einer Behandlung tätig und beeinflusst die Arztwahl des Versicherungsnehmers und die wirtschaftliche Betätigungsfreiheit der Klinik durch möglicherweise unzutreffende rechtliche Hinweise an ihre Versicherungsnehmer, die das Risiko einer Kostenübernahme in der Regel nicht überblicken können, dann besteht ein **Rechtsschutzbedürfnis** für eine Unterlassungsverfügung.

Die Voraussetzungen eines umsatzsteuerrechtlichen Ausnahmefalls, wonach die Bf. trotz ihrer Rechtsform als reine Privatklinik **umsatzsteuerbefreit** ist, ist im einstweiligen Verfügungsverfahren mit den hier zu Gebote stehenden Beweismitteln nicht feststellbar. Daher ist einer **privaten Krankenversicherung zu untersagen** zu behaupten, die Bf. sei von der Verpflichtung zur Umsatzbesteuerung ihrer Leistungen befreit und fordere gleichwohl rechtsgrundlos Umsatzsteuer von ihren Patienten ein.

h) Fachkrankenschwester auf Intensivstation eines Krankenhauses versicherungspflichtig

SG Stuttgart, Urteil v. 19.04.2016 - S 18 R 5993/13

RID 17-02-372

juris

SGB VI § 1 S. 1 Nr. 1

Die **Erbringung von Pflegeleistungen** für einen anderen Vertragspartner als den Patienten, insb. die Tätigkeiten in pflegerischen oder medizinischen Einrichtungen (Krankenhäuser, Altenheimen, Pflegeeinrichtungen), erfolgt regelmäßig in einem **Beschäftigungsverhältnis**. Eine im Krankenhaus tätige Krankenschwester ist dort regelmäßig abhängig beschäftigt.

Es kann dahingestellt bleiben, ob für bestimmte Tätigkeiten, wie sie hier als **Fachkrankenschwester auf einer Intensivstation eines Krankenhauses** ausgeübt wurde, eine Gesamtabwägung überhaupt notwendig ist. Der rechtliche Rahmen für die Ausübung dieser Tätigkeit im deutschen Gesundheitssystem und die tatsächlichen Verhältnisse bei Ausübung der Tätigkeit lassen eine solche selbständige Tätigkeit wohl schon gar nicht zu. Denn im Rahmen der Gesamtabwägung aller Merkmale kommt die Kammer im Ergebnis dazu, dass es sich um eine abhängige Beschäftigung gehandelt hat.

6. Krankenkassen

a) Selektivvertrag zur Versorgung mit Zahnersatz aus China

OLG Düsseldorf, Urteil v. 13.07.2016 - VI-U (Kart) 1/16

RID 17-02-373

juris
SGB V §§ 73c, 140a

Eine **Dentalhandels**gesellschaft, die in China hergestellten Zahnersatz unmittelbar gegenüber Zahnärzten und Patienten anbietet, kann von einer **Management**gesellschaft, die mit mehreren Krankenkassen nach vorheriger öffentlicher Ausschreibung einen **Selektivvertrag** gemäß § 73c I, III 1 Nr. 3 SGB V (Fassung vom 07.08.2013, gültig bis 22.07.2015, nunmehr § 140a Abs. 1 SGB V) über zahnärztliche und zahntechnische Leistungen geschlossen hat, der die Qualität der Versorgung steigern und die Versorgung finanziell schlechter gestellter Versicherter mit **Zahnersatz aus China** ermöglichen soll, unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt die Zulassung als zahntechnisches Unternehmen im Rahmen des dent-net-Netzwerks verlangen, weshalb sie auch keine Auskunft über die Preise und Konditionen im dent-net-Netzwerk beanspruchen und ebenso wenig die Feststellung einer Schadensersatzpflicht der Bekl. begehren kann.

b) Kostenpflicht für Trageleistungen der Feuerwehr bei medizinischem Rettungseinsatz

VG Chemnitz, Urteil v. 01.03.2017 - 3 K 261/15

RID 17-02-374

juris
SGB V § 60

Erbringt die **Feuerwehr reine Trageleistungen** durch zusätzliches Personal, um eine übergewichtige Person aus der Kurzzeitpflege zur weiteren Behandlung in ein Krankenhaus zu bringen, so kann aufgrund gemeindlicher Satzung eine **Leistungspflicht der (gesetzlichen) Krankenkasse** entstehen. Für die Kostenerhebung dem Grunde nach ist § 69 III Nr. 3 Sächsisches Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz (SächsBRKG) für eine derartige freiwillige Leistung der Feuerwehr eine taugliche Rechtsgrundlage. Die gesetzliche Grundlage setzt eine bestehende Leistungspflicht - sei es eine Sachleistungs- oder Kostenerstattungspflicht - der Krankenkasse voraus.

7. Akteneinsicht einer Berufsgenossenschaft in Prozessakten

OLG Naumburg, Beschluss v. 20.04.2016 - 6 VA 1/16

RID 17-02-375

juris = UV-Recht Aktuell 2016, 717 = GesR 2017, 248
SGB X § 116; GG Art. 35; GVGE § 23 I, 28 III

Das rechtliche **Interesse einer Berufsgenossenschaft** an der **Akteneinsicht** ergibt sich bereits daraus, dass sie als gesetzlicher Unfallversicherer Leistungen erbracht hat und zu prüfen hat, ob aufgrund des wegen § 116 SGB X im Umfang der Leistungserbringung erfolgten gesetzlichen Übergangs eines möglichen Schadensersatzanspruchs bei dem Verein für berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung e.V. Schadensersatz erlangt werden kann. Der Ag. hat insoweit zu Recht angenommen, dass die bloße Glaubhaftmachung eines solchen Anspruchsübergangs ausreicht.

Zu Recht ist der Ag. davon ausgegangen, dass der Verstorbene mit der Akteneinsicht **mutmaßlich einverstanden** gewesen wäre, zumal der Verein für berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung e.V. bereits im noch vom Erblasser selbst geführten Rechtsstreit vor dem Sozialgericht mit dessen Zustimmung ärztliche Befunde an die Berufsgenossenschaft übermittelte, dieser als Empfänger von Leistungen aus der Gesetzlichen Unfallversicherung gemäß §§ 60 ff. SGB I zur Mitwirkung verpflichtet war und das Geheimhaltungsinteresse ohnehin dadurch verringert ist, dass die Berufsgenossenschaft bereits über einen nicht unerheblichen Teil der medizinischen Unterlagen verfügt.

8. Rettungsdienst

a) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Haftung der KV Thüringen für Notarzt im Rettungsdienst

BGH, Urteil v. 12.01.2017 - III ZR 312/16

RID 17-02-376

juris

BGB § 839 I 1; GG Art. 34 S. 1; RettDG Thüringen § 7 I 1

Leitsatz: 1. Der Notarzt im Rettungsdienst in Thüringen (Thüringer Rettungsdienstgesetz vom 16. Juli 2008, GVBl. 233) übt ein **öffentliches Amt** aus.

2. Für Fehler des Notarztes bei einem Rettungseinsatz haftet die **Kassenärztliche Vereinigung Thüringen**.

bb) Vergabe notärztlicher Dienstleistungen

BGH, Beschluss v. 31.01.2017 - X ZB 10/16

RID 17-02-377

juris

VgV § 60; VOB A § 16d; GWB §§ 71 I, 72, 165

Leitsatz: Notärztliche Dienstleistungen

1. Erscheint ein **Angebotspreis** aufgrund des signifikanten Abstands zum nächstgünstigen Gebot oder ähnlicher Anhaltspunkte, wie etwa der augenfälligen Abweichung von preislichen Erfahrungswerten aus anderen Beschaffungsvorgängen, **ungewöhnlich niedrig**, können die **Mitbewerber** verlangen, dass die Vergabestelle in die vorgesehene nähere Prüfung der Preisbildung eintritt.

2. Wird für bereits vorliegende oder von der Vergabestelle zur Aufklärung des Preises nachgeforderte Informationen **Schutz als Geschäftsgeheimnis** begehrt, entscheidet die Vergabekammer zunächst in einem Zwischenverfahren über deren Offenlegung. Für die Entscheidung, ob das Geheimhaltungs- oder das Offenlegungsinteresse überwiegt, ist eine Abwägung der beiderseitigen geschützten Interessen vorzunehmen.

3. Die Vergabekammer darf bei der Sachentscheidung Umstände berücksichtigen, deren **Offenlegung** sie mit **Rücksicht auf ein Geheimhaltungsinteresse** abgelehnt hat, das nach Abwägung aller Umstände das Interesse der Beteiligten auf rechtliches Gehör auch unter Beachtung des Rechts auf effektiven Rechtsschutz überwiegt.

b) Notarzt in Sachsen: Öffentliches Amt/Haftung

OLG Dresden, Urteil v. 14.02.2017 - 4 U 1256/16

RID 17-02-378

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - III ZR 69/17 -

juris

SGB V § 75; BGB § 839; Sachsen BRKG §§ 3, 5, 7, 25, 28, 31

Leitsatz: 1. Der **Notarzt in Sachsen** (Sächsisches Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz - SächsBRKG vom 24. Juni 2004 [SächsGVBl. S. 245]) übt ein **öffentliches Amt** aus.

2. Für Fehler des Notarztes bei einem Rettungsdiensteinsatz **haften** die Rettungszweckverbände und die Landkreise und kreisfreien Städte, die sich nicht zu einem Rettungszweckverband zusammengeschlossen haben.

c) Gebühren für Notfallrettungseinsätze der Berliner Feuerwehr

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 30.06.2016 - OVG 1 B 16.12

RID 17-02-379

juris

RettDG Berlin §§ 2 II, 5 I 1, 20 I; GG Art. 3 I

Die AOK Berlin kann - entgegen der Vorinstanz VG Berlin, Urt. v. 22.05.2012 - 21 K 102.12 - RID 12-03-320 - die der **Gebührenfestsetzung** des bekl. Rettungsdienstes zugrunde liegende Kalkulation im vorliegenden Abrechnungsstreit **überprüfen** lassen kann.

9. Ergotherapeutin: „Kletterberg“ kein voll beherrschbares Risiko

OLG Köln, Urteil v. 08.02.2017 - 5 U 17/16

RID 17-02-380

juris

BGB §§ 280, 278, 823 I, 831 I

Eine Pflichtverletzung einer **Ergotherapeutin** kann vorliegen, wenn ein „**Kletterberg**“ aus mehreren aufeinander geschichteten Sitzsäcken, auf dem die Patientin hinauf- und hinunterklettern soll, in einer die Patientin überfordernden und sie damit gefährdenden Weise aufgebaut und damit ein für sie ungeeignetes Therapiemittel ist. Der „Kletterberg“ stellt grundsätzlich ein geeignetes Therapiemittel für ein Kind mit motorischen Defiziten dar.

Die Patientin ist für die anspruchsbegründende Tatsache eines Behandlungsfehlers oder der Verletzung einer allgemeinen Verkehrssicherungspflicht **beweispflichtig**. Sie muss beweisen, dass der „Kletterberg“ in der von ihr behaupteten gefährlichen Weise aufgebaut war. Eine Beweislastumkehr nach den **Grundsätzen des voll beherrschbaren Risikos** kommt ihr nicht zugute.

10. Versorgung mit häuslicher Krankenpflege/Pflegeunternehmen

a) BGH: Keine Anwendung des Kartellrechts auf Verträge nach § 132a II SGB V

BGH, Urteil v. 24.01.2017 - KZR 63/14

RID 17-02-381

juris

SGB V §§ 69, 132a

§ 132a II SGB V begründet einen **Kontrahierungszwang** i.S.d. § 69 II 2 SGB V (Anschluss an BSG, Urt. v. 23.06.2016 - B 3 KR 26/15 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 132a Nr. 10, juris Rn. 53). Dass sich das BSG nur auf die Anwendbarkeit der §§ 19 ff. GWB bezieht, steht einer Übertragbarkeit auf § 1 GWB nicht entgegen.

b) Fristlose Kündigung eines Versorgungsvertrages wegen Abrechnungsbetrugs

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 03.01.2017 - L 15 P 47/16 B ER

RID 17-02-382

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG § 86b I 1 Nr. 2; SGB XI §§ 73, 74

Leitsatz: Zur fristlosen **Kündigung eines Versorgungsvertrages** wegen erheblicher **Pflichtverletzungen** (fehlerhafte Abrechnung von Leistungen).

SG Bremen, Beschl. v. 30.11.2016 - S 25 P 68/16 ER - lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage (S 25 P 57/16) ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

Parallelverfahren:

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 03.01.2017 - L 15 P 49/16 B ER

RID 17-02-383

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 03.01.2017 - L 15 P 48/16 B ER

RID 17-02-384

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

11. Heilpraktiker

a) Heilpraktikererlaubnis

aa) Kryolipolyse (Fettvereisung lokaler Fettpölsterchen)/Einstweiliger Rechtsschutz

VG Augsburg, Beschluss v. 09.01.2017 - Au 2 S 16.1501

RID 17-02-385

juris

VwGO § 80 V; HeilprG §§ 1, 5

In Bezug auf die **Kryolipolyse** (Fettvereisung lokaler Fettpölsterchen) ist im Verfahren zur Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes nach § 80 V VwGO nicht hinreichend aufklärbar und daher offen, ob es sich dabei um die **Ausübung der Heilkunde** handelt. Die damit letztlich vorzunehmende

reine **Interessenabwägung** fällt zu Ungunsten des Aussetzungsinteresses der Ast. aus, da bei der Anwendung des Geräts „Lipo-Z“ zur Durchführung der Kryolipolyse-Behandlung gesundheitliche Beeinträchtigungen nicht unerheblicher Art der Kunden nicht ausgeschlossen werden können (z.B. Nekrosen).

bb) Beschränkung auf Ergotherapie: Eingeschränkte Überprüfung

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 23.03.2017 - 9 S 1034/15

RID 17-02-386

juris

HeilprG §§ 1, 5; GG Art. 12 I

Leitsatz: Die Heilpraktikererlaubnis kann auf die Ausübung der **Ergotherapie** beschränkt werden. Ein ausgebildeter Ergotherapeut muss sich zur Erlangung einer solchen Erlaubnis einer **eingeschränkten Überprüfung** seiner Kenntnisse und Fähigkeiten unterziehen (in Anknüpfung an BVerwG, Urt. v. 26.08.2009 - 3 C 19.08 -, BVerwGE 134, 345).

cc) Beschränkung auf Ergotherapie

VG Oldenburg, Urteil v. 31.01.2017 - 7 A 3879/16

RID 17-02-387

www.sozialgerichtsbarkeit.de/juris

HeilprG § 1; SGB V § 124 I

Leitsatz: Die **Heilpraktikererlaubnis** kann auf die Ausübung der **Ergotherapie** beschränkt werden.

dd) Beschränkung auf Logopädie: Eingeschränkte Überprüfung

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 23.03.2017 - 9 S 1899/16

RID 17-02-388

juris

HeilprG §§ 1, 5; GG Art. 12 I

Leitsatz: Die **Heilpraktikererlaubnis** kann auf die Ausübung der **Logopädie** beschränkt werden. Ein ausgebildeter Logopäde muss sich zur Erlangung einer solchen Erlaubnis einer eingeschränkten Überprüfung seiner Kenntnisse und Fähigkeiten unterziehen (in Anknüpfung an BVerwG, Urt. v. 26.08.2009 - 3 C 19.08 -, BVerwGE 134, 345).

b) „Heilpraktiker für Psychotherapie“

OLG Düsseldorf, Urteil v. 22.12.2016 - 15 U 39/16

RID 17-02-389

juris = WRP 2017, 331

UWG § 5 I 2 Nr. 3

Die Bezeichnung „**Heilpraktiker für Psychotherapie**“ ist **unklar**, weil sie offen lässt, ob der Bekl. nur eingeschränkt für das Gebiet der Psychotherapie als Heilpraktiker zugelassen ist oder ob er über die normale Zulassung als Heilpraktiker hinaus über eine entsprechende Zusatzqualifikation verfügt. Gleichwohl ist diese Bezeichnung **objektiv richtig**, weil sie von der dem Bekl. erteilten **Erlaubnis** („**Heilpraktiker <Psychotherapie>**“) gedeckt ist. Sie weist insb. nicht eher auf eine Zusatzqualifikation hin als die vorgegebene Bezeichnung.

12. Geistheiler als Unternehmer kraft Gesetzes unfallversichert

LSG Bayern, Urteil v. 30.11.2016 - L 2 U 106/14

RID 17-02-390

Revision anhängig: B 2 U 9/17 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB VII § 2 I Nr. 9

Leitsatz: 1. **Selbstständige Geistheiler** sind im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 9 SGB VII im Gesundheitswesen tätig und deshalb kraft Gesetzes in der **gesetzlichen Unfallversicherung** versichert.

2. Für die Klage eines Unternehmers gegen einen Bescheid, mit dem die persönliche Versicherungspflicht des Unternehmers in der gesetzlichen Versicherung festgestellt wird, sowie

gegen Beitragsbescheide in der gesetzlichen Unfallversicherung, die ausschließlich Beiträge für den Unternehmer selbst und nicht für dessen Beschäftigte festsetzen, ist das **Verfahren gerichtskostenfrei** nach § 183 Satz 1 SGG.

Die 1942 geb. Kl. bezieht seit Juli 2002 Altersrente und betreibt seitdem selbstständig eine Praxis für „energetische Körperarbeit“. Schwerpunkte der von ihr angebotenen energetischen Körperarbeit sind die Reconnective Therapy nach Herwig Schön, die russischen Heilweisen nach Gregori Grabovoi und Arkady Petrov, das Total Touch Pulsing nach Bianca Telle, Qi Gong sowie die Fernsitzung bzw. Geistesheilung. Ihre Klage gegen die Feststellung der Unternehmerversicherung und die Beiträge zur Unternehmerversicherung für die Jahre 2008 bis 2011 und gegen den Beitragsbescheid zur Unternehmerversicherung für das Jahr 2012 blieb in beiden Instanzen erfolglos..

13. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche

a) Zulassung von Contergan erst nach der Geburt

VG Köln, Urteil v. 17.02.2017 - 7 K 5247/14

RID 17-02-391

juris

ContStifG §§ 12 I, 134

Es ist nicht nachzuvollziehen, wie Contergan bereits am 14.02.1957 der Mutter des Kl. verschrieben worden sein soll. Erst am 01.10.1957 - also **nach der Geburt** des Kl. - wurde die Substanz Thalidomid in Deutschland unter dem Namen Contergan® **zugelassen**. Und in **Brasilien** war Sedalis® erst 1958 verfügbar.

b) Einnahme von thalidomidhaltigen Tabletten in Schweden

VG Köln, Urteil v. 21.02.2017 - 7 K 969/12

RID 17-02-392

juris

ContStiftG § 12 I

Die Einnahme von thalidomidhaltigen Tabletten der Firma Grünenthal in der sensiblen Frühphase der Schwangerschaft (34. - 50. Tag), die im vorliegenden Fall zwischen **Ende Januar und Mitte Februar 1957** liegt, erscheint möglich. Zwar gab es zu diesem Zeitpunkt keinen offiziellen Vertrieb von thalidomidhaltigen Arzneimitteln in **Schweden**. Das thalidomidhaltige Arzneimittel „Neurosedyn“ der Firma Astra wurde erst ab dem 06.02.1959 in Schweden vertrieben. Auch in Deutschland wurden die Arzneimittel „Contergan“ und „Contergan forte“ der Firma Grünenthal erst ab dem 01.10.1957 landesweit in den Verkehr gebracht. Jedoch waren von der Firma Grünenthal hergestellte Tabletten und Kapseln mit dem Wirkstoff für deutsche Ärzte und Apotheker seit dem Jahr 1955 als Prüfmuster unter der Bezeichnung „K17“ zugänglich.

Ist danach eine Thalidomideinnahme während der Schwangerschaft möglich, ohne dass sich nach so langer Zeit die Einnahme gerade während des thalidomidsensiblen Zeitraums sicher feststellen lässt, führt eine **Gesamtbetrachtung** unter Einbeziehung des Erscheinungsbildes der Fehlbildungen zu der Annahme, dass die **Fehlbildungen der Kl.** zumindest mit Wahrscheinlichkeit mit einer Thalidomideinnahme durch die Mutter **zusammenhängen**.

14. Sozialrecht/Opferentschädigungsrecht/Impfschadensrecht/Blindengeld

a) Sozialrecht

aa) Hörgeräteversorgung: Erstangegangene Krankenkasse bleibt zuständig

SG Karlsruhe, Urteil v. 26.09.2016 - S 5 R 771/16

RID 17-02-393

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I 1, 12 II, 13 III 1, 33 I 1, 127; SGB IX § 14; SGG § 194 S. 2

Leitsatz: Sofern ein Versicherter bei seiner **Krankenkasse** die Versorgung mit **Hörgeräten** beantragt und die Kasse daraufhin nur einen **Festbetrag** bewilligt, wegen der weitergehenden Kosten des Hilfsmittels den Antrag hingegen an einen anderen **Reha-Träger weiterleitet**, so widerspricht diese bloß teilweise Weiterleitung der gesetzlichen Konzeption des § 14 SGB IX. Zuständiger

Rehabilitationsträger bleibt daher die erstangegangene Krankenkasse, auch für die Kosten, die über den Festbetrag hinausgehen.

bb) Hörhilfe: Festbetrag durch gesetzliche Krankenversicherung und Rentenversicherung

SG Hannover, Urteil v. 22.02.2017 - S 14 R 275/15

RID 17-02-394

juris

SGB V §§ 2, 33; SGB VI §§ 13, 15; SGB I § 40; SGB IX §§ 4, 5, 9, 15, 17, 26

Leitsatz: 1. Die Versorgung mit **digitalen Hörhilfen** unter Inanspruchnahme des **Festbetrages** der **gesetzlichen Krankenversicherung** schließt in der Regel Rehabilitationsansprüche gegen den Rentenversicherungsträger aus.

2. Eine **Weiterleitung von Leistungsanträgen** nach Gewährung des Festbetrages durch den Träger der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 14 SGB IX an den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung findet keine gesetzliche Grundlage.

3. **Rehabilitationsansprüche** von Versicherten der gesetzlichen **Rentenversicherung** sind gemäß § 13 SGB VI als Ermessensleistung ausgestaltet. Mit der Erbringung des Festbetrages der gesetzlichen Krankenversicherung ist keine zukunfts offene, mit prognoseähnlichen Elementen vermischte und die Umstände des Einzelfalls abwägende Entscheidung des Rentenversicherungsträgers mehr möglich. Ein Ermessensanspruch kann demgemäß gemäß § 30 Abs. 2 SGB I nicht mehr entstehen.

cc) Fehlende Glaubhaftmachung für medizinischen Mehrbedarf (Wunschmedizin)

LSG Bayern, Beschluss v. 09.03.2017 - L 7 AS 167/17 B ER

RID 17-02-395

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 21 SGB II

Leitsatz: Wunschmedizin stellt keinen unabweisbaren Mehrbedarf dar.

dd) Laktoseintoleranz: Kein Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 24.01.2017 - L 9 AS 2069/15

RID 17-02-396

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB II § 21 V

Leitsatz: Eine **Laktoseintoleranz** begründet keinen Mehrbedarf wegen **kostenaufwändiger Ernährung** nach § 21 Abs. 5 SGB II.

ee) Zumutbarer Wechsel in Basistarif

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.02.2017 - L 7 SO 4844/16

RID 17-02-397

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 8 SO 20/17 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 75 IIIa; SGB XII §§ 19, 32, 41, 42; VAG § 151 I 1

Leitsatz: 1. Angemessen i.S.d. § 32 Abs. 5 Sätze 1 und 4 SGB XII sind grundsätzlich nur **Beiträge** für eine substitutive Krankenversicherung im sog. **Basistarif**.

2. Zur **Zumutbarkeit eines Wechsels** in den Basistarif (vorliegend bejaht). Dabei ist u.a. zu berücksichtigen, dass nach § 75 Abs. 3a SGB V die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen auch die ärztliche Versorgung der im brancheneinheitlichen Basistarif Versicherten mit den in diesem Tarif versicherten ärztlichen **Leistungen**, die denen der **gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen**, sicherzustellen haben.

ff) Eingliederungshilfe: Dyskalkulietherapie/Anforderungen an Festst. der Teilhabeminderung

OVG Thüringen, Urteil v. 19.01.2017 - 3 KO 656/16

RID 17-02-398

juris

SGB VIII §§ 35a I, 36a III

Leitsatz: 1. Bei einer Entwicklungsstörung der **Dyskalkulie** oder **Legasthenie** kann von einer **seelischen Störung** im Sinne des § 35a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VIII erst ausgegangen werden, wenn zusätzlich wenigstens eine weitere **Sekundärfolge** nach der ICD-10 Klassifikation eingetreten ist.

2. Der Nachweis einer **Teilhabebeeinträchtigung** nach § 35a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VIII durch einen medizinischen Sachverständigen erfordert eine Betrachtung der Auswirkungen der seelischen **Störung auf verschiedene Lebensbereiche** und folgert nicht bereits aus der Feststellung der gesundheitlichen Störung.

3. Hinsichtlich des hierbei anzuwendenden Prüfungsmaßstabes, ob eine **Teilhabebeeinträchtigung** bereits eingetreten ist oder droht, bedarf es einer nach Breite, Tiefe und Dauer intensiven seelischen Störung, die die Fähigkeit des Betroffenen zur Eingliederung in die Gesellschaft beeinträchtigt.

gg) Assistenz eines erkrankten Kindes unterfällt Eingliederungshilfe

SG Fulda, Beschluss v. 25.01.2017 - S 7 SO 78/16 ER

RID 17-02-399

juris

SGB V § 37; SGB XII §§ 53, 54

Leitsatz: Benötigt ein an **Diabetes mellitus Typ 1** erkranktes **Kind**, welches mit einer Insulinpumpe behandelt wird, zwecks Sicherstellung des Schulbesuchs im Schulalltag Unterstützung, Anleitung und Beobachtung, die darauf ausgerichtet ist, das Kind zu befähigen, künftig eigenständig auf Schwankungen seiner Blutzuckerwerte angemessen zu reagieren, unterfallen die Kosten für eine erforderliche **persönliche Assistenz** des Kindes während des **Besuchs einer Grundschule** den Leistungen der **Eingliederungshilfe** für behinderte Menschen nach dem Sechsten Kapitel des SGB XII und nicht den Leistungen der **Behandlungspflege** nach § 37 SGB V.

b) Opferentschädigungsrecht: Stellen einer falschen Diagnose kein tätlicher Angriff

SG Stuttgart, Urteil v. 22.09.2015 - S 26 VG 1464/15

RID 17-02-400

juris

OEG § 1 I 1; StGB §§ 32, 113 I

Das **Stellen einer falschen Diagnose** stellt keinen **tätlichen Angriff** im Sinne von § 1 OEG dar, jedenfalls wenn es keinen Anhaltspunkt dafür gibt, dass die Ärzte hier aus der Sicht eines objektiven Dritten sich nicht von ihrem Heilauftrag haben leiten lassen.

c) Impfschadensrecht

aa) Masern/Mumps/Röteln mit Priorix: Fehlender Nachweis des Kausalzusammenhangs

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 12.05.2016 - L 4 VJ 1/14

RID 17-02-401

juris

IfSG §§ 2 Nr. 11, 60 I 1, 61 S. 2

Ein **schwerer organischer Hirnschaden** ist im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung nicht nachgewiesen, wenn eine Hirnentwicklungsstörung und ein schwerer dauerhafter Hirnschaden mit Folgeschäden wie Sprachstörung, Intelligenzminderung, Verhaltensstörung, motorischen Defiziten und Aufmerksamkeitsstörung mit dem **zeitnahen Befund nach der Impfung** nicht in Einklang zu bringen sind.

BSG, Beschl. v. 29.11.2016 - B 9 V 45/16 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. als unzulässig.

bb) Kein Primärschaden: Folge e. Frühgeb.enzephalopathie (6-fach- u. Pneumokokkenimpfung)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 01.07.2016 - L 13 VJ 19/15

RID 17-02-402

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
IfSG §§ 2 Nr. 11, 60 I 1 Nr. 1

Unbeschadet des Fehlens eines **Primärschadens** kann die derzeitige Erkrankung auch deshalb nicht auf die Impfungen zurückgeführt werden, weil - nunmehr erstmalig - das aktuelle Leiden als Restschadenssyndrom einschl. frühkindlicher Epilepsie als Folge einer **Frühgeborenenencephalopathie** diagnostiziert werden konnte, die auf Vorgänge während der Schwangerschaft und nicht auf Impfungen zurückgeht.

BSG, Beschl. v. 15.12.2016 - B 9 V 64/16 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde des Kl. als unzulässig.

cc) Leiden an einer Hirnentwicklungsstörung bereits vor Impfung

LSG Hessen, Urteil v. 22.09.2016 - L 1 VE 34/14

RID 17-02-403

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
IfSG §§ 60 I 1, 61

Eine Impfung mit dem **Sechsfach-Impfstoff** Infanrix hexa gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae und Hepatitis B sowie mit Prevanar gegen Pneumokokken ist nicht ursächlich für einen Schaden, wenn das Leiden an einer **Hirnentwicklungsstörung** bereits **vor den angeschuldigten Impfungen** bestanden hat, welche die wesentliche Ursache für das bei der Kl. vorliegende West-Syndrom ist.

BSG, Beschl. v. 09.02.2017 - B 9 V 93/16 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde d. Kl. als unzulässig.

d) Osteoporose als Folge einer chronischen Hepatitis C nach Anti-D-Immunprophylaxe

LSG Sachsen, Urteil v. 16.02.2017 - L 9 VE 25/13

RID 17-02-404

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
AntiDHG §§ 1 I, 3 II, IV; BVG § 30 I

Leitsatz: Osteoporose kann als Schädigungsfolge einer chronischen Hepatitis nach **Anti-D-Immunprophylaxe** anerkannt werden, wenn im Einzelfall überwiegende Faktoren für einen hinreichenden Zusammenhang sprechen.

Auch wenn eine chronische Hepatitis-Erkrankung nicht als Risikofaktor für eine Erkrankung an Osteoporose mit in der S3 Leitlinie 2013 zu Osteoporose aufgenommen ist, kann jedenfalls im **Einzelfall** die Erkrankung an Osteoporose als Folge einer Hepatitis-C-Erkrankung gleichwohl als Schädigungsfolge anerkannt werden.

Die fehlende Aufnahme der chronischen Hepatitis-C-Erkrankung als Risikofaktor in der **S3 Leitlinie der DOV** von 2013 schließt die Anerkennung der Osteoporose als Schädigungsfolge nicht generell aus.

e) HIV-Hilfegesetz: Aufhebung eines Bewilligungsbescheids

VG Köln, Urteil v. 21.03.2017 - 7 K 3771/15

RID 17-02-405

juris
VwVfG § 48; HIV-Hilfegesetz § 15

Ein Anspruch nach § 15 IV HIV-Hilfegesetz scheidet aus, wenn aufgrund eines Urteils feststeht, dass die verwendete **Blutkonserve** von einem Spender stammte, dessen Blut vor der Spende und auch in den Jahren danach als HIV-negativ getestet worden ist. Damit scheidet dieses Blutprodukt als ursächlicher Faktor auch bei einem geringen Wahrscheinlichkeitsmaßstab aus. Ab dem Erlass des Urteils entfällt Vertrauensschutz für einen zuvor ergangenen Bewilligungsbescheid.

15. Kosten für kieferorthopädische Behandlung des minderjährigen Kindes

KG Berlin, Beschluss v. 31.01.2017 - 13 UF 125/16

RID 17-02-406

juris

BGB §§ 1610 II, 1613 II Nr. 1

Leitsatz: 1. Die Kosten für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung des minderjährigen Kindes stellen - soweit hierfür nicht die Krankenkasse aufkommt - einen unterhaltsrechtlichen Sonderbedarf dar, für den beide Elternteile quotal, entsprechend dem Verhältnis ihrer Einkünfte einzustehen haben.

2. Auch bei der Verpflichtung des Unterhaltsschuldners zur Zahlung eines unterhaltsrechtlichen Sonderbedarfs bestimmt sich seine Leistungsfähigkeit nicht allein nach den tatsächlich vorhandenen Einkünften, sondern darüber hinaus auch durch seine Arbeitsfähigkeiten und Erwerbsmöglichkeiten, so dass eine Zurechnung fiktiver Einkünfte in Betracht kommt, wenn der Unterhaltspflichtige eine ihm nach den Umständen des Einzelfalls zumutbare Erwerbstätigkeit nicht wahrnimmt, obwohl er dies könnte.

3. Eine erhaltene Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes ist unter Berücksichtigung der Differenz zwischen früheren und jetzigen Einkommen auf ein Jahr umzulegen.

16. Steuerrecht

a) Einkommensteuerrecht

aa) BFH: Steuerliche Berücksichtigung von Zuzahlungen für Bereitschaftsdienstzeiten

BFH, Urteil v. 29.11.2016 - VI R 61/14

RID 17-02-407

juris = BFHE

EStG §§ 3b, 41a I

Leitsatz: Werden Bereitschaftsdienste pauschal zusätzlich zum Grundlohn ohne Rücksicht darauf vergütet, ob die Tätigkeit an einem Samstag oder einem Sonntag erbracht wird, handelt es sich nicht um steuerfreie Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- oder Nachtarbeit i.S. des § 3b Abs. 1 EStG.

bb) Außergewöhnliche Belastungen: Seminare zum Umgang mit frühtraumatisierten Kindern

FG Münster, Urteil v. 27.01.2017 - 4 K 3471/15 E

RID 17-02-408

juris

EStG § 33

Kosten für die Teilnahme an medizinischen Seminaren zum Umgang mit frühtraumatisierten Kindern bei den Pflegeeltern sind als außergewöhnliche Belastungen abzugsfähig.

b) BFH: Umsatzbesteuerung eines von Belegärzten geprägten Krankenhauses

BFH, Beschluss v. 15.12.2016 - V B 102/16

RID 17-02-409

juris

UStG § 4 Nr. 16 Buchst. b; FGO §§ 115, 116

Leitsatz (nicht amtlich veröffentlicht) 1. NV: Es ist jedenfalls nicht grob rechtsfehlerhaft, wenn die zu einem reinen Belegkrankenhaus entwickelten Grundsätze des Senatsurteils vom 25. November 1993 V R 64/89 (BFHE 173, 242, BStBl II 1994, 212) auf ein Krankenhaus übertragen werden, dessen ärztliche Leistungen von Belegärzten geprägt werden (Rn.6).

2. NV: Die Darlegungs- und Beweislast für das Vorliegen der tatbestandlichen Voraussetzungen einer Steuerbefreiung oder einer steuerlichen Begünstigung obliegt grundsätzlich dem Steuerpflichtigen, der sich darauf beruft.

3. NV: Eine Verkennung der Grundsätze der Feststellungslast ist revisionsrechtlich dem materiellen Recht zuzuordnen und deshalb der Prüfung des BFH im Rahmen einer Verfahrensrüge entzogen.

c) BFH: Gewerbesteuerpflicht eines Dialysezentrums

BFH, Urteil v. 25.01.2017 - I R 74/14

RID 17-02-410

juris = BFHE

AO § 67; BpflV § 2 I; GewStG § 3 Nr. 20 Buchst. b, d u. e

Leitsatz: Ein **Dialysezentrum**, in welchem die Dialysepatienten ambulant behandelt werden, ist weder ein **Krankenhaus** i.S. des § 3 Nr. 20 Buchst. b GewStG a.F. noch eine Einrichtung zur vorübergehenden Aufnahme **pflegebedürftiger Personen** noch eine Einrichtung zur ambulanten Pflege kranker und pflegebedürftiger Personen i.S. des § 3 Nr. 20 Buchst. d GewStG a.F.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 03.05.2017. 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 übertorsorgten 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 -	
Bildung einer individuellen Obergrenze für Wachstumsärzte in BAG	B 6 KA 2/17 R	Zur Rechtmäßigkeit einer Regelung im Honorarverteilungsvertrag einer Kassenärztlichen Vereinigung über die Bildung einer individuellen Obergrenze für Wachstumsärzte und für Berufsausübungsgemeinschaften, an denen Wachstumsärzte beteiligt sind.	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 15.11.2016 - L 4 KA 27/14 -	17-02-5
Wachstumsmöglichkeiten unterdurchschnittlich abrechnender Praxen/RLV und Honorar: Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren	B 6 KA 7/17 R B 6 KA 3/17 R B 6 KA 4/17 R B 6 KA 5/17 R B 6 KA 6/17 R B 6 KA 8/17 R B 6 KA 9/17 R B 6 KA 10/17 R B 6 KA 11/17 R B 6 KA 12/17 R B 6 KA 13/17 R B 6 KA 14/17 R B 6 KA 18/17 R B 6 KA 19/17 R B 6 KA 20/17 R B 6 KA 21/17 R B 6 KA 22/17 R	Zu den Anforderungen an die Wachstumsmöglichkeiten unterdurchschnittlich abrechnender Praxen in einem übertorsorgtem Zulassungsbezirk unter Geltung von RLV. Hat eine Kassenärztliche Vereinigung im Verfahren gegen die Zuweisung des Regelleistungsvolumens und den jeweiligen Honorarbescheid über vom Vertragsarzt vorgebrachte Praxisbesonderheiten und Härtefallgesichtspunkte zu entscheiden oder hat die Entscheidung in einem gesonderten Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren zu erfolgen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 08.11.2016 - L 4 KA 44/14 - u.a.	17-02-6
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
Kooperationszuschlag (HVV KV Brandenburg I u. II/10)	B 6 KA 17/17 R	Schließt die Anwendung einer "Jungarztregelung" die Gewährung eines Kooperationszuschlags aus?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 18.03.2016 - L 24 KA 22/15 -	16-03-10 NZB
Erhöhung des Regelleistungsvolumens für fachgleiche BAG (IV/09 u. I/10)	B 6 KA 15/17 R	Ist bei der Berechnung des Zuschlags von 10% (hier für die Quartale IV/2009 und I/2010) zum Regelleistungsvolumen (RLV) für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) auch ein BAG-Mitglied zu berücksichtigen, das in dem für die Berechnung des RLV maßgebenden Vorjahresquartal noch als Einzelarzt tätig war?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 13.04.2016 - L 3 KA 51/13 -	16-03-5 NZB
Reduzierung des Versorgungsauftrags: Halbierung	B 6 KA 28/17 R	Ist das bereits auf der Grundlage weit unterdurchschnittlicher Fallzahlen ermittelte Regelleistungsvolumen eines Vertragsarztes zu halbieren, wenn er seinen	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 26.10.2016	17-02-1 NZB

der RLV-relevanten Fallzahlen		Versorgungsauftrag wegen des geringen Umfangs seiner vertragsärztlichen Tätigkeit auf die Hälfte beschränkt?	- L 5 KA 4823/15 -	
Regelleistungsvolumen und ambulante Operationen	B 6 KA 41/16 R	Hat ein Facharzt für Urologie einen Anspruch darauf, dass ambulante Operationen (hier: im Bereich der Harnröhren- und Blasenspiegelung) außerhalb des Regelleistungsvolumens zu den vollen Gebührenwerten ohne Quotierung vergütet werden?	LSG Hamburg , Beschl. v. 30.09.2016 - L 5 KA 14/15 -	17-01-17
HVV Niedersachsen: Einteilung in Untergruppen und Anpassung des Regelleistungsvolumens	B 6 KA 30/17 R	Ist die Spezialisierung eines Vertragsarztes bei der Entscheidung über die Gewährung einer außerbudgetären Vergütung aus Sicherstellungsgründen bereits ab dem Zeitpunkt der Spezialisierung zu berücksichtigen, oder erst ab dem Zeitpunkt, in dem Umfang und Dauerhaftigkeit der Spezialisierung rückblickend unter Berücksichtigung der vorliegenden Abrechnungen des Arztes (nicht vor Ablauf von vier Quartalen) festgestellt werden können?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 13.04.2016 - L 3 KA 2/13 -	16-03-8 NZB
Quotierung von Laboratoriumsuntersuchungen (Quartale I u. II/13)	B 6 KA 26/17 R	Ist die Quotierung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM-Ä in den Quartalen I und II/2013 rechtmäßig?	SG Mainz , Urt. v. 01.02.2017 - S 8 KA 174/16 -	17-02-2
Budgetierung der Vorwegleistungen (KV Hessen: Anpassungsindex 100/Sicherstellungsindex 90)	B 6 KA 4/16 R Termin: 30.11.2016	Ist nach dem Regelungszweck der Vergütungssteuerung gemäß § 87b Abs 4 S 2 SGB 5 in der Fassung vom 26.3.2007 ein konkreter Nachweis der Mengenausweitung im Bereich der jeweils quotierten Leistungen erforderlich?	LSG Hessen , Urt. v. 18.11.2015 - L 4 KA 27/12 -	16-01-8
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)?	LSG Hessen , Urt. v. 18.12.2015 - L 4 KA 2/12 -	16-01-12
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).	SG Kiel , Urt. v. 09.02.2016 - S 2 KA 341/12 -	16-02-5
Psychotherapeutenvergütung 2007/2008	B 6 KA 36/16 R B 6 KA 29/17 R	Zur Rechtmäßigkeit der Vorgaben im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 31.8.2011 zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten in den Jahren 2007 und 2008.	SG Düsseldorf , Urt. v. 17.08.2016 - S 2 KA 195/12 - LSG Bayern , Urt. v. 01.06.2016 - L 12 KA 150/14 -	16-04-8 NZB
Psychotherapeutische BAG: Verrechnung von zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen	B 6 KA 6/16 R Termin: 25.01.2017	Verstoßen die Ziffer 4.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 28.8.2008 und ein darauf basierender Honorarvertrag einer Kassenärztlichen Vereinigung insoweit gegen höherrangiges Recht, als den Vertragspsychotherapeuten sowie den anderen in Ziffer 4.1 des Beschlusses bzw Vertrages aufgeführten Vertragsärzten aufgrund der Arztbezogenheit der Begrenzungsmaßnahme nicht das Recht zugestanden wird, bei Bestehen einer Praxisgemeinschaft ihre individuellen Kapazitätsgrenzen miteinander zu verrechnen und so nicht ausgeschöpfte Kapazitäten des oder der Praxispartner zu nutzen?	LSG Hessen , Urt. v. 27.01.2016 - L 4 KA 14/14 -	16-02-6
Notdienstvergütung: Zulässigkeit strukturvertraglicher Regelungen zur Benachteiligung von Krankenhäusern	B 6 KA 12/16 R	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?	LSG Bayern , Urt. v. 16.12.2015 - L 12 KA 209/14 -	16-03-11
Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen: Reichweite	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	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 26.10.2016	17-02-26

der Vereinbarung		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?	- L 5 KA 268/15 -	
Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	B 6 KA 23/17 R	Kann eine Schiedsstelle eine zusätzliche Pauschale gemäß § 120 Abs 1a SGB 5 für eine pädiatrische Spezialambulanz für zurückliegende Jahre festsetzen, wenn der Krankenhausträger die Pauschale erst nach Ende des jeweiligen Jahres geltend gemacht hat?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 02.02.2017 - L 5 KA 27/16 KL -	17-02-70

Arzt-/Psychotherapeutenregister

Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht

Keine ausgelagerten Praxisräume bei Nutzung durch verschiedene Ärzte	B 6 KA 24/17 R	Wird ein Vertragsarzt in ausgelagerten Praxisräumen iS des § 24 Abs 5 Ärzte-ZV tätig, wenn er gegen Entgelt Räume und Laboreinrichtungen einer Betreibergesellschaft nutzt, die diese Räume und Einrichtungen auch anderen Nutzern zur Verfügung stellt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 28.09.2016 - L 11 KA 35/15 -	17-02-44
Bindung des Versorgungsauftrags nach § 3 III a) Anl. 9.1 zum BMV-Ä an Dialysepraxis	B 6 KA 13/16 R Termin: 15.03.2017	Hat ein Vertragsarzt, der aus der bisherigen Gemeinschaftspraxis (jetzt Berufsausübungsgemeinschaft) ausscheidet, einen Anspruch auf Mitnahme des erteilten Auftrags zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten?	<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 -	16-04-27 16-04-28 NZB
Klagebefugnis bei Verlängerung einer Zweigpraxisgenehmigung eines konkurrierenden Nephrologen	B 6 KA 22/16 R Termin: 15.03.2017	Ist eine Dialysepraxis berechtigt eine Entscheidung anzufechten, mit der einer konkurrierenden Praxis die befristete Verlängerung einer Zweigpraxisgenehmigung um weitere 10 Jahre nach der Übergangsregelung des Abs 3 S 3 Anh 9.1.5 Anl 9.1 BMV-Ä erteilt worden ist, wenn sich die genehmigte 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
Nebeneinanderabrechnung der Nr. 33076 und Nr. 33072 EBM	B 6 KA 16/17 R	Darf die Gebührenordnungsposition (GOP) 33076 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) neben der GOP 33072 EBM-Ä abgerechnet werden oder schließt Ziffer I 2.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ä dies aus?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 16.03.2016 - L 5 KA 3799/13 -	16-02-23 NZB
Zahnärztliche Versorgung: Verwendung von Festzuschüssen für implantologische Vorleistungen?	B 6 KA 9/16 R Termin: 10.05.2017	Ist es mit den gesetzlichen Vorgaben vereinbar, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss durch die Zahnersatz-Richtlinie (juris: ZERSRL) und die Festzuschuss-Richtlinie (juris: FZRL) einen zahnmedizinischen Befund zwar der Regelversorgung zuordnet, für diese Regelversorgung aber keinen eigenen Festzuschuss vorsieht, sondern den für eine andere Regelversorgung vorgesehenen Festzuschuss heranzieht (hier: Erstversorgung mit Suprakonstruktionen gemäß ZERSRL vom 8.12.2004 und FZRL vom 3.11.2004)?	LSG Sachsen , Urt. v. 09.12.2015 - L 8 KA 6/11 -	16-02-26

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Beschränkung auf die Gruppe der Familienversicherten und 20 %-Quote	B 6 KA 17/16 R	Darf ein Arzneimittelregress allein anhand der Verordnungswerte der Versichertengruppe "Familienangehörige" festgesetzt werden, wenn die Fallzahl dieser Gruppe 20 % der durchschnittlichen Gesamtfallzahl der Fachgruppe unterschreitet?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 17.09.2015 - L 5 KA 29/13 -	16-03-44 NZB
Prüfung von Einzelleistungen: Begründung unterschiedlicher Restüberschreitungen	B 6 KA 29/15 R Termin: 30.11.2016	Bedarf es im Rahmen einer Einzelleistungskürzung einer näheren Begründung im Bescheid, wenn die 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
Keine Zuständigkeit der Prüfungsgremien für Verordnung von Impfstoffen	B 6 KA 7/16 R Termin: 25.01.2017	Unterliegt die Verordnung von Impfstoffen nach dem 1.4.2007 noch der gemeinsamen Prüfungszuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen gemäß § 106 Abs 1 SGB 5?	LSG Bayern , Urt. v. 16.12.2015 - L 12 KA 160/14 -	16-02-34
Schadensregress der Krankenkasse gegen Zahnärztin nur bei Unzumutbarkeit	B 6 KA 15/16 R Termin: 10.05.2017	Ist der Regressanspruch einer Krankenkasse gegenüber einem Zahnarzt wegen Mängeln in der prothetischen Versorgung in Fällen, in denen eine Nachbesserung nicht möglich ist, davon abhängig, dass dem Versicherten die Neuanfertigung durch den bisher behandelnden Zahnarzt nicht zumutbar ist?	LSG Bayern , Urt. v. 17.06.2015 - L 12 KA 5044/13 -	15-03-47 NZB

Zulassung und Ermächtigung

Zulassung (eines MVZ): Aktuelle Rechtslage maßgebend	B 6 KA 31/16 R	Ist für den Anspruch auf Zulassung auf die Rechtslage zum Zeitpunkt der Antragstellung abzustellen?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 24.02.2016 - L 5 KA 4567/14 -	16-03-56 NZB
--	----------------	---	--	-----------------

MVZ Gründer eines anderen MVZ	B 6 KA 1/17 R	Kann ein Medizinisches Versorgungszentrum ein weiteres Medizinisches Versorgungszentrum gründen?	<i>LSG Hessen</i> , Ur. v. 30.11.2016 - L 4 KA 20/14 -	17-01-52
Ermittlung eines Sonderbedarfs für Verhaltenstherapie in Berlin	B 6 KA 28/16 R	Haben die Zulassungsgremien bei einem Antrag auf Sonderbedarfszulassung im Bereich der vertragspsychotherapeutischen Versorgung (hier: Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie) die konkrete Versorgungssituation zu ermitteln oder genügt es, wenn auf einen unstreitig hohen Versorgungsgrad in diesem Bereich verwiesen wird?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Ur. v. 27.04.2016 - L 7 KA 48/14 -	16-04-46
Sitzverlegung	B 6 KA 31/15 R Termin: 03.08.2016	Dürfen die Zulassungsgremien Gründe der vertragsärztlichen Versorgung gem § 24 Abs 7 Ärzte-ZV, die einer Sitzverlegung entgegenstehen, allein auf der Grundlage eines Vergleichs der einschlägigen ärztlichen Versorgungsgrade in den Planungsbereichen des bisherigen und begehrten Sitzes mit dem Ziel der Gleichmäßigkeit der Versorgungsgrade beurteilen?	<i>SG Berlin</i> , Ur. v. 25.03.2015 - S 83 KA 559/13 -	15-04-46
Zulassungsverzicht eines für zwei Fachgebiete zugelassenen Vertragsarztes	B 6 KA 32/15 R Termin: 28.09.2016	Kann ein Vertragsarzt mit einer Zulassung für zwei unterschiedliche Fachgebiete eine Ausschreibung seines Vertragsarztsitzes verlangen, wenn er auf die Zulassung in nur einem der beiden Fachgebiete verzichtet hat, um diese in ein Medizinisches Versorgungszentrum einzubringen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Ur. v. 16.06.2015 - L 4 KA 36/13 -	15-04-42
Zulassungsverzicht bei Doppelzulassung auf nur ein Fachgebiet	B 6 KA 1/16 R Termin: 28.09.2016	Zum Umfang des Zulassungsverzichts bei einer Zulassung für mehrere Fachgebiete.	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Ur. 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.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Ur. 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?	<i>SG Hamburg</i> , Ur. v. 28.09.2016 - S 27 KA 39/16, S 27 KA 47/16, S 27 KA 50/16-	17-02-54
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?	<i>SG Berlin</i> , Ur. v. 06.05.2015 - S 79 KA 258/13 -	15-04-50
Konkurrentenklage: Auslastung der Praxis	B 6 KA 20/15 R (alt: B 6 KA 41/11 R) Termin: 03.08.2016	Zur Anfechtungsberechtigung einer Berufsausübungsgemeinschaft gegen die Genehmigung eines besonderen Versorgungsauftrags für die Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten für einen Dritten im Wege einer Konkurrentenklage im Hinblick auf eine Beschwerde durch die mangelnde Auslastung der Praxis.	<i>LSG Saarland</i> , Ur. 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 Regelungen für medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB 5 anzuwenden?	<i>SG Potsdam</i> , Ur. v. 28.09.2016 - S 1 KA 19/15 -	17-01-50
Anfechtung einer nephrologischen Ermächtigung	B 6 KA 3/16 R Termin: 30.11.2016	Sind zugelassene Ärzte befugt, die Erteilung einer formell auf § 11 Abs 3 Anl 9.1 BMV-Ä gestützten Ermächtigung eines Krankenhausarztes als Leiter einer nephrologischen Schwerpunktabteilung mit der Begründung anzufechten, dass die Ermächtigung tatsächlich nicht dieser Regelung entspricht? Wie ist der Begriff der Mitbehandlung in § 11 Abs 3 Anl 9.1 BMV-Ä zu verstehen (hier	<i>LSG Saarland</i> , Ur. v. 24.04.2015 - L 3 KA 10/11-	16-02-54 NZB

		bezogen auf die Behandlung chronisch niereninsuffizienter Patienten mit ambulanter Bauchfelldialyse - CAPD)?		
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?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 03.03.2016 - L 5 KA 21/15 -	16-02-53

Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV/ Pädiatrische Spezialambulanz/Hausarztzentrierte Versorgung

Regionale Punktwertzuschläge auf den Orientierungswert	B 6 KA 5/16 R Termin: 10.05.2017	Verstoßen regionale Punktwertzuschläge auf den Orientierungswert gegen die Grundsätze der Beitragssatzstabilität, der Vorjahresanknüpfung sowie der Wirtschaftlichkeit?	LSG Hamburg, Urt. v. 16.12.2015 - L 5 KA 68/13 KL -	16-03-69
Regionaler Punktwert/Veränderungsrate 2013 Bayern	B 6 KA 14/16 R Termin: 10.05.2017	Ist ein Schiedsamt an Beschlüsse des Bewertungsausschusses und des erweiterten Bewertungsausschusses gebunden?	LSG Bayern, Urt. v. 27.01.2016 - L 12 KA 29/13 KL -	16-02-57
Erhöhter regionaler Punktwert: Kriterien einer prospektiven Schätzung	B 6 KA 42/16 R	Ist der Schiedsspruch eines Landesschiedsamts rechtmäßig, wonach der regionale Punktwert für das Jahr 2013 gegenüber dem Orientierungswert für 2013 um 1,1 Prozent zu erhöhen ist?	LSG Hessen, Urt. v. 28.09.2016 - L 4 KA 35/15 KL -	17-01-53
Gesamtvergütung: Versicherten mit Wohnsitz im Ausland	B 6 KA 43/16 R	Zur Frage der Rechtmäßigkeit des sog Kassensitzprinzips bei der Zuordnung von Versicherten mit Wohnsitz im Ausland zum Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Berechnung der Gesamtvergütung nach einer Fusion von Krankenkassen.	LSG Saarland, Urt. v. 28.10.2016 - L 3 KA 26/14 -	17-02-66
Datenübermittlungen auch bei Gesamtvergütung nach Kopfpauschalen	B 6 KA 27/17 R	Zielt der Zweck der Datenübermittlung nach § 295 Abs 2 SGB 5 nur auf die Abrechnung im Sinne der Bildung der Gesamtvergütung nach § 85 SGB 5 oder bezieht er auch die nachträgliche Überprüfung der Leistungsabrechnung der Vertrags(zahn)ärzte nach § 106a SGB 5 ein?	LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 02.11.2017 - L 4 KA 14/12 -	17-02-67
GBA: Verordnungsausschluss für Otologika	B 6 KA 25/15 R Termin: 28.09.2016	Ist das Arzneimittel „Otovowen®“ als Otologikum vom Verordnungsausschluss in Nr 38 der Anlage 3 der AM-RL in den seit 1.4.2009 geltenden Fassungen umfasst? Verstößt die Nr 38 der Anlage 3 der Arzneimittel-Richtlinie - AM-RL in den beiden seit dem 1.4.2009 geltenden Fassungen gegen höherrangiges Recht?	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.05.2015 - L 7 KA 33/12 KL WA -	15-03-71
Ausschluss des Medizinprodukts Laxatan	B 6 KA 34/16 R	Ist bei der Frage, ob arzneimittelähnliche Medizinprodukte ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung der GKV einbezogen werden, eine stoffbezogene oder eine	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.06.2016	16-04-56

		präparatebezogene Prüfung vorzunehmen? Darf der Gemeinsame Bundesausschuss arzneimittelähnliche Medizinprodukte rückwirkend aus der Verordnungsfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließen?	- L 7 KA 100/13 KL -	
Pädiatrische Spezialambulanz: Zusätzliche Pauschale nicht für Vergangenheit	B 6 KA 10/16 R (alt: B 1 KR 12/16 R) Termin: 10.05.2017	Kann eine Schiedsstelle eine zusätzliche Pauschale gem § 120 Abs 1a SGB 5 für eine pädiatrische Spezialambulanz für zurückliegende Jahre festsetzen, wenn der 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 -	17-02-68

Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 03.05.2017. Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des jeweiligen Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Ärztliche Behandlung				
Kopforthese (Helmtherapie)	B 3 KR 1/16 R Termin: 11.05.2017	Gehört die Versorgung und Therapie mit einer Kopforthese zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 24.02.2015 - L 11 KR 3297/14 -	15-02-111 NZB
	B 3 KR 30/15 R B 3 KR 6/16 R B 3 KR 17/16 R Termin: 11.05.2017	Gehört die Versorgung und Therapie mit einer Kopforthese zur Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 11.06.2015 - L 1 KR 141/14 - Urt. v. 25.08.2015 - L 4 KR 300/12 - Urt. v. 26.05.2016 - L 4 KR 236/15 -	16-02-91 NZB 16-02-92 NZB 17-01-115 NZB
Zahnärztliche Behandlung: Zahnreinigung	B 1 KR 30/16 R	Umfasst die Regelung des § 22a SGB V die Entfernung weicher Zahnbeläge?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 26.04.2016 - L 4 KR 116/14 -	17-01-75 NZB
Kostenerstattung				
Kostenerstattung trotz vorläufiger Übernahme der Kosten durch Einrichtungsträger	B 3 KR 8/17 R	Steht die Erfüllung der gegenüber einem Versicherten bestehenden Forderung eines Leistungserbringers durch einen Dritten, ohne dass eine vertragliche Verpflichtung besteht, der Geltendmachung eines Kostenfreistellungsanspruchs des Versicherten nach § 13 Abs 3 SGB 5 gegenüber seiner Krankenkasse entgegen?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 29.09.2016 - L 16/1 KR 321/14 -	17-02-149 NZB
Genehmigungsfiktion bei allen möglichen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	B 3 KR 8/16 R (alt: B 1 KR 14/16 R)	Hat ein Versicherter einen Anspruch auf Versorgung mit einem CGM-Messsystem zur kontinuierlichen Glucose-Messung einschließlich des hierfür erforderlichen Zubehörs, wenn die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 eingetreten ist, obwohl der G-BA noch keine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen	LSG Bayern , Urt. v. 23.02.2016 - L 5 KR 351/14 -	16-03-108

		Nutzen abgegeben und der Bewertungsausschuss sie nicht zum Gegenstand des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) gemacht hat?		
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode ohne Empfehlung des GBA	B 1 KR 6/17 R	Liegt eine beantragte, nicht rechtzeitig im Sinne des § 13 Abs 3a SGB 5 erbrachte Leistung, für den Versicherten erkennbar schon dann offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn es sich um eine neue Behandlungsmethode handelt, für die der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine Empfehlung nach § 135 SGB 5 abgegeben hat?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 02.03.2017 - L 5 KR 277/16	17-02-118
Kopforthese als GKV-Leistung?	B 3 KR 17/16 R	Gehört die Versorgung und Therapie mit einer Kopforthese zur Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 26.05.2016 - L 4 KR 236/15 -	17-01-115 NZB
Kein Sachleistungsanspruch aufgrund der Genehmigungsfiktion (Therapiedreirad)	B 3 KR 4/16 R	Zur Frage der Anwendung der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a SGB 5 auf Sachleistungsansprüche und der Begrenzung des Anspruchs nach § 13 Abs 3a S 6, 7 SGB 5 durch das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot.	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 10.12.2015 - L 1 KR 413/14 -	16-01-118
Genehmigungsfiktion und Sachleistungsanspruch	B 1 KR 26/16 R	Gewährt § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 einen Sachleistungsanspruch eigener Art?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 07.09.2016 - L 20 KR 597/15 -	16-04-120
Sachleistungsanspruch	B 1 KR 7/17 R	Gewährt § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 einen Sachleistungsanspruch eigener Art?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.12.2016 - L 1 KR 680/15 -	17-01-96 NZB
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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Beschl. v. 13.09.2016 - L 4 KR 320/16 -	16-04-121 NZB
Genehmigungsfiktion: Leistungsberechtigung/Einwendung sausschluss	B 1 KR 2/17 R	Ist eine Leistungsberechtigung durch den Eintritt der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 wirksam verfügt und die Krankenkasse mit allen Einwendungen ausgeschlossen?	<i>SG Köln</i> , Urt. v. 15.11.2016 - S 34 KR 1026/15 -	17-02-115
Genehmigungsfiktion: Fünf-Wochenfrist bei Einholung eines MDK-Gutachtens ohne Mitteilung	B 1 KR 3/17 R	Führt die Verletzung der Pflicht der Krankenkasse in § 13 Abs 3a S 2 SGB 5, den Antragsteller darüber zu unterrichten, dass sie eine gutachtliche Stellungnahme einholt, zu einer Geltung der 3-Wochenfrist des § 13 Abs 3a S 1 SGB 5?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 21.02.2017 - L 11 KR 2090/16 -	17-02-127

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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 23.07.2015 - L 1 KR 104/15 -	16-02-102 NZB

Auslandskrankenbehandlung

Arzneimittel

Avastin bei einem bösartigen Hirntumor	B 1 KR 10/16 R Termin: 13.12.2016	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	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 05.07.2015 - L 5 KR 153/14 -	16-03-117 NZB
--	---	--	--	------------------

		mit Avastin abgelehnt hat?		
Immunglobuline bei monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz	B 1 KR 4/17 R	Hat ein Versicherter, der unter einem Antikörpermangelsyndrom bei Monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz (MGUS) leidet, einen Anspruch auf intravenös zu verabreichende Arzneimittel mit dem Wirkstoff Immunglobulin außerhalb deren Indikationsgebietes, wenn aus der Grunderkrankung eine Schwächung des körpereigenen Abwehrsystems resultiert, die bei einer bereits eingetretenen Häufung schwerster Lungenentzündungen im Falle weiterer Infekte einen tödlichen Krankheitsverlauf bewirken kann, aber die Immunglobulingabe die Infektanfälligkeit reduziert? Ist eine Grunderkrankung, von der ein lebensbedrohliches Risiko ausgeht, bei dem aber nicht absehbar ist, dass es sich innerhalb eines kürzeren überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit realisiert, eine lebensbedrohliche Erkrankung?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 24.01.2017 - L 4 KR 456/14 -	17-02-138

Hilfsmittel/Heilmittel

Festbetragsfestsetzung für Hörgeräte	B 3 KR 28/15 R Zurücknahme	Zur Klagebefugnis eines Versicherten gegen die Festbetragsfestsetzung bei Hilfsmitteln (hier: Hörhilfen) durch den GKV-Spitzenverband und zum gerichtlichen Prüfungsmaßstab im Rahmen von § 36 SGB 5.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 24.07.2015 - L 9 KR 54/12 KL -	16-01-135
Mehrkosten durch die Entsorgung von Inkontinenzmaterialien	B 3 KR 4/17 R	Umfasst der Anspruch auf Versorgung mit Inkontinenzmaterial auch die Kosten für die Entsorgung nach dem Gebrauch?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 19.10.2016 - L 5 KR 71/16 -	16-04-137 NZB

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Seniorenresidenz als geeigneter Ort	B 3 KR 11/16 R	Kann häusliche Krankenpflege durch den Betreiber eines Pflegedienstes erfolgen, der einen Schwerstpflegebedürftigen in einem für die Intensivpflege hergerichteten, ihm gehörenden Gebäude pflegt ("Service-Wohnen")?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urteil v. 19.11.2015 - L 5 KR 5/15 -	16-01-141 NZB
Häusliche Behandlungspflege: Möbliertes Appartement im „Pflegehotel“	B 3 KR 3/17 R	Handelt es sich bei einem möblierten Appartement eines sog "Pflegehotels" eines Wohnstifts um einen "sonst geeigneten Ort" im Sinne von § 37 Abs 2 S 1 SGB 5? Häusliche Krankenpflege	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 15.12.2016 - L 5 KR 33/16 -	17-02-148

Fahrkosten

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?	<i>LSG Bayern</i> , 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?	<i>LSG Bayern</i> , 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?	<i>LSG Bayern</i> , 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	Gilt die Erfüllungsfiktion des § 107 SGB 10 auch in Krankenhausbehandlungsfällen für	<i>LSG Hamburg</i> ,	16-04-148

	Termin: 28.03.2017	das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse nach Zahlung der Vergütung durch eine unzuständige Krankenkasse?	Urt. v. 30.03.2016 - L 1 KR 18/14 -	
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
Kodierung nicht vollendeter oder unterbrochener Prozeduren	B 1 KR 9/17 R	Zur Kodierung von nicht vollendeten oder unterbrochenen Prozeduren.	LSG Hamburg , Urt. v. 20.07.2016 - L 1 KR 13/15 -	17-02-172 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 B 1 KR 23/16 R Termin: 28.03.2017 B 1 KR 24/16 R	Gibt es bei Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung die Pflicht der Krankenkasse, eine Aufwandspauschale zu zahlen? Vorinstanz: SG Marburg, S 6 KR 93/16 Gibt es bei der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung die Pflicht der Krankenkasse, eine Aufwandspauschale zu zahlen?	SG Detmold , Urt. v. 31.03.2016 - S 3 KR 182/15 -	16-03-155
			SG Darmstadt , Urt. v. 23.05.2016 - S 8 KR 353/15 - - S 8 KR 408/15 - LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 17.02.,2016 - L 16/4 KR 208/13 - SG Osnabrück , Urt. v. 21.07.2016 - S 13 KR 601/15 - SG Marburg , Urt. v. 08.08.2016 - S 6 KR 93/16 -	16-03-150 16-03-151 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 NZB

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
Apotheken: Zulässigkeit einer produktneutralen Verordnung von Impfstoffen	B 3 KR 5/17 R	Sind Apotheker im Falle einer produktneutralen Verschreibung von Impfstoffen ohne Nennung der Bezeichnung des Impfstoffs durch Vertragsärzte verpflichtet, anhand von Informationsmaterial der Krankenkassen rabattierte Impfstoffe auszuwählen und	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 24.01.2017 - L 11 KR 4746/15 -	17-02-195

		abzugeben?		
Vereinbarung über Abschlag bei Abgabe von Zytostatika	3 KR 6/17 R	Gestattet § 129 Abs 5 S 1 SGB 5 eine vertragliche Regelung über die Abrechnung von in Apotheken hergestellten Zytostatika auf Landesebene oder sind diese Regelungen nach § 129 Abs 5 S 3 SGB 5 ausschließlich der einzelvertraglichen Ebene vorbehalten?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 07.12.2016 - L 9 KR 333/13 -	17-02-192
Arzneimittelhersteller/Festbetragsfestsetzung: Vorübergehende Lieferschwierigkeiten	B 3 KR 9/16 R	Zur Frage der Rechtmäßigkeit der Anpassung eines Festbetrages für Arzneimittel bei einem zwischenzeitlich eingetretenen Zeitablauf von mehreren Monaten zwischen dem Bewertungsstichtag und dem Wirksamwerden der Festbetragsanpassung einschließlich einer eingeschränkten Lieferfähigkeit des Produkts.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 08.04.2016 - L 1 KR 476/12 KL -	16-03-167
Festbetrag für Medikinet® adult („Methylphenidat Gruppe 1“)	B 3 KR 7/17 R (alt: B 1 KR 5/17 R)	Verstößt die Neufestsetzung des Festbetrages für die Festbetragsgruppe Methylphenidat 1 vom 3.2.2014 des GKV-Spitzenverbandes, soweit damit auch ein Festbetrag für Medikinet® mit Wirkung vom 1.4.2014 festgesetzt worden ist, gegen § 35 SGB 5 und gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 26.01.2017 - L 1 KR 67/14 KL -	17-02-188
Festbetrages für „Levothyroxin-Natrium“	B 3 KR 10/17 R	Zur Frage der Rechtmäßigkeit der Anpassung eines Festbetrages für Arzneimittel bei einem zwischenzeitlich eingetretenen Zeitablauf von mehreren Monaten zwischen dem Bewertungsstichtag und dem Wirksamwerden der Festbetragsanpassung einschließlich einer eingeschränkten Lieferfähigkeit des Produkts.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 24.02.2017 - L 1 KR 80/14 KL -	17-02-189
Reduzierung des Herstellerrabatts auf 6 % und Ertragssituation	B 3 KR 10/16 R	Unter welchen Voraussetzungen kann ein pharmazeutischer Unternehmer die Reduzierung des Herstellerrabatts von 16 auf 6 % beanspruchen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 11.06.2015 - L 8 KR 88/12 -	16-03-170 NZB
Auskunftsanspruch der Krankenkassen	B 3 KR 13/16 R	Zum Inhalt und Reichweite des Auskunftsanspruchs nach § 129 Abs 5c S 4 SGB 5.	<i>LSG Bayern</i> , 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 24.03.2015 - L 5 KR 383/11 -	16-01-182 NZB
Ausschluss der Masseure von Manueller Therapie	B 3 KR 24/15 R Termin: 16.03.2017	Ist die in den Heilmittelrichtlinien und in Landesverträgen enthaltene Regelung, nach der zur Versorgung der Versicherten nur zugelassene Physiotherapeuten Leistungen der Manuellen Therapie zu Lasten der Krankenkassen abrechnen dürfen, wenn sie eine Weiterbildung in dieser Behandlungstechnik absolviert und eine Abschlussprüfung bestanden haben, rechtmäßig?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 07.01.2016 - L 5 KR 192/15 - <i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 08.07.2016 - L 1 KR 205/13 WA - - L 1 KR 206/13 WA -	16-03-175 16-04-173 16-04-174
Zulassung einer Ergotherapeutin: Weitere Fachkraft ausschließlich für Hausbesuche	B 3 KR 2/17 R	Kann die Zulassung einer selbstständigen Ergotherapeutin im Hinblick auf die freie Mitarbeit einer halbtags tätigen zweiten Ergotherapeutin erweitert werden, wenn die Praxis nur über einen ausreichend großen Behandlungsraum verfügt, die Mitarbeiterin aber ausschließlich Hausbesuche durchführen soll?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 13.05.2016 - L 4 KR 3332/15 -	16-03-174 NZB
Zulassung: Weitere Fachkraft	B 3 KR 2/17 R	Kann die Zulassung einer selbstständigen Ergotherapeutin im Hinblick auf die freie	<i>LSG Baden-Württemberg</i> ,	16-03-174

ausschließlich für Hausbesuche		Mitarbeit einer halbtags tätigen zweiten Ergotherapeutin erweitert werden, wenn die Praxis nur über einen ausreichend großen Behandlungsraum verfügt, die Mitarbeiterin aber ausschließlich Hausbesuche durchführen soll?	Urt. v. 13.05.2016 - L 4 KR 3332/15 -	NZB
Unterbliebene Durchführung des Schiedsverfahrens	B 3 KR 31/15 R B 3 KR 9/17 R	Kann ein Pflegedienst eine höhere Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (hier: ärztlich verordnete Einmalkatheterisierungen) im Wege der Leistungsklage durchsetzen, wenn ein Schiedsverfahren trotz Vorliegens einer Schiedsvereinbarung unterblieben ist?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 18.11.2015 - L 5 KR 2883/13 - <i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 21.02.2017 - L 11 KR 4278/15 -	16-01-185 17-02-200
Krankentransportunternehmer: Klagebefugnis bei Kassenäußerung zur Vorabgenehmigungspflicht	B 3 KR 19/15 R Erledigt durch Vergleich (11/2016)	Ist eine Klage von Krankentransportunternehmen auf Unterlassung von Äußerungen einer Krankenkasse zu den Voraussetzungen eines Leistungsanspruchs der Versicherten (hier: § 60 Abs 2 S 1 Nr 3 SGB 5) zulässig?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 26.02.2014 - L 9 KR 313/11 -	14-03-136 NZB
Integrierte Versorgung				
Wirksamkeit von Verträgen/Abrechnung der Anschubfinanzierung	B 1 KR 5/16 R Erledigt durch Zurücknahme	Zur Frage der Wirksamkeit von Verträgen und der Erforderlichkeit der rechnerischen Nachvollziehbarkeit von Einbehalten unter Berufung auf die sog Anschubfinanzierung zur Förderung der integrierten Versorgung.	<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
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