Rechtsprechungsinformationsdienst 17-04

REDAKTION 8

EDITORISCHE HINWEISE 8

A. VERTRAGSARZTRECHT 9

I. Honorarverteilung 9
1. Vergütung ab 2012 10
a) Behebung abstrakt-struktureller Versorgungsdefizite keine Aufgabe der Honorarverteilung 10
b) Keine Erhöhung des QZV-Fallwerts bei fachgruppentypischen Leistungen 10
c) Hausarzt mit partieller fachärztlicher Versorgung und RLV 11
d) Arztgruppenspezifische Quote 11
2. Vergütung Quartal I/09 bis IV/11 11
a) Regelleistungsvolumen 11
aa) Verminderung des RLV wegen Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung 11
bb) Aufschlag von 10 % für BAG: Allgemeinmedizinerin u. psychotherapeutisch tätige Ärztin ohne RLV 11
cc) Nuklearmediziner: Herzfunktionsdiagnostik keine Spezialleistung 12
dd) Richtigstellung eines RLV nach Reduzierung des Versorgungsauftrags 12
b) Fallzahlsteigerung und QZV 13
c) Quotierung nephrologischer Leistungen (KV Hessen) 13
d) Ausgleichszahlung: Vergleich mit dem Vorvorjahresquartal 13
e) Ausgleichszahlungen wegen Härtefalls: Antragserfordernis/Vorjahresquartalsvergleich 13

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung 14
1. Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung 14
a) Nebeneinanderabrechnung Ordinationskomplex/Gesprächsleistung 14
b) Prüfzeiten für Akupunktur/Kein Vertrauenstatbestand durch Eigenhinweis 15
2. Job-Sharing: Verbindlichkeit der Obergrenze/Vertrauensschutz 15
3. Weiterbildungsassistent: Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs 15
a) Zuordnung des Weiterbildungsassistenten/Beweislast 15
b) Übergroßer Praxisumfang nicht schon bei Doppeltem des Fachgruppendurchschnitts/Beweislast 16
4. Zytologischer Arbeitsplatz als einheitlicher Ort der Leistungserbringung 16
5. Fehlende Vorlage der Dokumentation: Eindeutige Nachfrage der KV 17
6. Vertrauensschutz durch Genehmigung für fachfremde Leistung (Akupunktur) 17
7. Individuell fehlerhafte Rechtsanwendung der KV 17
8. Radiofrequenzdenervierungen und Nr. 31257 EBM 18

III. Genehmigung/Notdienst/Disziplinarrecht 18
1. Genehmigung 19
a) Fachfremdheit: Aktuelle Weiterbildungsordnung maßgebend (MRT-Leistungen) 19
b) Antragserfordernis für Genehmigung labormedizinischer Leistungen auch für Laborarzt 19
c) Genehmigung zur Behandlung von Asylbewerbern nach Abrechnungsbetrug und Zulassungsverzicht 20
2. Notdienst 20
a) Verbot der telefonischen Beratung und Behandlung von Kassenpatienten 20
b) Zusätzlicher Bereitschaftsdienst am Sitz der Zweigpraxis 20
3. Disziplinarrecht: Pflicht zur Vorlage der Behandlungsunterlagen 21

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz 21
1. Individuelle Beratung und schriftliche Zusammenfassung kein Verwaltungsakt 21
2. Abtretung einer Regressforderung an Krankenkasse 22
3. Arzneikostenregress: Aggrenox (Wirkstoffkombination aus Acetylsalicylsäure und Dipyridamol) 22

V. Zulassungsrecht 23
1. Zulassungen 24
a) Auswahlentscheidung und Schwerpunkt 24
b) Sonderbedarfszulassung: Kinderkardiologie/Planungsbereich und benachbarte Regionen 24
c) Praxisnachfolge 25
aa) Fortführungsfähige Praxis in BAG: Tätigkeitsumfang des einzelnen Vertragsarztes/Vorverfahren 25
bb) Erlöschen des Nachbesetzungsrechts nach wiederholter Antragsrücknahme 25
d) Keine Anordnung der sofortigen Vollziehung bei radiologischem Versorgungsgrad von 100 % 26
2. Zweigpraxis: Angebot von Abend- und Wochenendsprechstunden 26

3. Ermächtigung 27
a) Räumliche Nähe begründet noch keinen Bedarf 27
b) Unselbstständige psychiatrische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern 27
c) Außenstelle eines ermächtigten Sozialpädiatrischen Zentrums 27
d) Kein Feststellungsinteresse bei gesetzlicher Ermächtigung nach § 118 II SGB V 28
4. Poliklinik: Nachbesetzungsfrist von 6 Monaten 28
5. Zulassungsentziehung 28
a) Falschabrechnung eines Vertragsarztes/Verständigung gem. § 257c StPO 28
b) Verurteilung auf Grundlage einer Verständigung 29
c) Kein Eilantrag nach Bestätigung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruches 29

VI. Gesamtvergütung/KV/Sozialpädiatrisches Zentrum/Hausarztzentrierte Versorgung 29
1. Gesamtvergütung 30
a) Kriterien zur Bestimmung der Gesamtvergütung in Schiedsspruch 30
b) Honorarkürzung wg. Nichterfüllung der Fortbildungspflicht: Anspruch der Krankenkasse 31
2. KV: Kein Anspruch auf Löschung von Daten 31
3. Schiedsstelle SPZ: Anordnung der sofortigen Vollziehung 31
4. Rückzahlung aus hausarztzentrierter Versorgung 32

VII. Kosten/Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV) 32
1. Keine Kostenerstattung für im Widerspruchverfahren beigel. Vertragsarzt 32
2. Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV) 32
a) Vorzeitiger Verzicht: 0,5 %-Kürzung 32
b) Absenkung der Einmalzahlung für Witwen ohne EHV-Anspruch 32

VIII. Bundessozialgericht (BSG) 33
1. Honorarverteilung 33
a) Investitionskostenabschlag für Dialysesachkosten und Sprechstundenbedarf 33
b) Zuschlag für diabetologische Schwerpunktpraxen nur bei Hausärzten (Nr. 03212 EBM) 33
c) Quotierung freier Leistungen (KV Hessen: Anpassungsindex 100/Sicherstellungsindex 90) 34
d) Unterschiedliche Vergütung antragspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen 34
e) Psychotherapeutische BAG: Keine Verrechnung von zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen 34
2. Sachlich-rechnerische Berichtigung: Keine Tätigkeit in freier Praxis 34
3. Notdienstzentrale in den Räumen des Krankenhauses 35
4. Disziplinarrecht: „Ärztestreik“ 35
5. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Sprechstundenbedarf 36
a) Prüfung von Einzelleistungen: Grenze zum Offensichtlichen Missverhältnis 36
b) Zuständigkeit der Prüfungsgremien für Verordnung von Impfstoffen 36
c) Sprechstundenbedarf: Unterdurchschnittliche Einzelverordnungen (Onkologie) (Keine Rechtsfrage) 36
6. Zulassungsrecht 36
a) Teilaufhebung der Sperrung: Job-Sharing-Verhältnis/Bewerberauswahl 36
b) Ermächtigung: Kein Ausschluss zwingend zu erbringender (Begleit-)Leistungen 37
c) Bedarfsunabhängige Institutsermächtigung: Kein Vorrang der persönl. Ermächtigung 37
d) Drittanfechtung einer nephrologischen Ermächtigung 37

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT 38

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung 38
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 38
a) Positronen-Emissions-Tomographie/Computertomographie (PET/CT) bei kolorektalem Karzinom 38
b) Ambulante PET-CT-Untersuchung bei Metastase eines Sigmakarzinoms 38
c) Kuba-Therapie nach Dr. Pelaez bei Retinitis Pigmentosa 39
d) Sondenentwöhnungsprogramm 39
2. ICSI-Behandlung: Maßgebender Zeitpunkt der Höchstaltersgrenzen 39
3. Verhaltenstherapie zur Raucherentwöhnung 40
4. Entfernung eines Tattoos unter besonderen Umständen 40

II. Stationäre Behandlung 40
1. Mammareduktionsplastik 40
2. Psychische Belastung begründet keinen Anspruch auf Brustkorrektur-Operation 41
3. Narbenkorrektur 41
4. Geschlechtsangleichende Operation in nicht zugelassener Klinik 41

III. Kostenerstattung 41
1. Genehmigungsfiktion 42
a) Antrag 42
aa) Antrag ohne ärztliche Verordnung: Therapie mit Cannabisblüten 42

bb) Kein bestimmter Antrag ohne ärztliche Verordnung für Arzneimittel (Cannabis) 42
cc) Genehmigungsfiktion bei telefonisch gestelltem Antrag 42
b) Frist 42
aa) Angabe eines bestimmten Tages erforderlich für Fristverlängerung 42
bb) Frist und fehlende Mitwirkung 43
c) „Erforderliche“ Leistung 43
aa) Erforderlichkeit nur für Erstattungsanspruch 43
bb) Anspruch auf Versorgung mit Cannabis 43
cc) Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen nach Gutachter (Liposuktion) 43
dd) Antragstellung nach ärztlichem Gutachten (Liposuktionsbehandlung) 44
ee) Subjektive Erforderlichkeit der Leistung bei ärztl. Empfehlung (Liposuktion) 44
d) Unterschenkelprothese keine Reha-Leistung/Naturalleistungsanspruch 44
e) Medizinisches Cannabis: Verordnung durch Nichtvertragsarzt 45
f) Sachleistungsanspruch umfasst medizinisches Cannabis 45
g) Rücknahme 45
aa) Rücknahme unmöglich 45
bb) Rechtmäßigkeit einer fingierten Genehmigung/5-Wochen-Frist 45
cc) Voraussetzung einer Fristverlängerung/Rücknahme 46
2. Keine Unaufschiebbarkeit bei geplanter Behandlung 46
3. Keine Kostenerstattung ohne ärztliche Rechnungstellung 46
4. Ermessensentscheidung auf Bewilligung einer stationären Anschlussrehabilitation 46
5. Kosten einer Auslandskrankenbehandlung (Türkei) 47

IV. Arzneimittelversorgung 47
1. Versorgung mit Cannabis 47
a) Vertragsärztliche Verordnung notwendig 47
b) Keine andere Leistung zur Verfügung 47
2. Off-Label-Use 48
a) Infusionstherapie mit Zoledronsäure bei Mammakarzinom (adjuvante Therapie) 48
b) Medikament Perjeta (Wirkstoff Pertuzumab) 48
3. Festbetrag: Blopress® (Wirkstoff: Candesartan und Hydrochlorothiazid) 48

V. Hilfsmittel/Heilmittel 49
1. Kontinuierliches Glukosemonitoring-System 49
2. Eigenbeteiligung bei Versorgung mit orthopädischen Schuhen 49
3. Blindenführhund: Gebrauchsvorteile gegenüber Blindenlangstock 49
4. Heilmittel: Maniküre und Pediküre 49

VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten/Zuzahlung/Schulbegleitung 50
1. Rehabilitationsmaßnahmen 50
a) Andere Maßstäbe im Schwerbehindertenrecht 50
b) Regelmäßig kein Anordnungsgrund 50
2. An- und Ablegen eines Stützkorsetts 50
3. Grenzüberschreitende Inanspruchnahme eines Rettungsfahrzeugs 51
4. Übernahme des Zahlungseinzuges durch Krankenkasse unzulässig 51
5. Schulbegleitung zum Sportunterricht im Wege der einstweiligen Anordnung 51

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern 51
1. Krankenhauseinweisung keine Voraussetzung für stationäre Behandlung 52
2. Vergütungsanspruch/Fälligkeit 52
a) Verweildauer im Krankenhaus 52
aa) Weitere Pflegebedürftigkeit wegen fehlender häuslicher Pflege 52
bb) Dauer der stationären Krankenhausbehandlung einer Depressionserkrankung 52
cc) Verweildauer nach Notfallaufnahme 53
dd) Meldung bei der Notfallambulanz 53
b) Eingeschränkte Möglichkeit zur Aufrechnung 53
c) Aufrechnungsvoraussetzungen nach PrüfvV 2015 53
d) Erforderlichkeit/Keine Rückforderung der Zuzahlung des Versicherten 54
e) Auffangpflichtversicherung 54
f) Beginn der Versicherungspflicht nach § 5 I Nr. 13 a) SGB V 54
3. Kosten für Hilfsmittel für poststationäre Versorgung 54
4. Verordnung von Hilfsmitteln während stationärer Behandlung 55
5. Kein Übergang eines Versorgungsvertrags auf neuen Rechtsträger 55
6. Fallpauschalen 55
a) Fallzusammenführung/Beurlaubung 55
b) Verlegung nach Entlassung 56
c) Nebendiagnose: Krankheitsgeschehen und weniger Ursache der Erkrankung (Kode I80.8) 56

d) Kodierung einer primären fokalen Hyperhidrose 56
e) Katheter kein Implantat 57
7. Aufwandspauschale 57
a) Keine Rückforderung der Aufwandspauschale durch Krankenkasse 57
b) Keine Rückforderung bereits gezahlter Aufwandspauschale 57
c) Begrenzter Bereich einer sachlich-rechnerischen Prüfung 57

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern 58
1. Apotheken 58
a) Exklusivlieferungsvertrag für andere Apotheke 58
b) Apothekenabgabepreis für ausländische Versandapotheke und Umsatzsteuer 59
2. Arzneimittelhersteller 59
a) Mischpreisbildung bei unterschiedlich nutzenbewerteten Patientengruppen 59
b) Weitergeltung von Verträgen zur Beschaffung des saisonalen Grippeimpfstoffes 59
3. Häusliche Krankenpflege: Erstattungsanspruch nach Vertragsverletzung 60

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen 60
1. BVerfG: Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung bei vorheriger Privatversicherung 60
2. Elektronische Gesundheitskarte 61
a) Keine elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild 61
b) Löschung des Lichtbildes 61
3. Überschreitung des Spielraums zur Erhöhung der Vorstandsbezüge 61
4. Hausarztzentrierte Versorgung: Geschiedster Vertrag/Aufsichtsverfügung 62
5. Erstattungsansprüche 62
a) Privatversicherung 62
aa) Kein Kostenerstattungsanspruch einer privaten Auslands-Krankenversicherung 62
bb) Zivilrechtsweg für Klage einer Privatversicherung 63

X. Sonstiges 63
1. Vermittlung von Behandlungstermin durch KV bei Psychotherapeuten 63
2. Verfahrensrecht 63
a) Aussetzung eines Klageverfahrens 63
b) Aussetzung der Vollstreckung eines Urteils 63
c) Höhe des Beschwerdewerts 64

XI. Bundessozialgericht (BSG) 64
1. Arzneimittel 64
a) Fehlende Zulassung und Ablehnung durch EMA (Avastin bei Hirntumor) 64
b) Arzneimittel im Krankenhaus: Immunglobulin bei fehlender Zulassung für Urtikaria-Vaskulitis 65
2. Beziehungen zu Krankenhäusern 65
a) Kein Ausschluss einer Aufrechnung/Fälligkeit von Forderungen 65
b) Erfüllungsfiktion des § 107 SGB X 65
3. Erstattung und spätere Verneinung der eigenen Leistungspflicht 65

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE 66

I. Ärztliches Berufsrecht 66
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis 66
a) Widerruf der Approbation 66
aa) BVerfG: Vorläufige Abwägung/Aufschub des Schutzes des Vertrauens in die Ärzteschaft 66
bb) BVerfG: Unwürdigkeit und Bestimmtheitsgebot/Berufswahlfreiheit/Zeitablauf 66
cc) Verurteilungen wegen Körperverletzung 67
dd) Aufnahme der Tätigkeit ohne Berufshaftpflichtversicherung 67
b) Aufheben des Ruhens der Approbation nach Wiedererlangung der gesundheitlichen Eignung 67
2. Facharzt für Nervenheilkunde: Keine Ermächtigung zur Weiterbildung für das Gebiet Neurologie 68
3. Ausbildungsstätte für Psychotherapie: Keinen Anspruch auf Anerkennung von Kooperationen 68
4. Erneuerung der Anerkennung als flugmedizinische Sachverständige 68
5. Strafrecht 69
a) Bundesgerichtshof (BGH) 69
aa) Freie Laborpraxis: Stellung von Personal und Räumen durch Betreibergesellschaft 69
bb) Speziallaborleistungen in Laborgemeinschaften/Ohne Vorsatz bei Patienteninformation 69
cc) Falschangaben zu Dialysebehandlungen gegenüber Eurotransplant 70
b) Suizid nach Unterbrechung der stationären Behandlung (Klageerzwingungsverfahren) 70
6. Untersagungsanordnung nach dem Medizinproduktegesetz (Zystoskope) 71
7. Bestätigung über Aufklärung und/oder Verzicht einer Untersuchung (Glaukom-Früherkennung) 71
8. Kein Herausgabeanspruch kryokonservierter Samenzellen des verstorbenen Ehemanns 71
9. Anspruch auf Löschung der Notenbewertung bei „jameda“ 71

10. Sozialversicherungspflicht 72
a) Eingliederung eines Anästhesisten in Klinik 72
b) Notärztliche Tätigkeit für Krankenhaus 72
c) Durchführung von Operationen in einer Privatklinik 72
d) Stundenlohn für Bereitschaftsdienste in einer Klinik 72
e) Ableistung von Bereitschaftsdiensten 73
f) Unternehmensberater im Gesundheitswesen 73
g) „Head of Medical Information“ bei Pharma-Unternehmen 73
h) Tätigkeit als Senior Product Specialist Cardiac Rhythm Management 73
11. Arbeitsrecht 74
a) BAG: Befristung des Arbeitsvertrags wegen Weiterbildung 74
b) BAG: Berechnung der Entgeltfortzahlung 74
c) Haftung wegen Verstoßes gegen Unfallverhütungsbestimmungen (Blutentnahme) 74
d) Freigestelltes Betriebsratsmitglied: Beteiligung an Liquidationseinnahmen des Krankenhauses 75
12. JVEG: Pauschalvereinbarung und techn. Untersuchungen/Unterzeichnung der Rechnung 75
13. Kammerbeitrag für Geschäftsführertätigkeit in einem MVZ 75
14. Versorgungswerk: Einkommensersatzleistungen 76

II. Arzthaftung 76
1. BVerfG: Abweichende Würdigung einer erstinstanzlichen Parteianhörung in der Berufungsinstanz 76
2. Bundesgerichtshof (BGH) 76
a) Teilurteil/Abgrenzung Befunderhebungsfehler und Mangel der therapeutischen Beratung 76
b) Verbrennungen durch atypischen Stromfluss bei Verwendung eines Hochfrequenzgeräts 77
c) Keine TÜV-Haftung wegen Zertifizierung der französischen Brust-Silikonimplantate 77
d) Nochmalige Parteianhörung durch Berufungsgericht 77
e) Anspruch auf Ladung eines Sachverständigen zur mündlichen Erläuterung 77
f) Einholung eines Privatgutachtens als „Rechtsmittel“ i.S.v. § 839a BGB 78
3. Behandlungsfehler 78
a) Nachweis trotz unvollständiger Dokumentation/Aufklärung über ausl. Arzt (Kreuzbandplastik) 78
b) Entkräftung einer fehlenden Dokumentation durch Parteianhörung 78
c) Beweislast des behandelnden Arztes für Indikation einer Operation 79
d) Postoperatives Unterlassen einer Röntgenkontrolle 79
e) Kniegelenksarthroskopie unter Stellung der Verdachtsdiagnose Chondropathia patellae 79
f) Bandscheibenoperation L3/4 80
g) Diagnosefehler (Luxation)/Folgeschäden und Beweismaßstab des § 287 ZPO 80
h) Hygienische Anforderungen beim Wechsel eines Vakuumverbandes 80
i) Erkennen einer koronaren Eingefäßerkrankung 81
j) Verzögerung einer medikamentösen Thromboseprophylaxe/Dokumentation einer Magensonde 81
k) Legen eines Infusions-Ports und Fehllage 81
l) Verspätete Diagnose eines Mammakarzinoms 82
m) Gabe von Oxytocin während der Geburt 82
n) Arzthaftung bei Gewebeprobenvertauschung und alternativer Kausalität 82
o) Behandlungsstandard für einen bei Wettkampf eingesetzten Sportarzt (Aushülsverletzung) 82
4. Aufklärung/Einwilligung 83
a) Durchführung einer elektrophysiologischen Herzkatheteruntersuchung 83
b) Nierenlebendspende 83
c) Live-Übertragung einer Operation zum Zweck der Aus- und Fortbildung 83
d) Sachverständigengutachten über Inhalt und Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht 84
5. Kein gesamtschuldnerischer Innenausgleichsanspruch des Krankenhauses gegen Honorararzt 84
6. Verpflichtung einer Rettungsdienst-Leitstelle zur Entsendung eines Notarztwagens 84
7. Auskunft über behandelnde Klinikärzte 85
8. Verfahrensrecht 85
a) Notwendige Einholung eines Sachverständigengutachtens 85
b) Zweite Verlängerung der Berufungsbegründungsfrist 85
c) Kosten eines Rechtsstreits nur im Kostenfestsetzungsverfahren 86
d) Streitwert einer isolierten Klage auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen 86
9. Zahnärztliche Behandlung 86
a) Darlegungs- und Beweislastgrundsätze bei mangelhafter Prothese 86
b) Gesamtplanung/Implantatversorgung 86

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel 87
1. Bundesgerichtshof (BGH) 87
a) Weihrauch-Extrakt-Kapseln: Zulassungsfreiheit für im Apothekenbetrieb herstellte Arzneimittel 87
b) TÜV-Haftung wegen Zertifizierung der französischen Brust-Silikonimplantate 87
2. Apotheken 87
a) Aufziehen eines Fertigarzneimittels auf eine Spritze/Verordnung 87
b) Verbot der Abgabe auch geringwertiger Sachen 88
c) Geldwerte Vorteile beim Erwerb preisgebundener Arzneimittel unzulässig 88

d) Verdacht auf Medikamentenmissbrauch 88
e) Arzneimittelbezug über Video- und Bezahlterminal und Ausgabeautomaten 88
f) Strafrecht: Einlösung von „Luftrezepten“ 89
g) Abgrenzung Mietvertrag/Arbeitsverhältnis bei Führen einer Apotheke 89
h) Änderung von Heimversorgungsverträgen 89
aa) Genehmigungspflicht/Anzeigepflicht/Verblisterte Arzneimittel 89
bb) Genehmigungspflicht bei wesentlicher Änderung/Weitere Wohnbereiche 89
3. Auskunft zur CE-Kennzeichnung eines Medizinproduktes 90
4. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht 90
a) Wirkstoffgleiche Arzneimittel für verschiedene Indikation 90
b) Zulassungsbegründende post-hoc-Analyse 90
c) „Präziseste“ Blutzuckermessgeräte für die Anwendung in Krankenhäusern 90
d) Werbeaussage über den Inhalt der Fachinformation hinaus 91
5. Vergaberecht 91
a) Ausschreibung für PET-MRT erforderlich 91
b) Änderung des Beschaffungsbedarfs/Übergangsrecht (Zytostatika) 91
6. Beihilfe 92
a) Festbetrag: Härtefall bei unerwünschten Nebenwirkungen 92
b) Keine Beihilfe bei Mitgliedschaft in gesetzlicher Krankenversicherung und Festbetrag (Hörgeräte) 92
c) Neue Perücke vor Ablauf der Mindestnutzungsdauer 92

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe 93
1. Privatbehandlung 93
a) Sachkostenpauschale für Dialyse 93
b) Umsatzsteuer bei Bruttopreisabrede 93
2. Private Krankenversicherung 93
a) Fehlender Nachweis der medizinischen Notwendigkeit einer Heilbehandlung 93
b) Einsatz eines Femtosekundenlasers bei Katarakt- sowie Astigmatismus-Operationen 93
c) Leistungseinschränkung für künstliche Befruchtung 94
d) Kryokonservierung der Eizellen wegen einer Krebserkrankung 94
e) Erstattung der Umsatzsteueranteile für Zytostatika 94
aa) Rückzahlungsanspruch bei fälschlicher Annahme der Umsatzsteuerpflichtigkeit 94
bb) Keine Erstattung der Umsatzsteueranteile für Zytostatika 95
f) Zahnärztliche Behandlung: Beweismittelverlust bei Krankenversicherer/Kieferorthop. Begutachtung 95
3. Beihilfe 95
a) Kostendämpfungspauschale rechtmäßig 95
b) Begründung für die Überschreitung des Schwellenwertes: Untersuchungsdauer/Beratung 95
c) Gentests bezüglich Brust- und Eierstockkrebs einer gesunden Ratsuchenden 96
d) Künstliche Befruchtung 96
aa) Begrenzung der Beihilfefähigkeit bei Aufwendungen 96
bb) Ausschluss der Beihilfefähigkeit einer ICSI für gesetzlich Versicherte 96
e) Refraktive Augenoperationen 96
f) Keine Hebammenleistungen für gesetzlich versicherte Ehefrau 97
g) Beihilfe bei vollstationärer Pflege für Bahnbeamte 97
h) Aufhebung einer Beihilfe: Kein Vertrauensschutz nach Einreichung manipulierter Arztrechnungen 97
i) Zahnärztliche Behandlung: Beschränkte Erstattung von Material- und Laborkosten 97

V. Verschiedenes 98
1. EGMR: Fortdauernde Unterbringung eines Sexualstraftäters in psychiatrischem Krankenhaus 98
2. Europäischer Gerichtshof (EuGH) 98
a) Ursachenzusammenhang zwischen fehlerhaftem Impfstoff und Krankheit: Indizienbündel 98
b) Tätigkeiten eines Zahntechnikers unter Mitwirkung eines Zahnarztes 98
3. Bundesverfassungsgericht (BVerfG) 99
a) Zwangsbehandlung psychisch Kranker im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung 99
b) Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus 99
c) Eintragung in Personenstandsregister bei Intersexualität 99
4. Bundesgerichtshof (BGH) 100
a) Unzulässige Zuwendung durch Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern 100
b) Anforderungen an Überzeugungsversuch vor Zwangsbehandlung 100
c) Zulässigkeit einer ärztlichen Zwangsmaßnahme 101
5. Krankenhäuser 101
a) Einstweiliger Rechtsschutz: Aufnahme in Krankenhausplan 101
b) Sicherstellungszuschlag 101
aa) Anspruchsvoraussetzungen für Sicherstellungszuschlag 101
bb) Maßgeblicher Bezugspunkt: Vorgehaltene Leistungen/Geringer Versorgungsbedarf 102
c) Festsetzung eines Mehrleistungsabschlages für das Budgetjahr 2013 102
d) Geltung der Hygienemedizinverordnung: Infektionsgefahren durch Wundversorgung 102
e) BAG: Gestellung von Rot-Kreuz-Schwestern ist Arbeitnehmerüberlassung 103

6. Krankenkassen: Hinweispflicht auf Sonderkündigungsrecht 103
7. Rettungsdienst 103
a) Genehmigung zur Durchführung von Krankentransport nicht beschränkbar 103
b) Vergabe von Rettungsdienstleistungen: Gefahrenabwehr/Gemeinnützigkeit 103
c) Auskunftsanspruch gegen den Betreiber eines Rettungswagens 104
d) Keine Bekanntgabe der Mobilfunknummer einer Notrufmelderin 104
8. Physiotherapeuten 104
a) Selbständige Tätigkeit einer Physiotherapeutin: Eigene Patienten 104
b) Selbständige Tätigkeit bei Behandlung in fremden Praxisräumen 105
9. Pflegefachkraft: Sozialversicherungspflicht 105
a) Unternehmerrisiko/Entgelthöhe/Eingliederung 105
b) Weisungsrecht im Falle des Einsatzes einer „Honorarkraft“ 105
10. Heilpraktiker 105
a) Heilbehandlung: Therapie zur Gewichtsabnahme mittels Vergabe von Spritzen 105
b) Heilpraktikererlaubnis: Keine Beschränkung auf Ausübung der Osteopathie 106
c) Untersagung jeder weiteren Tätigkeit als Heilpraktiker 106
d) Mündliche Heilpraktikerprüfung: Dauer/Fachbegriffe/Fairnessgebot 106
11. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche 107
a) Ursächlichkeit der Fehlbildungen durch Conterganeinnahme 107
b) Nichtanerkennung einer Funktionsstörung des Gleichgewichtsorgans (Untererregbarkeit) 107
c) „Erscheinungsbild“ der Fehlbildungen 107
12. Sozialrecht 107
a) OEG: Misshandlung im Krankenhaus im Jahr 1965 107
b) Impfschadensrecht 108
aa) Nachweis des Primärschadens im Vollbeweis erforderlich 108
bb) Fehlender Nachweis einer unüblichen Impfreaktion 108
cc) Guillain-Barre-Syndrom nach sog Schweinegrippeimpfung 108
c) Sozialhilfe: Neue Brillengläser keine Reparatur 109
13. Antragsberechtigung eines Ausländers nach Transsexuellengesetz 109
14. Territoriale Begrenzung des Versicherungsschutzes (Brustimplantate-Skandal) 109
15. Anordnung einer Unterbringungsmaßnahme 109
16. Steuerrecht 110
a) Einkommensteuerrecht 110
aa) BFH: Aufwendungen für künstliche Befruchtung (ICSI) als außergewöhnliche Belastungen 110
bb) Aufwendungen für Notbehandlungsraum im selbstgenutzten Wohnhaus 110
b) Umsatzsteuer 110
aa) EuGH: Beschränkung der Umsatzsteuerbefreiung unzulässig 110
bb) BFH: Umsatzsteuerbefreiung für Laborleistungen 110
cc) BFH: Heileurythmie im Rahmen der Integrierten Versorgung als steuerfreie Tätigkeit 110
dd) BFH: Umsatzsteuerbefreiung für Umsätze der ambulanten Pflege (40 %-Grenze) 111
ee) Umsatzsteuerfreiheit ärztlicher Tätigkeiten 111
c) Körperschaftsteuer: Medikamentenabgabe zur ambulanten Behandlung durch Krankenhausapotheke 111

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT 112

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG 119

Redaktion

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank **www.sozialgerichtsbarkeit.de** wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 12.11.2017 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 30.11.2017 - B 6 KA 41/16 R - gibt es **keine gesetzliche oder untergesetzliche Regelung, die eine Vergütung von Zystoskopien außerhalb des RLV vorschreiben würde**. Aus § 115b I Nr 2 SGB V, der die Vereinbarung einheitlicher Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte vorsieht, folgt nicht, dass ein einheitliches Budget zu bilden wäre; § 115b V SGB V a.F. (heute Abs. 4) stellt diese Entscheidung vielmehr in das Ermessen der Vertragspartner. Soweit § 7 I AOP-Vertrag a.F. zunächst eine Vergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vorgesehen hatte, ist die Regelung mit rechtskräftigem Urteil des SG Berlin vom 19.1.2011 (S 79 KA 977/06) aufgehoben worden. Nach BSG, Urt. v. 11.10.2017 - B 6 KA 35, 36 u. 37/17 R - sind die **strukturellen Entscheidungen** im Beschl. des Bewertungsausschusses (BewA) v. 22.09.2015 nicht zu beanstanden, die **empirischen Personalkosten** in die Bewertung der Gebührenordnungspositionen der psychotherapeutischen Leistungen einzubeziehen und die darüber **hinausgehenden normativen Personalkosten mit einer Strukturpauschale abzugelten**. Auch bei dieser Konstruktion ist gewährleistet, dass ein voll ausgelasteter Psychotherapeut über sein Honorar die Kosten für eine Hilfskraft mit einer halben Stelle erhält. Der Senat sieht die Punktzahlgrenzen für die Abrechnung der Zuschlagsziffern als rechtmäßig an, insb. stellen sie keine ungerechtfertigte Bevorzugung der Praxen mit hälftigem Versorgungsauftrag dar. Soweit von der Zuschlagsregelung Anreize ausgehen, den vorhandenen Versorgungsauftrag tatsächlich auszufüllen, ist dies sachgerecht. **Korrekturbedarf** besteht hinsichtlich der **Ermittlung des Einkommens der Vergleichsgruppe**. Der Senat hat klargestellt, dass eine Bereinigung der Vergleichserträge keine sachlich prägenden Leistungen erfassen darf. Vom Umfang her ist eine Leistung immer dann bereits **prägend, wenn aus ihr 5% des Durchschnittshonorars der Fachgruppe generiert wird**. Die Bereinigung um nicht prägende Leistungen darf darüber hinaus **nicht mehr als 5% des Gesamthonorars** ausmachen. Diese Grenze wurde im Beschluss des BewA nicht vollständig beachtet. Geringfügiger Änderungsbedarf besteht auch bei der Festsetzung der **normativen Personalkosten**, deren Datengrundlage sich durch **Tariferhöhungen** zum 1.4.2012 geändert hatten. Die **Quotierung der Vergütung** der nicht genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen sowie der außerhalb der MGV vereinbarten Zuschläge ist entgegen der Auffassung des SG nicht zu beanstanden. Nach BSG, Urt. v. 11.10.2017 - ***B 6 KA 32/17 R*** - ist es grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass der BewA bei der Bemessung der Vergütung für psychotherapeutische Leistungen (Quartal IV/07) stets nur die **Daten verwendet, die für eine prospektive Beurteilung hätten zugrunde gelegt werden können.** Der **Betriebskostenansatz** für das Jahr **2007** war mithin auf der Basis der im Jahr 2006 vorliegenden Daten festzusetzen. **Wenn später neue Erkenntnisse erzielt werden**, hat das nicht zur Folge, dass die Honorare rückwirkend korrigiert werden müssen. Der BewA durfte sich für die Ermittlung der Betriebsausgaben auf Daten des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) stützen. Keine Bedenken bestehen gegen das Vorgehen des BewA, die Betriebskosten der Praxen bei seinen Berechnungen in die Bereiche **Sach− und Personalkosten aufzuteilen**, die empirisch ermittelten Personalkosten von den Betriebskosten abzuziehen und durch einen **normativ ermittelten Betrag für eine Halbtagsbeschäftigung einer Mitarbeiterin** zu ersetzen. Soweit die empirisch ermittelten Personalkosten niedriger sind als die normativ errechneten, sind letztere zu berücksichtigen. **Sind die tatsächlichen Personalkosten höher als die normativ berechneten, müssen indessen die tatsächlichen Kosten berücksichtigt werden.** Dies hat der BewA bei seinem Beschluss bezogen auf das Jahr 2007 nicht beachtet und damit seinen Gestaltungsspielraum überschritten. Schon 2006 lagen Daten des ZI aus den Jahren 2002 bis 2004 vor, aus denen sich höhere Betriebsausgaben als vom BewA berücksichtigt ergaben. Nach BSG, Urt. v. 11.10.2017 - ***B 6 KA 8/16 R*** - ist die **Vergütung** genehmigungspflichtiger **psychotherapeutischer Leistungen** in den **Quartalen I bis IV/11** insofern rechtswidrig, als bei der Neubewertung der Leistungen im Hinblick auf das ab dem 01.01.2009 geltende Recht an das Honorarvolumen für das Jahr 2007 angeknüpft wurde. Die Festsetzungen für die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen im Jahr 2007 war - wie der Senat am 28.06.2017 entschieden hat - nicht rechtmäßig. Dieser Mangel einer teilweise rechtswidrigen Berechnung des Honorarvolumens darf nicht fortgeschrieben werden. Im Übrigen hat das SG richtig gesehen, dass der EBewA eine angemessene Bewertung der Leistungen unter der Geltung des bundeseinheitlichen Orientierungswertes hinreichend gewährleistet hat. Der den Festsetzungen zugrundeliegende Rechenweg ist grundsätzlich nicht zu beanstanden.

Nach BSG, Urt. v. 02.08.2017 - ***B 6 KA 16/16 R*** - muss eine KV auch bei einer hohen Überversorgung im Rahmen der Honorarverteilung dem nicht durch die Zuweisung eines − für alle unterdurchschnittlichen Praxen erhöhten −Punktzahlvolumens Rechnung tragen. Nach BSG, Urt. v. 02.08.2017 - ***B 6 KA 3/17 R*** - (Parallelverfahren: ***B 6 KA 9/17 R***, ***B 6 KA 18/17 R***) ist es für eine unterdurchschnittliche Praxis ausreichend, dass sie den Fachgruppendurchschnitt innerhalb von fünf Jahren erreichen kann. Dass die Erhöhung des RLV von Fallzahlsteigerungen abhängig gemacht wird, ist nicht zu beanstanden. Dagegen kann d. Kl. nicht mit Erfolg einwenden, dass ihm eine Steigerung der Fallzahlen wegen einer erheblichen Überversorgung mit Ärzten seiner Fachgruppe nicht möglich sei. Die dauerhafte Stützung kleiner Praxen mit niedrigen Patientenzahlen über besondere Regelungen zur Honorarverteilung wäre mit dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit außerhalb von Härtefallregelungen grundsätzlich nicht zu vereinbaren. Nach BSG, Urt. v. 02.08.2017 - ***B 6 KA 7/17 R*** - (Parallelverfahren: ***B 6 KA 13/17 R***, ***B 6 KA 21/17 R***) ist eine vorläufig RLV-Zuweisung vor Quartalsbeginn mit der Begründung zulässig, dass die für die Berechnung erforderlichen Vereinbarungen mit den Verbänden der Krankenkassen noch nicht zustande gekommen seien. Das Eingreifen der Regelung des § 87b V 4 SGB V, nach der das der Arztpraxis im Vorquartal zugewiesene RLV bis zur Zuweisung eines neuen RLV fortgilt, wenn ein RLV nicht rechtzeitig vor Beginn des Geltungszeitraums zugewiesen werden kann, kann die KV unter diesen Umständen durch eine vorläufige RLV-Zuweisung vor Beginn des entsprechenden Quartals vermeiden. Allerdings wäre es mit dem in § 87b V SGB V a.F. zum Ausdruck kommenden Prinzip der zukunftsbezogenen RLV-Festsetzung nicht zu vereinbaren, das vorläufig festgesetzte RLV noch einmal rückwirkend zu reduzieren. Nach BSG, Urt. v. 28.06.2017 - ***B 6 KA 36/16 R*** - (Parallelverfahren: ***B 6 KA 29/17 R***) ist es grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass der **BewA** bei der Bemessung der Vergütung für **psychotherapeutische Leistungen** stets nur die **Daten** verwendet, die für eine prospektive Beurteilung hätten zugrunde gelegt werden können. Der **Betriebskostenansatz** für das Jahr **2007** war mithin auf der Basis der im Jahr 2006 vorliegenden

Daten festzusetzen. Wenn später neue Erkenntnisse erzielt werden, hat das nicht zur Folge, dass die Honorare rückwirkend korrigiert werden müssen. Der BewA durfte sich für die Ermittlung der Betriebsausgaben auf Daten des **Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung** (ZI) stützen. Dem steht nicht entgegen, dass andere Studien, die im Verfahren vorgelegt worden sind, insbesondere hinsichtlich der tatsächlichen Personalkosten der psychotherapeutischen Praxen niedrigere Werte ausweisen als das ZI. Im Rahmen der ihm zukommenden Gestaltungsfreiheit darf der BewA sich solange auf die Daten des ZI beziehen, wie nicht auf der Hand liegt, dass diese nicht zutreffend sein können. Die Höhe der empirisch ermittelten **Personalkosten** nach der ZI-Erhebung 2005, die für das **Jahr 2008** herangezogen wurde, hält der Senat in der Gesamtbetrachtung nicht für unplausibel. Keine Bedenken bestehen gegen das Vorgehen des BewA, die Betriebskosten der Praxen bei seinen Berechnungen in die Bereiche **Sach- und Personalkosten aufzuteilen**, die empirisch ermittelten Personalkosten von den Betriebskosten abzuziehen und durch einen **normativ ermittelten Betrag für eine Halbtagsbeschäftigung** einer Mitarbeiterin zu ersetzen. Soweit die empirisch ermittelten Personalkosten niedriger sind als die normativ errechneten, sind letztere zu berücksichtigen. Sind die tatsächlichen Personalkosten höher als die normativ berechneten, müssen indessen die tatsächlichen Kosten berücksichtigt werden. Dies hat der BewA bei seinem Beschluss bezogen auf das **Jahr 2007** nicht beachtet und damit seinen Gestaltungsspielraum überschritten. Schon 2006 lagen Daten des ZI aus den Jahren 2002 bis 2004 vor, aus denen sich höhere Betriebsausgaben als vom BewA berücksichtigt ergaben. Nach BSG, Urt. v. 25.01.2017 - ***B 6 KA 6/16 R*** - SozR 4-2500 § 87b Nr. 9 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*** - SozR 4-2500 § 87b Nr. 10 ist eine KV grundsätzlich berechtigt, Steuerungsmaßnahmen hinsichtlich der Leistungen, die außerhalb von Regelleistungsvolumina (RLV), aber innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet wurden (**Vorwegleistungen**), zu ergreifen. Dazu durfte für diese Leistungen ein Honorarkontingent gebildet und eine **Quotierung** eingeführt werden. Die Bildung gesonderter Kontingente, insbesondere für überweisungsgebundene Leistungen, war nicht zwingend erforderlich. Voraussetzung für die Quotierung war auch nicht, dass eine Mengenausweitung bei den Vorwegleistungen konkret nachgewiesen wurde. Verlagerungen zwischen dem hausärztlichen und fachärztlichen Bereich in Folge der Laborreform 2008 hat die KV zum Quartal I/10 berücksichtigt, indem sie die allgemeinen Laborleistungen unquotiert vergütet hat. Für die beiden Vorquartale war die Honorarverteilung insofern unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung gerechtfertigt.

1. Vergütung ab 2012

a) Behebung abstrakt-struktureller Versorgungsdefizite keine Aufgabe der Honorarverteilung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.10.2017 - L 5 KA 1744/15 **RID 17-04-1**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Leitsatz: Honorarverteilungsrechtliche Sicherstellungstatbestände (wie Ausnahmen von der Honorarabstaffelung aus Sicherstellungsgründen) haben im Unterschied zu statusrechtlichen (Sonder-)Bedarfstatbeständen konkret arzt- bzw. praxisbezogene Bedarfslagen und nicht abstrakt-strukturelle Versorgungsdefizite im Planungsbereich zum Gegenstand; die Behebung solcher Defizite ist Aufgabe der Zulassungsgremien und nicht der Kassenärztlichen Vereinigung.

Der kl. Facharzt für Psychiatrie begehrte höheres Honorar für die Quartale III/11, I/12 und II/12 durch unquotierte (ungekürzte) Vergütung der in diesen Quartalen erbrachten Leistungen. ***SG Stuttgart***, Urt. v. 11.03.2015 - S 20 KA 4199/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Keine Erhöhung des QZV-Fallwerts bei fachgruppentypischen Leistungen

SG Marburg, Urteil v. 16.08.2017 - S 12 KA 599/16 **RID 17-04-2**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Leitsatz: Eine **Erhöhung des QZV-Fallwerts** (hier: QZV 58 <Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld>) kommt bei **fachgruppentypischen Leistungen** nicht in Betracht. Von solchen fachgruppentypischen Leistungen ist jedenfalls auszugehen, wenn die Leistungen von mehr als der Hälfte der Ärzte der Fachgruppe über vier Quartale hinweg erbracht werden.

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

c) Hausarzt mit partieller fachärztlicher Versorgung und RLV

SG Kiel, Urteil v. 09.08.2017 - S 2 KA 563/14 **RID 17-04-3**
juris
SGB V §§ 73 Ia, 87b

Leitsatz: Leistungen eines **Hausarztes** mit Sonderbedarfszulassung zur **partiellen Teilnahme** an der **fachärztlichen Versorgung** nach § 73 Abs. 1a S. 3 SGB V dürfen innerhalb des **Regelleistungsvolumens** vergütet werden.

Die Beteiligten streiten über die Honorierung des Kl. in den Quartalen II/11 bis I/12. Das ***SG*** wies die Klage ab.

d) Arztgruppenspezifische Quote

SG Kiel, Urteil v. 24.10.2017 - S 2 KA 593/14 **RID 17-04-4**
juris
SGB V § 87b

Leitsatz: Eine Kassenärztliche Vereinigung kann im Rahmen ihres Honorarverteilungsmaßstabes **zukunftsgerichtet Faktoren** berücksichtigen, die das **Leistungsverhalten** einer Facharztgruppe in der **Vergangenheit** widerspiegeln.
Eine Kassenärztliche Vereinigung kann im Rahmen ihres Honorarverteilungsmaßstabes auf das Leistungsverhalten eines Arztes in der Vergangenheit abstellen und dabei mehrere **rechnerische Parameter** berücksichtigen.

Das ***SG*** wies die Klage des hausärztlich tätigen Internisten gegen die PZV-Mitteilung u. den Honorarbescheid für das Quartal II/14 ab.

2. Vergütung Quartal I/09 bis IV/11

a) Regelleistungsvolumen

aa) Verminderung des RLV wegen Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.10.2017 - L 5 KA 1251/14 **RID 17-04-5**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 73b, 87b

Leitsatz: Die in den Quartalen 1/2009 und 2/2009 durchgeführte Bereinigung des Regelleistungsvolumens wegen **Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV)** nur bei den HzV-Ärzten und nicht bei allen Hausärzten ist rechtlich zulässig gewesen.

Die kl. hausärztliche BAG begehrte höheres Honorar für das Quartal I/09; sie wandte sich gegen die Bereinigung (Verminderung) des RLV wegen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung. ***SG Stuttgart***, Urt. v. 15.02.2012 - S 20 KA 7296/10 - verurteilte zur Neubescheidung und wies die Klage im Übrigen ab, das ***LSG*** wies die Berufung d. Kl. zurück.

bb) Aufschlag von 10 % für BAG: Allgemeinmedizinerin u. psychotherapeutisch tätige Ärztin ohne RLV

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 06.11.2017 - S 12 KA 691/16, S 12 KA 37/17 **RID 17-04-6**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Leitsatz: Das Regelleistungsvolumen (RLV) in einer **fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft** ist für die Quartale bis II/11 auch dann zu erhöhen, wenn die weitere Ärztin **ausschließlich psychotherapeutisch** tätig ist und **kein RLV zugewiesen** erhält. Ab dem Quartal III/11 muss jedoch auch die weitere Ärztin dem RLV unterliegen.

Die Beteiligten streiten um eine Sonderregelung zum RLV u. QZV für die sieben Quartale III/10 bis I/12 und hierbei noch um die Bewilligung eines Aufschlags von 10 % für Berufsausübungsgemeinschaften. Der kl. BAG gehören ein Facharzt für Allgemeinmedizin mit einem ganzen Versorgungsauftrag und eine Fachärztin für Allgemeinmedizin, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig ist, mit einem hälftigen Versorgungsauftrag an.

Das ***SG*** verpflichtete die Bekl., die Kl. für die Quartale III/10 bis II/11 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden, und wies im Übrigen die Klage ab.

cc) Nuklearmediziner: Herzfunktionsdiagnostik keine Spezialleistung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 06.09.2017 - L 3 KA 46/14 **RID 17-04-7**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 70/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 87 I, 87b

Leitsatz: Herzdiagnostische Leistungen, insbesondere die **Herzfunktionsdiagnostik** nach den EBM-Nrn. 17332 und 17333, sind keine Spezialleistungen für **Nuklearmediziner**, sodass sie nicht Gegenstand einer **Praxisbesonderheit** bei der Bemessung des Regelleistungsvolumens sein können.

Die Beteiligten streiten über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten bei der Bemessung des Regelleistungsvolumens für die Quartale I/11 bis IV/12. ***SG Hannover***, Urt. v. 12.02.2014 - S 65 KA 631/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

Aus den Gründen:

(…) 32 cc) Bei den Leistungen nach den GOP 17330 bis 17333 und 17363 EBM handelt es sich jedoch nicht um spezielle, sondern um fachgruppentypische Leistungen der Nuklearmediziner, bei denen eine gehäufte Erbringung nicht auf eine versorgungsrelevante Besonderheit schließen lässt.

33 Nach der Rechtsprechung des BSG ist für die Abgrenzung zwischen fachgruppentypischen und speziellen Leistungen darauf abzustellen, ob die betroffenen Leistungen **im EBM als spezieller Leistungsbereich ausgewiesen** sind, insbesondere dort zu den arztübergreifend erbrachten speziellen Leistungen gehören. Hierbei wird es sich typischerweise um Leistungen handeln, die eine besondere (Zusatz-)Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 66). Daneben hat das BSG - unter Bezugnahme auf seine Rechtsprechung zur Zulässigkeit der auf Einzelleistungen bezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten - darauf abgestellt, **ob 50 % oder mehr der zur Fachgruppe gehörenden Ärzte** die entsprechenden Leistungen abrechnen (Urteil vom 29. Juni 2011 - B 6 KA 18/10 R - juris).

34 Bei Berücksichtigung dieser Kriterien können die Leistungen der GOP 17330 bis 17333 und 17363 EBM nur als **fachgruppentypische Leistungen der Nuklearmedizin** angesehen werden. Hierfür spricht, dass diese Leistungen **im EBM keinem gesonderten Bereich zugewiesen** sind - insbesondere nicht den arztgruppenübergreifenden speziellen GOP in Abschnitt IV -, sondern in das Kapitel über arztgruppenspezifisch-nuklearmedizinische GOP (Nrn 17210 bis 17373) eingebettet sind. Dies galt in gleicher Weise schon für den bis 31. März 2005 geltenden EBM aF (dort Nrn 5402 bis 5413 innerhalb der nuklearmedizinischen Positionen 5400 bis 5497).

35 Hieran ändert für die herzfunktionsdiagnostischen GOP (Nrn 17332 und 17333 EBM) nichts, dass diese Leistungen im hier maßgeblichen Zeitraum **nur von einer relativ geringen Zahl von Nuklearmedizinern abgerechnet** worden sind, nämlich (in den Quartalen II/2010 bis II/2011) von lediglich 11 bis 18 (von insgesamt bis zu 59 Nuklearmedizinern in Niedersachsen <vgl die Honorarstatistik der Beklagten im NdsÄBl 2011, Heft 5, S 41>). Denn auch diese Leistungen gehören **definitionsgemäß zum Kernbestand des nuklearmedizinischen Leistungsspektrums**. Wie sich (ua) aus Abschnitt IV.27 der seit Juni 2004 geltenden **Weiterbildungsordnung** der Ärztekammer Niedersachsen ergibt, umfasst die Nuklearmedizin die „Anwendung radioaktiver Substanzen und kernphysikalischer Verfahren in der Medizin zur Funktions- und Lokalisationsdiagnostik …". Angesichts dessen wäre nicht nachvollziehbar, warum die Funktionsdiagnostik des Herzens mittels nuklearmedizinischer Substanzen demgegenüber ein Sondergebiet darstellen sollte.

36 Im Übrigen hat der Kläger selbst dargelegt, dass die relativ geringe Zahl der Abrechner die Folge davon ist, dass im hier streitbefangenen Zeitraum noch nicht jedem Nuklearmediziner die aktuell eingesetzte, aber relativ neue Methode der gated SPECT-Untersuchung zur Herzfunktionsdiagnostik vertraut gewesen ist und dass Nuklearmediziner ihre Praxis häufig auf unterschiedliche Schwerpunkte (neben den kardiologischen Untersuchungen zB Untersuchungen der Schilddrüse) konzentrieren. Die heterogene Praxisausrichtung der Fachgruppe bleibt im vorliegenden Zusammenhang aber unbeachtlich, weil nach den Vorgaben des BewA für die gesamte Fachgruppe ein einheitliches RLV mit einem arztgruppenspezifischen Fallwert vorgesehen ist, in den alle Leistungen der Fachgruppe einfließen (vgl Teil F Abschnitt I Nr 3.2.1 iVm Anl 7 des BewA-Beschlusses vom 26. März 2010). Wie bereits unter aa) ausgeführt, können Mitglieder der Arztgruppe, die ihren Schwerpunkt auf besonders hoch bewertete Leistungen ihres Gebiets - wie die nuklearmedizinische Herzdiagnostik - gelegt haben, deshalb nicht unter Hinweis hierauf eine Erhöhung ihres RLV beanspruchen. (…)"

dd) Richtigstellung eines RLV nach Reduzierung des Versorgungsauftrags

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.10.2017 - L 5 KA 3809/15 **RID 17-04-8**

Revision anhängig: B 6 KA 65/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Leitsatz: Die Kassenärztliche Vereinigung darf die im **RLV-Zuweisungsbescheid** verfügte RLV-Festsetzung im Honorarbescheid nach Maßgabe der für die Honorar-Richtigstellung geltenden Vorschriften (§ 106a SGB V a.F. bzw. § 106d SGB V n.F.) **richtigstellen** (RLV-Richtigstellung). Wegen der Zukunftsbezogenheit der RLV-Zuweisung sind die Grundsätze zum **Vertrauensschutz** bei nachgehender Honorar-Richtigstellung für die nachträgliche RLV-Richtigstellung zu modifizieren; Vertrauensschutz findet jedenfalls nicht statt, wenn der Vertragsarzt den Grund für die nachträgliche RLV-Richtigstellung gekannt hat (hier: **Verminderung des Tätigkeitsumfangs** eines angestellten Arztes im Abrechnungsquartal).

Die kl. Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten begehrte höheres Honorar für das Quartal I/09. ***SG Stuttgart***, Urt. v. 23.05.2015 - S 4 KA 5134/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., das

Honorar der Kl. für das Quartal I/09 unter Anwendung eines RLV festzusetzen, das nach einem arztgruppenspezifischen RLV-Fallwert von 17,08 € berechnet wird, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

b) Fallzahlsteigerung und QZV

SG Kiel, Urteil v. 24.10.2017 - S 2 KA 509/15 **RID 17-04-9**
juris
SGB V §§ 85, 87b

Leitsatz: Die Rechtsprechung des BSG zum einjährigen Moratorium bei der **Fallzahlsteigerung** im **Regelleistungsvolumen** (RLV) und zur Höhe des RLV-Fallwertes (BSG, Urt. v. 11.12.2013 - B 6 KA 6/13 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 29) ist auf die Bewertung des **qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens** (QZV) übertragbar, da RLV und QZV ein ausschöpfbares Gesamtvolumen bilden.

Das ***SG*** wies die Klage eines Chirurgen gegen die RLV/QZV-Mitteilung und den Honorarbescheid für das Quartal I/11 ab.

c) Quotierung nephrologischer Leistungen (KV Hessen)

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 18.10.2017 - S 12 KA 4/17 WA **RID 17-04-10**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Leitsatz: Die Quotierung nephrologischer Leistungen als sog. freie Leistungen („Ausgleichsindex 100“ nach dem Honorarverteilungsvertrag der KV Hessen im Quartal IV/10) ist nicht zu beanstanden.

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

d) Ausgleichszahlung: Vergleich mit dem Vorvorjahresquartal

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 09.08.2017 - L 3 KA 39/14 **RID 17-04-11**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Für eine **Ausgleichszahlung** bei einem 15 %igen Honorarverlust kann auf einen Vergleich mit dem **Vorvorjahresquartal** abgestellt werden. Mit dem Beschluss in seiner 215. Sitzung hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 01.01.2010 die Vorgaben entsprechend geändert. Ein Verstoß gegen das Verbot einer echten **Rückwirkung** von Normen liegt nicht vor, weil die Änderung nicht konstitutiv, sondern nur deklaratorisch erfolgte.

Die aus zwei Fachärzten für Allgemeinmedizin bestehende BAG begehrte eine Ausgleichszahlung wegen Honorarverlusten im Quartal I/10. ***SG Hannover***, Urt. v. 12.04.2014 - S 65 KA 39/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

e) Ausgleichszahlungen wegen Härtefalls: Antragserfordernis/Vorjahresquartalsvergleich

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.10.2017 - L 5 KA 1868/14 **RID 17-04-12**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 82/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Leitsatz: Die Anerkennung und Bewertung von **Praxisbesonderheiten** muss bei der Kassenärztlichen Vereinigung (substantiiert) **beantragt** werden; ein hierauf gerichtetes Verwaltungsverfahren findet nicht von Amts wegen und auch nicht auf einen Antrag des Vertragsarztes auf Gewährung von Stützungszahlungen wegen Härtefalls statt.

Der in honorarverteilungsrechtlichen **Härtefallregelungen** regelmäßig vorgesehene **Vorjahresquartalsvergleich** ist zulässig. Darüber hinausgehende Härtefallregelungen, die die wirtschaftliche Entwicklung der Vertragsarztpraxis über Jahre hinweg zum Gegenstand haben, sind nicht notwendig.

Die mit der Verpflichtungsklage begehrte Leistung (wie die Anerkennung und Bewertung von Praxisbesonderheiten) muss vor Klagerhebung bei der Verwaltungsbehörde beantragt werden. Das

Erfordernis der **Vorgängigkeit des (Behörden-)Antrags** stellt eine nicht nachholbare Klagevoraussetzung dar.

Der kl. Facharzt für Radiologie und Nuklearmedizin begehrte höheres Honorar für die Quartale I bis IV/09 durch unquotierte (ungekürzte) Vergütung der in diesen Quartalen erbrachten Leistungen, hilfsweise durch Gewährung eines arztindividuellen Aufschlags auf den RLV-Fallwert infolge Praxisbesonderheiten bzw. die Gewährung von Ausgleichszahlungen (Honorarstützung) wegen Härtefalls. ***SG Stuttgart***, Urt. v. 19.02.2014 - S 11 KA 1178/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 30.11.2017 - ***B 6 KA 33/16*** R - betrifft die **sachliche Richtigkeit** einer Abrechnung umfassend die Frage, **ob abgerechnete Leistungen im Einklang mit allen maßgeblichen normativen Vorgaben (mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots) erbracht worden sind**. Dementsprechend kann auch eine Abrechnung quantitativ über den bestehenden Versorgungsauftrag hinaus erbrachter **belegärztlicher Leistungen** Gegenstand einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung sein. Dass das belegärztlich tätige Mitglied der Kl. mit seinen stationären Behandlungen im streitigen Zeitraum **den Umfang des ihm genehmigten stationären Versorgungsauftrags überschritt**, ergibt sich bereits aus dem bindend gewordenen **Bescheid** über dessen Belegarztanerkennung, **die auf eine Versorgung von fünf HNO-Betten beschränkt war**. Eine Erweiterung des Versorgungsauftrags, die nur im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden hätte erteilt werden können, war nicht beantragt worden. Unabhängig hiervon sind bei der belegärztlichen Tätigkeit stets auch die Beschränkungen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses nach Maßgabe der landesrechtlichen Festsetzungen der Krankenhausplanung zu beachten, zumal die Versicherten nur in diesem Rahmen Anspruch auf Krankenhausbehandlung haben. Das gilt auch für Belegärzte, die nach § 103 VII SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen wurden. Nicht zu beanstanden ist, dass die Beklagte den **Umfang** der den Versorgungsauftrag **überschreitenden belegärztlichen Leistungen** nach dem Verhältnis der maximal im Quartal zur Verfügung stehenden Bettentage und den tatsächlich genutzten Bettentagen ermittelte. Eine individuelle Bestimmung der zu viel erbrachten Leistungen in den einzelnen Behandlungsfällen war nicht geboten. Die Klägerin kann sich auch nicht auf Vertrauensschutz berufen. Allein der Umstand einer zunächst unbeanstandeten Vergütung begründet **keinen Vertrauensschutz**. Besondere Umstände, aus denen die Klägerin berechtigterweise hätte schließen können, dass die Beklagte die Einhaltung der in der Belegarztanerkennung festgesetzten Bettenzahl nicht für geboten erachte, waren nicht erkennbar. Nach BSG, Urt. v. 28.06.2017 - ***B 6 KA 12/16 R*** - können die Gesamtvertragsparteien keine Vereinbarung treffen, nach der allein **Vertragsärzte im Bereitschaftsdienst** Anspruch auf eine **zusätzliche Vergütung** in Höhe von 4,70 € (am Tag) bzw. 8,33 € (in der Nacht) pro Stunde haben, da dies gegen Art. 3 I GG verstößt. Mit der Beschränkung auf Vertragsärzte werden **Krankenhäuser**, die eine Notfallambulanz betreiben, **diskriminiert**. Gleichwohl war die bekl. KV nicht zu verurteilen, über die Honoraransprüche der Kl. neu zu entscheiden. Die **regionalen Vertragspartner** sind nicht berechtigt, entsprechende Vergütungstatbestände zu regeln und damit die Bestimmungen zur Notdienstvergütung aus dem bundesweit geltenden EBM für vertragsärztliche Leistungen zu modifizieren. Weil die Kl. keinen Anspruch auf „Gleichbehandlung im Unrecht" hat, konnte ihre Klage trotz des Gleichheitsverstoßes keinen Erfolg haben. Nach BSG, Urt. v. 10.05.2017 - ***B 6 KA 9/16 R*** - ist für **Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung** gesetzlich ausdrücklich geregelt, dass für die Krankenkassen dieselben Rechtsbehelfe gelten wie für die betroffenen Ärzte, weshalb ein **Widerspruchsverfahren durchzuführen** ist. Auch für Konstellationen, in denen für die Entscheidung über einen Regress kein paritätisch besetztes Gremium, sondern die KZV zuständig ist, gilt nichts Anderes. Die Versorgung mit implantatgestütztem Zahnersatz in den in der Zahnersatz-Richtlinie genannten Ausnahmefällen gehört zur **Regelversorgung**. Die entsprechende Regelung in der Zahnersatzrichtlinie ist wirksam. Deshalb kann der Regressanspruch hier nicht damit begründet werden, dass es sich bei dem Zahnersatz um eine andersartige Versorgung handeln würde, die nicht über die beklagte KZÄV hätte abgerechnet werden dürfen. Steht bei der **Genehmigung des Heil- und Kostenplans** für die kl. Krankenkasse fest, dass in dem Rechnungsbetrag Verbindungselemente enthalten sein müssen, ohne die der implantatgestützte Zahnersatz nicht eingegliedert werden kann, steht einem Berichtigungsbegehren der Krankenkasse das **Verbot des Venire contra factum proprium entgegen**, wenn sie später geltend macht, dass in dem Rechnungsbetrag Kosten (hier: für Verbindungselemente) enthalten seien, die nicht dem Zahnersatz, sondern dem Implantat zuzuordnen seien. Die **Bindungswirkung des genehmigten Heil- und Kostenplans** würde entwertet, wenn der Krankenkasse die Möglichkeit eingeräumt würde, einen maßgeblichen Teil der - in Übereinstimmung mit den normativen Vorgaben abgerechneten - Kosten nachträglich für nicht über den Festbetrag abrechnungsfähig zu erklären. Nach BSG, Urt. v. 30.11.2016 - ***B 6 KA 17/15 R*** - findet das sog **Splittingverbot** auch in der Konstellation Anwendung, in der ein **MKG-Chirurg in einer BAG mit Zahnärzten** tätig wird, die nicht auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

1. Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung

a) Nebeneinanderabrechnung Ordinationskomplex/Gesprächsleistung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 13.06.2017 - L 4 KA 16/14 **RID 17-04-13**

Revision anhängig: B 6 KA 44/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a

Es ist zu berücksichtigen, dass die Abrechnung der Nr. 18220 EBM nach der Beschreibung ihrer Leistungslegende fordert, dass eine **Beratung**, Erörterung und/oder Abklärung mindestens 10 Minuten dauern muss und je vollendete 10 Minuten abgerechnet werden kann; wenn diese Leistung neben der

Ordinationsgebühr nach Nr. 18210 bis 18212 EBM abgerechnet wird, muss die Arzt-Patienten-Kontaktzeit mindestens 20 Minuten betragen haben. Die Einhaltung dieser Leistungszeit kann nur dann aussagekräftig geprüft werden, wenn im Fall der Nebeneinanderabrechnung dieser Leistung in das Tageszeitprofil eine Gesamtzeit von 20 Minuten eingestellt wird.
Es ist im Wege der **Schätzung** gerechtfertigt, dass **alle abgerechneten Leistungen** der Nr. 18220 EBM an den Tagen, an denen diese Leistung neben den Ordinationskomplexen abgerechnet wurde, als unvollständig erbracht angesehen werden.

SG Kiel, Gerichtsb. v. 30.01.2014 - S 14 KA 314/10 - wies die Klage gegen eine Honorarberichtigung aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Prüfzeiten für Akupunktur/Kein Vertrauenstatbestand durch Eigenhinweis

LSG Hessen, Urteil v. 13.09.2017 - L 4 KA 65/14 **RID 17-04-14**

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a

Leitsatz: 1. Die im Anhang 3 zum EBM-Ä 2000plus festgelegten **Prüfzeiten** sind bundeseinheitliche Messgrößen, die für Vertragsärzte und Kassenärztliche Vereinigungen verbindlich sind.
2. Die Angaben zum Zeitaufwand sind in einem gerichtlichen Verfahren nur **eingeschränkt überprüfbar**, der weite Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses bei der Aufstellung des EBM-Ä als Rechtsnorm in Form von Normsetzungsverträgen ist zu beachten.

Der kl. Facharzt für Neurologie und Psychiatrie wandte sich gegen eine Honorarrückforderung über 177.064,30 € aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung der Honorarabrechnungen für die Quartale II/07 - IV/11. ***SG Marburg***, Urt. v. 28.05.2014 - S 11 KA 572/12 - RID 14-03-13 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

2. Job-Sharing: Verbindlichkeit der Obergrenze/Vertrauensschutz

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 06.09.2017 - S 12 KA 300/16 **RID 17-04-15**

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 48/17 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 101 I 1 Nr. 5; SGB X § 44 II; BedarfsplRL §§ 40, 42, 44

Leitsatz: 1. Ist ein Verfahren zur Änderung der Punktzahlobergrenze ohne Erfolg durchgeführt worden, so bleibt es bei der **Verbindlichkeit** der ursprünglich festgesetzten **Obergrenze**. Auf das Leistungsspektrum der Job-Sharing-Praxis oder dessen Veränderung kommt es im Rahmen einer Berichtigung wegen Überschreitens der Obergrenze nicht an.
2. **Vertrauensschutz** ist über die in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts anerkannten Konstellationen hinaus nicht zu gewähren, insb. nicht durch eine Ausnahme von der honorarrechtlichen Fallzahlzuwachsbegrenzung, die keinen Zusammenhang zu dem Jobsharing sowie dem hierdurch bedingten Gesamtpunktzahlvolumen erkennen lässt.

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Honorarberichtigung wegen Überschreitung des Praxisumfangs im Rahmen eines sog. Job-Sharings für die Quartale IV/04 bis III/07 (6., 7. und 8. Leistungsjahr) in Höhe von 173.684,06 € brutto bzw. 168.626,04 € netto und für die Quartale IV/07 bis III/09 (9. und 10. Leistungsjahr) in Höhe von 66.332,23 € bzw. 64.185,99 €, zusammen in Höhe von 240.016,29 € brutto bzw. 232.812,03 € netto. Das ***SG*** wies die Klagen ab.

3. Weiterbildungsassistent: Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs

a) Zuordnung des Weiterbildungsassistenten/Beweislast

SG Berlin, Urteil v. 13.09.2017 - S 83 KA 109/15 **RID 17-04-16**

juris
SGB V §§ 98 II Nr. 13, 106a II 1; Ärzte-ZV § 32 III

Leitsatz: Zur Frage der Vergrößerung der Kassenpraxis i.S.d. § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV bei **kooperativer Ausübung** der vertragsärztlichen Tätigkeit.

Liegt eine Vergrößerung der Kassenpraxis i.S.d. § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV vor, muss die Beklagte **nachweisen**, dass die Beschäftigung des Weiterbildungsassistenten der Vergrößerung der Kassenpraxis dienen soll.

Das ***SG*** gab der Klage des Facharztes für Orthopädie, der 2 bis 3 angestellte beschäftigte, statt.

b) Übergroßer Praxisumfang nicht schon bei Doppeltem des Fachgruppendurchschnitts/Beweislast

SG Berlin, Urteil v. 13.09.2017 - S 83 KA 423/14 **RID 17-04-17**

juris

SGB V §§ 85 IV, 98 II Nr. 13, 106a, 106d; Ärzte-ZV §§ 19 III, 32 II, III

Leitsatz: 1. Von einem **übergroßen Praxisumfang** i.S. des § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV ist im Fall einer Hausarztpraxis nicht schon dann auszugehen, wenn die Fallzahlen des Vertragsarztes das Doppelte des Fachgruppendurchschnitts überschreiten.
2. Liegt ein übergroßer Praxisumfang i.S. des § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV vor, muss die Beklagte **nachweisen**, dass die Beschäftigung des Weiterbildungsassistenten der Aufrechterhaltung des übergroßen Praxisumfangs dient.

Das ***SG*** gab der Klage der Fachärztin für Allgemeinmedizin statt.

4. Zytologischer Arbeitsplatz als einheitlicher Ort der Leistungserbringung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 18.07.2017 - L 4 KA 17/15 **RID 17-04-18**

Revision anhängig: B 6 KA 61/17 R

juris

SGB V § 106a; Zytologie-Vb

Erweckt die KV durch jedenfalls **missverständliches Verwaltungshandeln** den Eindruck, als könne ein Vertragsarzt zytologische Leistungen in seinem Privathaus als Nebenbetriebsstätte weiter erbringen, so steht **Vertrauensschutz** einer sachlich-rechnerischen Berichtigung entgegen. Dies ist der Fall, wenn zwar mit Widerspruchsbescheid die Erteilung einer Genehmigung für die Nebenbetriebsstätte abgelehnt wird, in zeitlicher Nähe dazu sie aber eine Abrechnungsnummer für zytologische Untersuchungen in der Nebenbetriebsstätte erteilt. Die KV wäre gehalten gewesen, den Vertragsarzt auf ihr bekannte Risiken hinsichtlich der Honorarabrechnung, nämlich die Nichtabrechenbarkeit von Leistungen, die in der Nebenbetriebsstätte erbracht werden, in der möglichen und gebotenen Klarheit hinzuweisen.
Auch die Erledigung von Teilarbeiten bzw. vorbereitenden Tätigkeiten an einem nicht von der Genehmigung nach § 2 Zytologie-Vb erfassten Ort schließt insgesamt die rechtmäßige Erbringung zytologischer Leistungen aus. Der **zytologische Arbeitsplatz** i.S.v. § 5 Zytologie-Vb ist als **einheitlicher Ort** der Leistungserbringung zu sehen und ist nicht auftrennbar in Räumlichkeiten, die der KV bekannt und genehmigt sein müssen und solche, die der KV nicht bekannt sein müssen und nicht der Genehmigungspflicht unterliegen.

SG Kiel, Urt. v. 18.05.2011 - S 14 KA 66/08 - hatte die Klage auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung zytologischer Untersuchungen in von seiner Praxis getrennten Räumlichkeiten seines Privathauses abgewiesen, LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 14.01.2014 - L 4 KA 24/11 - 14-03-23 stellte fest, dass der Bescheid v. 26.03.2008 und der Widerspruchsbescheid v. 18.06.2008 rechtswidrig gewesen sind. BSG, Urt. v. 13.05.2015 - B 6 KA 23/14 R - SozR 4-5520 § 32 Nr. 5 hatte auf die Revision der Bekl. den Antrag des Kl. auf Feststellung der Rechtswidrigkeit des Bescheides abgewiesen. Der kl. Gynäkologe wehrte sich nunmehr gegen eine sachlich-rechnerische Korrektur der ihm für die Quartale III/08-II/11 erteilten Honorarbescheide im Umfang von insgesamt 2.796.779,88 €. ***SG Kiel***, Urt. v. 24.02.2015 wies die Klage ab, das ***LSG*** hob den angefochtenen Bescheid insoweit auf, als die Bekl. eine sachliche rechnerische Berichtigung auch für die Quartale III/08-I/09 vorgenommen hat. Im Übrigen wies es die Berufung zurück.

5. Fehlende Vorlage der Dokumentation: Eindeutige Nachfrage der KV

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 06.09.2017 - L 3 KA 108/14 **RID 17-04-19**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 106a, 295 Ia; SGB X § 21 II

Leitsatz: 1. Die Berechnung der **EBM-Ziffer 30731** setzt - anders als die der früheren EBM-Nr. 443 - nicht voraus, dass eine fachspezifische **Dokumentation** (nach Nr 5 der Präambel 5.1 zu den anästhesiologischen Gebührenordnungspositionen) erstellt worden ist.
2. Eine Kassenärztliche Vereinigung kann aus der **fehlenden Vorlage der Dokumentation** bestimmter vertragsärztlicher Leistungen im Rahmen der nachgehenden Honorarprüfung nur dann den Schluss ziehen, die Leistung sei nicht erbracht worden, wenn sie dem Vertragsarzt zuvor unmissverständlich mitgeteilt hat, welche Mitwirkungshandlungen insoweit von ihm erwartet werden.

Die Bekl. berichtigte die Honorarbescheide für die Quartale II/05 bis IV/06. Daraus ergab sich für das Quartal IV/06 im Hinblick auf die Leistungen nach Ziff. 30731 EBM eine Rückforderung vertragsärztlichen Honorars. Der Kl. habe teilweise Leistungen abgerechnet, ohne den Leistungsinhalt vollständig erfüllt zu haben. In Bezug auf Ziff. 30731 EBM sei der Nachweis der obligaten Leistungsinhalte (kontinuierliches EKG-Monitoring und kontinuierliche Pulsoxymetrie) nicht erbracht worden, da keine Dokumentationen eingereicht worden seien. ***SG Hannover***, Urt. v. 15.10.2014 - S 24 KA 308/10 - wies die Klage ab, das ***LSG*** hob den angefochtenen Bescheid auf, soweit damit der Honorarbescheid für das Quartal IV/06 im Hinblick auf die Vergütung von Leistungen nach Ziff. 30731 EBM aufgehoben und das darauf entfallende Honorar in Höhe von 14.131,64 € zurückgefordert worden ist.

6. Vertrauensschutz durch Genehmigung für fachfremde Leistung (Akupunktur)

LSG Hamburg, Urteil v. 15.03.2017 - L 5 KA 18/15 **RID 17-04-20**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 49/17 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a; SGB X § 39 II

Parallelentscheidung zu LSG Hamburg, Urt. v. 15.03.2017 - L 5 KA 16/15 - RID 17-03-25, Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 47/17 R:
Die Erbringung von Akupunkturleistungen nach Nr. 30790 und 30791 EBM ist für einen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe **fachfremd**. Eine im Februar 2007 erteilte bestandskräftige Genehmigung bleibt aber wirksam und begründet **Vertrauensschutz**.
Mit der Abrechnung ist eine der in den Nr. 30790 und 30791 genannten **Diagnosen** mitzuteilen.

SG Hamburg, Gerichtsb. v. 14.09.2015 - S 27 KA 15/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. unter Abänderung des Honorarbescheids für das Quartal II/13 weiteres Honorar in Höhe von 5.142,75 € zu zahlen. Im Übrigen wies es die Berufung zurück.

7. Individuell fehlerhafte Rechtsanwendung der KV

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 16.08.2017 - S 12 KA 681/16 **RID 17-04-21**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB X §§ 38, 45 II, IV

Leitsatz: 1. In der Konstellation einer **individuell fehlerhaften Rechtsanwendung** der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) bei Erlass des ursprünglichen Honorarbescheides können Honorarberichtigungen nach den einschlägigen bundesmantelvertraglichen Vorschriften über die nachträgliche Korrektur von anfänglich rechtswidrigen Honorarbescheiden durchgeführt werden, im Rahmen des Berichtigungsverfahrens sind aber die speziellen **Vertrauensschutztatbestände** des § 45 Abs. 2 i. V. m. Abs. 4 SGB X entsprechend heranzuziehen (vgl. BSG, Urt. v. 30.06.2004 - B 6 KA 34/03 R - BSGE 93, 69 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 11, juris Rdnr. 30-36).
2. Von einer individuell fehlerhaften Rechtsanwendung ist auszugehen, wenn die KV bei der ursprünglichen Budgetberechnung nach ihrem eigenen Vortrag eine **fehlerhafte Berechnungsweise** angewandt und für die Errechnung des Gesamtbudgets das Netto-Honorar der jeweiligen Polikliniken anstatt des Brutto-Honorars zugrunde gelegt hat. Ein Fehler nach § 38 SGB X liegt damit keinesfalls vor.

Die bekl. KV berichtigte mit Bescheid vom 13.06.2001 die Vergütung des kl. Universitätsklinikums, weil das Poliklinikbudget 1997 fehlerhaft berechnet worden sei. Nach fristgerechter Einlegung des Widerspruchs und

Begründung im Jahr 2001 wies die Bekl. mit Widerspruchsbescheid vom 26.10.2016 den Widerspruch als unbegründet zurück. SG Marburg, Beschl. v. 09.12.2016 - S 12 KA 698/16 ER - RID 17-01-27 stellte die aufschiebende Wirkung der Klage wieder her. Das ***SG*** gab nun der Klage statt.

8. Radiofrequenzdenervierungen und Nr. 31257 EBM

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.10.2017 - L 5 KA 1619/16 RID 17-04-22

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

Leitsatz: Vertragsärztliche Vergütungsbestimmungen des **EBM** (einschließlich in Bezug genommener OPS-Nrn. des DIMDI) sind streng wortlautbezogen **auszulegen**. Der Leistungsinhalt einer **Exzision** i.S.d. GOP 31257 EBM i.V.m. OPS 5-035.7 erfordert einer chirurgischen Eingriff mit Entfernung von Gewebe. Dieser Leistungsinhalt wird bei einer **Radiofrequenzdenervierung** nicht erbracht.

Der kl. Facharzt für Orthopädie wandte sich gegen eine im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung verfügte Honorarkürzung für die Quartale I/11 bis II/12 im Hinblick auf die Durchführung von Radiofrequenzdenervierungen. ***SG Stuttgart***, Urt. v. 15.03.2016 - S 11 KA 6380/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

III. Genehmigung/Notdienst/Disziplinarrecht

Nach BSG, Urt. v. 30.11.2017 - ***B 6 KA 32/16 R*** - ist eine von den Gesamtvertragsparteien vereinbarte Regelung zur **Mindestpatientenzahl** (250 GKV-Patienten) für eine Genehmigung zur **Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2** rechtswidrig, auch wenn dem Bundesrecht nicht entgegen steht. Voraussetzung dafür ist aber, dass nach wissenschaftlichen Maßstäben ein **Zusammenhang zwischen Behandlungszahlen und -qualität wenigstens wahrscheinlich** ist. Dafür sind hier bezogen auf die Behandlung des Diabetes keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich. Nach BSG, Urt. v. 15.03.2017 - ***B 6 KA 18/16 R***, ***B 6 KA 13/16 R*** u. ***B 6 KA 20/16 R*** - gilt die **Praxisbezogenheit von Versorgungsaufträgen für Dialyseleistungen** bereits seit Inkrafttreten der Neufassung der sog. Dialysevereinbarung im Jahr 2002. Ärzte, die bereits zuvor in der Dialyseversorgung tätig waren und auf Grundlage von Übergangsbestimmungen eine Genehmigung nach neuem Recht erhalten haben, sind in das neu strukturierte Versorgungssystem integriert worden und können sich nicht darauf berufen, der Versorgungsauftrag stehe ihnen persönlich zu und könne bei Ausscheiden aus der Praxis mitgenommen werden. Allein dieses Verständnis wird dem Konzept der Dialysevereinbarung gerecht, das unter anderem auf die **Qualitätssicherung durch Regulierung des Marktzugangs** und den **Schutz der bestehenden Versorgungsstrukturen** durch eine Begrenzung der Versorgungsaufträge auf das Maß des wirtschaftlich Gebotenen abzielt. Die Dialysevereinbarung ist unter Berücksichtigung der mit ihr verfolgten wichtigen Gemeinwohlinteressen und der Besonderheiten der Dialyseversorgung mit **höherrangigem Recht vereinbar**. Nach BSG, Urt. v. 15.03.2017 - ***B 6 KA 35/16 R*** - bezog sich die Rspr. des Senats zur Anwendung **wettbewerbsrechtlicher Bestimmungen** auf das **Verhältnis von Leistungserbringern** i.S.d. SGB V **untereinander** auf besondere Fallgestaltungen, in denen effektiver Rechtsschutz anders nicht zu gewährleisten war. Nachdem inzwischen eine **gefestigte Rechtsprechung zur Gewährleistung effektiven Rechtsschutzes gegen die rechtswidrige Begünstigung konkurrierender Leistungserbringer** besteht, gibt es grundsätzlich **keine Rechtfertigung mehr für die an sich systemfremde Heranziehung wettbewerbsrechtlicher Grundsätze** in Konstellationen, in denen Leistungserbringer gegenüber den zuständigen Körperschaften bzw. Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung Rechtsschutz erreichen können. Soweit nach den in st. Rspr. entwickelten vertragsarztrechtlichen Grundsätzen kein Drittrechtsschutz gegenüber der als rechtswidrig angesehenen Begünstigung eines Konkurrenten geltend gemacht werden kann, kann ein abweichendes Ergebnis auch nicht über die entsprechende Anwendung von Vorschriften des UWG erreicht werden. Nicht die Vorschriften des UWG, sondern die **vertragsarztrechtlichen Bestimmungen sollen die Leistungserbringung im Geltungsbereich des SGB V steuern**. **Schadensersatzansprüche** der Kl. hätten hier im Übrigen auch nach wettbewerbsrechtlichen Grundsätzen nicht bestanden, weil der Bekl. die Nebenbetriebsstätte nach Auskunft der für die Genehmigung zuständigen KV betreiben durfte, sodass es jedenfalls an dem erforderlichen Verschulden fehlt. Soweit die Klägerin **Unterlassungsansprüche** geltend macht, besteht die Gefahr einer Fortsetzung der Rechtsverletzung nicht mehr, nachdem der Senat am heutigen Tag in dem Verfahren zum Az.: B 6 KA 20/16 R entschieden hat, dass der Versorgungsauftrag für den Hauptsitz der Praxis nicht auf den Bekl. übergegangen ist und dass er in dieser Praxis deshalb nach Ablauf einer Übergangsfrist (31.12.2017) keine Dialyse als vertragsärztliche Leistung mehr erbringen und abrechnen darf. Damit steht auch fest, dass die damit verbundene, hier streitgegenständliche Nebenbetriebsstätte nach Ablauf der genannten Frist nicht mehr betrieben werden darf. Nach BSG, Urt. v. 15.03.2017 - ***B 6 KA 30/16 R*** u. ***B 6 KA 22/16 R*** - kann eine BAG die einem MVZ gewährte Verlängerung der Nebenbetriebsstätte anfechten. Nach den maßgeblichen Vorschriften des **Abs. 3 des Anhangs 9.1.5 der Anlage 9.1 BMV-Ä** hängt die **Verlängerung** einer zunächst bedarfsunabhängig erteilten **Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte** für Dialyseleistungen um weitere 10 Jahre davon ab, ob diese Nebenbetriebsstätte in der **Versorgungsregion** einer anderen Praxis liegt oder nicht. Ist das nicht der Fall, ist die Genehmigung ohne weitere Prüfung zu verlängern. Befindet sich die Nebenbetriebsstätte in der Versorgungsregion einer anderen Praxis, kann die Genehmigung nur verlängert werden, wenn die Zweigstelle „die wohnortnahe Versorgung“ der Versicherten mit den verschiedenen Dialyseleistungen „gewährleistet“. Das kann die KV nur unter **Berücksichtigung der Versorgungslage** in der jeweiligen Region beurteilen, und deshalb ist von einer Entscheidung der KV auch die Praxis rechtlich betroffen, in deren Versorgungsregion die Nebenbetriebsstätte gelegen ist. Das reicht für **den (auch) drittschützenden Charakter** der Vorschrift und damit für eine **Anfechtungsberechtigung** aus. Dass die anderen Voraussetzungen für eine Drittanfechtung -

übereinstimmende Leistungsangebot und tatsächliche Konkurrenz - gegeben sind, steht außer Frage. Der Anfechtungsberechtigung der Kl. steht nicht entgegen, dass die Nebenbetriebsstätte des zu 1. beigeladenen MVZ schon länger betrieben wird als die Hauptpraxis der Klägerin. Die Erteilung eines Versorgungsauftrags für Dialyseleistungen an eine Praxis in einer bisher nur über Zweigpraxen betreuten Versorgungsregion kann zur Folge haben, dass der **Bedarf für das Angebot der Nebenbetriebsstätte künftig entfällt**. Das LSG wird nunmehr zu prüfen haben, ob die Praxis der Klägerin zum maßgeblichen Zeitpunkt „hinreichend ausgelastet" war. Nur wenn das nicht der Fall war, erweist sich die Verlängerung der Genehmigung zu Gunsten des beigel. MVZ als rechtswidrig. Der Auffassung, eine Verlängerung der Genehmigung um weitere 10 Jahre scheide schon deshalb aus, weil die Beigel. den Standort der Nebenbetriebsstätte innerhalb von N verlegt hat, folgt der Senat für die hier zu beurteilende Fallgestaltung nicht. Nach BSG, Urt. v. 30.11.2016 - ***B 6 KA 38/15 R*** - BSGE 122, 112 = SozR 4-2500 § 75 Nr. 18 **verletzt** ein Vertragsarzt seine **vertragsärztlichen Pflichten** dadurch schuldhaft, dass er wiederholt seine Praxis während der Sprechstundenzeiten schließt, um an einem vertragsärztlichen **„Warnstreik" teilzunehmen**. Ein Recht der Vertragsärzte, Forderungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen im Wege von „Arbeitskampfmaßnahmen" durchzusetzen, ist in verfassungsrechtlich nicht zu beanstandender Weise durch die Bestimmungen des Vertragsarztrechts beschränkt worden.

1. Genehmigung

a) Fachfremdheit: Aktuelle Weiterbildungsordnung maßgebend (MRT-Leistungen)

SG Berlin, Urteil v. 11.10.2017 - S 83 KA 1155/16 **RID 17-04-23**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 82 I 2, 311; BMV-Ä § 11 IIa 2

Eine Abrechnungsgenehmigung (hier: Erbringung von MRT-Leistungen) wird nach § 11 IIa 2 BMV-Ä dem anstellenden Vertragsarzt bzw. der anstellenden Einrichtung erteilt. Der **angestellte Arzt** hat gegen die Ablehnung der Genehmigung keine **Widerspruchsbefugnis**.

Für die Frage, ob eine Leistung **fachfremd** ist, ist auf die **aktuelle**, nicht auf die zur Zeit der Weiterbildung geltende **Weiterbildungsordnung** abzustellen.

MRT-Leistungen sind für das Fachgebiet Radiologische Diagnostik nicht als fachfremd anzusehen.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., über den Widerspruch des Kl., angestellter Facharzt für Radiologische Diagnostik, gegen den Bescheid vom 15.02.2016, mit dem der Antrag auf Feststellung der fachlichen Befähigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen in der allgemeinen Kernspintomographie abgelehnt wurde, zu entscheiden, und wies im Übrigen die Klage ab.

b) Antragserfordernis für Genehmigung labormedizinischer Leistungen auch für Laborarzt

SG Mainz, Urteil v. 28.06.2017 - S 2 KA 66/14 **RID 17-04-24**

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 45/17 R

juris

SGB V §§ 75 VII 1 Nr. 1, 82 I, 87 I, II, 135 II

Das Erfordernis einer **Genehmigung** für die Durchführung und Abrechnung **labormedizinischer Leistungen** gemäß Kap. 1.7 EBM, Kap. 11.3 EBM, Kap. 11.4 EBM und Kap. 32.3 EBM kann auf § 135 II SGB V und die LabRL gestützt werden.

Die Facharztbezeichnung **„Arzt für Laboratoriumsmedizin"** gibt allenfalls Auskunft über die Fachkunde des Bewerbers (vgl. Buchst. E LabRL); sie entbindet jedoch nicht von dem Antragserfordernis, das in Buchst. F LabRL eindeutig vorgesehen ist. Solange ein **Antrag** nicht vorliegt, besteht kein Anspruch auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung. Die Genehmigung wirkt konstitutiv für die Abrechnung, so dass für eine Rückwirkungsfiktion kein Raum bleibt.

Ohne Genehmigung erbrachte labormedizinische Leistungen können **sachlich-rechnerisch berichtigt** werden.

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

c) Genehmigung zur Behandlung von Asylbewerbern nach Abrechnungsbetrug und Zulassungsverzicht

SG Düsseldorf, Urteil v. 20.09.2017 - S 2 KA 16/17 **RID 17-04-25**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
StGB § 263; AsylbLG §§ 4, 62 I

Die Teilnahme an einem **Vertrag zur Behandlung von Asylbewerbern** richtet sich auch nach den Grundsätzen des Vertragsarztrechts, insb. muss der Arzt für die Teilnahme an dem Vertrag **geeignet** sein. Ein „Wohlverhalten" setzt nach betrügerischer Abrechnung eine „Bewährungszeit" von regelmäßig fünf Jahren voraus.

Der Kl. ist Facharzt für Allgemeinmedizin. AG Dortmund, Urt. v. 29.05.2013 - 170 Js 140/12 743 Ds 7/13 - verurteilte ihn wegen Betruges in 5 Fällen zu einer Freiheitsstrafe von 9 Monaten, die zur Bewährung ausgesetzt wurde. Nach Ablauf der bis zum 28.05.2016 reichenden Bewährungszeit wurde die Strafe mit Wirkung vom 28.06.2016 erlassen. Zum Zeitpunkt der Tatbegehung (letzte Tat: April 2011) waren der Kl. und seine Ehefrau zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Zur Vermeidung formeller Honorarrückforderungs-, Zulassungsentziehungs- und Regressverfahren schlossen sie im März 2014 mit der KV einen Vergleich, nach welchen sie neben der Verpflichtung zur Rückzahlung von Honoraren in Höhe von 88.000 € und zum Ausgleich des den Krankenkassen entstandenen Schadens in Höhe von 26.000 € unwiderruflich mit Wirkung zum 30.09.2014 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichteten. Ein im Juni 2016 gestellter Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an dem Vertrag zwischen dem Land Nordrhein-Westfalen und der KV über die Durchführung der ärztlichen Untersuchung auf übertragbare Krankheiten nach § 62 I AsylG und die ärztliche Versorgung nach § 4 AsylbLG von Asylbewerbern in den Aufnahmeeinrichtungen des Landes blieb erfolglos. Das ***SG*** wies die Klage ab.

2. Notdienst

a) Verbot der telefonischen Beratung und Behandlung von Kassenpatienten

SG München, Beschluss v. 17.07.2017 - S 28 KA 94/17 ER **RID 17-04-26**
juris
SGB V §§ 75 I 2, Ib 1

Ein System der **telefonischen Behandlung von Kassenpatienten** ist verboten. Der hohe Rang des Sicherstellungsauftrages der vertragsärztlichen Versorgung weist den Kassenärzten eine gesetzliche Exklusivaufgabe zu, neben der andere Einrichtungen und Formen der ambulanten Versorgung nur in den im Gesetz vorgesehenen Fällen zugelassen sind. Auch der Notdienst in sprechstundenfreien Zeiten ist den KVen exklusiv zugewiesen. Die Tätigkeit der GOIN-akut-Ärzte reicht über eine bloße Beratung hinaus. Es handelt sich um eine ärztliche Behandlung, weil telefonisch regelmäßig auch Verdachts- oder Negativdiagnosen erstellt werden. Sobald ein Patient aufgrund der telefonischen Empfehlung auf einen Arztbesuch verzichtet, ist der Tatbestand einer verbotenen ausschließlichen Fernbehandlung erfüllt.

Einige Ärzte hatten sich zu einer „GOIN" GmbH und einem „Regionalen Praxisnetz Gesundheitsorganisation GO-IN" zusammengeschlossen, das eine telefonische Beratung und Behandlung von Kassen- und Privatpatienten anbot. Hiergegen wandte sich per Eilantrag die KV. Das ***SG*** verbot im Wege des Einstweiligen Rechtsschutzes ein System der telefonischen Behandlung von Kassenpatienten.

Nach Pressemitteilung des SG München v. 20.07.2017 - juris.

b) Zusätzlicher Bereitschaftsdienst am Sitz der Zweigpraxis

LSG Bayern, Urteil v. 05.04.2017 - L 12 KA 125/16 **RID 17-04-27**
Revision anhängig: B 6 KA 51/17 R
juris
SGB V §§ 75 I 2, Ib 1, 98 II Nr. 13; Ärzte-ZV § 24 III; GG Art. 3 I

Die Satzung (Bereitschaftsdienstordnung) einer KV kann vorsehen, dass der Inhaber einer **Zweigpraxis** an deren Sitz zum Notdienst herangezogen wird, auch insgesamt mit einem Anrechnungsfaktor von 1,5, nämlich mit 1,0 am Vertragsarztsitz und zusätzlich mit 0,5 am Ort der Filialpraxis.

SG München, Urt. v. 27.10.2016 - S 49 KA 330/16 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das ***LSG*** wies die Klage ab.

3. Disziplinarrecht: Pflicht zur Vorlage der Behandlungsunterlagen

SG Marburg, Urteil v. 25.10.2017 - S 12 KA 392/17 **RID 17-04-28**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 81 V, 106 II 4, III in der bis 31.12.2015 geltenden Fassung;

Leitsatz: In einer **Prüfvereinbarung** kann die **Pflicht zur Vorlage der Behandlungsunterlagen** festgelegt werden. Hierbei kann es sich um die Konkretisierung einer allgemeinen **Auskunftspflicht** auf Grundlage der Satzung einer K(Z)V handeln (vgl. BSG, Urt. v. 06.11.2002 - B 6 KA 9/02 R - SozR 3-2500 § 81 Nr. 9, juris Rdnr. 21). Ein Verstoß gegen die Vorlagepflicht kann **disziplinarrechtlich** geahndet werden.

Das ***SG*** wies die Klage gegen einen disziplinarrechtlichen Verweis ab.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 10.05.2017 - ***B 6 KA 15/16 R*** - ist in der Rechtsprechung geklärt, dass ein Regressanspruch in Fällen, in denen ein **Mangel des Zahnersatzes** durch Nachbesserung beseitigt werden kann, nur besteht, wenn dem Versicherten die Nachbesserung durch den bisher behandelnden Zahnarzt nicht zugemutet werden kann, weil das erforderliche Vertrauensverhältnis (z.B. nach mehreren erfolglosen Nachbesserungsversuchen) nicht mehr besteht. Für Fallkonstellationen, in denen eine Nachbesserung nicht möglich, sondern eine **Neuanfertigung** des Zahnersatzes **erforderlich** ist, hat der Senat bezogen auf Zeiträume vor der Einführung der Gewährleistung u.a. für Zahnersatz im SGB V entschieden, dass es für den Regressanspruch nicht auf die Zumutbarkeit für den Versicherten ankommt. **Daran hält der Senat nicht mehr fest:** Auch wenn der Mangel nur durch Neuanfertigung des Zahnersatzes behoben werden kann, setzt ein Regressanspruch voraus, dass es dem Versicherten **unzumutbar** ist, den Mangel durch den erstbehandelnden Zahnarzt beheben zu lassen. Das Recht der freien Arztwahl des Versicherten ist insoweit beschränkt. **Allerdings ist bei der Beurteilung der Zumutbarkeit für den Versicherten der besonderen Bedeutung des Vertrauensverhältnisses zwischen Zahnarzt und Patient Rechnung zu tragen.** Nach BSG, Urt. v. 25.01.2017 - ***B 6 KA 7/16 R*** - sind die **Prüfgremien**, unabhängig davon, ob Impfleistungen zur vertragsärztlichen Versorgung gehören oder nicht und ob eine Zuständigkeit der Prüfgremien für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der **Verordnung von Impfstoffen** in Bayern begründet ist, **zuständig**, wenn der Arzt die Impfstoffe als Arzneimittel für einzelne Versicherte vertragsärztlich verordnet hat und der Beschwerdeausschuss nicht die Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Impfstoffen beurteilt, sondern die Zulässigkeit dieser Verordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit Arzneimitteln. Diese hat er zu Recht verneint, wenn nach der Vereinbarung zu Schutzimpfungen sowie zur Verordnung von **Sprechstundenbedarf** der Bezug der hier betroffenen Impfstoffe gesondert im Rahmen des Sprechstundenbedarfs zu erfolgen hat. Damit war die Verordnung auf einem vertragsärztlichen Verordnungsblatt zu Lasten der zuständigen KK auf den Namen eines einzelnen Patienten unzulässig. Sprechstundenbedarfs-Verordnungen und Einzelverordnungen sind wegen der zwischen ihnen bestehenden Unterschiede nicht austauschbar. Ob der beigeladenen KK konkret ein Schaden entstanden ist, ist im Hinblick auf den im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung geltenden normativen Schadensbegriff unerheblich. Nach BSG, Urt. v. 30.11.2016 - ***B 6 KA 29/15 R*** - SozR 4-2500 § 106 Nr. 56 sind die Prüfgremien im Rahmen einer auf **einzelne Gebührenordnungspositionen** (GOP) bezogenen **statistischen Vergleichsprüfung** zwar grundsätzlich berechtigt, die **Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis** je nach GOP **unterschiedlich** festzusetzen. Sie sind auch nicht gehindert, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis nicht – wie vom Senat „typisierend" angenommen – beim Doppelten des Vergleichsgruppendurchschnitts anzusetzen, sondern ggf. deutlich zu unterschreiten. Dies kommt insb. dann in Betracht, wenn es sich bei der geprüften GOP um eine typische Grundleistung handelt. Ungeachtet dessen muss die zutreffende Anwendung der einschlägigen Beurteilungsmaßstäbe jedoch erkennbar und nachvollziehbar sein. Daher muss der Bescheid die Erwägungen erkennen lassen, die den Beschwerdeausschuss bei seiner Entscheidung, den Grenzwert niedriger anzusetzen, geleitet haben. Eine Prüfung nach Durchschnittswerten ist auch zulässig, wenn die Leistungslegende neben einem obligatorischen einen fakultativen Leistungsinhalt aufweist.

1. Individuelle Beratung und schriftliche Zusammenfassung kein Verwaltungsakt

SG Marburg, Urteil v. 21.06.2017 - S 16 KA 588/16 **RID 17-04-29**

Berufung anhängig: LSG Hessen L 4 KA 58/17

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106 Ve

Leitsatz: Weder die **individuelle Beratung** nach § 106 Abs. 5e Satz 1 SGB V noch ihre **schriftliche Zusammenfassung** stellen einen **Verwaltungsakt** im Sinne des § 31 SGB X dar. Es handelt sich stattdessen um **Realakte**.

Der Rechtssatz des § 106 Abs. 5e Satz 1 SGB V dient hinsichtlich der Art und Weise der Durchführung einer individuellen Beratung dem **öffentlichen Interesse** und nicht dem Schutz von

Individualinteressen. Die Vorschrift räumt dem betroffenen Vertragsarzt nach der sog. Schutznormtheorie keinen subjektiv öffentlich-rechtlichen Anspruch auf Durchführung der Beratung in einer bestimmten Art und Weise ein.

Die Prüfungsstelle setzte aufgrund der Überschreitung der Richtgröße Heilmittel im Jahr 2010 gegenüber dem Kl., einem Chirurgen mit dem Schwerpunkt Gefäßchirurgie, eine individuelle Beratung fest. Der Widerspruch war erfolglos. ***SG Marburg***, Urt. v. 21.06.2017 - S 16 KA 121/14 - wies die Klage ab. Eine Mitarbeiterin der Prüfungsstelle mit der Qualifikation als Physiotherapeutin führte gegenüber dem Kl. in Anwesenheit seiner Bevollmächtigten die Beratung am 25.11.2014 durch. Unter dem Datum des 11.12.2014 erhielt der Kl. eine schriftliche Zusammenfassung der Beratung (21-Seiten; Teil: A. Eine Zusammenfassung der besprochenen und im Dokument so bezeichneten allgemeinen Themen, B. Eine Wiedergabe der statistischen Ausgangslage, C. Eine Zusammenfassung der besprochenen und im Dokument so bezeichneten speziellen Themen und schließlich eine Zusammenfassung der Empfehlungen der Prüfungsstelle). Der Bekl. wies den Widerspruch als unzulässig zurück. Das ***SG*** wies die Klage ab.

2. Abtretung einer Regressforderung an Krankenkasse

LSG Bayern, Urteil v. 09.11.2016 - L 12 KA 70/16 **RID 17-04-30**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106; BMV-Ä § 52

Leitsatz: Wenn der Weg der Aufrechnung von Schadensersatzforderungen der Krankenkasse gegen Honorarforderungen des Vertragsarztes verschlossen ist, besteht gemäß § 52 Abs. 2 Satz 2 BMV-Ä die Möglichkeit, dass die Kassenärztliche Vereinigung den Anspruch auf Schadensersatz oder Regress **an die Krankenkasse zur unmittelbaren Einziehung abtritt**. Da die Kassenärztliche Vereinigung selbst nicht Inhaber der Forderung ist, sondern den Anspruch der Krankenkasse nur über die Aufrechnung erfüllen soll, kann die Krankenkasse die „Abtretung“ nicht ablehnen.

Der Bekl. nahm aufgrund einer Sonderbedarfszulassung ab 1998 als Hämatologe und internistischer Onkologe an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Der Beschwerdeausschuss hatte gegen ihn Regresse wegen unwirtschaftlicher Verordnung von Sprechstundenbedarf für die Quartale III/01 u. I/02 festgesetzt. Diese wurden nach Verwerfung der Nichtzulassungsbeschwerden durch BSG, Beschl. v. 11.02.2015 - B 6 KA 51/14 B - und - B 6 KA 52/14 B - bestandskräftig (Parallelverfahren: LSG Bayern, Urt. v. 09.11.2016 - L 12 KA 140/15 - RID 17-01-40). Da der Bekl. nicht mehr an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, trat die KV die Regressforderungen in Höhe von 408.699,38 € und 551.742,20 € an die Kl. zur unmittelbaren Einziehung ab. ***SG München***, Gerichtsb. v. 06.07.2016 - S 21 KA 1237/15 - verurteilte den Bekl., an d. Kl. 960.441,58 € nebst Zinsen zu zahlen, das ***LSG*** wies die Berufung zurück. ***BSG***, Beschl. v. 13.07.2017 - B 6 KA 20/17 B - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

3. Arzneikostenregress: Aggrenox (Wirkstoffkombination aus Acetylsalicylsäure und Dipyridamol)

SG Marburg, Urteil v. 13.09.2017 - S 12 KA 349/16 **RID 17-04-31**

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 31, 92 I 2 Nr. 6, 106; AM-RL § 16; AM-RL Nr. 53 Anlage III

Leitsatz: 1. Bei dem Arzneimittel **Aggrenox** handelt es sich um eine **Wirkstoffkombination** aus Acetylsalicylsäure und Dipyridamol. Das Arzneimittel unterfällt damit den Regelungen zum Ausschluss fixer Wirkstoffkombinationen und kann nur in **Ausnahmefällen** verordnet werden (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.06.2016 - L 7 KA 16/14 KL - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris).

2. Es besteht eine besondere **sozialrechtliche Dokumentationspflicht**, nicht aber eine besondere Pflicht zur Bekanntgabe der Begründung.

3. Die Behandlungsdokumentation kann in Verfahren, in denen die Prüfungsstelle abschließend entscheidet, im Gerichtsverfahren **nachgereicht** werden.

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

Parallelverfahren:

SG Marburg, Urteil v. 13.09.2017 - S 12 KA 810/16 **RID 17-04-32**

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 30.11.2017 - ***B 6 KA 31/16 R*** - ist über ein Zulassungsbegehren **nach dem günstigeren**, zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden **Recht** zu entscheiden. Das MVZ der Klägerin war jedoch **zu keinem Zeitpunkt zulassungsfähig**. **Der Arzt und die Zahnärztin sollten in dem MVZ als Vertrags(zahn)ärzte und nicht als angestellte Ärzte tätig werden,** doch ließ die vertragliche Gestaltung für diese beiden Personen eine Ausübung der (zahn)ärztlichen Tätigkeit mit der erforderlichen beruflichen und persönlichen Selbständigkeit nicht zu. **Die Ausgestaltung der „Dienstverträge" legt vielmehr die Annahme einer Angestelltentätigkeit nahe.** Grundsätzlich ist auch ein Freiberufler-MVZ in der Rechtsform einer GmbH zulassungsfähig, auch wenn die Tätigkeit eines Arzt-Gesellschafters im MVZ stärkeren Bindungen unterliegt als bei der Zulassung in eigener Praxis. **Wenn der Arzt indessen wie ein Angestellter im MVZ tätig wird, übt er keine Tätigkeit als Vertragsarzt im MVZ mehr aus.** Die Abgrenzung erfolgt unter Heranziehung der Merkmale des **§ 23a Musterberufsordnung-Ärzte**. Die Vertragsärzte, die in der Gesellschaft beruflich tätig sind, müssen danach auch Gesellschafter der Betreiber-GmbH sein. Auf deren Geschicke müssen sie Einfluss nehmen können. Die Gesellschaft muss verantwortlich von einem Arzt geführt werden, und Ärzte müssen die Mehrheit der Geschäftsführer stellen. Diesen Anforderungen wurde das MVZ nach den vorgelegten Verträgen hier nicht gerecht. Nach BSG, Urt. v. 11.10.2017 - ***B 6 KA 27/16 R*** - können **Anträge** eines MVZ auf **Umwandlung einer genehmigten Anstellung in eine Zulassung** nach § 95 IXb i.V.m. § 103 IVa 4 SGB V wirksam nur gestellt werden, **solange das MVZ zugelassen** ist. Dies ist nicht der Fall, wenn das MVZ i.S.d. § 95 VII 2 SGB V die Zulassung infolge **Auflösung** verloren hat (hier: im MVZ sind keine Patienten mehr versorgt worden, die Anstellungsverhältnisse der Ärzte sind gekündigt worden und es bestand keine Absicht mehr, weiterhin vertragsärztlich tätig zu werden; es sollte nur noch eine „Verwertung" der Anstellungen erfolgen). **Wenn das MVZ als Anstellungsträger nicht mehr über eine Zulassung verfügt, bestehen auch die Anstellungsgenehmigungen nicht mehr fort, die in Zulassungen umgewandelt werden könnten.** Bei der Beendigung der Zulassung eines Vertragsarztes kommt ein Fortbestand in Betracht, wenn noch ein Nachbesetzungsrecht besteht. Diese Ausnahme kann nicht auf das MVZ übertragen werden, weil ein **MVZ selbst nicht nachbesetzt** werden kann. Ein **Insolvenzverwalter** ist nicht kraft seines Amtes berechtigt, die Umwandlung der Arztanstellungen in Zulassungen zu beantragen. Das Antragsrecht fällt - ebenso wie die Zulassung selbst - nicht in die Insolvenzmasse. Nach BSG, Urt. v. 11.10.2017 - ***B 6 KA 38/16 R*** - kann durch die Verlegung von Arztanstellungen auf der Grundlage des § 24 VII 2 Ärzte-ZV kein neuer Zulassungsstatus begründet werden.

Nach BSG, Urt. v. 28.06.2017 - ***B 6 KA 28/16 R*** - hat der Berufungsausschuss vor einer Entscheidung über eine **Sonderbedarfszulassung Ermittlungen** zu der Frage durchzuführen, ob in Berlin (Planungsbereich) ein Versorgungsdefizit bezogen auf das vom Ast. angebotene Richtlinienverfahren der Verhaltenstherapie besteht. Der Bekl. wird **deshalb** (mit Hilfe der KV) **Psychotherapeuten** im Planungsbereich zu den bei ihnen bestehenden **Wartezeiten** für eine Verhaltenstherapie befragen und außerdem ermitteln müssen, ob die in Berlin zugelassenen Psychotherapeuten mit Angeboten im Bereich der Verhaltenstherapie **tatsächlich im Umfang ihrer Zulassung tätig** sind. Die beigel. Krankenkassenverbände werden mitzuteilen haben, in welchem Umfang die von ihnen repräsentierten Kassen die Behandlung bei nicht zugelassenen Psychotherapeuten mit Sitz in Berlin im Wege der **Kostenerstattung** übernehmen. Ausschlaggebend für den Anspruch des Klägers auf Sonderbedarfszulassung sind Angebot und Bedarf im Bereich der Verhaltenstherapie. Auf die Frage, ob ein ungedeckter Bedarf allein im Bereich der Verhaltenstherapie oder darüber hinaus auch bezogen auf andere Therapieverfahren besteht, kommt es für einen Anspruch des Klägers auf Sonderbedarfszulassung nicht an. Nach BSG, Urt. v. 25.01.2017 - ***B 6 KA 11/16 R*** - SozR 4-5540 § 5 Nr. 2 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*** - SozR 4-5540 § 5 Nr. 1 ist die Ablehnung einer beantragten Erweiterung der bestehenden **Ermächtigung einer Kinderklinik** (Pädiatrische Onkologie und Hämatologie) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bzgl. der Erbringung von Leistungen nach den Nrn. 01510-01512 EBM (**Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung**) rechtswidrig, weil für den Ausschluss von Krankenhausambulanzen ein sachlicher Grund nicht vorhanden ist. Ein sächlicher und personeller Mehraufwand für die Beobachtung und Betreuung der Patienten entsteht im Rahmen der onkologischen Behandlung sowohl in Arztpraxen als auch in Krankenhausambulanzen. Auch der Gedanke einer Strukturförderung trägt den Ausschluss der Krankenhausambulanzen hier nicht. Der Gedanke, generell die Leistungserbringung durch niedergelassene Vertragsärzte oder Praxiskliniken zu fördern, ist nicht geeignet, die Vergütung einer Leistung auf diese Leistungserbringer zu beschränken. Der BewA wird insofern zeitnah eine Neuregelung zu treffen haben. Nach BSG, Urt. v. 30.11.2016 - **B 6 KA 3/16 R** - SozR 4-1500 § 54 Nr. 42 ist **§ 31 II Ärzte-ZV** als Rechtsgrundlage für § 11 III Anl. 9.1 BMV-Ä **wirksam**. Die Norm findet ihre gesetzliche Grundlage in § 98 II Nr. 11 SGB V. Ein niedergelassener Nephrologe kann eine an und für sich bedarfsunabhängige **Ermächtigung** zur bloßen Mitbehandlung i.S.d. **§ 11 III Anl. 9.1 BMV-Ä anfechten**, wenn eine umfassende ambulante Dialyse-Behandlung einer nicht begrenzten Zahl von CAPD-Patienten ausgesprochen und eine Ermächtigung erteilt wurde, die jedenfalls nicht mit der erforderlichen Klarheit auf die bloße Mitbehandlung von

Dialysepatienten begrenzt war, sondern als Behandlung im Umfang eines vollen Versorgungsauftrags verstanden werden kann. Die Ermächtigung hätte dem beigel. Krankenhausarzt deshalb nur bei Vorliegen eines entsprechenden Bedarfs erteilt werden dürfen.

1. Zulassungen

a) Auswahlentscheidung und Schwerpunkt

SG München, Urteil v. 19.09.2017 - S 20 KA 3/17 **RID 17-04-33**
SGB V §§ 95 II, 103 III; Ärzte-ZV § 16b; BedarfsplRL § 26

Die **Praxisanschrift** kann im Widerspruchsverfahren noch **abgeändert** werden, da es sich um ein zweitinstanzliches Verwaltungsverfahren handelt, so dass dem Berufungsausschuss die funktionelle Zuständigkeit auch für Antragsänderungen zukommt.
Eine **D-Arzt-Qualifikation** wird mit dem Hinweis auf die D-Arzt-Qualifikation eines bereits niedergelassenen Arztes ausreichend berücksichtigt.
Gibt es im Planungsbereich bereits drei Chirurgen mit dem **Schwerpunkt Unfallchirurgie**, so ist es nicht zu beanstanden, wenn dem Schwerpunkt Unfallchirurgie kein Vorrang zukommt, sondern der einzige Bewerber mit dem **Schwerpunkt Visceralchirurgie** zugelassen wird.

Der Planungsbereich wurde für einen halben Chirurgensitz entsperrt. Der Zulassungsausschuss erteilte dem Kl. die Genehmigung zur Beschäftigung des Chirurgen mit Schwerpunkt Unfallchirurgie Dr. A. Hiergegen legten die Beigel zu 8) und 9) Widerspruch ein. Der Bekl. ließ den Beigel. zu 8) zu. Er hielt alle Bewerber für gleich geeignet, weshalb das Kriterium bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes und die Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten als besonders hochrangig zu bewerten sei. Das ***SG*** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:
SG München, Urteil v. 19.09.2017 - S 20 KA 35/17 **RID 17-04-34**
Unveröff.

b) Sonderbedarfszulassung: Kinderkardiologie/Planungsbereich und benachbarte Regionen

SG München, Urteil v. 11.10.2017 - S 38 KA 721/16 **RID 17-04-35**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 95, 101; BedarfsplRL §§ 36, 37

Besitzt ein **Antragsteller** auf Sonderbedarfszulassung nach §§ 36, 37 BedarfsplRL bereits eine **hälftige Zulassung**, kann er nicht darauf verwiesen werden, er könne bereits im Rahmen der erteilten Zulassung spezielle Leistungen erbringen, wenn die Auslastung mit allgemeinen ärztlichen Leistungen überdurchschnittlich ist.
Die **Weiterbildungsinhalte** des Kinder- und Jugendarztes mit dem Schwerpunkt **Kinderkardiologie** unterscheiden sich erheblich von denen des Facharztes für Innere Medizin mit Schwerpunkt **Kardiologie**. Deshalb ist eine **Befragung** der kardiologischen Internisten im Zusammenhang mit der Sonderbedarfszulassung eines Kinderkardiologen obsolet. Die gewonnenen Befragungsergebnisse sind nicht verwertbar.
Der **Nachrang von Ermächtigungen** entfällt nicht dadurch, dass es sich um sog. Konsiliarermächtigungen handelt. Die Notwendigkeit einer Differenzierung nach Art der Ermächtigung ist jedenfalls nicht dem SGB V zu entnehmen. Im Rahmen der Bedarfsprüfung haben sich die Zulassungsgremien auch mit der Frage auseinanderzusetzen, ob die bestehenden Ermächtigungen nicht ganz oder teilweise **durch eine den Ermächtigungen vorgehende Sonderbedarfszulassung ersetzt** werden können (vgl. SG Marburg, Urt. v. 16.03.2016 - S 12 KA 170/15 - RID 16-02-42).
Bei Prüfungen und Feststellungen im Zusammenhang mit einer Sonderbedarfszulassung gemäß §§ 36, 37 BedarfsplRL kommt es zwar primär auch auf den **Planungsbereich** an. Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass es um die Deckung eines besonderen Versorgungsbedarfs geht. Vor diesem Hintergrund müssen jedenfalls bei speziellen Leistungen aus dem Bereich der Kinderkardiologie, für die ein weitaus geringerer Bedarf besteht als bei allgemeinen pädiatrischen Leistungen, **benachbarte**

Regionen mit herangezogen werden (SG Marburg, Urt. v. 16.03.2016 - S 12 KA 345/15 - RID 16-02-44).

Der Zulassungsausschuss gab dem Antrag des Kl., Kinder- und Jugendarzt mit Schwerpunktbezeichnung Kinderkardiologie, auf Erteilung einer hälftigen Sonderbedarfszulassung statt. Auf Widerspruch der Beigel. zu 8), ebf. Kinder- und Jugendärztin mit Schwerpunktbezeichnung Kinderkardiologie, lehnte der Bekl. den Antrag ab. Das ***SG*** verpflichtete den Bekl., über den am 06.04.2016 eingelegten Widerspruch von Frau Dr. med. C. gegen den Bescheid des Zulassungsausschusses unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

c) Praxisnachfolge

aa) Fortführungsfähige Praxis in BAG: Tätigkeitsumfang des einzelnen Vertragsarztes/Vorverfahren

SG Berlin, Urteil v. 10.05.2017 - S 87 KA 946/16 **RID 17-04-36**

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 46/17 R
juris
SGB V §§ 95 III 1, 103 IIIa, IV; SGG § 78

Der **Ausschluss des Vorverfahrens** nach § 103 IIIa 11 SGB V gilt für das gesamte in § 103 IIIa SGB V geregelte Verfahren zur Entscheidung über die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens. Eine Einschränkung dahingehend, dass vom Ausschluss des Vorverfahrens nur solche Entscheidungen betroffen sein sollen, die das Nachbesetzungsverfahren nach § 103 IIIa 3 SGB V ablehnen, weil dies aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, ergibt sich aus dem Wortlaut nicht. Auch die Ablehnung der Durchführung des **Nachbesetzungsverfahrens wegen des Fehlens eines sog. Praxissubstrats** fällt unter § 103 IIIa SGB V und ist damit vom Ausschluss des Vorverfahrens in Satz 11 der Vorschrift erfasst.

Maßgeblicher Zeitpunkt für die Bewertung des Bestehens einer fortführungsfähigen Praxis ist nicht der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung, sondern der der Antragstellung auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens (BSG, Urt. v. 11.12.2013 - B 6 KA 49/12 R - BSGE 115, 57 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 13, Rn. 40; BSG, Urt. v. 23.03.2016 - B 6 KA 9/15 R - BSGE 121, 76 = SozR 4-2500 § 103 Nr 18, Rn. 18).

Für die Beurteilung, ob eine **fortführungsfähige Praxis** besteht, ist nicht auf die **BAG** als Ganzes abzustellen, sondern auf den **Tätigkeitsumfang des einzelnen Vertragsarztes**. Liegen die Fallzahlen auch bereits vor der Meldung einer Erkrankung bei ca. 10 % des Durchschnitts der Fallzahlen des Fachgruppendurchschnitts, kann nur eine Praxisnachfolge in einen halben Versorgungsauftrag stattfinden, auch wenn die BAG mit zwei weiteren Vertragsärzten insgesamt die Fallzahlen erbringt, die durchschnittlich durch drei Ärzte der Fachgruppe mit vollem Versorgungsauftrag erbracht werden. Insb. im Bereich der Zulassung und des diese allein betreffenden Nachbesetzungsverfahrens ist auf den einzelnen Arzt und nicht auf die BAG als solche abzustellen.

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

bb) Erlöschen des Nachbesetzungsrechts nach wiederholter Antragsrücknahme

LSG Bayern, Urteil v. 22.03.2017 - L 12 KA 77/16 ZVW **RID 17-04-37**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 64/17 B
SGB V § 103 IV

Zieht ein Vertragsarzt den **Antrag auf Nachbesetzung** seines Vertragsarztsitzes zurück mit der Begründung, es habe sich **kein Interessent** bei ihm gemeldet, obwohl ihm Bewerbungen von drei MVZ bekannt sind, dann kann er nicht erneut die Ausschreibung des Vertragsarztsitzes verlangen.

Verhandelt ein Vertragsarzt nur mit seinem **„Wunschkandidaten“** über die Praxisnachfolge und versucht er in unzulässiger Weise, Einfluss auf die Zulassungsentscheidung zu nehmen, indem er mit ihm unliebsamen Bewerbern schon nicht in **Verhandlungen** über den Kaufpreis eintritt, und fordert er diese zur Rücknahme ihrer Bewerbungen auf, so erlischt das **Nachbesetzungsrecht**.

Der Kl. war bis zum 31.01.2011 als Facharzt für Orthopädie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die vorausgegangene Entziehung der Zulassung des Kl. war nach Abschluss von Eilverfahren vor dem SG und dem LSG rechtskräftig geworden. Der Kl. hatte erstmals am 19.11.2010 einen Antrag auf Ausschreibung seines Vertragsarztsitzes gestellt, auf den Bewerbungen und Zulassungsanträge von drei MVZ eingingen, diesen jedoch

im Februar 2011 zurückgenommen. Im März 2011 beantragte er erneut eine Ausschreibung des Vertragsarztsitzes. Zur Sitzung des Zulassungsausschusses am 08.06.2011 lagen noch zwei Zulassungsanträge von MVZ vor. Diesen zweiten Antrag nahm der Kl. ebf. zurück. Einen dritten Antrag auf Ausschreibung stellte er am 10.06.2011. Zur Sitzung des Zulassungsausschusses am 14.09.2011 lagen Anträge auf Zulassung von zwei MVZ und ein Antrag des beigel. Orthopäden vor. Am 09.09.2011 erhielt der Zulassungsausschuss eine schriftliche Kaufpreiseinigung zwischen dem Kl. und dem Beigel., der zum 01.04.2012 vertragsärztlich tätig werden wollte, da er in einem laufenden Beschäftigungsverhältnis stand. Der Zulassungsausschuss lehnte die Anträge auf Nachfolgezulassung ab. Es mangele an einer Fortführungsfähigkeit der Praxis, da 6 Monate nach dem Ende der Zulassung ein Praxissubstrat nicht mehr bestehe. Der Kl. sei seit dem 01.02.2011 nicht mehr berechtigt, GKV-Patienten zu behandeln, so dass am 31.07.2011 die Übergabefrist von 6 Monaten abgelaufen sei. Eine eventuelle Weiterbehandlung im Rahmen eines Kostenerstattungsverfahrens sei nicht zu berücksichtigen. Der Widerspruch d. Kl. war ohne Erfolg. ***SG München***, Urt. v. 30.04.2013 - S 38 KA 1/12 - wies die Klage ab, ***LSG Bayern***, Urt. v. 09.07.2014 - L 12 KA 57/13 - RID 14-03-43 die Berufung zurück. ***BSG***, Urt. v. 23.03.2016 - B 6 KA 9/15 R - BSGE 121, 76 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 18 verwies die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurück; für die Beurteilung der Fortführungsfähigkeit der Praxis sei aus Gründen der Effektivität des Rechtsschutzes der Zeitpunkt der Antragstellung auf Ausschreibung des Praxissitzes maßgeblich, nicht der Zeitpunkt des Beschlusses des Berufungsausschusses oder der letzten mündlichen Verhandlung vor dem Tatsachengericht. Eine Nachfolgezulassung scheidet nicht schon deshalb aus, weil nach der Bestandskraft der Zulassungsentziehung keine Zulassung mehr auf einen Nachfolger übertragen werden könnte. Nicht abschließend entschieden werden konnte, ob die weiteren Voraussetzungen für eine Nachfolgezulassung vorgelegen haben, insb. ob die Wiederholung des Ausschreibungsantrags hier unter Missbrauchsgesichtspunkten ausgeschlossen war. Die Umstände der zweimaligen Rücknahme des Ausschreibungsantrags durch den Kläger sowie Aspekte, die für eine Manipulationsabsicht des Klägers bezüglich des Bewerberfeldes sprechen, hat das ***LSG*** bisher nicht aufgeklärt. Das LSG wies die Berufung erneut zurück.

d) Keine Anordnung der sofortigen Vollziehung bei radiologischem Versorgungsgrad von 100 %

LSG Bayern, Beschluss v. 02.11.2017 - L 12 KA 57/17 B ER **RID 17-04-38**
SGB V § 95; BedarfsplRL § 26; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Bei einem **offenen Verfahrensausgang** sind die Grundsätze des § 86a II Nr. 5 SGG heranzuziehen, so dass der Sofortvollzug nur im überwiegenden **Interesse** angeordnet werden kann. Allein die Entsperrung eines Planungsbereichs für Radiologen mit einem **Versorgungsgrad** von knapp 100 % begründet kein öffentliches Interesse an der Sicherstellung. Unterversorgung liegt es bei einer Unterschreitung um mehr als 50 % vor.

Nach Entsperrung des Planungsbereichs für einen vollen Versorgungsauftrag für Radiologen bewarben sich sechs Ärzte und ein MVZ. Der Zulassungsausschuss ließ den Bf. zu, der Berufungsausschuss (Ag.) den W. Nachdem die Klagen des Bf., des Beigel. sowie des MVZ erfolgreich waren (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 u. - S 38 KA 1381/14 - RID 16-03-67), ließ der Ag. den Bf. zu. Hiergegen erhob nur der Beigel. Klage (S 38 KA 971/16). ***SG München***, Beschl. v. 13.03.2017 - S 38 KA 47/17 ER - wies den Antrag des Bf. auf Anordnung der sofortigen Vollziehung ab, das ***LSG*** die Beschwerde zurück.

2. Zweigpraxis: Angebot von Abend- und Wochenendsprechstunden

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 07.09.2017 - L 24 KA 26/16 **RID 17-04-39**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 69/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Ärzte-ZV § 24 III

Besondere organisatorische Vorkehrungen wie etwa das **Angebot von Abend- und Wochenendsprechstunden** können eine quantitative Verbesserung des Versorgungsangebots darstellen (BSG, Urt. v. 28.10.2009 - B 6 KA 42/08 R - BSGE 105, 10 = SozR 4-5520 § 24 Nr. 3, juris Rn. 52). Dass eine beabsichtigte **Zweigpraxis** ein solches Angebot vorhalten will, führt aber nicht zwingend dazu, dass im Ergebnis eine **Verbesserung der Versorgung** festzustellen ist. Vielmehr handelt es sich insoweit nur um ein **abwägungsrelevantes Element** neben anderen, das von den zur Entscheidung berufenen Zulassungsgremien in Betracht zu ziehen ist.

Beurteilungsrelevante **Nachteile** bei ausschließlich angebotenen Wochenendsprechzeiten können sich aber daraus ergeben, dass dann von den Versicherten für die weitere Behandlung unter der Woche ein anderer Arzt aufgesucht werden muss, was zusätzlichen Aufwand und zusätzliche Kosten hervorruft und die Versorgung durch eine Zweigpraxis unwirtschaftlich werden lässt.

SG Potsdam, Urt. v. 24.02.2016 - S 1 KA 37/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

3. Ermächtigung

a) Räumliche Nähe begründet noch keinen Bedarf

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 07.09.2017 - L 24 KA 54/16 **RID 17-04-40**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 116

Bei ausreichenden und kurzen öffentlichen Fahrverbindungen zu einer radiologischen Praxis (hier: Entfernung von 12 km) ist eine Ermächtigung nicht zu erweitern. Der Verwirklichung der Versorgungsplanung kann der Vorrang gegenüber dem Zeitgewinn für die Versicherten eingeräumt werden. Allein die **räumliche Nähe** einer weiteren Untersuchungs- oder Behandlungsmöglichkeit begründet noch keinen **Bedarf** im Sinne des § 116 SGB V (BSG, Urt. v. 30.01.2002 - B 6 KA 12/01 R - SozR 3-2500 § 116 Nr. 24, juris Rn 24).

SG Potsdam, Urt. v. 28.09.2016 - S 1 KA 100/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Unselbstständige psychiatrische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 31.05.2017 - L 11 KA 15/15 **RID 17-04-41**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 118 I

Psychiatrische Krankenhäuser sind klinisch-psychiatrische Versorgungseinrichtungen, die als solche nach §§ 107 I, 108 SGB V zur stationären Behandlung der Versicherten zugelassen sind (BSG, Beschl. v. 14.05.2014 - B 6 KA 1/14 B - juris; BSG, Urt. v. 28.01.2009 - B 6 KA 61/07 R - BSGE 102, 219 = SozR 4-2500 § 118 Nr. 1). Dazu können auch **teilstationäre Einrichtungen** wie hier z.B. eine Tagesklinik gehören (BSG, Urt. v. 28.01.2009 - B 6 KA 61/07 R - aaO.). Keine psychiatrischen Krankenhäuser sind jedoch **unselbstständige psychiatrische Abteilungen von** Allgemeinkrankenhäusern (BSG, Urt. v. 15.04.1986 - 6 RKa 30/83 - SozR 2200 § 368n Nr. 41). Um einen solchen Fall handelt es sich, wenn die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit ihren zwölf Behandlungsplätzen lediglich „Fachabteilung des Klinikums“ ist und über keine rechtliche oder verwaltungsorganisatorische Selbstständigkeit verfügt. Die Tagesklinik ist auch nicht „unter Gleichheitsaspekten“ als psychiatrisches Krankenhaus i.S.d. § I 1 SGB V zu behandeln.

SG Münster, Urt. v. 07.10.2013 - S 2 KA 13/12 - stellte fest, dass die Kl. gem. § 118 II 1 SGB V als Allgemeinkrankenhaus zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der im Vertrag gemäß § 118 II 2 SGB V geregelten Gruppe von Kranken ermächtigt ist, LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.01.2015 - L 11 KA 109/13 - RID 15-03-61 wies die Klage ab. Das ***LSG*** wies nunmehr im abgetrennten Verfahren bzgl. des Hilfsantrags, den Bekl. zu verurteilen, der Kl. eine Ermächtigung gemäß § 118 I SGB V zu erteilen, die Klage ab.

c) Außenstelle eines ermächtigten Sozialpädiatrischen Zentrums

LSG Bayern, Urteil v. 24.05.2017 - L 12 KA 186/15 **RID 17-04-42**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 62/17 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 119; Ärzte-ZV § 31 VII

Leitsatz: 1. Die Ermächtigung nach § 119 SGB V gilt entsprechend dem Vertragsarztsitz nur für einen bestimmten **Standort**. § 31 Abs. 7 Ärzte-ZV ist unter Heranziehung der in § 24 Ärzte-ZV geregelten vertragsärztlichen Grundsätze auszulegen, wonach Orte der Leistungserbringung in räumlicher Nähe „ausgelagerte Praxisräume“ sind und damit nicht vom Standort der Ermächtigung erfasst werden.
2. § 119 SGB V erlaubt weder die Gründung von **Außenstellen** noch von **Zweigpraxen** analog § 24 Ärzte-ZV.

SG München, Urt. v. 27.10.2015 - S 21 KA 1140/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

d) Kein Feststellungsinteresse bei gesetzlicher Ermächtigung nach § 118 II SGB V

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 31.05.2017 - L 11 KA 38/14 **RID 17-04-43**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 118 II

Nach § 118 II SGB V sind **Allgemeinkrankenhäuser** unter den näher aufgeführten Voraussetzungen zur **psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung ermächtigt**. Es bedarf hierfür keiner Antragstellung und keiner Ermächtigung durch die Zulassungsgremien. Die Ermächtigung besteht vielmehr **kraft Gesetzes**. Auch ein rechtlich geschütztes Interesse daran festzustellen, dass eine solche Ermächtigung besteht, ist im Verhältnis eines Krankenhausträgers zu den Zulassungsgremien nicht gegeben. Ein solches **Feststellungsinteresse** könnte allenfalls im Verhältnis zu Krankenkassen bestehen, deren Versicherte ambulant behandelt werden (sollen).

SG Detmold, Urt. v. 12.03.2014 - S 5 KA 18/11- wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

4. Poliklinik: Nachbesetzungsfrist von 6 Monaten

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 07.09.2017 - L 24 KA 38/15 **RID 17-04-44**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 95 VI, 311

Die **Gleichbehandlung** von **Polikliniken** mit **MVZs** nach § 311 II 2 SGB V ist sachgerecht.
Als **Frist**, binnen derer eine **Nachbesetzung** einer frei gewordenen Arztstelle noch möglich ist, ist von (maximal) sechs Monaten auszugehen (BSG, Beschl. v. 14.05.2014 - B 6 KA 67/13 B - Rn. 9).

Die Kl. betreibt eine Poliklinik und ist eine Einrichtung nach § 311 II SGB V. Ein Vertragsarztsitz ruhte für zwei Jahre bis zum 31.01.2015. Nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses zum Mai 2013 beschloss der Zulassungsausschuss im August 2013, dass die Kl. in analoger Anwendung des § 95 VI SGB V die Möglichkeit erhält, bis zum 01.12.2013 die Arztstelle nach zu besetzen, danach erlösche die Arztstelle. Der Widerspruch blieb erfolglos. ***SG Potsdam***, Urt. v. 01.07.2015 - S 1 KA 66/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

5. Zulassungsentziehung

a) Falschabrechnung eines Vertragsarztes/Verständigung gem. § 257c StPO

LSG Bayern, Urteil v. 28.06.2017 - L 12 KA 130/16 **RID 17-04-45**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 61/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95 VI; StPO § 275c

Leitsatz: 1. Falschabrechnungen eines Vertragsarztes können einen Grund für eine Zulassungsentziehung darstellen.
2. Die Annahme gröblicher Pflichtverletzungen kann sich auch auf Tatsachenfeststellungen in anderen bestandskräftigen Entscheidungen und deren Inhalt stützen. Dies gilt bezüglich Strafurteilen auch dann, wenn diese auf einer Verständigung gemäß § 257c StPO beruhen.

Die KV forderte bestandskräftig für die Quartale I/09 bis IV/12 Honorar in Höhe von 216.492,33 € wegen Falschabrechnung der Nr. 01622 EBM (Kurplan/Gutachten/Stellungnahme) sowie systematischen Falschansatzes der Nr. 30901 EBM (kardiorespiratorische Polysomnographie/sog. Großes Schlaflabor) zurück. Das Amtsgericht verurteilte den Kl. mit Urt. v. 28.04.2015 (rechtskräftig) wegen Betruges in 16 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren und setzte die Vollstreckung zur Bewährung aus. Dem Urt. war eine Verständigung zwischen Gericht und Verfahrensbeteiligten gem. § 257c StPO vorausgegangen. Die KV berichtigte mit Bescheid vom 26.05.2015 auf Grund einer Plausibilitätsprüfung für die Quartale I/13 bis III/14 wegen Falschabrechnung der Nr. 30900 und 30901 EBM weitere 14.670,45 €. Hiergegen legte der Kl. Widerspruch ein, über den noch nicht entschieden wurde. Der Zulassungsausschuss entzog dem Kl. die Zulassung, der Widerspruch blieb erfolglos. ***SG Nürnberg***, Urt. v. 17.11.2016 - S 1 KA 2/16 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Verurteilung auf Grundlage einer Verständigung

SG München, Gerichtsbescheid v. 15.09.2017 - S 38 KA 1276/15 **RID 17-04-46**

juris

SGB V §§ 81 V, 82 I, 95 III, VI, 103 I; Ärzte-ZV § 27; BMV-Ä § 15 II

Leitsatz: 1. **Tatsachenfeststellungen** aus rechtskräftigen Urteilen von **Strafgerichten** können von den **Zulassungsgremien** ihrer Entscheidung nach § 95 Abs. 6 SGB V zugrunde gelegt werden, es sei denn, es werden seitens der Klägerin neue wesentliche Gesichtspunkte vorgetragen oder die Tatsachenermittlungen erweisen sich nachträglich als offenkundig fehlerhaft.
2. Eine **Verständigung** unter den Verfahrensbeteiligten nach § 257c StPO im Rahmen eines strafgerichtlichen Verfahrens, deren Bestandteil ein Geständnis ist, schließt die Verwertung der dort getroffenen Tatsachenermittlungen in anderen Verfahren nicht aus.
3. Bei der **Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung** handelt es sich um eine Grundpflicht und eine der tragenden Säulen des vertrauensbasierten Vertragsarztsystems.
4. Der **Entzug der Zulassung** zur vertragsärztlichen Tätigkeit ist **verschuldensunabhängig**. Es kommt lediglich darauf an, ob objektiv eine gröbliche Pflichtverletzung vorliegt.
5. Eine **bestehende oder drohende Unterversorgung** rechtfertigt nicht das Tätigwerden einer Ärztin/eines Arztes, die/der die Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllt.

Die Kl., eine Fachärztin für Allgemeinmedizin, wurde durch LG Deggendorf, Urt. v. 05.12.2014 - 1 KLs 10 Js 1709/13 verb. m. 1 KLs 5 Js 6500 /13 - auf der Grundlage einer Verständigung gemäß § 257c StPO wegen vorsätzlicher unerlaubter Verschreibung von Betäubungsmitteln in 100 Fällen und Betrugs in zwei Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und zehn Monaten auf Bewährung verurteilt. Gegen den Widerruf der Approbation ist ein Klageverfahren anhängig. Der Bekl. bestätigte die Zulassungsentziehung. Das ***SG*** wies die Klage ab.

c) Kein Eilantrag nach Bestätigung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruches

SG Gelsenkirchen, Beschluss v. 26.04.2016 - S 16 KA 4/16 ER **RID 17-04-47**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95 VI: SGG § I 1 Nr. 2

Bestätigt der Berufungsausschuss die gesetzlich vorgesehene **aufschiebende Wirkung** des Widerspruches gegen eine Zulassungsentziehung, dann ist ein Rechtsschutzinteresse auf eine gerichtliche Eilentscheidung nicht (mehr) gegeben (BSG, Urt. v. 17.10.2007 - B 6 KA 4/07 R - SozR 4-1935 § 17 Nr. 1).

Das ***SG*** wies den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruches sowie den Hilfsantrag auf Feststellung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs zurück.

VI. Gesamtvergütung/KV/Sozialpädiatrisches Zentrum/Hausarztzentrierte Versorgung

Nach BSG, Urt. v. 30.11.2017 - B 6 KA 42/16 R - kann zwar eine in Relation zum Bundesdurschnitt **niedrigere Fallzahl in einem KV-Bezirk** zur Begründung eines überdurchschnittlichen Kostenniveaus herangezogen werden. Es treten dann nämlich die vom Bewertungsausschuss der Festsetzung des Orientierungswertes zugrunde gelegten Kostenvorteile bei hohen Fallzahlen nicht oder jedenfalls in geringerem Umfang ein. Ein **Rückgang der Fallzahl je Arzt um 0,24% in Relation zum Bundesdurchschnitt ist jedoch eine zu vernachlässigende Größe**, die von vornherein keinen Anlass geben kann, einen Zuschlag auf den Orientierungswert festzusetzen. Hinsichtlich des **Verbraucherpreisindexes** ist nicht begründet worden, inwieweit Hessen hier vom Bundesdurchschnitt abweicht, und dafür ist auch nichts ersichtlich. Die Daten, die der Beklagte zum Beleg einer überdurchschnittlichen Kostenstruktur in Hessen angeführt hat, sind teilweise - bezogen auf 2013 - nicht aktuell und im Übrigen nicht aussagekräftig. Jedenfalls erreichen alle genannten Faktoren keine Größenordnung, die einen Zuschlag um 1,1 % auf den Orientierungswert rechtfertigen könnte. Nach BSG, Urt. v. 30.11.2017 - ***B 6 KA 34/16 R*** - ist der GBA berechtigt, jedenfalls wenn einem Inhaltsstoff ein gewisser Effekt in Bezug auf die Zweckbestimmung des Medizinproduktes (hier: Laxatan® M) nicht von vornherein abgesprochen werden kann, diesen in die Beurteilung des medizinischen Nutzens einzubeziehen und entsprechende Nachweise zu verlangen. Für die rückwirkende Beseitigung der ursprünglichen Aufnahme kann sich der GBA nicht auf § 45 SGB X stützen, weil sich der Bescheid über die Aufnahme mit der ihn umsetzenden Ergänzung der AM-RL erledigt hatte. Auch die verfahrensrechtliche Sonderregelung in § 34 Abs. 6 SGB V ermächtigt den GBA nicht zu einer rückwirkenden Änderung der AM-RL. Nach BSG, Urt. v. 10.05.2017 - ***B 6 KA 5/16 R*** - hat das bekl. Schiedsamt nach umfassender Auswertung aller ihm verfügbaren Daten vertretbar angenommen, dass wegen der Situation in Hamburg mit − in Relation zum Bundesdurchschnitt − **deutlich höheren Miet- und Personalkosten die Voraussetzungen für einen Zuschlag zum bundesweiten Orientierungswert gegeben sind**. Er hat sich ausdrücklich damit auseinandergesetzt, dass die Attraktivität des Standortes Hamburg auch in einer Überversorgung mit Vertragsärzten zum Ausdruck kommt, und deshalb die Zuschläge nicht so bemessen, dass sie die Differenz bei den für die Praxisführung maßgeblichen Kosten in Hamburg - im Vergleich zum Bundesdurchschnitt - voll ausgleichen. Wenn es gleichwohl eben

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

1. Gesamtvergütung

a) Kriterien zur Bestimmung der Gesamtvergütung in Schiedsspruch

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 07.06.2017 - L 11 KA 50/16 KL **RID 17-04-48**

Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 83, 85

Das obligatorische Kriterium **„Struktur der Versicherten“** ist auch dann aufzugreifen und zu gewichten, wenn signifikante Veränderungen nicht feststellbar sind. Dann ist dieser Umstand die abzuwägende Erkenntnis. Mit Blick auf das eigentliche Abwägungsziel, nämlich die Veränderung der Gesamtvergütung zu vereinbaren, tritt es allerdings „in den Hintergrund“. Es ist nicht obsolet, es ist nachrangig. Angesichts des eindeutigen Wortlautes von § 85 III 1 und 2 SGB V und der stützenden Gesetzesbegründung gibt es auch keinerlei Hinweise darauf, dass der Gesetzgeber den Vertragsparteien und damit letztlich auch dem Landesschiedsamt eine Dispositionsbefugnis dergestalt eingeräumt hat, dass sie einvernehmlich bestimmen, eines oder mehrere der gelisteten Kriterien seien nicht berücksichtigungsbedürftig und damit rechtlich irrelevant. Die Kriterien sind obligatorisch und nicht fakultativ.
Morbidität meint die Häufigkeit der Erkrankung einer bestimmten Anzahl beobachteter Personen in einem bestimmten Zeitraum. Anders gewendet: Die Morbidität spiegelt die Behandlungsbedürftigkeit wider. Sie wird darauf hin untersucht, ob sie sich in einem bestimmten Zeitraum verändert. Demzufolge beeinflusst die Morbiditätsentwicklung die jeweilige Morbiditätsstruktur und damit die Versichertenstruktur, die begründungsbedürftig ist.
Das Kriterium „der für die vertragszahnärztliche Versorgung aufzuwendenden **Arbeitszeit**“ ist hinlänglich zu begründen.
Die **Kosten- und Versorgungsstruktur** stellt auf Gesichtspunkte wie das lokale Gehalts- und Mietkostenniveau, die Zahnarztdichte, den Grad an Spezialisierungen oder den Anteil von Berufsausübungsgemeinschaften ab. Die schlichte Argumentation mit erhöhten Betriebsausgaben ist nunmehr unzureichend. Grundsätzlich ist das Landesschiedsamt nicht verpflichtet, eigene Sachaufklärung zu betreiben. Allerdings müssen die ihm vorgelegten Daten plausibel sein.
Veränderungen der Kosten- und Versorgungsstruktur sind zu berücksichtigen.
Der **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** hat keinen Vorrang mehr vor den in § 85 III 1 SGB V i.d.F. des GKV-VStG genannten Kriterien. Er gilt allgemein (BSG, Urt. v. 10.05.2017 - B 6 KA 5/16 R -) und tritt nunmehr gleichwertig neben diese Kriterien.

Das ***LSG*** hob auf Klage der Ersatzkassen den Schiedsspruch des Bekl. vom 06.07.2017 hinsichtlich der linearen Anhebung der Punktwerte um 3,27 % auf und verpflichtete den Bekl., insoweit unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

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

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.03.2017 - L 11 KA 21/15 **RID 17-04-49**

Revision anhängig: B 6 KA 60/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 85, 95d, 106a

Nach § 95d III SGB V hat eine **Krankenkasse** keinen Anspruch (§ 194 I BGB) darauf, das infolge **Nichtfortbildung einbehaltene Honorar** ausgekehrt zu bekommen.
Wird die **Gesamtvergütung** nach **Fall- oder Kopfpauschalen oder morbiditätsbedingt** (§ 87a SGB V) berechnet, so besteht kein Rückforderungsanspruch einer Krankenkasse, weil der Leistungszweck nicht in der Vergütung tatsächlich erbrachter Leistungen, sondern in der Abdeckung des gesamten Leistungsbedarfs unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme besteht (BSG, Urt. v. 25.10.1989 - 6 RKa 17/88 - BSGE 66, 1 = SozR 2200 § 368f Nr. 16).
Eine Krankenkasse kann nur dann und nur insoweit wirksam **aufrechnen**, als die für ihre Versicherten erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen als Einzelleistung vergütet werden und die KZV die hierauf aufbauenden Honoraransprüche infolge von § 95d III SGB V jeweils kürzt.

SG Münster, Urt. v. 26.01.2015 - S 2 KA 33/13 - wies die Klage der KZV ab, das ***LSG*** verurteilte die bekl. Krankenkasse, an d. Kl. 103.809,82 € zu zahlen.

2. KV: Kein Anspruch auf Löschung von Daten

SG Düsseldorf, Urteil v. 12.10.2016 - S 33 KA 625/12 **RID 17-04-50**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Ärzte-ZV § 43; SGB X § 84; Datenschutzgesetz NRW § 19; HeilBerG NRW § 58a

Die Entscheidung über die **Löschung von Daten** stellt einen **Verwaltungsakt** im Sinne des § 31 SGB X dar, weshalb im Klageverfahren nicht die allgemeine Leistungsklage statthaft ist, sondern eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß § 54 I u. II SGG.
Weder die Ärzte-ZV noch das SGB X oder das Datenschutzgesetz NRW enthalten Regelungen, die in Abhängigkeit vom Ablauf bestimmter Fristen einen **Anspruch auf Löschung von Daten** vorsehen. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass die Zulassungsgremien jederzeit in der Lage sein müssen, das Vorliegen bzw. Fortbestehen der Zulassungsvoraussetzungen, namentlich der Geeignetheit des Vertragsarztes, zu überprüfen, wobei sie auf die möglichst umfassende Kenntnis aller relevanter Umstände angewiesen sind. Ein Rechtssatz, dass einzelne Informationen nach Ablauf bestimmter Fristen für diese Beurteilung keine Relevanz mehr haben, existiert dabei nicht.

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

3. Schiedsstelle SPZ: Anordnung der sofortigen Vollziehung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 03.04.2017 - L 11 KA 51/16 ER KL **RID 17-04-51**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 120 IV; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2

‚Essentielle Grundlage dafür, dass die **angeordnete sofortige Vollziehung** einer behördlichen Entscheidung rechtlich bestehen kann, ist, dass die zugrungelegten **Tatsachen zutreffen**. Anderenfalls würde es ausreichen, wenn das den Sofortvollzug tragende öffentliche Interesse virtuellen Charakter hätte und ihm letztlich jegliches reales Substrat fehlte.
Nimmt die Schiedsstelle nach § 120 IV SGB V irrtümlich an, dass das SPZ für seine Leistungen bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens keine Vergütung erhält, dann stützt sie die Anordnung der sofortigen Vollziehung auf einen **irrealen Sachverhalt**.

Im Hauptsacheverfahren L 11 KA 54/16 KL ist die Höhe der von den Vertragspartnern quartalsmäßig festzusetzenden Vergütung für die Leistungen des von der Ast. betriebenen Sozialpädiatrischen Zentrums streitig. Das ***LSG*** stellte die aufschiebende Wirkung der am 15.07.2016 anhängig gemachten Klage gegen den

Schiedsspruch der Ag. v. 23.05.2016 insoweit wieder her, als die festgesetzte Pauschale je Behandlungsfall einen Betrag von 247,84 € übersteigt.

4. Rückzahlung aus hausarztzentrierter Versorgung

SG München, Urteil v. 23.10.2017 - S 28 KA 1942/14 **RID 17-04-52**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 73 I 1, 73b V 4

Leitsatz: Die in § 73b Abs. 5 Satz 4 SGB V geregelte Abweichungsbefugnis der Vertragspartner zur hausarztzentrierten Versorgung wird durch den Grundsatz der Trennung der Versorgungsbereiche (§ 73 Abs. 1 Satz 1 SGB V) eingeschränkt.

Das ***SG*** wies die Klage gegen den bekl. hausärztlichen Internist ab.

VII. Kosten/Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV)

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. Keine Kostenerstattung für im Widerspruchverfahren beigel. Vertragsarzt

Ein **Vertragsarzt**, der im **Widerspruchsverfahren** wegen Ablehnung einer Ermächtigung **beigeladen** wird, hat nach Ablehnung des Widerspruchs der Ast. keinen Anspruch auf Erstattung seiner außergerichtlichen Kosten

Die Beigel. zu 9), Oberärztin an einer Kinderklinik, beantragte erfolglos die Ermächtigung, wogegen sie Widerspruch einlegte. Der Kl., der seine Praxis in unmittelbarer Nähe der Kinderklinik hat, wurde vom Bekl. zum Verfahren beigezogen. Er ließ sich anwaltlich vertreten. Der Bekl. wies den Widerspruch zurück und entschied, dass Aufwendungen nicht zu erstatten sind. Der Kl. begehrte die Erstattung seiner außergerichtlichen Kosten aus einem Gegenstandswert von 2.197.500 € von der Staatskasse, der Beigel zu 9) oder - im Berufungsverfahren nur noch - dem Bekl. ***SG Nürnberg***, Gerichtsb. v. 05.11.2015 - S 1 KA 9/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

2. Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV)

a) Vorzeitiger Verzicht: 0,5 %-Kürzung

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 18.08.2017 - S 12 KA 443/16 **RID 17-04-54**
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 45/17 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen

Leitsatz: Die **Kürzung wegen vorzeitigen Verzichts** nach § 4 Abs. 2 GEHV, eingeführt durch die EHV-Reform 2006, ist zulässig (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 24.02.2010 - S 12 KA 289/08 - RID 10-02-70, juris, Berufungsverfahren - L 4 KA 19/10 - wurde durch Erledigungserklärung beendet; SG Marburg, Urt. v. 24.02.2010 - S 12 KA 155/08 - RID 10-02-69, <unv.>, abgeändert durch LSG Hessen, Urt. v. 27.06.2012 - L 4 KA 47/11 - RID 12-03-77, juris <die Entscheidung befasst sich allerdings nicht mit § 4 Abs. 1 GEHV>).

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

b) Absenkung der Einmalzahlung für Witwen ohne EHV-Anspruch

SG Marburg, Urteil v. 16.08.2017 - S 12 KA 235/17 **RID 17-04-55**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen; SGB X §§ 31 Satz 1, 34

Leitsatz: 1. Die **Absenkung der Einmalzahlung** für hinterbliebene Ehegatten ohne Anspruch auf Teilnahme an der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (§ 8 Abs.

1 Buchst. a Satz 4 GEHV) aufgrund der **Änderung** des § 6 Abs. 1 Buchst. a Satz 4 GEHV a.F. durch die **EHV-Reform 2012** ist nicht zu beanstanden.
2. **Auskünfte** zur Höhe der Einmalzahlung beinhalten ohne einen entsprechenden Selbstbindungswillen der Verwaltung keine verbindliche Regelung und begründen keinen **Vertrauensschutz**.

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

VIII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Honorarverteilung

a) Investitionskostenabschlag für Dialysesachkosten und Sprechstundenbedarf

BSG, Beschluss v. 28.06.2017 - B 6 KA 79/16 B **RID 17-04-56**
juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 26.10.2016 - L 5 KA 665/13 - wird zurückgewiesen.

BSG, Beschl. v. 30.11.2016 - B 6 KA 45/16 B - juris hat entschieden, dass der in § 120 III 2 SGB V a.F. normierte **Abschlag für Investitionskosten** allein an die **Leistungserbringung im Krankenhaus** anknüpft und daher auch die Vergütungen von **Dialysesachkosten** diesem Abschlag unterliegen. Keiner weiteren Klärung bedarf es, dass der gesetzlich vorgegebene Abschlag unabhängig davon vorzunehmen ist, ob die Vertragspartner dies ggf. abweichend geregelt haben. Unterliegen alle „Vergütungen“ dem Investitionskostenabschlag, gilt dies auch für Erstattungen, die sich auf die Kosten des **Sprechstundenbedarfs** (SSB) beziehen. Dies gilt auch für SSB im Sinne der Nr 99400 EBM, einer speziellen Gruppe von Sachkosten, die Bestandteil der Vergütung nach § 120 I SGB V sind.

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

BSG, Beschluss v. 02.08.2017 - B 6 KA 14/17 B **RID 17-04-57**
juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 26.10.2016 - L 3 KA 72/13 - RID 17-01-25 wird zurückgewiesen.

Der dem **Bewertungsausschuss** in § 87 II SGB V übertragene Gestaltungsauftrag erschöpft sich nicht in der Aufstellung eines reinen Leistungs- und Bewertungskatalogs unter medizinischen, betriebswirtschaftlichen oder sonstigen Gesichtspunkten, sondern schließt die Befugnis ein, über die Beschreibung und Bewertung der ärztlichen Verrichtungen das **Leistungsverhalten** der Ärzte **steuernd zu beeinflussen**. Eine solche Berechtigung besteht insbesondere dann, wenn dem Bewertungsausschuss nach § 87 IIa 1 SGB V ausdrücklich aufgegeben ist, die Leistungen entsprechend der in § 73 I 1 SGB V festgelegten Gliederung der Versorgungsbereiche so zu gestalten, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen grundsätzlich Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen. Zusätzlich ist in § 87 IIb SGB V bestimmt, dass die im einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung als Versichertenpauschalen abgebildet werden sollen. Dementsprechend hatte der Bewertungsausschuss die **Versichertenpauschalen** nach den Nr. 03110, 03111 und 03112 EBM eingeführt, die in Überweisungs- und Vertretungsfällen nur reduziert abgerechnet werden dürfen. Zum 01.01.2008 sind dabei wichtige Einzelleistungen für die Koordination der hausärztlichen Betreuung, für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung und für die Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativen und/oder entzündlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates durch die hier streitbefangene **Chronikerzuschlagsregelung** (Nr. 03212EBM) ersetzt worden. Insoweit hat der Bewertungsausschuss seinem Pauschalierungsauftrag entsprochen.
Es liegt auf der Hand, dass angesichts der im hausärztlichen und im fachärztlichen Versorgungsbereich **unterschiedlichen Vergütungssystematik** nicht Einzelpositionen aus dem

hausärztlichen Bereich für Ärzte geöffnet werden können, die im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig sind. Dem Gesetzgeber wie dem Bewertungsausschuss kann nicht verborgen geblieben sein, dass insbesondere Patienten, die an Diabetes leiden, sowohl von Hausärzten wie von fachärztlich tätigen Internisten versorgt werden. Die Vergütungsregelungen für beide Arztgruppen richten sich gleichwohl in erster Linie danach, in welchem **Versorgungsbereich** die betreffenden Ärzte tätig sind. Eine **gleichheitswidrige Benachteiligung** der fachärztlichen Internisten kann angesichts der unterschiedlichen Vergütungssystematik von vornherein nicht daraus abgeleitet werden, dass diesen eine bestimmte Gebührenordnungsposition aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich nicht zur Verfügung steht.

c) Quotierung freier Leistungen (KV Hessen: Anpassungsindex 100/Sicherstellungsindex 90)

BSG, Urteil v. 30.11.2016 - B 6 KA 4/16 R **RID 17-04-58**

SozR 4-2500 § 87b Nr. 10 = NZS 2017, 422 = USK 2016-127

Leitsatz: Die **Quotierung** der außerhalb des Systems der Regelleistungsvolumina, aber innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu honorierenden so genannten **freien Leistungen** ist zulässig.

d) Unterschiedliche Vergütung antragspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen

BSG, Beschluss v. 28.06.2017 - B 6 KA 82/16 B **RID 17-04-59**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 05.10.2016 - L 5 KA 2373/14 - wird zurückgewiesen.

Eine **unterschiedliche Vergütung** antragspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und psychologischen **Psychotherapeuten** auf der einen und der **nicht ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte** auf der anderen Seite ist mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar. Die Differenzierung knüpft an die Regelung des § 87b II 6 SGB V i.d.F. des GKV-WSG v. 26.03.2007 an. Die besonderen Leistungsbedingungen der Psychotherapeuten gelten für einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, der im - überdurchschnittlich großen - Umfang antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen erbringt, nicht.

e) Psychotherapeutische BAG: Keine Verrechnung von zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen

BSG, Urteil v. 25.01.2017 - B 6 KA 6/16 R **RID 17-04-60**

SozR 4-2500 § 87b Nr. 9 = USK 2017-2

Leitsatz: 1. Die **Vergütung psychotherapeutischer Leistungen** mit festen Punktwerten darf auf die **Leistungsmenge begrenzt** werden, die ein optimal ausgelasteter und mit vollem persönlichen Einsatz arbeitender Psychotherapeut bei typisierender Betrachtung zu erbringen in der Lage ist (sog zeitbezogene Kapazitätsgrenze).

2. Der Umstand, dass die für psychologische Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte geltende **zeitbezogene Kapazitätsgrenze arztbezogen**, die für andere Arztgruppen maßgebenden Regelleistungsvolumen dagegen **praxisbezogen** ermittelt werden, verletzt nicht den allgemeinen Gleichheitssatz.

2. Sachlich-rechnerische Berichtigung: Keine Tätigkeit in freier Praxis

BSG, Beschluss v. 28.06.2017 - B 6 KA 81/16 B **RID 17-04-61**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Bayern***, Urt. v. 27.07.2016 - L 12 KA 178/12 - wird zurückgewiesen.

Jedenfalls soweit ein Vertragsarzt das **wirtschaftliche Risiko** der Praxis nicht mitträgt und in keiner Weise **am Wert der Praxis beteiligt** ist, der durch seine Tätigkeit mit geschaffen wird, wird die

ärztliche Tätigkeit nicht mehr in freier Praxis ausgeübt (vgl BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4 Rn. 33). Der in Wahrheit abhängig beschäftigte Arzt trägt das wirtschaftliche Risiko dann, wenn er als derjenige, der über eine Zulassung verfügt, allein gegenüber der KV abrechnungsberechtigt ist. Er ist „Vertragspartner" der KV, sodass auch die Rückabwicklung in diesem Verhältnis zu erfolgen hat (vgl BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4 Rn. 31). Dass ihn mit der Honorarrückforderung die wirtschaftlichen Folgen dieses Vorgehens treffen, ist weder eine **besondere Härte** noch **unverhältnismäßig**. Eine Unverhältnismäßigkeit ergibt sich auch nicht aus der absoluten Höhe der Rückforderung (hier: 16.310.396,80 DM für die Quartale IV/93 bis III/97 als Laborarzt).

3. Notdienstzentrale in den Räumen des Krankenhauses

BSG, Beschluss v. 02.08.2017 - B 6 KA 11/17 B **RID 17-04-62**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Thüringen***, Urt. v. 25.08.2016 - L 11 KA 12/14 - wird zurückgewiesen.

Vertragsärzte können in Verfahren gegen Bescheide der KV, mit denen sie zur Ableistung des **Bereitschaftsdienstes herangezogen** werden, nur geltend machen, die Heranziehung sei für sie etwa im Hinblick auf die Frequenz der Dienste oder die Länge bestimmter Fahrzeiten unzumutbar bzw. benachteilige sie im Verhältnis zu anderen Ärzten oder anderen Arztgruppen unverhältnismäßig. Ob die vertraglichen **Vereinbarungen**, die die KV im Zusammenhang mit der Einrichtung der Notdienstzentrale im Krankenhaus **mit dem Krankenhausträger** bzw. mit den bei diesem beschäftigten Arzthelferinnen trifft, rechtmäßig sind, betrifft grundsätzlich nicht die Rechtsphäre der Vertragsärzte. Diese sind in der Notdienstzentrale nicht als Arbeitgeber der Mitarbeiterinnen anzusehen, die dort nach Abstimmung zwischen KV und Krankenhaus eingesetzt werden.

Rechtlich geschützte Interessen der Vertragsärzte werden durch die Einrichtung einer **Notdienstzentrale in den Räumen des Krankenhauses** erkennbar nicht verletzt.

Die KVen dürfen zentrale Notfallpraxen auch an Krankenhäusern einrichten und die zum Notdienst eingeteilten Vertragsärzte müssen dort den Dienst verrichten (BSG SozR 4-2500 § 75 Nr. 11 Rn. 18). Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Einrichtung von zentralen Notdienstpraxen, deren Anschriften bekannt sind und die die Patienten ohne größeren Aufwand aufsuchen können, der Sicherstellungsverpflichtung der KV für die Versorgung der Versicherten auch zu den sprechstundenfreien Zeiten gemäß § 75 Ib 1 SGB V i.d.F. des GKV-VSG v. 16.07.2015 entspricht. Es ist gerade unter dem Aspekt von (möglichen) Qualitätsdefiziten im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst in den letzten Jahren immer wieder bemängelt worden, dass die Patienten nicht wüssten, wo sie im Notfall zügig ärztlich versorgt werden könnten, und sich gerade deshalb an das nächstgelegene Krankenhaus wenden, dessen Anschrift regelmäßig bekannt oder ohne großen Aufwand zu ermitteln sei. Wenn an der zentralen Anlaufstelle für die ärztliche Versorgung einer Gemeinde, nämlich dem Krankenhaus, auch die Notdienstzentrale der KV eingerichtet ist, wird dieses Qualitätsdefizit gemindert.

4. Disziplinarrecht: „Ärztestreik"

BSG, Urteil v. 30.11.2016 - B 6 KA 38/15 R **RID 17-04-63**

Verfassungsbeschwerde erhoben: 1 BvR 887/17

BSGE 122, 112 = SozR 4-2500 § 75 Nr. 18 = KrV 2017, 65 = GesR 2017, 371 = ZMGR 2017, 194 = NZS 2017, 539

Leitsatz: Vertragsärzte dürfen ihre Praxen nicht schließen, um durch die Verweigerung der Behandlung der Versicherten Druck auf Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen zur Erhöhung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen auszuüben („**Ärztestreik**").

5. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Sprechstundenbedarf

a) Prüfung von Einzelleistungen: Grenze zum Offensichtlichen Missverhältnis

BSG, Urteil v. 30.11.2016 - B 6 KA 29/15 R **RID 17-04-64**

SozR 4-2500 § 106 Nr. 56

Leitsatz: Führen die Prüfgremien im Rahmen der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung einen **Einzelleistungsvergleich** durch, bedarf es einer eingehenden und spezifischen Begründung, wenn die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis unterhalb einer Überschreitung des Vergleichsgruppendurchschnitts von 100 % gezogen wird.

b) Zuständigkeit der Prüfungsgremien für Verordnung von Impfstoffen

BSG, Urteil v. 25.01.2017 - B 6 KA 7/16 R **RID 17-04-65**

SozR 4 = juris

Die vertragsärztliche Verordnung von **Impfstoffen** unterliegt der gemeinsamen **Prüfungszuständigkeit** der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen gemäß § 106 Abs. 1 SGB V.

c) Sprechstundenbedarf: Unterdurchschnittliche Einzelverordnungen (Onkologie) (Keine Rechtsfrage)

BSG, Beschluss v. 06.07.2017 - B 6 KA 19/17 B **RID 17-04-66**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Bayern***, Urt. v. 09.11.2016 - L 12 KA 140/15 - RID 17-01-40 wird als unzulässig verworfen.

Auch soweit in dem Vortrag des Kl. **Rechtsfragen** enthalten sind, wird den nach § 160a II 3 SGG an die Begründung einer Nichtzulassungsbeschwerde zu stellenden Anforderungen nicht entsprochen, weil es jedenfalls an der unmissverständlichen Bezeichnung einer bestimmten Rechtsfrage des revisiblen Rechts fehlt. Es ist auch nicht Aufgabe des entscheidenden Senats, aus dem Vortrag des Kl. möglicherweise klärungsbedürftige und klärungsfähige **Fragen selbst „herauszufiltern“**.

6. Zulassungsrecht

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

BSG, Beschluss v. 28.06.2017 - B 6 KA 12/17 B **RID 17-04-67**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Hessen***, Urt. v. 30.11.2016 - L 4 KA 1/15 - RID 17-01-45 wird zurückgewiesen.

Es handelt sich bei § 26 V BedarfsplRL um keine von § 26 II u. III BedarfsplRL unabhängige, eigenständige Anspruchsgrundlage für die Erteilung einer Zulassung und erst Recht bildet § 26 V BedarfsplRL keine Grundlage für einen Vorrang von Ärzten, die erst **nach der Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen** durch den Landesausschuss im Wege des **Job-Sharings** in eine Praxis eingetreten sind.

Es ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, wenn der Berufungsausschuss, wenn er dabei zu dem Ergebnis kommt, dass bezogen auf die berufliche Eignung, das Approbationsalter und die Dauer der Wartezeit „keine sehr signifikanten Unterschiede“ bestehen, **Versorgungsgesichtspunkten** besonderes Gewicht beimisst.

b) Ermächtigung: Kein Ausschluss zwingend zu erbringender (Begleit-)Leistungen

BSG, Urteil v. 25.01.2017 - B 6 KA 2/16 R **RID 17-04-68**

SozR 4-5540 § 5 Nr. 1 = ZMGR 2017, 250

Leitsatz: Die **Beschränkung der Zusatzpauschalen** für Beobachtung und Betreuung von Patienten u.a. mit onkologischen Erkrankungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen auf Behandlungen in einer **Arztpraxis** oder einer praxisklinischen Einrichtung und damit der Ausschluss der Berechnungsfähigkeit dieser Leistungen in **ermächtigten Klinikambulanzen** ist mit dem Gleichbehandlungsgebot nicht vereinbar.

c) Bedarfsunabhängige Institutsermächtigung: Kein Vorrang der persönl. Ermächtigung

BSG, Urteil v. 25.01.2017 - B 6 KA 11/16 R **RID 17-04-69**

BSGE = SozR 4-5540 § 5 Nr. 2 = ArztR 2017, 240 = ZMGR 2017, 323

Leitsatz: 1. Ärztlich geleitete **Einrichtungen** können auch für Leistungen **ermächtigt** werden, die nur bei Nachweis **spezieller Fachkunde des Arztes** erbracht und abgerechnet werden können, sofern durch eine entsprechende Inhaltsbestimmung im Ermächtigungsbescheid sichergestellt wird, dass die Leistungen nur von hierzu aufgrund ihrer Qualifikation berechtigten Ärzten erbracht werden (Fortentwicklung der bisherigen Rechtsprechung, u.a. BSG vom 2.10.1996 - 6 RKa 73/95 = BSGE 79, 159 = SozR 3-5520 § 31 Nr. 5).
2. Bei den **bedarfsunabhängigen Ermächtigungen** auf der Grundlage bundesmantelvertraglicher Bestimmungen, auf deren Erteilung ein Rechtsanspruch besteht, findet der **Grundsatz des Vorrangs der persönlichen Ermächtigung von Ärzten** gegenüber ärztlich geleiteten Einrichtungen keine Anwendung.

d) Drittanfechtung einer nephrologischen Ermächtigung

BSG, Urteil v. 30.11.2016 - B 6 KA 3/16 R **RID 17-04-70**

SozR 4-1500 § 54 Nr. 42 = MedR 2017, 747 = USK 2016-126

Leitsatz: 1. Die **Drittanfechtung** einer auf eine Rechtsgrundlage für eine **bedarfsunabhängige Ermächtigung** gestützten Entscheidung ist ausnahmsweise dann möglich, wenn diese Ermächtigung ihrer Art und ihrem Umfang nach **nur in Abhängigkeit vom Bedarf** hätte erteilt werden dürfen.
2. Die den Bundesmantelvertragspartnern in der **Zulassungsverordnung** für Vertragsärzte eröffnete Möglichkeit, gesetzlich nicht geregelte Ermächtigungstatbestände zu vereinbaren, ist durch § 98 Abs. 2 Nr 11 SGB V als **Ermächtigungsgrundlage** gedeckt.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

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

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Positronen-Emissions-Tomographie/Computertomographie (PET/CT) bei kolorektalem Karzinom

LSG Thüringen, Urteil v. 30.05.2017 - L 6 KR 1492/14 **RID 17-04-71**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 1 I 1, 2 I, 12 I, 13 III, 27 I 1, 70 I 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1

Die **fehlende Anerkennung** der **PET/CT** bei einem **kolorektalen Karzinom** ist nicht Folge eines Systemmangels.

SG Altenburg, Urt. v. - 16.10.2014 - S 4 KR 2533/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Ambulante PET-CT-Untersuchung bei Metastase eines Sigmakarzinoms

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 28.03.2017 - L 4 KR 215/14 **RID 17-04-72**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 29/17 R

juris

SGB V §§ 13 III, 92 I 2 Nr. 5

Eine **ambulante PET-CT-Untersuchung** gehört nicht zu den im Rahmen des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringenden Leistungen, wenn es sich in der Lunge nicht um ein primäres kleinzelliges Karzinom handelt, sondern um eine **Metastase** eines zuvor behandelten **Sigmakarzinoms**.

Neue ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) sind im hier betroffenen Bereich der ambulanten Versorgung nur dann von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst, wenn und soweit der GBA in Richtlinien nach § 92 I 2 Nr. 5 SGB V eine positive Empfehlung über deren diagnostischen und therapeutischen Nutzen abgegeben hat.

SG Hannover, Gerichtsb. v. 07.04.2014 - S 11 KR 866/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

c) Kuba-Therapie nach Dr. Pelaez bei Retinitis Pigmentosa

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 11.05.2017 - L 6 KR 80/14 ZVW **RID 17-04-73**
juris
SGB V §§ 2 I 3, Ia, 18 I 1

Leitsatz: Einem **Kostenerstattungsanspruch** aus § 18 Abs. 1 Satz 1 SGB V für eine auf **Kuba** durchgeführte Augenbehandlung steht entgegen, dass die sog. **Kuba-Therapie** nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht.
Eine Kostenerstattungsanspruch aus einer **grundrechtsorientierten Auslegung** des Leistungsrechts (heute § 2 Abs. 1a SGB V) scheitert jedenfalls an der fehlenden Überprüfbarkeit der Methode wegen fehlender, aber von der Fachwelt geforderter Publikation der grundsätzlich verfügbaren Daten.

SG Neubrandenburg, Gerichtsb. v. 24.03.2006 - S 4 KR 5/03 - wies die Klage ab, ***LSG Mecklenburg-Vorpommern***, Urt. v. 01.08.2007 - L 6 KR 6/06 - wies die Berufung zurück, ***BSG***, Urt. v. 20.04.2010 - B 1/3 KR 22/08 R - BSGE 106, 81 = SozR 4-1500 § 109 Nr. 3 wies nach Nichtzulassungsbeschwerde die Sache zurück, ***LSG Mecklenburg-Vorpommern***, Urt. v. 16.11.2011 - L 6 KR 16/10 - RID 13-04-66 wies die Berufung erneut zurück, ***BSG***, Urt. v. 02.09.2014 - B 1 KR 4/13 R - SozR 4-2500 § 18 Nr. 9 wies nach Nichtzulassungsbeschwerde die Sache erneut zurück, das ***LSG*** wies die Berufung wiederum zurück.

d) Sondenentwöhnungsprogramm

SG Berlin, Urteil v. 11.07.2017 - S 81 KR 719/17 **RID 17-04-74**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, IV, 27 I 1

Leitsatz: Bei einem rein telemedizinisch durchgeführten **Sondenentwöhnungsprogramm** (**Netcoaching**) handelt es sich um eine **neue Behandlungsmethode** i.S.d. § 135 Abs. 1 SGB V, auf die mangels positiver Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit kein Anspruch besteht.

Der 2015 geb. Kl. wurde mit einer langstreckigen Ösophagusatresie (angeborene Fehlbildung der Speiseröhre) geboren, die im April 2016 nach mehreren – z.T. mit Komplikationen verbundenen – Eingriffen erfolgreich operativ behandelt wurde. Der Kl. wurde in diesem Zusammenhang über einen längeren Zeitraum über eine Sonde ernährt. Hierdurch hatte sich eine Sondendependenz entwickelt, welche sich in oraler Aversion, rezidivierendem Würgen und Erbrechen sowie Verweigerung ausreichender oraler Nahrungsaufnahme äußerte. Die Übernahme der Kosten für ein telemedizinisches Sondenentwöhnungsprogramm (Netcoaching) bei der in Österreich (G.) ansässigen N. GmbH lehnte die Bekl. ab. Inhalt des von der Universität G. entwickelten Netcoaching ist die Betreuung der betroffenen Familien bei der Sondenentwöhnung in ihrem häuslichen Umfeld auf telemedizinischem Wege durch ein interdisziplinäres Team aus Ärzten, klinischen Psychologen, Psychotherapeuten und Füttertherapeuten. Das Coaching läuft über ein Online-Ticketsystem, in dem die Eltern zu Hause mit den Therapeuten kommunizieren und Ernährungsprotokolle und Videos hochladen können. Das Netcoaching besteht unter anderem aus Videoanalysen, zwei täglichen Cybervisiten sowie einer individuellen Beratung per E-Mail. Zusätzlich gibt es eine psychologische Begleitung der Eltern. Die Behandlungsdauer ist individuell und endet nach erfolgreicher Entwöhnung. Die Betreuung steht den Familien durchgehend 24 Stunden am Tag an 7 Tagen in der Woche zur Verfügung. Als Vergütung rechnet die Firma N. GmbH eine Gesamtpauschale in Höhe von 4.240 € ab. Hinzu kommen 120 € für die Vordiagnostik. Das ***SG*** wies die Klage ab.

2. ICSI-Behandlung: Maßgebender Zeitpunkt der Höchstaltersgrenzen

LSG Bayern, Urteil v. 26.07.2017 - L 4 KR 586/15 **RID 17-04-75**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27a, 92 I; GG Art. 1 I, 2 I, 3, 6 II

Leitsatz: 1. Die zwingenden **Höchstaltersgrenzen** in § 27 a Abs. 3 S. 1 SGB V müssen für beide Partner in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) erfüllt sein.
2. **Maßgebender Zeitpunkt** ist der Beginn der Behandlung, also in jedem Behandlungszyklus der Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus bzw. des ersten Tages der Down-Regulation.
3. Der Gesetzgeber hat einen zum Zeitpunkt der künstlichen Befruchtung **höchstens 50-Jährigen** als besonders geeignet angesehen, den Kindeswohlbelangen gerecht zu werden.

4. Bei der **Altersgrenze** für den **männlichen Partner** ist somit nicht auf das Alter zum Zeitpunkt einer Kryokonservierung abzustellen.

SG Landshut, Gerichtsb. v. 01.12.2015 - S 4 KR 238/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

3. Verhaltenstherapie zur Raucherentwöhnung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 07.09.2017 - L 5 KR 62/15 **RID 17-04-76**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 78/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I 1, I 2 Nr. 1, 34 S. 7 u. 8; GG Art. 2 II 1, 3 I; PsychThRL § 22 II

Leitsatz: Eine **Verhaltenstherapie zur Raucherentwöhnung** ist keine von der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringende Leistung. Der Nikotinentwöhnung dienende **Medikamente** (hier: Nicotinell) sind von ärztlicher Verordnung auch im Rahmen eines ärztlichen Behandlungskonzepts ausgeschlossen. Der Ausschluss dieser Leistungen verstößt nicht gegen das Grundgesetz.

SG Schleswig, Urt. v. 19.06.2015 - S 10 KR 243/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

4. Entfernung eines Tattoos unter besonderen Umständen

SG Düsseldorf, Urteil v. 26.01.2017 - S 27 KR 717/16 **RID 17-04-77**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I, 28

Eine Krankenkasse hat die Kosten für die Entfernung eines Tattoos zu übernehmen, wenn dem **Tattoo entstellende Wirkung** zukommt oder zu einer den Krankenbehandlungsanspruch rechtfertigenden **Beeinträchtigung der Körperfunktionen** führt.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., die Kosten der Entfernung des Tattoos der Kl. zu übernehmen.

II. Stationäre Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 26.09.2017 - ***B 1 KR 9/17 R*** - darf die **Prozedur mit OPS 1-430.2** (endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Lunge) nicht kodiert werden, wenn weder **Lungengewebe entnommen** wird noch diese nicht vollendete Prozedur gleichwohl kodiert werden darf. Die erfolgte Biopsie von Bronchusgewebe aus der Oberlappencarina erfüllt nur die Voraussetzungen des OPS 1-430.1 und der DRG E71B. Nach BSG, Urt. v. 13.12.2016 - ***B 1 KR 1/16 R*** - SozR 4-2500 § 31 Nr. 28 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. Mammareduktionsplastik

SG Schleswig, Gerichtsbescheid v. 21.09.2017 - S 23 KR 57/13 **RID 17-04-78**

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

Führt der Befund einer **Makromastie bzw. Gigantomastie** (hier: Brustgröße mit einem Gewicht von 1.800 Gramm rechts und 1.900 Gramm links) zu einer jedenfalls mitursächlichen **Beeinträchtigung der Körperfunktionen** (hier: degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule), besteht ein Anspruch auf eine Mammareduktionsplastik, wenn **konservative Behandlungsmöglichkeiten** lediglich eine temporäre Beschwerdefreiheit herbeiführen können.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., der Kl. eine vollstationäre beidseitige Mammareduktionsplastik als Sachleistung zu gewähren.

2. Psychische Belastung begründet keinen Anspruch auf Brustkorrektur-Operation

LSG Bayern, Urteil v. 26.07.2017 - L 4 KR 398/15 **RID 17-04-79**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III 1, 27 I 1

Eine leichte Mamillenhernierung rechts, leichte Ptosis links und leichte Asymmetrie der Brüste stellt keine **Krankheit** i.S.d. SGB V dar. Es genügt nicht jede Anomalität, um von einer Entstellung ausgehen zu können. Eine **psychische Belastung** rechtfertigt keinen operativen Eingriff auf Kosten der GKV. Psychische Leiden können einen Anspruch auf eine Brustkorrektur-Operation grundsätzlich nicht begründen.

SG München, Urt. v. 15.07.2015 - S 17 KR 1346/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

3. Narbenkorrektur

SG Hamburg, Urteil v. 27.07.2017 - S 2 KR 507/15 **RID 17-04-80**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III 1, 27 I

Ein **Anspruch auf Narbenkorrektur** resultiert aus dem Anspruch, dass notwendige **Eingriffe so schonend wie möglich** durchgeführt werden und der Körper nach einem Eingriff so weit wie möglich wiederhergestellt wird, sei es mit körpereigenem oder körperfremdem Material (vgl. BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 35/15 R - SozR 4-2500 § 27 Nr. 28, juris Rdnr. 18).

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.000 € zu bezahlen.

4. Geschlechtsangleichende Operation in nicht zugelassener Klinik

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 21.08.2017 - L 4 KR 187/17 B ER **RID 17-04-81**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 5, 39 I 2, 108

Behandlungen in **nicht zugelassenen Krankenhäusern** sind nur bei **Notfällen** von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst. Ein Notfall liegt nicht vor, zumal der Ast. ausweislich der Krankheitsanamnese bereits seit seiner Kindheit unter der „transsexuellen Dynamik“ und seit Jahren unter einer psychosexuellen Identitätsstörung leidet.

SG Oldenburg, Beschl. v. 30.03.2017 - S 62 KR 99/17 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

III. Kostenerstattung

Nach BSG, Urt. v. 07.11.2017 - ***B 1 KR 24/17 R*** - und - ***B 1 KR 15/17 R*** - sind bei der **Rücknahme einer fingierten Genehmigung** die Voraussetzungen des Anspruchs auf die fingierte Genehmigung (§ 13 IIIa SGB V) Maßstab der Rechtmäßigkeitsprüfung. Nach BSG, Urt. v. 07.11.2017 - ***B 1 KR 7/17 R*** - kann ein Anspruch auf **stationäre Liposuktion** als **Sachleistung** kraft **Genehmigungsfiktion** bestehen. Nach BSG, Urt. v. 07.11.2017 - ***B 1 KR 2/17 R*** - kann ein Anspruch auf eine **Augmentationsmastopexie** als Naturalleistung kraft **Genehmigungsfiktion** bestehen. Nach BSG, Urt. v. 26.09.2017 - ***B 1 KR 8/17 R*** - kann ein Anspruch auf **stationäre Liposuktion** als **Sachleistung** kraft **Genehmigungsfiktion** bestehen. Nach BSG, Urt. v. 26.09.2017 - ***B 1 KR 6/17 R*** - können die Voraussetzungen des Erstattungsanspruchs für die Kosten einer **radiofrequenzinduzierten Thermotherapie der Stammvenenerkrankung** kraft **Genehmigungsfiktion** erfüllt sein.

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

Genehmigung nicht **zurück**, indem sie den Antrag verspätet ablehnte. Dies wäre zudem nur beim **Fehlen von Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion möglich**.

1. Genehmigungsfiktion

a) Antrag

aa) Antrag ohne ärztliche Verordnung: Therapie mit Cannabisblüten

SG Koblenz, Beschluss v. 05.10.2017 - S 11 KR 558/17 ER **RID 17-04-82**
juris
SGB V § 3 I 6, 13 IIIa; SGG § 86b II 2

Leitsatz: Für den Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 IIIa SGB V ist **keine ärztliche Verordnung** erforderlich.
Ein hinreichender **Antrag** kann sich auch aus anderen ärztlichen Unterlagen ergeben.

Das ***SG*** verpflichtete die Ag., den Ast. vorläufig für die Dauer von sechs Monaten mit einer Therapie auf der Grundlage von Medizinal-Cannabisblüten zu versorgen.

bb) Kein bestimmter Antrag ohne ärztliche Verordnung für Arzneimittel (Cannabis)

SG Trier, Beschluss v. 04.09.2017 - S 3 KR 143/17 ER **RID 17-04-83**
juris
SGB V § 13 IIIa

Leitsatz: Der Anspruch gemäß § 31 Abs. 6 SGB V erfordert eine **ärztliche Verordnung**.
Der **Wunsch des Versicherten**, eine bestimmte Verordnung zu erlangen, ersetzt nicht die begründete Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes, dass eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung in dem Einzelfall nicht zur Anwendung kommen kann.

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

cc) Genehmigungsfiktion bei telefonisch gestelltem Antrag

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 20.07.2017 - L 5 KR 339/16 **RID 17-04-84**
juris
SGB V § 13 IIIa

Leitsatz: Auch ein **mündlicher Antrag** kann, wenn er hinreichend bestimmt ist, die Folge einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V nach sich ziehen. Dies gilt auch für einen Antrag durch einen Dritten für den Versicherten; einer schriftlichen **Vollmachterteilung** bedarf es nicht, wenn die Krankenkasse eine solche nicht gemäß § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB X verlangt.

SG Koblenz, Urt. v. 29.09.2016 - S 5 KR 391/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. die Kosten der Mammareduktionsplastik von 7.001,08 € zu erstatten.

b) Frist

aa) Angabe eines bestimmten Tages erforderlich für Fristverlängerung

LSG Saarland, Urteil v. 25.08.2017 - L 2 KR 28/16 **RID 17-04-85**
juris
SGB V § 13 IIIa

Nur bei Angabe eines **bestimmten Tages** der neu zu setzenden Frist wird die Genehmigungsfiktion hinausgezögert.

SG Saarland, Urt. v. 03.02.2016 - S 1 KR 85/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., den Kl. mit einer Magen-Bypass-Operation zu versorgen.

bb) Frist und fehlende Mitwirkung

SG Mainz, Urteil v. 23.06.2017 - S 7 KR 302/15 **RID 17-04-86**
juris
SGB V § 13 IIIa

Die fristgebundene Genehmigungsfiktion tritt bei einer **fehlenden Mitwirkung** nur dann nicht ein, wenn die Krankenkasse den Leistungsberechtigten vor Ablauf der Drei- bzw. Fünf-Wochenfrist zu einer Mitwirkung **auffordert**, ihm eine **Frist** für die Erfüllung der Mitwirkungspflicht setzt und darauf hinweist, dass jedenfalls bis zur Erfüllung der Mitwirkungspflicht die gesetzlich vorgesehene Genehmigungsfiktion nicht eintritt.

Das ***SG*** stellte fest, dass der Antrag des Kl. auf Gewährung einer bariatrischen Operation (Schlauchmagen) als Sachleistung vom 05.06.2014 gemäß § 13 III a SGB V als genehmigt gilt.

c) „Erforderliche“ Leistung

aa) Erforderlichkeit nur für Erstattungsanspruch

SG Speyer, Gerichtsbescheid v. 05.09.2017 - S 16 KR 560/16 **RID 17-04-87**
juris
SGB V § 13 IIIa

Der Auffassung, § 13 IIIa SGB V regele ausschließlich einen **Kostenerstattungsanspruch**, kann angesichts der ausdrücklichen Regelung des § 13 IIIa 6 SGB V nicht gefolgt werden.
Nach Ablauf der Frist ist der geltend gemachte Anspruch von der Krankenkasse ohne weitere Prüfungen zu erfüllen. Insb. wird für den Eintritt der Genehmigungsfiktion nicht vorausgesetzt, dass die beantragte Leistung **erforderlich** ist. Diese Anspruchsvoraussetzung besteht nur für den Erstattungsanspruch nach § 13 IIIa 7 SGB V.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer Schlauchmagenoperation zu versorgen.

bb) Anspruch auf Versorgung mit Cannabis

LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss v. 27.07.2017 - L 5 KR 140/17 B ER **RID 17-04-88**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IIIa, 31 VI

Leitsatz: Zur Durchsetzung eines Anspruchs auf Grund einer Genehmigungsfiktion ist einstweiliger Rechtsschutz nach § 86b Abs. 2 SGG zu gewähren.

SG Koblenz, Beschl. v. 22.06.2017 - S 13 KR 383/17 ER - verpflichtete die Ag. vorläufig bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens, den Ast. mit einer Cannabis-Therapie entsprechend der Empfehlung von Dr. G v. 07.04.2017 zu versorgen. Das ***LSG*** wies die Beschwerde der Ag. mit der Maßgabe zurück, dass die Verpflichtung der Ag. zur Gewährung von Cannabis-Produkten entsprechend ärztlicher Verordnung längstens bis zum Abschluss des erstinstanzlichen Hauptsacheverfahrens und nur unter der Voraussetzung gilt, dass der Ast. in der Hauptsache bis spätestens einen Monat nach Zustellung dieses Beschl. Klage erhebt.

cc) Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen nach Gutachter (Liposuktion)

SG Duisburg, Urteil v. 05.07.2017 - S 31 KR 547/16 **RID 17-04-89**
Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 IIIa

Eine Versicherte darf die von ihr begehrten **Liposuktionen** für erforderlich halten, obwohl tatsächlich bisher noch **keine Empfehlung durch den GBA** diesbezüglich ausgesprochen wurde, wenn ein Gutachter zwar darauf hinweist, dass bis zur Entscheidung des GBA über die Aufnahme der operativen Behandlung des Lipödems in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen eine entsprechende Abrechnungsziffer im EBM fehlt, er aber gleichzeitig die Auffassung vertritt, dass im Falle der Versicherten die Voraussetzungen für die Gewährung der Kostenübernahme für eine ambulante Liposuktion als Einzelfallentscheidung erfüllt sind.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., der Kl. drei Liposuktionsbehandlungen (Arme, Oberschenkel, Unterschenkel) entsprechend dem Kurzgutachten von Dr. H. vom 09.02.2016 zu gewähren.

dd) Antragstellung nach ärztlichem Gutachten (Liposuktionsbehandlung)

SG Nürnberg, Urteil v. 31.03.2017 - S 21 KR 252/16 **RID 17-04-90**

juris
SGB V § 13 IIIa

Ein Versicherter kann die Versorgung mit einer **Liposuktionsbehandlung** für subjektiv erforderlich halten, wenn er seinen Anspruch gestützt auf eine **ärztliche Verordnung** oder ein **ärztliches Gutachten** geltend macht.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., der Kl. eine Liposuktionsbehandlung beider Arme und Beine als Sachleistung in einem Vertragskrankenhaus zu gewähren.

ee) Subjektive Erforderlichkeit der Leistung bei ärztl. Empfehlung (Liposuktion)

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 31.08.2017 - L 5 KR 250/16 **RID 17-04-91**

Revision zugelassen
juris
SGB V § 13 IIIa

Es reicht aus, wenn eine Versicherte die Leistung aufgrund der **fachlichen Befürwortung** subjektiv für **erforderlich** halten durfte, die Leistung nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt und keine Anzeichen für einen Rechtsmissbrauch vorliegen.
Ungeachtet der Frage, ob fehlende Empfehlungen oder Leistungsausschlüsse des GBA jedem Versicherten klar sein müssen, kann **bei fehlender Empfehlung des GBA** ein Leistungsanspruch bestehen, wenn ein Systemversagen, ein Seltenheitsfall oder eine Notstandssituation im Sinne des § 2 Ia SGB V vorliegt. Ein „offensichtlicher“ Ausschluss aus dem Leistungskatalog liegt daher nicht vor.
Die Genehmigungsfiktion ist auch nicht dadurch ausgeschlossen, dass die Behandlung von einem nicht zur Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden soll. Insoweit hat das SG zutreffend darauf hingewiesen, dass nach dem Briefkopf des Kostenvoranschlags der in Aussicht genommene Leistungserbringer Dr. R sinngemäß angibt, auch **zur Behandlung von Versicherten „aller Kassen“ zugelassen** zu sein und zugelassene Kliniken aufführt. Insoweit hat das SG zu Recht ausgeführt, dass diese Angabe dahin verstanden werden kann, dass der Arzt stationäre Behandlungen in diesen zugelassenen Kliniken (z.B. in Belegbetten) durchführt.

SG Mainz, Urt. v. 25.07.2016 - S 12 KR 28/16 - RID 16-04-107 stellte fest, dass der Antrag der Kl. auf Gewährung einer dreiseitigen Liposuktionsbehandlung als Sachleistung als genehmigt gilt, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

d) Unterschenkelprothese keine Reha-Leistung/Naturalleistungsanspruch

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 05.01.2017 - L 5 KR 43/16 **RID 17-04-92**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 18/17 R
juris
SGB V § 13 IIIa

Eine **Unterschenkelprothese** soll dem unmittelbaren Behinderungsausgleich dienen. Der rehabilitative Charakter dieses Hilfsmittels steht im Hintergrund.
Die Genehmigungsfiktion begründet auch einen **Naturalleistungsanspruch**.

SG Speyer, Urt. v. 17.12.2015 - S 17 KR 278/15 - verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer Definitiv-Unterschenkelprothese mit einem Prothesenfuß proprio foot® zu versorgen, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

e) Medizinisches Cannabis: Verordnung durch Nichtvertragsarzt

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 04.09.2017 - L 1 KR 305/17 B ER **RID 17-04-93**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IIIa, 31 VI

Der Sachleistungsanspruch auf **medizinisches Cannabis** ist von § 13 IIIa 6 SGB V umfasst.
Liegt nur eine ärztliche und **keine vertragsärztliche Verordnung** vor, muss die Krankenkasse den Antrag innerhalb von drei Wochen ablehnen, wenn es ihres Erachtens bereits an dieser Formalie fehlt.

SG Berlin, Beschl. v. 23.06.2017 - S 36 KR 933/17 ER - verpflichtete die Ag., vorläufig für die Zeit vom 17.05.2017 bis 31.12.2017, längstens bis zu einer bestandskräftigen Entscheidung in der Hauptsache, die Kosten einer Versorgung mit Medizinal-Cannabisblüten „Cannabis Flos“ in maximaler Tagesdosis von 3,0 g bei einem Vierwochen-Bedarf von 90 g zu übernehmen, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

f) Sachleistungsanspruch umfasst medizinisches Cannabis

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 05.10.2017 - L 1 KR 368/17 B ER **RID 17-04-94**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IIIa, 31 VI; SGB X § 40

Der Sachleistungsanspruch auf **medizinisches Cannabis** ist von § 13 IIIa 6 SGB V umfasst.

Das ***LSG*** verpflichtete unter Abänderung von ***SG Potsdam***, Beschl. v. 20.07.2017 - S 3 KR 114/17 ER - die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, dem Ast. ab sofort bis zum Ergehen einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache, längstens jedoch bis zum 04.01.2018, bei Vorlage der Verordnung eines Vertragsarztes die Kosten einer Versorgung mit Medizinal-Cannabisblüten der Sorten Bedrocan oder Bedica in maximaler Tagesdosis von 3,0 g bei einem Vierwochen-Bedarf von 90 g zu übernehmen, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

g) Rücknahme

aa) Rücknahme unmöglich

SG Nürnberg, Urteil v. 31.03.2017 - S 21 KR 863/16 **RID 17-04-95**
juris
SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45

Solange die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion vorliegen, kann sie nicht nach § 45 I SGB X **zurückgenommen** werden. Die Besonderheit gegenüber einer „regulären“, von der Krankenkasse tatsächlich ausgesprochenen Bewilligung der entsprechenden Leistungen liegt hier eben gerade darin, dass der Gesetzgeber nach Ablauf der Fristen des § 13 IIIa SGB V Rechtsklarheit zugunsten des Versicherten schaffen wollte, und zwar auch zugunsten derjenigen Versicherten, die sich die Leistung mangels finanzieller Mittel gerade nicht selbst beschaffen können.
Grundsätzlich ist der Anwendungsbereich des **§ 47 SGB X** eröffnet, dessen Tatbestandsvoraussetzungen aber offensichtlich nicht erfüllt sind.

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

bb) Rechtmäßigkeit einer fingierten Genehmigung/5-Wochen-Frist

SG Düsseldorf, Urteil v. 31.07.2017 - S 9 KR 947/16 **RID 17-04-96**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45 I 1

Die **5-Wochen-Frist** beginnt mit Eingang des hinreichend bestimmten, fiktionsfähigen Antrags und nicht erst nach der Übersendung der von der Krankenkasse angeforderten Unterlagen.
Die **Rechtmäßigkeit einer fingierten Genehmigung** beurteilt sich nach der BSG-Rspr. nach der Erfüllung der Voraussetzungen aus § 13 IIIa SGB V, nicht nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. die Kosten für die zwei selbstbeschafften Liposuktionsbehandlungen vom 11.10.2016 und 01.02.2017 in Höhe von 9.180,47 € zu erstatten und zwei weitere Liposuktionen der Arme und Beine unter vollstationären Bedingungen als Sachleistung zu gewähren.

cc) Voraussetzung einer Fristverlängerung/Rücknahme

SG Schleswig, Urteil v. 11.08.2017 - S 28 KR 383/15 **RID 17-04-97**
juris
SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45; SGG § 96

Teilt die Krankenkasse einer Versicherten weder mit, dass **Fristen** nicht eingehalten werden können, noch bestimmt sie einen Tag, an dem der Hinderungsgrund nicht mehr vorliegt und eine Entscheidung ergehen kann, so tritt keine **Fristverlängerung** nach § 13 IIIa SGB V ein.
Ein **Rücknahmebescheid** wird bei entsprechender Anwendung von § 96 SGG **Gegenstand des Verfahrens**.
Für die Beurteilung der **Rechtmäßigkeit der Genehmigungsfiktion** kommt es auf das Vorliegen der Voraussetzungen des § 13 IIIa SGB V und nicht auf das Vorliegen der Voraussetzungen des beantragten Naturalleitungsanspruchs an (BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33).

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., der Kl. die beantragten postbariatrischen Wiederherstellungsoperationen am Gesäß, Oberschenkel beidseitig, Unterschenkel beidseitig, Oberarme beidseitig und Brust als Sachleistung zu gewähren.

2. Keine Unaufschiebbarkeit bei geplanter Behandlung

LSG Hessen, Urteil v. 10.08.2017 - L 1 KR 458/16 **RID 17-04-98**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 III

Eine im Vorfeld der Therapie **geplante Behandlung**, die auch nicht durch Zeitablauf unaufschiebbar wurde, ist nicht **unaufschiebbar** i.S.d. § 13 III SGB V (hier: lokoregionale Elektro-Tiefenhyperthermiebehandlung mit Infusionstherapie).

SG Darmstadt, Gerichtsb. v. 16.08.2016 - S 18 KR 376/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

3. Keine Kostenerstattung ohne ärztliche Rechnungstellung

LSG Thüringen, Urteil v. 04.07.2017 - L 6 KR 1119/14 **RID 17-04-99**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 III

Ein **Vergütungsanspruch** außerhalb des Vertragsarztrechts kann nur entstehen, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dies dem **Arzt schriftlich bestätigt**. An Stelle von Honoraransprüchen kommen in solchen Situationen nach der BSG-Rspr. auch keine gesetzlichen Ansprüche - insb. auf Aufwendungsersatz aus Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 670, 683 BGB) oder aus ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 BGB) - gegen den Versicherten in Betracht.

SG Meiningen, Urt. v. 07.03.2014 - S 22 KR 2310/13 - wies die Klage als unzulässig ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

4. Ermessensentscheidung auf Bewilligung einer stationären Anschlussrehabilitation

SG Nürnberg, Urteil v. 01.02.2017 - S 11 KR 199/16 **RID 17-04-100**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 40

Ein **Kostenerstattungsanspruch** nach § 13 III SGB V besteht nicht, wenn die Versicherte zum maßgeblichen Zeitpunkt, d.h. zum Zeitpunkt des Beginns der Durchführung der stationären Anschlussrehabilitation, keinen **Anspruch auf Sachleistung** hat, d.h. auf Bewilligung einer stationären Anschlussrehabilitation im Krankenhaus, weil der Krankenkasse hinsichtlich der Bestimmung der Rehabilitationseinrichtung sowie hinsichtlich der Dauer der Anschlussrehabilitation ein **Auswahlermessen** zusteht.

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

5. Kosten einer Auslandskrankenbehandlung (Türkei)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 21.09.2017 - L 16 KR 284/17 **RID 17-04-101**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 18

Eine **Borreliosebehandlung** ist in Deutschland möglich. Lediglich der subjektive Erfolg einer nicht näher spezifizierten Behandlung kann keinen Anspruch auf Kostenerstattung auslösen.

SG Oldenburg, Urt. v. 19.04.2017 - S 62 KR 368/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

IV. Arzneimittelversorgung

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

1. Versorgung mit Cannabis

a) Vertragsärztliche Verordnung notwendig

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 19.09.2017 - L 11 KR 3414/17 ER-B **RID 17-04-102**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 31 VI

Leitsatz: Ein Anspruch auf **Versorgung mit Cannabisblüten** nach § 31 Abs. 6 SGB V setzt eine **vertragsärztliche Verordnung** voraus.
Ein Privatrezept genügt selbst dann nicht, wenn es die Anforderungen an ein **Betäubungsmittelrezept** erfüllt.

SG Ulm, Beschl. v. 08.08.2017 - S 12 KR 2189/17 ER - lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

b) Keine andere Leistung zur Verfügung

SG Düsseldorf, Beschluss v. 08.08.2017 - S 27 KR 698/17 ER **RID 17-04-103**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 31 VI

Ein Anspruch auf **Versorgung mit Cannabis** setzt voraus, dass eine dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Anwendung kommen kann, § 31 VI 1 Nr. 1 lit. b) SGB V. Eine ärztliche Bescheinigung bedarf einer detaillierten Auseinandersetzung, warum eine dem **medizinischen Standard** entsprechende Leistung nicht zur Anwendung kommen kann.

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

2. Off-Label-Use

a) Infusionstherapie mit Zoledronsäure bei Mammakarzinom (adjuvante Therapie)

SG München, Urteil v. 29.06.2017 - S 15 KR 1793/15 **RID 17-04-104**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2, 11 I Nr. 4, 12 I, 27, 28 I 1, 31 I 1; GG Art. 2, 20 I

Leitsatz: 1. Entgegen BSG (Entscheidung vom 13.12.2016 - B 1 KR 10/16 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 2 Nr. 6) besteht auch im **„off-label use“** von Medikamenten ein verfassungsunmittelbarer - subjektiver-rechtlicher - **Leistungsanspruch**, wenn die vom BVerfG vorgegebenen Voraussetzungen (vgl BVerfG vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98 - BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 und vom 10.11.2015 - 1 BvR 2056/12 - BVerfGE 140, 229 und vom 11.4.2017 - 1 BvR 452/17 - NJW 2017, 2096 = NZS 2017, 582) erfüllt sind.
2. Der institutionalisierte (objektiv-rechtliche) **Gesundheits- und Grundrechtsschutz**, wie ihn das **Arzneimittelzulassungsrecht** gewährt, kann die subjektiv-rechtlichen Verfassungsgarantien des Leistungsempfängers weder aushebeln noch können die beiden Ausprägungen des Grundrechtsschutzes gegeneinander ausgespielt werden.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. als Sachleistung die streitgegenständliche Infusionstherapie mit Zoledronsäure für 3 Jahre zu leisten.

b) Medikament Perjeta (Wirkstoff Pertuzumab)

SG Dresden, Urteil v. 29.03.2017 - S 18 KR 268/17 ER **RID 17-04-105**
juris
SGB V §§ 2 I 3, Ia, 12 I, 31 I 1; SGG § 86b II

Ist offen, ob für eine Behandlung mit dem **Medikament Perjeta (Wirkstoff Pertuzumab)**, das als Ergänzung zu der bereits begonnenen Behandlung mit Herceptin (Wirkstoff Trastuzumab) und Nab-Paclitaxel eingesetzt werden soll, bei einem Her2-positiven Brustkrebs die Voraussetzungen für einen **Off-Label-Use** vorliegen, ist eine Folgenabwägung zugunsten der Versicherten vorzunehmen.

Das ***SG*** verpflichtete die Ag., vorläufig bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache, längstens für drei Zyklen, die Kosten für eine Behandlung der Ast. mit Pertuzumab zusätzlich zur Kombinationstherapie mit Nab-Paclitaxel und Trastuzumab zu übernehmen; im Übrigen lehnte es den Antrag ab.

3. Festbetrag: Blopress® (Wirkstoff: Candesartan und Hydrochlorothiazid)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 12.07.2017 - L 11 KR 366/16 **RID 17-04-106**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31

Versicherte können Vollversorgung mit Arzneimitteln ohne Begrenzung auf den hierfür festgesetzten **Festbetrag** nur beanspruchen, wenn aufgrund ungewöhnlicher Individualverhältnisse keine ausreichende Versorgung zum Festbetrag möglich ist. Das ist der Fall, wenn bei ihnen die zu einem Preis bis zur Höhe des Festbetrags erhältlichen Arzneimittel mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Nebenwirkungen im Ausmaß einer behandlungsbedürftigen Krankheit verursachen. Als Alternative zu dem Arzneimittel **Blopress®** 16 mg Plus 12,5 mg (Wirkstoff: **Candesartan und Hydrochlorothiazid**) existieren zugelassene Arzneimittel auf dem Markt, mit denen die Bluthochdruckerkrankung behandelt werden kann und bei deren Einsatz keine Mehrkosten anfallen würden.

SG Duisburg, Gerichtsb. v. 08.04.2016 - S 9 KR 323/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

V. Hilfsmittel/Heilmittel

1. Kontinuierliches Glukosemonitoring-System

SG Nürnberg, Urteil v. 26.01.2017 - S 11 KR 138/13 **RID 17-04-107**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 11 I Nr. 2, 27 I 2 Nr. 3, 33 I 1

Liegt aufgrund der **autonomen diabetischen Neuropathie** eine **Hypoglykämiewahrnehmungsstörung** vor und ist der Versicherte auch bei sachgerechtem Umgang mit seiner Krankheit dem Risiko der Hypoglykämie weiter ausgesetzt, dann besteht ein Anspruch auf Versorgung mit einem kontinuierlichen Glukosemonitoring-System (DexCom G 4 bzw. G 5 <Starterset>) nebst dem hierfür erforderlichen Zubehör sowie dem notwendigen laufenden Verbrauchsmaterial.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. mit einem kontinuierlichen Glukosemonitoring-System (Dexcom G4 bzw. G5 Starterset) nebst dem hierfür erforderlichen Zubehör sowie dem notwendigen laufenden Verbrauchsmaterial (jeweils als Sachleistung) zu versorgen.

2. Eigenbeteiligung bei Versorgung mit orthopädischen Schuhen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 04.05.2017 - L 5 KR 218/17 **RID 17-04-108**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33; OrthV § 10 II

Bei der Festsetzung der **Eigenbeteiligung** in Höhe von 76 € ist eine Überschreitung des dem **Gesetzgeber** zuzubilligenden **Gestaltungsspielraums** bezüglich der Ausgestaltung der Eigenverantwortung der Versicherten im Rahmen der Versorgung mit **orthopädischen Schuhen** nicht zu erkennen.

SG Dortmund, Urt. v. 21.02.2017 - S 13 KR 793/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück, ***BSG***, Beschl. v. 30.08.2017 - B 3 KR 35/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

3. Blindenführhund: Gebrauchsvorteile gegenüber Blindenlangstock

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 29.08.2017 - L 16/4 KR 65/12 **RID 17-04-109**
juris
SGB V § 33 I

Auch neben einem Blindenlangstock kann der **Blindenführhund** im Einzelfall erforderlich sein, wenn er wesentliche Gebrauchsvorteile bietet (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 02.10.2013 - L 5 KR 99/13 - RID 14-01-107). Bei der Prüfung der **Erforderlichkeit** ist nicht auf die abstrakt generellen Gebrauchsvorteile eines Blindenführhundes im Vergleich mit einem Blindenlangstock abzustellen, sondern vielmehr auf die konkrete Versorgungsnotwendigkeit im Einzelfall, die nach medizinischen Gesichtspunkten zu beurteilen ist.

SG Osnabrück, Gerichtsb. v. 20.01.2012 - S 3 KR 143/10 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., den Kläger im Wege der Sachleistung mit einem Blindenführhund zu versorgen.

4. Heilmittel: Maniküre und Pediküre

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.11.2016 - L 16 KR 58/15 **RID 17-04-110**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 12 I, 13 III, 27

Die **Maniküre** ist als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht verordnungsfähig.
Die Voraussetzungen für eine Verordnung von **Pediküre** sind nicht gegeben, wenn es sich um eine kosmetische, nicht um eine medizinische Fußpflege handelt.

SG Köln, Urt. v. 12.11.2014 - S 9 KR 321/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück, ***BSG***, Beschl. v. 13.07.2017 - B 1 KR 1/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten/Zuzahlung/Schulbegleitung

Nach BSG, Urt. v. 30.11.2017 - ***B 3 KR 11/16 R*** - dass die von der Klägerin gewählte **Wohnform** der **Anmietung eines Zimmers** in einer **Seniorenresidenz** gemessen am Landesgesetz über Wohnen und Teilhabe eine Leistungsverweigerung nicht rechtfertigen kann. Das LSG wird noch unter Berücksichtigung aller tatsächlichen Umstände des Wohnens und der damit verbundenen Pflege- und Betreuungssituation im Einzelfall erneut entscheiden müssen, ob der von der Kl. als Betreuerin angemietete Wohnraum ein **geeigneter Ort im Sinne der HKP-RL** war. Die RL enthält auch Vorgaben hinsichtlich der Geeignetheit der räumlichen Verhältnisse für die **24 Stunden-Intensiv-Krankenpflege** in Form der Behandlungssicherungspflege nach § 37 II 1 SGB V.

1. Rehabilitationsmaßnahmen

a) Andere Maßstäbe im Schwerbehindertenrecht

LSG Hamburg, Urteil v. 31.08.2017 - L 1 KR 93/16 **RID 17-04-111**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 40

Die Festsetzung des GdB im **Schwerbehindertenrecht** folgt gänzlich **anderen Maßstäben** als die Prüfung der Notwendigkeit medizinischer Rehabilitation und hat hierfür keinerlei Aussagekraft.

SG Hamburg, Gerichtsb. v. 27.09.2016 - S 38 KR 1700/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Regelmäßig kein Anordnungsgrund

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 11.09.2017 - L 11 KR 3371/17 ER-B **RID 17-04-112**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG § 86b

Leitsatz: Für die Gewährung einer stationären medizinischen **Rehabilitationsmaßnahme** fehlt es regelmäßig an einem **Anordnungsgrund**.

SG Karlsruhe, Beschl. v. 16.08.2017 - S 3 KR 2651/17 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

2. An- und Ablegen eines Stützkorsetts

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 17.10.2017 - L 16 KR 62/17 **RID 17-04-113**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 62/17 B
juris
SGB V §§ 13 III, 37, 132a

Der für die Einhaltung des **Beschaffungsweges** grundsätzlich erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung wird für Leistungen der häuslichen Krankenpflege in § 6 HKP-RL speziell geregelt.

Das **An- und Ablegen eines Stützkorsetts** ist eine krankheitsspezifische verrichtungsbezogene Pflegemaßnahme, die im Rahmen der **Behandlungssicherungspflege** von der Krankenkasse zu leisten ist (so auch SG Aachen, Urt. v. 13.09.2011 - S 13 KN 70/11 KR - RID 11-04-146; a.A. SG Magdeburg Urt. v. 23.09.2011 - S 22 KR 341/08 -). Das An- und Ablegen eines Stützkorsetts kann aufgrund einer Multimorbidität und des hohen Alters unter die im Leistungsverzeichnis zu Nr. 31 HKP-RL genannten Leistungen der Behandlungspflege einzuordnen sein, denn das Stützkorsett ist eine stützende und stabilisierende Korsage, die der Funktionssicherung der Wirbelsäule dient.

SG Hildesheim, Urt. v. 09.01.2017 - S 52 KR 152/15 - verurteilte die Bekl., die Kl. von den angefallenen Kosten in Höhe von 242,10 € für die selbst beschafften Leistungen der ärztlich verordneten häuslichen Krankenpflege freizustellen, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

3. Grenzüberschreitende Inanspruchnahme eines Rettungsfahrzeugs

SG Aachen, Urteil v. 29.08.2017 - S 1 KR 115/17 **RID 17-04-114**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 16 I Nr. 1, 60

Bei der **grenzüberschreitenden Inanspruchnahme eines Rettungsfahrzeugs** mit dem Ziel, das nächstgelegene Krankenhaus in einem **Notfall** zu erreichen, handelt es sich nicht um einen Rücktransport i.S.d. § 60 IV SGB V.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an das GGD Zuid M. zur anteiligen Begleichung der Rechnung vom 21.04.2016 507 € zu überweisen, und wies im Übrigen die Klage ab.

4. Übernahme des Zahlungseinzuges durch Krankenkasse unzulässig

SG Lübeck, Urteil v. 29.06.2017 - S 14 KR 76/15 **RID 17-04-115**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 IV 1, 43b III

Leitsatz: Die **Übernahme des Zahlungseinzuges** durch die **Krankenkasse** anstelle des Krankenhauses, wie sie in § 1 Abs. 3 Zuzahlungsvereinbarung geregelt ist, steht nicht im Einklang mit § 43b SGB V a.F. als höherrangigem Recht, denn die in § 39 Abs. 4 SGB V verankerte Bestellung des Krankenhauses zum Empfänger der Zahlung ist nicht disponibel. Zulässiger Regelungsgegenstand der Zuzahlungsvereinbarung ist allein „das Nähere zur Umsetzung der Kostenerstattung" für das von den Krankenhäusern durchgeführte Verwaltungsverfahren.

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

5. Schulbegleitung zum Sportunterricht im Wege der einstweiligen Anordnung

SG Dresden, Beschluss v. 04.08.2017 - S 18 KR 654/17 ER **RID 17-04-116**
juris
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 4, 37 II 1; SGG § 86b II; SGB IX §§ 4, 5, 14 I; SGB XII § 54 I 1

Kann das Gericht derzeit einen umfänglichen ganztägigen Überwachungs- und Kontrollbedarf während der Schulzeit nicht feststellen, kann andererseits die Notwendigkeit einer Schulbegleitung nicht ausgeschlossen werden, ist eine **Folgenabwägung** vorzunehmen. Es liegt auf der Hand, dass gerade für den **Sportunterricht** möglicherweise doch stärkere Blutzuckerschwankungen auftreten könnten. Es ist daher geboten, den Schulbesuch der Ast. in Bezug auf den Sportunterricht vorläufig besonders abzusichern, um möglicherweise drohende Gefahren abzuwenden.

Das ***SG*** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. Schulbegleitung zur Beobachtung der körperlichen Situation und zur Intervention in medizinisch-pflegerischer Hinsicht für insgesamt 320 Minuten wöchentlich für den Zeitraum vom 07.08.2017 bis 29.09.2017 zu gewähren. Die Schulbegleitung ist so zu organisieren, dass sie jeweils 30 Minuten vor dem Sportunterricht beginnt, den Sportunterricht umfasst und 30 Minuten nach dem Sportunterricht endet. Die zusätzlich bereits bewilligten behandlungspflegerischen Maßnahmen (fünfmal täglich Blutzuckermessung und Insulininjektionen über Bolusgaben an der Insulinpumpe, soweit eine ärztliche Verordnung vorliegt) bleiben hiervon unberührt. Im Übrigen lehnte es den Antrag ab.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 23.05.2017 - ***B 1 KR 24/16 R*** - besteht ein Anspruch auf Zahlung einer **Aufwandspauschale** nicht bei einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit wie hier der Kodierung der Beatmungsstunden. Ohne Belang ist, dass der MDK - anders als zuvor die Krankenkasse in ihrer Mitteilung an das Krankenhaus - bei Übermittlung des Prüfauftrags eine **unzutreffende Rechtsgrundlage nannte**. Nach BSG, Urt. v. 23.05.2017 - ***B 1 KR 28/16 R*** - erfasst der Anwendungsbereich der gegen missbräuchliche Prüfbegehren gerichteten, eng auszulegenden Regelung zur Auffälligkeitsprüfung in **§ 275 Ic 3 SGB V** nur Prüfbegehren, die mit Hilfe des MDK die Wirtschaftlichkeit der Behandlung kontrollieren sollen, um eine Rechnungsminderung zu erreichen. Der Senat muss es sich auch versagen, der Gesetzesänderung der Auffälligkeitsprüfung mit Wirkung vom 01.01.2016 Rückwirkung beizumessen. Dies würde die Grenzen richterlicher Rechtsfortbildung verletzen. Nach BSG, Urt. v. 23.05.2017 - ***B 1 KR 27/16 R*** - darf eine **Krankenkasse** nach Ablauf des laufenden und eines weiteren vollen Haushaltsjahres darauf **vertrauen**, dass das **Krankenhaus** keine **Nachforderungen** erhebt. Die Krankenkasse erschüttert die Vertrauensgrundlage nicht selbst dadurch, dass sie die Wirtschaftlichkeit der Behandlung prüft und teilweise verneint. Sie zieht damit nicht die Richtigkeit der Kodierung in Zweifel, sondern legte gerade die Richtigkeit der Schlussrechnung zugrunde. Nach BSG, Urt. v. 28.03.2017 - ***B***

1 KR 29/16 R - fordert das Wirtschaftlichkeitsgebot, dass die Behandlung eines Versicherten, der nach stationärer Diagnostik entlassen wurde, um sich über den geplanten Eingriff vertragsärztlich beraten zu lassen, und alsbald zur Durchführung des Eingriffs im selben Krankenhaus wieder stationär aufgenommen wurde, als ein nur **durch Beurlaubung unterbrochener Behandlungsfall** zu gelten hat. Entgegenstehendes Landesvertragsrecht ist nichtig. Nach BSG, Urt. v. 28.03.2017 - ***B 1 KR 3/16 R*** - fehlt es an der erforderlichen formal ordnungsgemäßen Krankenhausabrechnung, wenn das Krankenhaus eine **Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall** und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale nicht vorgenommen hat, dies aber angezeigt war (hier: Amputation mit Wundheilungsstörung und Hauttransplantation). Nach BSG, Urt. v. 28.03.2017 - ***B 1 KR 15/16 R*** - SozR 4-1300 § 107 Nr. 7 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. Krankenhauseinweisung keine Voraussetzung für stationäre Behandlung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 25.07.2017 - L 4 KR 10/15 **RID 17-04-117**

Revision anhängig: B 1 KR 26/17 R
juris
SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1

Für die vollstationäre bzw. teilstationäre Behandlung ist eine **Verordnung** von Krankenhausbehandlung nicht Voraussetzung, was auch nicht in einem **Sicherstellungsvertrag** nach § 112 SGB V vereinbart werden kann.

SG Hannover, Urt. v. 04.12.2014 - S 19 KR 427/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 5.596,24 € nebst Zinsen zu zahlen.

2. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Verweildauer im Krankenhaus

aa) Weitere Pflegebedürftigkeit wegen fehlender häuslicher Pflege

SG Aachen, Urteil v. 26.09.2017 - S 13 KR 139/17 **RID 17-04-118**

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

Die **Notwendigkeit** einer weiteren stationären Krankenhausbehandlung folgt nicht aus dem Umstand, dass der Versicherte **nicht zu Hause gepflegt** werden kann. In einem solchen Fall ist es geboten, mithilfe des krankenhauseigenen Fallmanagements bei der zuständigen Pflegekasse und/oder den Angehörigen, erforderlichenfalls auch dem Sozialhilfeträger, rechtzeitig und schnell für einen zeitgerechten Übergang vom Krankenhaus in die Pflege zu sorgen.

bb) Dauer der stationären Krankenhausbehandlung einer Depressionserkrankung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.09.2017 - L 5 KR 768/16 **RID 17-04-119**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 89/17 B
juris
SGB V § 39 I 2; SGG § 102 III

Ein (73 Jahre alter) **schwer depressionskranker Versicherter** kann lege artis nicht nach einer ersten erkennbaren **Besserungstendenz** aus einer medizinisch erforderlichen stationären Krankenhausbehandlung entlassen werden.

SG Freiburg, Urt. v. 02.02.2016 - S 6 KR 5102/14 - verurteilte die Bekl., an d. Kl. 2.357,55 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

cc) Verweildauer nach Notfallaufnahme

SG Aachen, Urteil v. 26.09.2017 - S 13 KR 407/16 **RID 17-04-120**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I, 109 IV; KHG § 17c

Die **Verweildauer** im Krankenhaus war für einen Belegtag nicht mehr notwendig, wenn die **Magnetresonanztherapie** schon früher, nämlich am Aufnahmetag hätte realisiert werden können und eine **Schmerztherapie** nicht intravenös notwendig war, sondern auch oral hätte erfolgen können.

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

dd) Meldung bei der Notfallambulanz

SG Aachen, Urteil v. 26.09.2017 - S 13 KR 389/16 **RID 17-04-121**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12 I, 39 I 2, 109 IV, 112 II Nr. 1 u. 2

Allein der Umstand, dass vorstationär bereits **drei ambulante Schmerzbehandlungen** im Krankenhaus erfolglos geblieben waren, begründet ebenso wenig die Notwendigkeit einer stationären Behandlung wie der Umstand, dass der Versicherte „über die Notfallambulanz" ins Krankenhaus kam. Dass sich ein Patient bei der **Notfallambulanz** meldet, um stationär aufgenommen zu werden, bedeutet nicht, dass er als Notfall (notfallmäßig) aufgenommen wird.

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

b) Eingeschränkte Möglichkeit zur Aufrechnung

SG Dortmund, Urteil v. 19.06.2017 - S 40 KR 2472/16 **RID 17-04-122**
Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KR 472/17 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 112 II Nr. 1

Bezweifelt eine Krankenkasse die Rechtmäßigkeit der zuvor geltend gemachten Forderung, weil die Voraussetzungen des OPS nicht hinreichend belegt seien, steht einer Aufrechnung das **Aufrechnungsverbot des Landesvertrages** über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach § 112 II Nr. 1 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und den gesetzlichen Krankenkassen entgegen.
§ 9 PrüfvV verlangt, dass der Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch genau **benannt** werden.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.262,97 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Aufrechnungsvoraussetzungen nach PrüfvV 2015

SG Aachen, Urteil v. 22.08.2017 - S 13 KR 175/17 **RID 17-04-123**
Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 5 KR 593/17 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 69, 275 IV; KHG § 17c II 1

§ 9 S. 1 und 2 **PrüfvV** 2015 – im Wesentlich gleichlautend: § 10 S. 1 und 2 PrüfvV 2017 – regelt das **Verfahren der Aufrechnung** speziell, weshalb § 366 II BGB keine Geltung mehr beanspruchen kann.
Es reicht nicht aus, entgegen der Vorgabe des § 9 S. 2 PrüfvV 2015 den Erstattungsanspruch, nicht aber den **Leistungsanspruch**, mit dem aufgerechnet werden sollte, „genau" zu **benennen**.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. 830,23 € nebst Zinsen zu zahlen.

Parallelverfahren:
SG Aachen, Urteil v. 22.08.2017 - S 13 KR 136/17 **RID 17-04-124**
Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 5 KR 590/17 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

d) Erforderlichkeit/Keine Rückforderung der Zuzahlung des Versicherten

SG Karlsruhe, Urteil v. 28.08.2017 - S 5 KR 4046/16 **RID 17-04-125**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I 2, IV 1, 43b III 1, III 9, 61 II, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I 1 Nr. 1

Leitsatz: Erweist sich eine stationäre **Krankenhausbehandlung** als **nicht erforderlich**, so kann die Krankenkasse von der Klinik die erbrachte Vergütung zurückfordern, nicht hingegen die vom Versicherten geleistete Zuzahlung.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., der Kl. 160 € zzgl. Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

e) Auffangpflichtversicherung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 28.06.2017 - L 1 KR 368/15 **RID 17-04-126**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 57/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 5 I Nr. 13, 186 XI

Leitsatz: Zur Annahme einer Auffangpflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

SG Berlin, Urt. v. 21.08.2015 - S 198 KR 202/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., an d. Kl. 2.019,76 € nebst Zinsen zu zahlen.

f) Beginn der Versicherungspflicht nach § 5 I Nr. 13 a) SGB V

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 11.05.2017 - L 9 KR 494/14 **RID 17-04-127**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 5 I Nr. 13 Buchst. a, VIIIa, 39 I 2, 109 IV; KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 2

Leitsatz: Zum Anscheinsbeweis und zur Beweislast nach der bis zum 31. Juli 2013 geltenden Rechtslage bei der Frage, ob ein Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (§ 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V) gegeben ist.

SG Berlin, Urt. v. 20.11.2014 - S 72 KR 2300/11 - RID 15-01-120 verurteilte die Bekl., d. Kl. 34.395,62 € nebst Zinsen zu zahlen, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

3. Kosten für Hilfsmittel für poststationäre Versorgung

SG Osnabrück, Urteil v. 27.02.2017 - S 34 KR 55/15 **RID 17-04-128**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 108 f.; KHEntgG §§ 1 ff.; KHG § 17b

Leitsatz: 1. Krankenhäuser haben nur die Kosten für die Versorgung von **Patienten im Krankenhaus** zu tragen.
2. Sind **Hilfsmittel** für eine **poststationäre Versorgung** erforderlich, dann ist dafür die Krankenkasse zuständig.
3. Verordnen Krankenhausärzte Hilfsmittel wie Orthesen während der Dauer des stationären Aufenthalts und sind die Hilfsmittel **auch für den poststationären Aufenthalt** erforderlich, so fehlt es für einen Schadensersatzanspruch an der haftungsausfüllenden Kausalität (Abgrenzung zu BSG vom 12.11.2013 - B 1 KR 22/12 R = BSGE 115, 11 = SozR 4-2500 § 69 Nr. 9).
4. Die entsprechenden Kosten sind nicht über die **DRG** abgebildet (Anschluss an SG Berlin vom 11.4.2016 - S 81 KR 1181/14 = juris Rdnr. 36).
5. Ein Bereicherungsausgleich scheidet in diesen Fällen aus (Anschluss an BSG vom 12.11.2013 - B 1 KR 22/12 R - aaO.).
6. Ein Anspruch nach §§ 670, 677, 683 BGB (**Geschäftsführung ohne Auftrag**) scheidet mangels Fremdgeschäftsführungswillen aus, wenn die Krankenkasse nach ihrem eigenen Vortrag nicht in der Lage war, die Zusammenhänge zwischen stationärer Aufnahme, ärztlicher Verordnung, Abgabe des Hilfsmittels und Erforderlichkeit der Hilfsmittel für die stationäre Versorgung zu erkennen.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 15.048,44 € nebst Zinsen zu zahlen.

4. Verordnung von Hilfsmitteln während stationärer Behandlung

SG Augsburg, Urteil v. 30.09.2016 - S 10 KR 71/14 **RID 17-04-129**

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 5 KR 570/16 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
BGB §§ 812 ff.

Eine Krankenkasse kann nicht die die **Erstattung von Kosten** für **Hilfsmittel** verlangen, die während einer **stationären Behandlung** verordnet worden sind, wenn die Krankenkasse auf die Rechnungen wegen der Hilfsmittelverordnungen an das Sanitätshaus gezahlt hat, da die Rückabwicklung im Wege der Leistungskondiktion in diesem Verhältnis geltend zu machen ist. Darüber hinaus steht der Aufrechnung mit einem Rückforderungsanspruch wegen fehlerhafter Abrechnungen auch die Regelung in der Pflegesatzvereinbarung entgegen. Insoweit gilt, dass bei Beanstandungen die Rückforderung nicht schon mit Beanstandung und Fristsetzung **fällig** wird, sondern, wenn wie hier die Forderung bestritten wird und es zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung kommt, erst drei Wochen nach Rechtskraft der gerichtlichen Entscheidung.
Ein **Schadensersatzanspruch** besteht nicht, wenn die Verordnungen zum großen Teil überhaupt nicht von Ärzten der Kliniken, sondern von anderen Vertragsärzten ausgestellt worden sind und ein Formblatt verwendet wurde, das von den Krankenkassen gerade zum Zweck der Verordnung von Hilfsmitteln durch den Krankenhausarzt als gesondertes Verordnungsblatt zur Verfügung gestellt wird. Selbst wenn die hier verordneten Hilfsmittel auch bereits während des Krankenhausaufenthaltes zur Sicherung des Behandlungserfolgs benötigt worden sein sollten, kann in der Verordnung keine objektive Pflichtverletzung gesehen werden, denn eine eindeutige gesetzliche oder vertragliche Regelung dazu, wie die Versorgung mit Hilfsmitteln, die sowohl während als auch nach Beendigung der stationären Behandlung zum Einsatz kommen sollen, abzuwickeln ist, fehlt.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 12.838,32 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

5. Kein Übergang eines Versorgungsvertrags auf neuen Rechtsträger

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 12.04.2017 - L 11 KR 123/17 B ER **RID 17-04-130**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 108 Nr. 3, 109; SGB X § 59 I 1; SGG § 86b II; BGB §§ 398, 439

Eine Klinik kann einen **Antrag auf Feststellung** stellen, dass sie Vertragspartnerin eines von einer anderen Klinik mit den Krankenkassen geschlossenen Versorgungsvertrags geworden ist.
Eine GbR und GmbH u. Co. KG sind trotz der damaligen Personenidentität der Gesellschafter zwei Rechtssubjekte. Ein **Versorgungsvertrag** geht nicht infolge **Übertragung** sämtlicher GbR-Anteile an die KG und der damit verbundenen Vereinigung aller Gesellschaftsanteile bei ihr „in einer Hand“ im Wege der Gesamtrechtsnachfolge auf sie über.

SG Detmold, Beschl. v. 17.01.2017 - S 24 KR 1088/16 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

6. Fallpauschalen

a) Fallzusammenführung/Beurlaubung

SG Hamburg, Urteil v. 12.06.2017 - S 46 KR 2123/13 **RID 17-04-131**

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

An einer **Fallzusammenführung** fehlt es schon dann, wenn die Wiederaufnahme nicht innerhalb der oberen Grenzverweildauer erfolgt.
Eine **Beurlaubung** liegt vor, wenn der Patient mit Zustimmung des behandelnden Arztes die Behandlung zeitlich befristet unterbricht, die stationäre Behandlung jedoch nicht abgeschlossen ist. Schon aus der Formulierung der Vorschrift folgt, dass die Initiative zur Beurlaubung regelmäßig vom Patienten selbst ausgeht.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.779,76 € zzgl. Zinsen sowie der Kl. weitere 300 € Aufwandspauschale zu zahlen.

b) Verlegung nach Entlassung

LSG Hessen, Urteil v. 14.06.2017 - L 8 KR 27/16 **RID 17-04-132**

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3; KHG § 17b I 15, II 1

Leitsatz: Zum Begriff der Verlegung in § 1 Abs. 1 Satz 4 Fallpauschalenvereinbarung. Eine **Verlegung** im Sinne von § 1 Abs. 1 Satz 4 Fallpauschalenvereinbarung liegt immer vor, wenn einer **Entlassung** aus einem Krankenhaus binnen 24 Stunden die **Wiederaufnahme** in einem anderen Krankenhaus folgt. Der Begriff der Verlegung ist für den Bereich der Fallpauschalenvergütung damit allein durch ein **zeitliches Moment** bestimmt. Die Vorschrift knüpft nicht an den allgemeinen Sprachgebrauch an, der unter einer Verlegung ein zielgerichtetes Tun versteht.

SG Wiesbaden, Gerichtsb. v. 28.12.2015 - S 18 KR 439/12 - verurteilte die Bekl., an d. Kl. 1.420,28 € nebst Zinsen zu zahlen, das ***LSG*** wies die Klage ab.

c) Nebendiagnose: Krankheitsgeschehen und weniger Ursache der Erkrankung (Kode I80.8)

SG Nürnberg, Urteil v. 03.02.2017 - S 21 KR 582/14 **RID 17-04-133**

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 Regelungen zu den Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen unter der Regelung D002f „Hauptdiagnose“ in den Kodierrichtlinien 2011 sind auch auf die **Nebendiagnosen** anzuwenden, zumal die Regelungen seit der Version der DKR für das Jahr 2013 in der Kodierregel D015l zu finden und seitdem ausdrücklich sowohl für die Kodierung der Haupt- als auch der Nebendiagnose zu beachten sind (vgl. SG Stralsund, Urt. v. 16.12.2016 - S 3 KR 51/14 - RID 17-01-151, juris Rn. 44).
Der **Kode I80.8** beschreibt ganz spezifisch, welche Erkrankung bei der Patientin (nämlich eine Thrombophlebitis) vorgelegen hat. Der Kode T80.1 hingegen verwendet den Überbegriff „Gefäßkomplikationen“ und ist damit weniger spezifisch im Hinblick auf die Erkrankung. Es ist schlüssig, die Einordnung in die ICD-10 am **Krankheitsgeschehen** auszurichten und weniger an der **Ursache der Erkrankung**. Liegt ein exakt die bei dem Patienten vorliegende Erkrankung abbildender ICD-Kode (nämlich I80.8 Thrombophlebitis) vor, so muss nach Auffassung des Gerichts dieser vorrangig vor demjenigen Kode sein, der zwar im Hinblick auf die Ätiologie spezifisch ist, aber die Erkrankung nicht exakt abbildet.

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

d) Kodierung einer primären fokalen Hyperhidrose

LSG Hamburg, Urteil v. 17.05.2017 - L 1 KR 56/14 **RID 17-04-134**

Revision anhängig: B 1 KR 25/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 301 II 1; KHG § 17b I 10, II 1

Bei einer Krankenhausbehandlung wegen einer **primären fokalen Hyperhidrose** ist die **Hauptdiagnose** nach der Nr. G90.8 und nicht nach der Nr. R61.0 des ICD-10-GM 2009 zu kodieren.
Wird durch eine **Operation** in ein funktionell intaktes Organ eingegriffen und dieses regelwidrig verändert, bedarf diese mittelbare Behandlung einer speziellen **Rechtfertigung**, wobei die Art und Schwere der Erkrankung, die Dringlichkeit der Intervention, die Risiken und der zu erwartende Nutzen der Therapie sowie etwaige Folgekosten für die Krankenversicherung gegeneinander abzuwägen sind (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2003 - B 1 KR 1/02 R - BSGE 90, 289 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 1; BSG, Beschl. v. 17.10.2006 - B 1 KR 104/06 B - juris). Insoweit darf eine chirurgische Behandlung nur ultima ratio sein, da ein operativer Eingriff stets mit einem erheblichen Risiko (Narkose, Operationsfolgen wie z.B. Entzündungen, Thrombose bzw. Lungenembolie, operationsspezifische Komplikationen) verbunden ist. Zu fordern ist in jedem Fall eine schwerwiegende Form der Erkrankung, die erfolglose Ausschöpfung aller konservativen Behandlungsmaßnahmen und die mit an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit, dass die Maßnahme auch den gewünschten Behandlungserfolg bringt.

SG Hamburg, Urt. v. 14.04.2014 - S 6 KR 159/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., an d. Kl. 2.861,64 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Katheter kein Implantat

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.09.2017 - L 1 KR 238/15 **RID 17-04-135**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 82/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 301; KHG § 17b; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1, 11

Leitsatz: Ein Katheter ist kein Implantat.
SG Berlin, Urt. v. 28.04.2015 - S 208 KR 1497/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

7. Aufwandspauschale

a) Keine Rückforderung der Aufwandspauschale durch Krankenkasse

SG Osnabrück, Urteil v. 04.09.2017 - S 34 KR 720/16 **RID 17-04-136**
Berufung und Sprungrevision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 275 Ic

Leitsatz: Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch steht unter dem Vorbehalt des **Vertrauensschutzes**.
Die **Aufwandspauschale** kann für abgeschlossene Bilanzzeiträume **nicht zurückgefordert** werden, wenn zum Abschluss des Bilanzjahrs keine Kenntnis von der Rechtsprechung des BSG zur Aufwandspauschale bestand.
Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 300 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Keine Rückforderung bereits gezahlter Aufwandspauschale

SG Aachen, Urteil v. 22.08.2017 - S 13 KR 164/17 **RID 17-04-137**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 275 I Nr. 1, Ic

Parallelverfahren zu SG Aachen, Urt. v. 18.07.2017 - S 13 KR 159/17 - RID 17-03-214.
Die vom 1. Senat des BSG (B 1 KR 29/13 R - BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 § 301 Nr. 4, B 1 KR 1/13 R - BSGE 116, 146 = SozR 4-2500 § 115b Nr. 5, und B 1 KR 48/12 R - BSGE 116, 130 = SozR 4-2500 § 276 Nr. 6) vorgenommene Unterscheidung einer „Auffälligkeitsprüfung“ und einer Prüfung der „sachlich-rechnerischen Richtigkeit“ von Krankenhausabrechnungen **findet im Gesetz keine Stütze**. Insb. fehlt es für eine Prüfung der „sachlich-rechnerischen Richtigkeit“ von Krankenhausrechnungen durch den MDK unter Erhebung von Daten beim Krankenhaus außerhalb des Prüfregimes des § 275 I Nr. 1, Ic SGB V an jeglicher gesetzlichen oder sonstigen rechtlichen Grundlage.
Zahlt eine Krankenkasse die **Aufwandspauschale**, entsteht beim Krankenhausträger ein **Vertrauen** auf die Rechtmäßigkeit und das Behaltendürfen der Aufwandspauschale.
Das ***SG*** verurteilte die Bekl., d. Kl. 3.000 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Begrenzter Bereich einer sachlich-rechnerischen Prüfung

SG Osnabrück, Urteil v. 09.08.2017 - S 34 KR 839/16 **RID 17-04-138**
Berufung und Sprungrevision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 275 I, Ic

Leitsatz: Auch vor dem 1. Januar 2016 fallen sämtliche **Abrechnungsprüfungen** durch den MDK unter § 275 SGB V und lösen ggf. eine **Aufwandspauschale** aus (Ablehnung von BSG, Urteil vom 28. März 2017 – B 1 KR 23/16 R –, juris).
Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 300 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 30.11.2017 - ***B 3 KR 3/16 R*** - handelt es sich bei einem Speedy-Duo 2, einem **Handbike**, das als **Einhängefahrrad vor den Rollstuhl** gespannt und vom Rollstuhlfahrer mit einer Handkurbel manuell angetrieben wird und bei dem ein **Elektromotor**, der in der einen Ausführung Geschwindigkeiten von 10 km/h, in der anderen von 14 km/h unterstützt, zugeschaltet werden kann, nicht um ein von der Leistungspflicht der GKV umfasstes Hilfsmittel i.S. von § 139 I 2 SGB V. Eine **Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis** scheitert allerdings nicht schon deshalb, weil es dem Versicherten im Rahmen des mittelbaren Behinderungsausgleichs eine über den Nahbereich hinausgehende Mobilität ermöglicht und daher nur im Einzelfall bei Vorliegen besonderer qualitativer Momente vom Versorgungsanspruch umfasst ist. Für die Aufnahme eines Hilfsmittels ins Hilfsmittelverzeichnis kommt es nicht darauf an, ob das Hilfsmittel nur ausnahmsweise oder regelmäßig zur Befriedigung von Grundbedürfnissen benötigt wird. Ggf. können die objektiven medizinischen und sonstigen Voraussetzungen für eine Versorgung zu Lasten der GKV abstrakt definiert werden, indem in diesem Regelwerk z.B. die Verordnungsindikation auf Fälle beschränkt wird, in denen der Nahbereich ohne das begehrte Hilfsmittel nicht in zumutbarer Weise erschlossen werden kann. Das Speedy-Duo 2 überschreitet jedoch aufgrund seiner motorunterstützten Leistungsfähigkeit in beiden **Geschwindigkeitsvarianten** (10 bzw. 14 km/h) unabhängig von der medizinischen Indikation und den Umständen des Einzelfalls das Maß des Notwendigen. Ein **Grundbedürfnis** von Leistungsberechtigten, sich den Nahbereich **schneller als in Schrittgeschwindigkeit nichtbehinderter Menschen zu erschließen, ist nicht ersichtlich**. Versicherte können solche Hilfsmittel zwar ggf. nach § 33 I 5 SGB V unter Tragung der Mehrkosten und der dadurch bedingten höheren Folgekosten wählen; derartige Hilfsmittel sind aber nicht in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen. Nach BSG, Urt. v. 29.06.2017 - ***B 3 KR 31/15 R*** - ist es den Gerichten solange verwehrt, über **die Höhe der Vergütung** zu entscheiden, wie der Preis für die Leistungen der Intermittierenden transurethralen **Einmalkatheterisierung** (ITEK-Leistungen) noch nicht durch eine unabhängige **Schiedsperson** festgelegt worden ist (§ 132a II 6 SGB V a.F.). Die allgemeine **Leistungsklage** (§ 54 V SGG) ist deshalb allerdings nicht unzulässig. Die **Einrede der Schiedsgerichtsbarkeit** (§ 1032 I ZPO) findet keine Anwendung. Die hier geschlossene Schiedsordnung ist keine Schiedsvereinbarung im Sinne von § 1029 I ZPO. Im Bereich der **häuslichen Krankenpflege** hat die Schiedsperson die Funktion eines **Vertragshelfers**, der die Leistung für die Vertragspartner im Streitfall bestimmt (§§ 317, 319 BGB, § 69 I 3 SGB V). Die vor einem solchen Schiedsspruch verfrüht erhobene Klage ist im Sozialrechtsstreit − in entsprechender Anwendung allgemein anerkannter zivilprozessrechtlicher Grundsätze − als „zur Zeit unbegründet“ abzuweisen. Die Vergütungshöhe war nicht anstelle eines Schiedsspruchs durch ergänzende bzw. dynamische Vertragsauslegung (§§ 133, 157 BGB) von den Gerichten festzusetzen. Im Fall von Änderungen der HKP-Richtlinien durch den GBA haben die Vertragspartner ausdrücklich vereinbart, neue Verhandlungen aufzunehmen. Ein **Krankenpflegeunternehmen** hat das Recht, als Einzelleistungserbringerin die **Preisbestimmung** durch eine **Schiedsperson** selbst herbeizuführen. Nach BSG, Urt. v. 29.06.2017 - ***B 3 KR 16/16 R*** - kommt die **Festsetzung einer Vertragsstrafe** durch die **Krankenkasse** gegenüber einer **Apothekerin** im Wege eines **Verwaltungsaktes** nicht in Betracht. Bereits nach der bisherigen Senatsrspr. gilt, dass zwar − soweit vorgesehen − die Erteilung einer Zulassung in Ausübung hoheitlicher Befugnisse erfolgt und daher in Form eines Verwaltungsakts ergeht. Demgegenüber entscheiden die Krankenkassen bzw. ihre Verbände über Fragen der Abgabe und Abrechnung bestimmter Leistungen im **Gleichordnungsverhältnis** und nicht durch Verwaltungsakt. Die hier streitige Vertragsstrafe berührt jedenfalls allgemein nach ihrer Eingriffsintensität nicht die „Zulassung“ selbst und verletzt auch nicht den durch Art 12 GG gewährleisteten Bereich der Berufsfreiheit. Nach BSG, Urt. v. 16.03.2017 - ***B 3 KR 24/15 R***, ***B 3 KR 14/16 R*** u. ***B 3 KR 15/16 R*** - ist die in den Heilmittelrichtlinien und in Landesverträgen enthaltene Regelung, nach der zur Versorgung der Versicherten nur zugelassene **Physiotherapeuten Leistungen der Manuellen Therapie** zu Lasten der Krankenkassen abrechnen dürfen, nicht aber ausgebildete Masseure und medizinische Bademeister, wenn sie eine Weiterbildung in dieser Behandlungstechnik absolviert und eine Abschlussprüfung bestanden haben, rechtmäßig. Nach BSG, Urt. v. 13.12.2016 - ***B 1 KR 29/15 R*** - SozR 4-1300 § 105 Nr. 5 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. Apotheken

a) Exklusivlieferungsvertrag für andere Apotheke

LSG Hessen, Urteil v. 26.01.2017 - L 8 KR 331/14 **RID 17-04-139**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 31 I 5, 129, 130; ApoG § 11; ApoBetrO §§ 7, 20, 35

Nach BSG, Urt. v. 15.11.2015 - B 3 KR 16/15 R - BSGE 120, 122 = SozR 4-2500 § 129 Nr. 11 sind im Falle eines **Exklusivlieferungsvertrages** gem. § 129 V 3 SGB V andere Apotheken von der Belieferung von **parenteralen onkologischen Zubereitungen** unmittelbar an den behandelnden Arzt jedenfalls solange ausgeschlossen, als nicht aus zwingenden medizinischen Gründen oder sonstigen berücksichtigungsfähigen besonderen Umständen von dem vorgegebenen wirtschaftlichsten Bezugsweg abgewichen werden muss.

SG Marburg, Urt. v. 10.09.2014 - S 6 KR 84/14 - RID 14-04-134 stellte fest, dass der Kl. trotz des zum 01.12.2013 geschlossenen Vertrags von der Versorgung der Versicherten der Bekl. mit den streitigen Zubereitungen zur onkologischen ambulanten Behandlung nicht ausgeschlossen sei, soweit diese in seiner

Apotheke von einer in A-Stadt ansässigen Ärzten ausgestellte vertragsärztliche Verordnung vorlegten und eine schriftliche Apothekenwahlerklärung abgäben. Darüber hinaus verurteilte es die Bekl. zur Zahlung von Zinsen sowie zur Rückzahlung des streitigen Apothekenrabatts. Im Übrigen wies es die Klage ab. Das ***LSG*** hob auf die Berufung der Bekl. das Urteil zu Ziff. 1 auf, wies die Klage insoweit ab und im Übrigen die Berufung der Bekl. zurück. ***BSG***, Beschl. v. 18.05.2017 - B 3 KR 18/17 B - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde.

b) Apothekenabgabepreis für ausländische Versandapotheke und Umsatzsteuer

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 06.07.2017 - L 5 KR 105/16 **RID 17-04-140**

Revision anhängig: B 3 KR 19/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
UStG §§ 1, 1a, 10, 13a; AMG § 78; SGB V §§ 69, 129

Leitsatz: Die AMPreisV geht zwar grundsätzlich von einem einheitlichen **Apothekenabgabepreis** aus. Dieser gilt jedoch ausnahmsweise dann nicht, wenn - abweichend von der inländischen Fallgestaltung - bei Lieferungen durch eine ausländische Versandapotheke nicht die Apotheke, sondern die **Krankenkasse umsatzsteuerpflichtig** ist.
Hängt die Anwendbarkeit einer **Taxbeanstandungsfrist** nach einem Arzneiliefervertrag von dem Betritt der Versandapotheke aus dem EU-Ausland zu einem solchen Vertrag ab, kann diese einen Verstoß gegen den freien Warenverkehr (Art 34 AEUV) nicht mit Erfolg geltend machen, wenn sie einen Beitritt nicht versucht hat.

SG Speyer, Urt. v. 21.03.2016 - S 7 KR 482/13 - verurteilte die bekl., in den Niederlanden ansässige Apotheke, an d. kl. Krankenkasse 162.488,70 € - von in die Vergütung einbezogener Umsatzsteuer (einschließlich Umsatzsteuer auf Herstellerrabatte) - nebst Zinsen zu zahlen und d. Kl. ordnungsgemäße Rechnungen über die Arzneimittellieferungen im Zeitraum vom 01.03.2010 bis einschl. 31.12.2012 zu erteilen, welche die von Art. 226 MWStSystRL geforderten Angaben enthielten.

2. Arzneimittelhersteller

a) Mischpreisbildung bei unterschiedlich nutzenbewerteten Patientengruppen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 28.06.2017 - L 9 KR 72/16 KL **RID 17-04-141**

Revision anhängig: B 3 KR 21/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12 I, 31 I 4, 35a, 73 IX, 82, 83, 91, 92, 95 III 3, 130b

Leitsatz: 1. Wird die Entscheidung einer **Schiedsstelle** angefochten, **überprüft das Gericht** nicht, ob die Schiedsstelle die „richtige" Entscheidung getroffen hat, sondern, ob die getroffene Entscheidung unter Beachtung allgemeiner Beweisgrundsätze und Denkgesetze nachvollziehbar begründet ist.
2. Eine Schiedsstelle ist nicht berechtigt, einen Schiedsspruch auf „**geheime"**, weder den Beteiligten noch dem Gericht mitgeteilte **Tatsachen** zu stützen.
3. Zur Rechtswidrigkeit der **Mischpreisbildung** in der Konstellation unterschiedlich nutzenbewerteter Patientengruppen.
4. Zum **Risiko des Arzneikostenregresses** infolge einer Mischpreisbildung bei unterschiedlich nutzenbewerteten Patientengruppen.

Das ***LSG*** hob den Schiedsspruch hinsichtlich des darin festgesetzten Erstattungsbetrages (II.3 und II.5 des Schiedsspruchs) auf.

b) Weitergeltung von Verträgen zur Beschaffung des saisonalen Grippeimpfstoffes

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 20.07.2017 - L 4 KR 307/17 B ER **RID 17-04-142**

juris
SGB V § 132e II; SGG § 86b II

Eine **Rahmenvereinbarung gilt** weiter und muss **umgesetzt** werden, weil der Gesetzgeber keine Aufhebung/Unwirksamwerdung bereits geschlossener/sich in der Umsetzung befindlicher Verträge gewollt bzw. angeordnet hat.
Die Streichung des § 132e II SGB V ist ohne **Rückwirkung**.

SG Hannover, Beschl. v. 23.06.2017 - S 10 KR 724/17 ER - verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig, unverzüglich die KVen J. und K., die an der vertragsärztlichen Versorgung

teilnehmenden Vertragsärzte in J. und K. sowie die Landesapothekerverbände in J. und K. unter Verweis auf § 132e II 2 SGB V in der bis zum 12.05.2017 gültigen Fassung, die gültige Impfvereinbarung und die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß § 12 SGB V über die zwischen den Parteien am 07.11.2016 geschlossene Rabattvereinbarung zu informieren, und es zu unterlassen, Vereinbarungen abzuschließen, die der Exklusivitätszusage der Rahmenverträge zuwiderlaufen, insbesondere die „Ergänzungsvereinbarung zum Arzneimittelliefervertrag in der Fassung vom 01.10.2016“ zwischen der Ag. und dem M. Apothekerverein e.V. zur Preisvereinbarung über Grippeimpfstoffe zu unterzeichnen. Das ***LSG*** wies die Beschwerde der Ag. zurück.

3. Häusliche Krankenpflege: Erstattungsanspruch nach Vertragsverletzung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.12.2016 - L 9 KR 9/14 **RID 17-04-143**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 132a II

Leitsatz: 1. Die **Rückabwicklung** einer ohne Rechtsgrund von einer Krankenkasse an ein Pflegeunternehmen gezahlten Vergütung vollzieht sich über den öffentlich-rechtlichen **Erstattungsanspruch**.
2. Ein Pflegeunternehmen hat bei der Erbringung häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V gegenüber der Krankenkasse keinen Vergütungsanspruch, wenn es gegen tragende Regelungen eines Vertrages nach § 132a Abs. 2 SGB V **verstößt** (hier: Einsatz nicht hinreichend qualifizierter Pflegekräfte, ungenehmigte Weitergabe eines Pflegeauftrages an einen Dritten).
3. **Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch** umfasst in einem solchen Fall den vollen Betrag der rechtsgrundlos gezahlten Vergütung.

SG Berlin, Urt. v. 29.11.2013 - S 122 KR 1319/10 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück, ***BSG***, Beschl. v. 16.08.2017 - B 3 KR 22/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

1. BVerfG: Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung bei vorheriger Privatversicherung

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 30.08.2017 - 1 BvR 1120/17 **RID 17-04-144**
juris
SGB V §§ 5 I 13b, 75 IIIa 1; GG Art. 1 I, 20 I

Die Verfassungsbeschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision durch ***BSG***, Beschl. v. 11.04.2017 - B 12 KR 94/16 B - juris wird nicht zur Entscheidung angenommen.
Es ist darauf hinzuweisen, dass die **Absicherung im Krankheitsfall** zwar sicherlich zur **Existenzsicherung** gehört und daher aus Verfassungsgründen gewährleistet sein muss. Im Hinblick auf das Versicherungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung ist aber zumindest sehr zweifelhaft, dass ein Betroffener die **Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung** verlangen kann, wenn er zur Beitragstragung (jedenfalls aus eigenen Mitteln) nicht mehr in der Lage ist, während er sich zuvor, als er finanziell besser gestellt war, für eine private Absicherung des Krankheitsrisikos entschieden hatte. Näherliegend wäre es demgegenüber, da es sich um Fragen der Existenzsicherung handelt, dass der Betroffene einen Anspruch auf weitere Leistungen gegen den hierfür zuständigen Sozialleistungsträger haben könnte, unterstellt die Absicherung im Basistarif erwiese sich tatsächlich in verfassungswidrig relevanter Weise als unzureichend (ablehnend hierzu allerdings z.B. LSG Bayern, Urt. v. 21.10.2016 - L 8 SO 246/15 - juris).

2. Elektronische Gesundheitskarte

a) Keine elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.11.2016 - L 5 KR 1768/16 **RID 17-04-145**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 31/17 R
juris
SGB V §§ 284 I 1 Nr. 2, 291

Einen Anspruch auf eine **elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild** sieht das Gesetz nur noch in bestimmten Ausnahmefällen vor. Ein Ausnahmefall liegt nicht vor, wenn der Versicherte bei der Erstellung des Lichtbildes objektiv mitwirken kann.
Die gesetzlichen Regelungen erlegen dem Versicherten damit die **Obliegenheit** auf, an der Herstellung der elektronische Gesundheitskarte mit Lichtbild und den beiden zusätzlichen Angaben (Geschlecht und Zuzahlungsstatus, § 291 II 1 Nr 4 und 8 SGB V) mitzuwirken und diese zu verwenden, um seine Berechtigung zur Inanspruchnahme vertrags(zahn)ärztlicher Versorgung nachzuweisen. Weist ein Versicherter seine Berechtigung nicht mittels elektronische Gesundheitskarte nach, muss er den sich daraus ergebenden Nachteil hinnehmen: Er kann sich dort keine Sachleistungen verschaffen, wo die elektronische Gesundheitskarte zum Nachweis der Berechtigung und zur Ermöglichung von Verschaffungsvorgängen erforderlich ist.
Die Vorlage eines Lichtbildes kann nicht unter Hinweis auf die beabsichtigte **Speicherung** verweigert werden. Gem. § 284 I 1 Nr. 2 SGB V darf die Krankenkasse Sozialdaten - worunter auch das von der Beklagten angeforderte Lichtbild fällt - speichern, soweit diese für die eGK benötigt werden. Ein Anspruch auf Löschung des Lichtbildes ergibt sich auch nicht aus § 304 I 1 SGB V i.V.m. § 84 II SGB X. Die Speicherung des Lichtbildes bei bestehender Mitgliedschaft stellt keine unzulässige Datenspeicherung dar. Die Pflicht zur Speicherung der Bilddaten erlischt grundsätzlich erst mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

SG Konstanz, Gerichtsb. v. 06.04.2016 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Löschung des Lichtbildes

SG Berlin, Urteil v. 27.06.2017 - S 208 KR 2111/16 **RID 17-04-146**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 15 II, 284, 291; SGB X § 84 II

Leitsatz: 1. Sobald eine Krankenkasse die **elektronische Gesundheitskarte** mit einem Lichtbild des Versicherten ausgestellt hat, hat die Krankenkasse das **Lichtbild** zu löschen.
2. Die **Speicherung des Lichtbildes** bzw. die Kenntnis des äußeren Erscheinungsbildes eines Versicherten ist für die Krankenkasse nur bis zur Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte notwendig.
3. Die **fortwährende Speicherung** kann nicht damit begründet werden, dass auf diese Weise im Bedarfsfall die Ausstellung einer Ersatzkarte erfolgen kann.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., die ihr bisher und zukünftig überlassenen Lichtbilder sowie etwa angefertigte Kopien nach der einmaligen Anfertigung einer elektronischen Gesundheitskarte unverzüglich zu löschen.

3. Überschreitung des Spielraums zur Erhöhung der Vorstandsbezüge

LSG Bayern, Urteil v. 21.03.2017 - L 5 KR 334/15 KL **RID 17-04-147**

Revision anhängig: B 1 A 1/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV §§ 35a VI, 88 II, 90 I

Der Charakter der aufsichtsbehördlichen Genehmigung als Akt staatlicher Mitwirkung an der autonomen Rechtsetzung des Sozialversicherungsträgers gibt der **Aufsichtsbehörde** grundsätzlich das Recht, **eigene Zweckmäßigkeitsüberlegungen** anzustellen und hierzu Bewertungsmaßstäbe zu entwickeln, mit denen unbestimmte Rechtsbegriffe wie „Wirtschaftlichkeit“, „Sparsamkeit“, „Notwendigkeit“ oder „Angemessenheit“ in einer bestimmten Weise konkretisiert werden (vgl. für die Genehmigung von Baumaßnahmen bereits BSGE 1, 17, 22; ferner in anderem Zusammenhang: BSGE 37, 272, 276 = SozR 2200 § 690 Nr. 1 S. 4 ff.; BSGE 43, 1, 7 = SozR 2200 § 690 Nr. 4, Rn. 18 ff.;

BSG, Urt. v. 09.12.1997 - 1 RR 3/94 -SozR 3-2400 § 41 Nr. 1). Ob der Aufsichtsbehörde darüber hinaus ein der gerichtlichen Kontrolle entzogener Beurteilungs- oder Ermessensspielraum zuzubilligen ist, wird eher zu verneinen sein, zumal dann hinsichtlich desselben Gegenstandes, nämlich der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit einer Maßnahme, Bewertungsspielräume des Versicherungsträgers und solche der Aufsichtsbehörde miteinander konkurrieren würden (BSG, Beschl. v. 31.03.1998 - B 1 A 1/96 B - juris Rn. 6).
Das Bundesversicherungsamt hat die Maßstäbe aus seinem Arbeitspapier zutreffend angewendet. Zulässig ist danach eine **Überschreitung der Trendlinie** um bis zu maximal 30 %. Bei einer Überschreitung der Trendlinie von mehr als 30 Prozent liegt eine eindeutige Grenzüberschreitung des Bewertungsspielraums der Krankenkasse vor, die eine Versagung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde nach sich zieht aufgrund einer Rechtsverletzung im Sinne von § 89 SGB IV.

Gegenstand des Rechtsstreits ist die Zustimmung der Bekl. zu einer Vergütungserhöhung zugunsten des Vorstandsvorsitzenden der Kl. Das ***LSG*** wies die Klage ab.

4. Hausarztzentrierte Versorgung: Geschiedster Vertrag/Aufsichtsverfügung

LSG Bayern, Urteil v. 04.04.2017 - L 5 KR 244/15 KL **RID 17-04-148**

Revision anhängig: B 6 KA 59/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 73b; SGB IV §§ 87 I 1, 89 I

Der **geschiedste Vertrag** zur Durchführung der **hausarztzentrierten Versorgung** vom 19.12.2014 zwischen dem Bayerischen Hausärzteverband e.V. und der AOK Bayern ist nicht zu beanstanden. Die von der Schiedsperson getroffenen Regelungen sind insb. hinsichtlich der Vergütung und der Einrichtung eines Beirates nicht rechtswidrig. Mit Hilfe der gebotenen Auslegung des Vertrages ist es möglich, den Vertragsinhalt näher zu erschließen und ihm damit zur Durchführbarkeit zu verhelfen (Anschluss an LSG Bayern, Beschl. v. 05.10.2015 - L 12 KA 83/15 B ER - RID 15-04-57).
Die **gerichtliche Rechtskontrolle** der Rechtskontrolle der Selbstverwaltung darf nicht dazu führen, dass eine eingehendere Kontrolle stattfindet als im Verfahren der gerichtlichen Prüfung des Schiedsspruches selbst. Dort unterliegt die Entscheidung der Schiedsperson nach § 73b IVa SGB V nur der Prüfung, ob die grundlegenden **verfahrensrechtlichen Anforderungen** beachtet und in inhaltlicher Hinsicht die **zwingenden rechtlichen Vorgaben** eingehalten wurden. Es ist in formeller Hinsicht zu klären, ob das Schiedsamt den von ihm zugrunde gelegten Sachverhalt in einem fairen Verfahren unter Wahrung des rechtlichen Gehörs festgestellt hat und der Schiedsspruch die Gründe für das Entscheidungsergebnis wenigstens andeutungsweise erkennen lässt. Die inhaltliche Kontrolle beschränkt sich darauf, ob der zugrunde gelegte Sachverhalt zutrifft und ob die Schiedsperson den ihr zustehenden Gestaltungsspielraum eingehalten hat, d.h. die maßgeblichen Rechtsmaßstäbe beachtet hat (LSG Bayern, Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 149/14 - juris Rn. 71, RID 17-02-68, Revision anhängig: B 6 KA 44/16 R).

Das ***LSG*** wies die Klage der Krankenkasse gegen den Bescheid der Aufsichtsbehörde mit der Verpflichtung der Kl., den von Herrn Dr. K. geschiedsten Vertrag zur Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung vom 19.12.2014 zwischen dem Bayerischen Hausärzteverband e.V. und der AOK in Vollzug zu setzen, ab.

5. Erstattungsansprüche

a) Privatversicherung

aa) Kein Kostenerstattungsanspruch einer privaten Auslands-Krankenversicherung

SG München, Gerichtsbescheid v. 05.05.2017 - S 29 KR 2330/16 **RID 17-04-149**

juris
BGB §§ 426, 677 ff., 812 ff.; VVG § 78

Parallelverfahren zu SG München, Gerichtsb. v. 05.05.2017 - S 29 KR 1910/15 - RID 17-03-225.
Eine **private Auslands-Krankenversicherung** hat keinen Kostenerstattungsanspruch gegen eine gesetzliche Krankenkasse.

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

bb) Zivilrechtsweg für Klage einer Privatversicherung

SG München, Beschluss v. 20.09.2017 - S 12 KR 2265/16 **RID 17-04-150**
Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
GVG §§ 13, 17, 17a, 23; ZPO § 17 I; SGG § 51 I Nr. 2

Für die Klage eines privaten **Auslandsreisekrankenversicherungsunternehmens** gegen eine gesetzliche Krankenversicherung auf Erstattung von an Versicherungsnehmer gezahlte Leistungen für Heilbehandlungen im Ausland ist der **Rechtsweg** zur Sozialgerichtsbarkeit nicht eröffnet.

Das ***SG*** erklärte den Rechtsweg zu den Sozialgerichten für unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das Amtsgericht Dortmund.

X. Sonstiges

1. Vermittlung von Behandlungstermin durch KV bei Psychotherapeuten

LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss v. 10.08.2017 - L 5 KR 171/17 B ER **RID 17-04-151**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 75 Ia; SGG § 10 II

Leitsatz: Ein Rechtsstreit, in dem es um die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zur **Vermittlung eines Termins** bei einem Therapeuten geht, ist keine Vertragsarztsache im Sinne des § 10 Abs. 2 SGG.
Die Vermittlung eines Behandlungstermins ist regelmäßig Aufgabe der für den **Wohnsitz** des Klägers zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.

SG Mainz, Beschl. v. 17.07.2017 - S 5 KA 131/17 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gegen die KV Hessen ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

2. Verfahrensrecht

a) Aussetzung eines Klageverfahrens

LSG Bayern, Beschluss v. 28.09.2017 - L 20 KR 536/17 B **RID 17-04-152**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG § 114 II

Die **Aussetzung eines Klageverfahrens** ist analog § 114 II SGG möglich, wenn die Klage vor Abschluss des Widerspruchsverfahrens erhoben worden ist (st. Rspr., vgl. z.B. BSG, Urt. v. 24.10.2013 - B 13 R 31/12 R - SGb 2015, 45; Beschl. v. 01.07.2014 - B 1 KR 99/13 B - juris). Für eine Aussetzung ist ein **Antrag** eines Beteiligten Voraussetzung (vgl. LSG Bayern, Beschl. v. 05.05.2014 - L 11 AS 325/14 B - juris). Weiter bedarf es nach dem klaren Wortlaut des § 114 II 2 SGG für die Aussetzung einer **Ermessensentscheidung** dahingehend, ob eine Aussetzung angezeigt ist oder die Nachholung des Widerspruchsverfahrens ohne Aussetzung abzuwarten ist. Dabei kann nicht grundsätzlich von einer Ermessensreduzierung auf Null ausgegangen werden.

SG Bayreuth, Beschl. v. 15.08.2017 - S 6 KR 322/17 - setzte das Verfahren aus, das ***LSG*** hob den Beschl. auf Beschwerde des Kl. auf.

b) Aussetzung der Vollstreckung eines Urteils

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 02.03.2016 - L 11 SF 75/16 ER **RID 17-04-153**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG §§ 154 II, 198 I, 199 II; SGB I § 17 I Nr. 1

Bei einer Entscheidung nach § 199 II SGG ist eine **Interessen- und Folgenabwägung** vorzunehmen. Abzuwägen sind die Folgen, die eintreten, wenn der Vollstreckungsaussetzungsantrag abgelehnt, das Urteil anschließend aber aufgehoben wird, gegenüber den Folgen, die eintreten, wenn dem Vollstreckungsaussetzungsantrag stattgegeben, die Berufung später aber zurückgewiesen wird. Bei der Abwägung ist zu berücksichtigen, dass die Vollstreckbarkeit von nicht rechtskräftigen Entscheidungen

ein Ausnahmefall von der Grundregel darstellt, wobei ein obsiegender Beteiligter ein gesetzlich geschütztes Interesse hat, die ihm zustehenden Leistungen umfassend und zügig zu erhalten. Die Einstellung der Zwangsvollstreckung erfolgt, wenn der Vollstreckungsschuldner einen nicht zu ersetzenden Nachteil erleiden würde und ein überwiegendes Interesse des Gläubigers nicht entgegensteht. Bei der Ermessensentscheidung ist die **Erfolgsaussicht des Rechtsmittels** zu berücksichtigen. Eine Aussetzung kommt danach nur in Betracht, wenn das Rechtsmittel offensichtlich Erfolg hat. Sind die **Erfolgsaussichten nicht überschaubar**, erfolgt keine Aussetzung der Vollstreckung.

SG Düsseldorf, Urt. v. 03.12.2015 - S 27 KR 371/15 - RID 16-01-117 verurteilte die Bekl., die Kosten für eine ambulante Liposuktion in drei Sitzungen der oberen und unteren Extremitäten zu übernehmen, wogegen die Bekl. Berufung einlegte. Das ***LSG*** lehnte den Antrag der Bekl., die Vollstreckung aus dem Urteil auszusetzen, hilfsweise von einer Sicherheitsleistung von 12.600 € abhängig zu machen, ab.

c) Höhe des Beschwerdewerts

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 20.04.2017 - L 5 KR 175/16 **RID 17-04-154**

Revision anhängig: B 3 KR 14/17 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG § 144 I 1 Nr. 1; SGB X § 107 I; SGB V § 44 I; SGB III § 136 I

Leitsatz: Macht der Kläger einen Anspruch auf **Krankengeld** geltend, wird der **Beschwerdewert** i.S. des § 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGG nicht dadurch verringert, dass der Kläger für denselben Zeitraum **Arbeitslosengeld erhalten** hatte und dadurch teilweise Erfüllungswirkung nach § 107 SGB X eingetreten ist (offengelassen von BSG vom 23.2.2011 - B 11 AL 15/10 R = SozR 4-3250 § 51 Nr. 2).

SG Mainz, Urt. v. 11.01.2016 - S 3 KR 338/14 - verurteilte die Bekl., dem Kl. Krankengeld für die Zeit vom 01.02.2014 bis zum 31.03.2014 zu zahlen, soweit der Anspruch nicht durch Auszahlung von Leistungen durch die Bundesagentur für Arbeit für den gleichen Zeitraum als erfüllt gelte. Auf die Berufung der Beklagten wies das ***LSG*** die Klage ab.

XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Arzneimittel

a) Fehlende Zulassung und Ablehnung durch EMA (Avastin bei Hirntumor)

BSG, Urteil v. 13.12.2016 - B 1 KR 10/16 R **RID 17-04-155**

BSGE = SozR 4-2500 § 2 Nr. 6 = KHE 2016/102 = USK 2016-129

Leitsatz: 1. Ein Versicherter hat auch bei einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung keinen Anspruch auf Versorgung mit einem **im Ausland** für diese Indikation **zugelassenen Arzneimittel**, wenn die **Europäische Arzneimittel-Agentur** im zentralisierten Zulassungsverfahren die Zulassung des Arzneimittels zur Behandlung dieser Erkrankung bereits abgelehnt hat.
2. Verfolgt das **pharmazeutische Unternehmen** seinen im zentralisierten Zulassungsverfahren gestellten **Antrag** auf indikationsbezogene Erweiterung der Zulassung eines Arzneimittels - hier Avastin zur Behandlung des rezidivierenden Glioblastoms - nicht weiter, weil der Ständige Ausschuss für Humanarzneimittel der Europäischen Arzneimittel-Agentur ein ablehnendes Gutachten erstellt hat, steht dies einer Ablehnung der Zulassungserweiterung gleich.
3. Hat ein Versicherter im einstweiligen Rechtsschutz die begehrte und zunächst abgelehnte Leistung von der Krankenkasse vorläufig tatsächlich erhalten, ist im Wege der **Anfechtungs- und Feststellungsklage** darüber zu entscheiden, ob die Krankenkasse die Leistung zu Recht erbracht hat, wenn der Versicherte oder sein Rechtsnachfolger noch einem Schadensersatz- oder **Erstattungsanspruch** der Krankenkasse ausgesetzt ist.

b) Arzneimittel im Krankenhaus: Immunglobulin bei fehlender Zulassung für Urtikaria-Vaskulitis

BSG, Urteil v. 13.12.2016 - B 1 KR 1/16 R **RID 17-04-156**

BSGE = SozR 4-2500 § 31 Nr. 28 = KHE 2016/103 = USK 2016-128

Leitsatz: 1. Der Anspruch gesetzlich Krankenversicherter auf **Arzneimittelversorgung** richtet sich im **Krankenhaus** nach gleichen **Maßstäben** wie in der vertragsärztlichen Versorgung.
2. Erhält ein **Versicherter** vorläufig aufgrund einstweiligen Rechtsschutzes von seiner Krankenkasse abgelehnte Leistungen, kann er sich gegen deren drohende **Erstattungsforderung** mit der kombinierten **Anfechtungs- und Feststellungsklage** wehren.
3. Gesetzlich Krankenversicherte haben weder bei stationärer noch bei vertragsärztlicher Behandlung Anspruch auf Versorgung mit **Immunglobulininfusionen** wegen einer Urtikaria-Vaskulitis.

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschl. v. 11.04.2017 - 1 BvR 452/17 - NJW 2017, 2096 = NZS 2017, 582 = SuP 2017, 661, RID 17-02-204 nahm die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an.

2. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Kein Ausschluss einer Aufrechnung/Fälligkeit von Forderungen

BSG, Urteil v. 25.10.2017 - B 1 KR 9/16 R **RID 17-04-157**

SozR 4-5562 § 11 Nr. 2 = KHE 2016/73 = GesR 2017, 323 = USK 2016-72

Leitsatz: 1. Eine **Krankenkasse** kann mit einem bestrittenen fälligen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gegenüber Vergütungsforderungen eines Krankenhauses **aufrechnen**.
2. Vertragsparteien können in **Pflegesatzvereinbarungen** weder **Aufrechnungsverbote** noch die **Fälligkeit** öffentlich-rechtlicher Erstattungsansprüche regeln.
3. Die **Fälligkeit von Forderungen** im Leistungserbringungsverhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern richtet sich nach den Grundsätzen bürgerlichen Rechts.

b) Erfüllungsfiktion des § 107 SGB X

BSG, Urteil v. 28.03.2017 - B 1 KR 15/16 R **RID 17-04-158**

BSGE = SozR 4-1300 § 107 Nr. 7 = NZS 2017, 622 = KHE 2017/27

Leitsatz: 1. Hat das Sozialgericht den beigeladenen Leistungsträger zur Zahlung verurteilt und verteidigt der Kläger dessen Verurteilung im Berufungsverfahren, begehrt er sinngemäß gleichwohl in erster Linie **Zahlung vom beklagten Träger**, weil die Verurteilung des Beigeladenen gegenüber jener des Beklagten nur subsidiär ist.
2. Zahlt ein Leistungsträger einem Leistungserbringer **ohne Rechtsgrund eine Vergütung**, die ein anderer Leistungsträger schuldet, gilt dessen Schuld nicht nach den Grundsätzen für Sozialleistungsberechtigte bei Erstattungsansprüchen zwischen Leistungsträgern als erfüllt.

3. Erstattung und spätere Verneinung der eigenen Leistungspflicht

BSG, Urteil v. 13.12.2016 - B 1 KR 29/15 R **RID 17-04-159**

BSGE = SozR 4 -1300 § 105 Nr. 5 = UV-Recht Aktuell 2017, 302 = USK 2016-131

Leitsatz: Erbringt ein **Träger** eine **Sozialleistung**, verneint er aber später seine Leistungspflicht gegenüber dem Empfänger und fordert er von einem anderen Träger **Erstattung**, ist er gegenüber diesem Träger nicht schon deshalb als unzuständiger Leistungsträger anzusehen, weil er seine Leistungspflicht gegenüber dem Empfänger verneint hat.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 13.12.2016 - B 1 KR 25/16 R **RID 17-04-160**

USK 2016-79

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Widerruf der Approbation

aa) BVerfG: Vorläufige Abwägung/Aufschub des Schutzes des Vertrauens in die Ärzteschaft

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 01.08.2017 - 1 BvR 1657/17 **RID 17-04-161**
juris
BÄO §§ 3, 5; GG Art. 12 I, 19 IV

Ist die Verfassungsbeschwerde nach dem gegenwärtigen Verfahrensstand weder von vornherein unzulässig noch offensichtlich unbegründet, ist eine **Abwägung** vorzunehmen. Erginge die einstweilige Anordnung nicht, erwiese sich die Verfassungsbeschwerde später aber als begründet, entstünden dem Bf. durch die Vollziehung des Widerrufs der Approbation schwere und nahezu irreparable berufliche und wirtschaftliche **Nachteile**. Erginge die einstweilige Anordnung, hätte die Verfassungsbeschwerde aber später keinen Erfolg, würde der mit den angegriffenen Entscheidungen angestrebte **Schutz des Vertrauens in die Ärzteschaft nicht vereitelt**, sondern nur **aufgeschoben**.

VG Oldenburg, Urt. v. 31.01.2017 - 7 A 2236/15 - RID 17-02-208 wies die Klage - nach einer strafrechtlichen Verurteilung wegen sexuellen Missbrauchs einer Patientin - ab, nachgehend ***OVG Niedersachsen***, Beschl. v. 12.07.2017 - 8 LA 39/17 -; das ***BVerfG*** setzte die Vollziehung des Bescheides des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung bis zur Entscheidung über die Verfassungsbeschwerde, längstens für die Dauer von sechs Monaten, vorläufig aus. ***BVerfG***, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 08.09.2017 - 1 BvR 1657/17 - RID 17-04-162 nahm die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an.

bb) BVerfG: Unwürdigkeit und Bestimmtheitsgebot/Berufswahlfreiheit/Zeitablauf

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 08.09.2017 - 1 BvR 1657/17 **RID 17-04-162**
juris
BÄO §§ 3, 5; GG Art. 12 I, 19 IV

§ 5 II i.V.m. § 3 I 1 Nr. 2 BÄO stellt eine hinreichende **Rechtsgrundlage** für den Widerruf der Approbation als Arzt dar. Die Vorschrift verstößt nicht wegen des hierin verwendeten Begriffs der Unwürdigkeit gegen das verfassungsrechtliche **Bestimmtheitsgebot**. Zwar handelt es sich bei dem Begriff der **Unwürdigkeit** um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Die für die Auslegung maßgeblichen Gesichtspunkte lassen sich jedoch hinreichend aus dem Gesamtzusammenhang, insb. der dem Arzt zukommenden Aufgabe, der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes zu dienen (§ 1 I BÄO), sowie seinen berufsrechtlichen Pflichten entnehmen.
Zwar stellt der Widerruf der Approbation einen **Eingriff** in die **Berufswahlfreiheit** dar. Den damit verbundenen hohen Anforderungen auf der Rechtfertigungsebene wird in den angegriffenen Entscheidungen aber durch eine **umfassende Prüfung des Einzelfalls** ausreichend Rechnung getragen. Die Entscheidungen lassen eine verfassungsrechtlich nicht zu beanstandende Abwägung der grundrechtlichen Belange des Bf. mit den seiner fortdauernden Approbation als Arzt entgegenstehenden Gemeinwohlbelangen erkennen. Dabei wurde nicht nur auf ein Verhalten abgestellt, das im **beruflichen Umfeld** oder gesellschaftlichen Bereich auf Missfallen stößt, sondern maßgeblich auf das für eine ordnungsgemäße Aufgabenerfüllung unabdingbare **Vertrauen zwischen Arzt und Patient**, welches für nachhaltig zerstört erachtet wurde. Mit diesem Vertrauen untrennbar verbunden ist das **Schutzgut der Volksgesundheit**, in dessen Interesse Patienten die Gewissheit haben müssen, sich dem Arzt als ihrem Helfer uneingeschränkt anvertrauen zu können und nicht etwa durch Misstrauen davon abgehalten werden, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Volksgesundheit ist ein besonders wichtiges Gemeinschaftsgut, zu dessen Schutz eine subjektive Berufszulassungsschranke nicht außer Verhältnis steht.

Der Entscheidung kommt kein reiner **Sanktionscharakter** zu, wenn hervorgehoben wird, dass **veränderte Umstände** bei der Abwägung zur Feststellung des Tatbestandsmerkmals der Unwürdigkeit zu berücksichtigen sind.
Der Widerruf der Approbation ist auch **nicht unverhältnismäßig**. Insb. ist nicht erkennbar, dass der mit dem Widerruf verfolgte Zweck in einem unangemessenen Verhältnis zur Schwere des Eingriffs stünde. Soweit der Bf. geltend macht, die der Verurteilung zugrundeliegende Tat habe sich bereits im **Jahr 2009** ereignet, stellt dies nur einen der im Rahmen der Abwägung zu berücksichtigenden Umstände dar. Zudem kann aus bloßem **Zeitablauf** nicht auf eine Wiedererlangung der Würdigkeit geschlossen werden. Insoweit hat insb. das Verwaltungsgericht dem entgegenstehende konkrete Anhaltspunkte benannt, die auf eine **fehlende Unrechtseinsicht** oder Reue schließen lassen. Hierbei handelt es sich um eine Feststellung und Würdigung des Sachverhalts, die allein Sache der dafür allgemein zuständigen Fachgerichte und der Nachprüfung durch das Bundesverfassungsgericht entzogen ist. Auch die bei der Abwägung berücksichtigte **Frage der Wiedergutmachung** stellt ein sachgerechtes Kriterium dar, weil dies in besonderem Maße geeignet sein kann, ein verloren gegangenes Vertrauen der Patienten in die ärztliche Integrität wiederherzustellen.

VG Oldenburg, Urt. v. 31.01.2017 - 7 A 2236/15 - RID 17-02-208 wies die Klage - nach einer strafrechtlichen Verurteilung wegen sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses zu Lasten der damaligen Patientin B. zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr und Aussetzung der Vollstreckung zur Bewährung - ab, nachgehend ***OVG Niedersachsen***, Beschl. v- 12.07.2017 - 8 LA 39/17 -; das ***BVerfG***, 1. Sen. 1. Ka., Beschl. v. 01.08.2017 - 1 BvR 1657/17 - RID 17-04 setzte die Vollziehung des Bescheides des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung bis zur Entscheidung über die Verfassungsbeschwerde, längstens für die Dauer von sechs Monaten, vorläufig aus. Das ***BVerfG*** nahm nunmehr die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an.

cc) Verurteilungen wegen Körperverletzung

VG Berlin, Urteil v. 13.07.2017 - 14 K 146.15 **RID 17-04-163**
juris
ZHG §§ 2 I 1 Nr. 2, 4 II 1; VwVfG § 52 S. 1

Kommt in zahlreichen von einem Zahnarzt verübten **vorsätzlichen Taten gegen die körperliche Unversehrtheit** und gegen die **persönliche Freiheit** eine Missachtung der körperlichen und seelischen Integrität seiner Mitmenschen zum Ausdruck, die mit dem zahnärztlichen Auftrag, die Gesundheit seiner Patienten zu erhalten und wiederherzustellen und jedem Menschenleben Ehrfurcht entgegenzubringen, in keiner Weise vereinbar ist, und wird damit das Ansehen des Berufsstandes in der Bevölkerung erheblich geschädigt, kann die **Approbation entzogen** werden.

dd) Aufnahme der Tätigkeit ohne Berufshaftpflichtversicherung

VG München, Urteil v. 11.08.2017 - M 16 K 16.398 **RID 17-04-164**
juris
BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; Bayern HKG Art. 18 I Nr. 4

Leitsatz: Wird ein Arzt **ohne Berufshaftpflichtversicherung** trotz diesbezüglicher bestehender gesetzlicher **Versicherungspflicht tätig**, kann dies im Einzelfall einen Widerruf der ärztlichen Approbation rechtfertigen.

b) Aufheben des Ruhens der Approbation nach Wiedererlangung der gesundheitlichen Eignung

VG München, Urteil v. 26.09.2017 - M 16 K 16.4035 **RID 17-04-165**
juris
BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 6; VwGO § 113 V 2

Die Approbationsbehörde ist befugt, ihre erneute Entscheidung über die Aufhebung der Ruhensanordnung von der **Vorlage eines aktuellen ärztlichen Attestes** abhängig zu machen, das dem Kl. die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Arztberufs auch im Übrigen bestätigt.
Die **gesundheitlichen Anforderungen des Arztberufs** ergeben sich im Wesentlichen aus der Berufsordnung. Danach setzen insb. die Aufgaben des Arztes – allgemeine ärztliche Berufspflichten,

Fortbildungsverpflichtungen und Pflichten gegenüber dem Patienten –, in deren Zentrum der Heilauftrag des Arztes bzw. die Tätigkeit des Arztes als Dienst an der menschlichen Gesundheit steht, neben der fachlichen Kompetenz notwendigerweise auch die psychische und physische Fähigkeit voraus, diese zu erfüllen. Die ärztliche Tätigkeit in Diagnose und Therapie und die damit verbundenen Risiken bzw. Gefahren für Leib und Leben anvertrauter Patienten verlangen vom behandelnden Arzt ein hinreichend hohes Maß an Konzentration und kognitiven Fähigkeiten sowie körperliche und psychische Belastbarkeit (vgl. VG Augsburg, Urt. v. 12.1.2017 - Au 2 K 15.1777 - RID 17-02-211).

2. Facharzt für Nervenheilkunde: Keine Ermächtigung zur Weiterbildung für das Gebiet Neurologie

VG Potsdam, Urteil v. 30.03.2017 - 6 K 1176/15 **RID 17-04-166**

juris

Brandenburg HeilBerG § 39; GG Art. 12

Gemäß § 39 II 2 HeilBerG kann die **Ermächtigung zur Weiterbildung** Kammerangehörigen nur für das Gebiet oder den Schwerpunkt erteilt werden, dessen Bezeichnung sie führen. Diese Voraussetzung wird für das **Gebiet Neurologie** nicht erfüllt, wenn der Arzt führt nur die Bezeichnung des Facharztes für **Nervenheilkunde**, nicht aber die des Facharztes für Neurologie führt. Auch systematisch ist bezüglich der Übergangs- und Bestandsschutzregeln der hier einschlägigen Weiterbildungsordnung im hier maßgeblichen Heilberufsrecht keine begriffliche Erweiterung anzunehmen.

3. Ausbildungsstätte für Psychotherapie: Keinen Anspruch auf Anerkennung von Kooperationen

VG Berlin, Urteil v. 18.07.2017 - 14 K 30.16 **RID 17-04-167**

juris

PsychThG § 6 II, III; PsychTh-APrV § 2 II 2 Nr. 1; VwGO § 42

Eine **staatlich anerkannte Ausbildungsstätte für Psychotherapie** hat keinen Anspruch auf die **Anerkennung von Kooperationen mit anderen Einrichtungen**. § 6 II PsychThG regelt vielmehr die Verpflichtung einer anerkannten Ausbildungsstätte, die durch das Gesetz vorgeschriebene Ausbildungsteile (vgl. § 5 I 1 PsychThG) nicht selbst anbieten kann, die Durchführung dieser Ausbildungsteile in anderen Einrichtungen zu gewährleisten. Ein Anspruch folgt auch nicht aus § 6 II Nr. 4 PsychThG, den § 6 III 2 PsychThG für entsprechend anwendbar erklärt.

4. Erneuerung der Anerkennung als flugmedizinische Sachverständige

VG Braunschweig, Urteil v. 09.08.2017 - 2 A 101/17 **RID 17-04-168**

juris

EUV 1178/2011 Anh. 3 Nr. MED.D. 010 u. 030

Leitsatz: 1. **Flugmedizinische Sachverständige** (AME), deren Anerkennungszeitraum abgelaufen ist, müssen für ihre **erneute Anerkennung** nicht in jedem Fall den flugmedizinischen Grundlehrgang wiederholen.
2. Auch nach Anhang III (Teil-MED) der Verordnung (EU) Nr. 1178/2011 wird eine Anerkennung als flugmedizinischer Sachverständiger nur verlängert, wenn 20 Stunden **Fortbildung** während des zurückliegenden Anerkennungszeitraums absolviert wurden.

5. Strafrecht

a) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Freie Laborpraxis: Stellung von Personal und Räumen durch Betreibergesellschaft

BGH, Beschluss v. 12.07.2017 - 1 StR 535/16 **RID 17-04-169**

juris

StGB § 263; Ärzte-ZV § 32

Rechtsfehlerfrei hat das Landgericht zugrunde gelegt, von einer gemäß **§ 263 StGB** tatbestandsmäßigen Täuschung in dem verfahrensgegenständlichen Zusammenhang allenfalls dann ausgehen zu können, wenn die in den **„Außenlaboren“** tätigen – gesondert verfolgten – Laborärzte nach dem maßgeblichen **Kassenarztrecht** nicht berechtigt waren, ihre tatsächlich erbrachten und an sich abrechnungsfähigen laborärztlichen Leistungen gegenüber den jeweils regional zuständigen KVen abzurechnen. Dafür ist nach der ebf. beanstandungsfreien rechtlichen Grundlage des Landgerichts ausschlaggebend, ob die betroffenen Laborärzte ihre ärztlichen Leistungen im Sinne von § 32 I 1 Ärzte-ZV **„in freier Praxis“** erbracht haben. Die Beweiswürdigung legt einzelne Anhaltspunkte offen, aus denen sich eine von den vertraglichen Vereinbarungen abweichende gelebte Praxis ergeben können, führt aber jeweils aus, warum das Tatgericht unter Berücksichtigung aller erhobenen Umstände mit indizieller Bedeutung keine Überzeugung von einer abhängigen Tätigkeit der Laborärzte hat gewinnen können.

Die Staatsanwaltschaft hat den angekl. Geschäftsführern der Nebenbeteiligten zur Last gelegt, diese habe Dienstleistungen u.a. in Gestalt von interdisziplinärer Beratung auf dem Gebiet der Laborrationalisierung und –computerisierung sowie der Systementwicklung im EDV-Bereich angeboten. Darüber hinaus habe sie medizinische Laboreinrichtungen einschließlich **Fach- und Wartungspersonal sowie Arbeitsräume für Ärzte und Ärztegemeinschaften ganz oder teilweise zur Verfügung gestellt**. Im Tatzeitraum (2004-2007) hätten zwischen der Nebenbeteiligten und Laborärzten an insgesamt fünf Standorten **(„Außenlabore“)** umfassende Kooperations- und Dienstleistungsvereinbarungen bestanden. Die Laborärzte seien jeweils zur vertragsärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der Laboratoriumsmedizin zugelassen gewesen. Der Laborbetrieb in den „Außenlaboren“ sei im Wesentlichen mit von der Nebenbeteiligten gestellten Untersuchungsgeräten und Materialien durchgeführt worden. Die in den „Außenlaboren“ tätigen Laborärzte hätten gegenüber den für den jeweiligen Laborstandort zuständigen KVen quartalsweise Abrechnungen der von ihnen im Abrechnungszeitraum tatsächlich erbrachten Laborleistungen in „Sammelerklärungen“ vorgenommen. Tatsächlich hätten die in den „Außenlaboren“ tätigen Laborärzte aufgrund der Gestaltung der vertraglichen Vereinbarungen zwischen ihnen und der Nebenbeteiligten sowie vor allem der tatsächlichen Handhabung der Verträge in einem Abhängigkeitsverhältnis zu den Angekl. gestanden und seien **unselbständig tätige Arbeitnehmer** der von den Angekl. beherrschten Nebenbeteiligten gewesen. Es sei zu einem Gesamtschaden von knapp 79 Mio € gekommen. LG Augsburg v.13.01.2016 - 14 Ss 412/16 - sprach die Angekl. vornehmlich aus tatsächlichen Gründen frei, weil es sich bereits nicht von Täuschungshandlungen seitens der in den „Außenlaboren“ tätigen Laborärzte und dadurch hervorgerufener Irrtümer auf Seiten der regional zuständigen KVen hat überzeugen können. Der ***BGH*** verwarf die Revisionen der Staatsanwaltschaft.

bb) Speziallaborleistungen in Laborgemeinschaften/Ohne Vorsatz bei Patienteninformation

BGH, Urteil v. 10.05.2017 - 2 StR 438/16 **RID 17-04-170**

juris

StGB § 263; GOÄ § 4

Ungeachtet des Umstands, dass auf der Grundlage der Feststellungen bereits **keine unwahre Tatsachenbehauptung** vorliegt und damit das objektive Tatbestandsmerkmal der Täuschung über Tatsachen i.S.v. § 263 I StGB nicht erfüllt ist, weil der Angeklagte bei der Rechnungsstellung durch ausdrückliche Hinweise und die Beilegung des Beiblatts „Patienteninformation“ seine Auffassung zum Ausdruck gebracht hat, die Erbringung von M-III-Leistungen stehe mit den Vorgaben von § 4 II GOÄ in Einklang, greifen die Einwendungen der Revision gegen die Beweiswürdigung zur subjektiven Tatseite nicht durch. Die Annahme des Landgerichts, der Angekl. habe jedenfalls **nicht vorsätzlich** gehandelt, hält rechtlicher Nachprüfung stand, so dass auch eine Strafbarkeit wegen Versuchs nicht in Betracht kommt.

Soweit die Revision beanstandet, das Landgericht habe bei der Prüfung des Vorsatzes nicht hinreichend berücksichtigt, dass der Angeklagte mit den verfahrensgegenständlichen Untersuchungen **bei nur geringem eigenen Arbeitsaufwand hohe Gewinne** erzielt hat, dringt sie ebf. nicht durch. Die Strafkammer hat darauf hingewiesen, dass hohe Vergütungen für Arbeiten, die in kurzer Zeit erledigt werden können, auch in anderen Tätigkeitsfeldern auf legalem Weg zu erzielen sind.

Die Anklage warf dem Angekl., einem seit 1982 niedergelassener Facharzt für Innere Medizin mit hausärztlicher Praxis, vor, er habe im Tatzeitraum 29.12.2004 bis zum 07.09.2011 für seine Privatpatienten zu erbringenden Speziallaborleistungen aus den Bereichen M III und M IV GOÄ durch die Laborgemeinschaft durchführen lassen, deren Mitglied er gewesen sei und die ihm hierfür - sowie für weitere Laborleistungen - einen Gesamtbetrag in Höhe von 155.601,22 € in Rechnung gestellt habe, wobei sich dieser Betrag nach den bei der Erbringung der Laborleistung tatsächlich anfallenden Kosten bemessen habe. Gegenüber seinen Patienten habe er insgesamt 600.609,91 € als selbst erbrachte Leistungen in Rechnung gestellt. Insgesamt habe er einen Gewinn in Höhe von wenigstens 455.608,69 € erwirtschaftet. ***LG Köln***, Urt. v. 07.04.2016 - 118 KLs 6/13 - RID 17-01-184 sprach ihn frei, der ***BGH*** verwarf die Revision der Staatsanwaltschaft.

cc) Falschangaben zu Dialysebehandlungen gegenüber Eurotransplant

BGH, Urteil v. 28.06.2017 - 5 StR 20/16 **RID 17-04-171**

juris

TPG § 20

Leitsatz: Zur Frage der Strafbarkeit von **Manipulationen** im Rahmen der Verteilung von **postmortal gespendeten Lebern** wegen versuchten Totschlags oder versuchter Körperverletzung.

LG Göttingen, Urt. v. 06.05.2015 - 6 Ks 4/13 - RID 16-01-232 sprach den Angeklagten frei, der ***BGH*** verwarf die Revision der Staatsanwaltschaft. BGH, Beschl. v. 12.07.2017 - 5 StR 20/16 - juris verwarf ferner die sofortigen Beschwerden der Staatsanwaltschaft gegen die Kosten- und Auslagenentscheidung sowie gegen die Entscheidung über die Entschädigung für Strafverfolgungsmaßnahmen.

b) Suizid nach Unterbrechung der stationären Behandlung (Klageerzwingungsverfahren)

OLG Bremen, Beschluss v. 18.08.2017 - 1 Ws 174/16 **RID 17-04-172**

juris

GG Art. 1 I 2, 2 II, 6 I; StGB § 222; StPO §§ 172 II, III, 174 I, 175, 203

Leitsatz: 1. Aus der **staatlichen Pflicht zum Schutz höchstpersönlicher Rechtsgüter** (Art. 2 Abs. 2 S. 1, S. 2 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 S. 2 GG) folgt für die Oberlandesgerichte in **Klageerzwingungsverfahren** die Pflicht, die Einstellungsentscheidungen der Staatsanwaltschaften und die Beschwerdeentscheidungen der Generalstaatsanwaltschaften daraufhin zu überprüfen, ob sie in ihrer Begründung den verfassungsrechtlichen Vorgaben genügen. Sie haben in diesen Fällen auch zu kontrollieren, ob die Akten eine detailliierte und vollständige Dokumentation des Ermittlungsverlaufs beinhalten.

2. Die Erfordernisse an die **Nachvollziehbarkeit der Begründung von Einstellungsentscheidungen** sind in Anlehnung an die Grundsätze der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu den Begründungserfordernissen bei Haftfortdauerentscheidungen auszurichten. Dies setzt regelmäßig jeweils zumindest eine in sich schlüssige und nachvollziehbare Zusammenfassung des für die Einstellungsentscheidung relevanten wesentlichen Ergebnisses der Ermittlungen sowie eine entsprechende Auseinandersetzung mit dem Vorbringen des Antragstellers voraus.

3. Gravierende Begründungsmängel in den Entscheidungen der Staatsanwaltschaft oder der Generalstaatsanwaltschaft machen in der Regel eine **Neubescheidung** erforderlich. Nur in Ausnahmefällen kann das Oberlandesgericht in der Sache ohne eine vorherige Neubescheidung selbst entscheiden.

6. Untersagungsanordnung nach dem Medizinproduktegesetz (Zystoskope)

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 29.09.2017 - 13 LA 4/16 **RID 17-04-173**
juris
MPBetreibV § 4; MPG §§ 26, 28

Leitsatz: 1. Nach § 4 Abs. 2 Satz 1 MP-BetrV gilt die - im Einzelfall widerlegbare - **Vermutung**, dass bei einer Beachtung der gemeinsamen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte zu den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten (KRINKO-Empfehlung) die Aufbereitung ordnungsgemäß im Sinne des § 4 Abs. 1 Satz 1 MP-BetrV erfolgt.
2. Nur wenn die Vermutung nach § 4 Abs. 2 Satz 1 MP-BetrV im Einzelfall widerlegt oder die KRINKO-Empfehlung bei der Aufbereitung von Medizinprodukten nicht beachtet worden ist, muss der **positive Nachweis** einer Aufbereitung in einem geeigneten validierten Verfahren nach § 4 Abs. 1 Satz 1 MP-BetrV erbracht werden.

7. Bestätigung über Aufklärung und/oder Verzicht einer Untersuchung (Glaukom-Früherkennung)

LG Düsseldorf, Urteil v. 07.12.2016 - 12 O 75/16 **RID 17-04-174**
juris
BGB §§ 305, 309, 630a

Die Empfehlung und Verwendung von Formularen, auf denen Patienten eine **ärztliche Aufklärung** zur Glaukom-Früherkennung („Ich habe die Patienteninformation zur Früherkennung des Grünen Stars <Glaukom> gelesen und wurde darüber aufgeklärt, dass trotz des Fehlens typischer Beschwerden eine Früherkennungsuntersuchung ärztlich geboten ist.“) und/oder den **Verzicht** zu dieser Untersuchung schriftlich **bestätigen** sollen („<zum Ankreuzen> Ich wünsche zur Zeit keine Glaukomuntersuchung.“), sind unzulässig.

8. Kein Herausgabeanspruch kryokonservierter Samenzellen des verstorbenen Ehemanns

OLG München, Urteil v. 22.02.2017 - 3 U 4080/16 **RID 17-04-175**
juris = FamRZ 2017, 904 = GesR 2017, 600
ESchG § 4; GG Art. 1 I, 2 I, 6 II; BGB §§ 275, 985

Der **Ehefrau** und Alleinerbin ihres verstorbenen Ehemanns steht kein Anspruch gegen den behandelnden Arzt auf **Herausgabe kryokonservierter Spermaproben** des verstorbenen Ehemanns zu.

9. Anspruch auf Löschung der Notenbewertung bei „jameda“

LG München I, Urteil v. 03.03.2017 - 25 O 1870/15 **RID 17-04-176**
juris
BGB §§ 823 I, 1004

Dennoch sind die Bewertungen in den Kategorien Behandlung und Vertrauensverhältnis rechtswidrig, weil davon auszugehen ist, dass der Bewertungstext in der ursprünglichen Fassung der Bewertung, die als Grundlage für die daneben ausgesprochenen Benotungen herangezogen werden kann, **falsche Tatsachenbehauptungen** enthalten sind, als sie von der Beklagten **gelöscht** wurden.
Trotz der nachvollziehbaren Verärgerung des kl. Zahnarztes über die Bewertung und auch unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Auswirkungen dieser Bewertung auf seine Tätigkeit muss im Rahmen der **Interessenabwägung** zwischen dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht des Kl. und seinem Recht auf freie Berufsausübung mit dem Recht auf Meinungs- und Informationsfreiheit der Meinungsfreiheit letztlich hinsichtlich **der vom Bewertungstext unabhängigen Noten** der Vorrang

eingeräumt werden, da das schützenswerte Interesse der Nutzer von Bewertungsportalen im Internet überwiegt.

10. Sozialversicherungspflicht

a) Eingliederung eines Anästhesisten in Klinik

LSG Hessen, Urteil v. 10.08.2017 - L 1 KR 394/15 **RID 17-04-177**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 KR 96/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV §§ 7, 7a

Leitsatz: 1. Die jeweilige **Zuordnung einer Tätigkeit** nach deren Gesamtbild zum rechtlichen Typus der Beschäftigung bzw. selbstständigen Tätigkeit setzt voraus, dass alle nach Lage des Einzelfalls als Indizien in Betracht kommenden Umstände festgestellt, in ihrer Tragweite zutreffend erkannt und gewichtet, in die Gesamtschau mit diesem Gewicht eingestellt und nachvollziehbar, das heißt den Gesetzen der Logik entsprechend und widerspruchsfrei, gegeneinander abgewogen werden (stg. Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, vgl. Urteil vom 11. November 2015, B 12 KR 10/14 R - SozR 4-2400 § 7 Nr. 28).
2. Bestimmte Berufsgruppen (hier: **Facharzt für Anästhesiologie**) bei der Beurteilung der Versicherungs- und Beitragspflicht bereits im Vorfeld von dieser Gesamtbetrachtung auszunehmen ist unzulässig.
3. Aus dem zum 11. April 2017 eingeführten **§ 23c Abs. 2 SGB IV** folgt keine andere Wertung. Es handelt sich um eine eng auszulegende Einzelfallkodifizierung für eine bestimmte Berufsgruppe (**Notärzte**).

Vorausgehend: SG Darmstadt, Urt. v. 16.11.2015 - S 8 KR 54/14 - RID 16-01-248.

b) Notärztliche Tätigkeit für Krankenhaus

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.09.2017 - L 1 KR 404/15 **RID 17-04-178**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV §§ 7, 7a

Ein Arzt ist in seiner notärztlichen Tätigkeit nicht in den Dienstbetrieb des Krankenhauses eingebunden, wenn er ausschließlich als **Notarzt „außerhalb“ des Krankenhauses** tätig ist.

c) Durchführung von Operationen in einer Privatklinik

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 06.03.2017 - L 2 R 3987/16 **RID 17-04-179**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB III § 25 I; SGB IV §§ 7 I 2, 7a I; SGB VI § 1 I 1 Nr. 1

Leitsatz: Zur Frage der Selbstständigkeit hinsichtlich der von einem in einem zugelassenen Krankenhaus angestellten **Chefarzt** daneben in einer **Privatklinik** durchgeführten Schönheitsoperationen entsprechend individueller Vereinbarungen mit den Patientinnen.

d) Stundenlohn für Bereitschaftsdienste in einer Klinik

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 21.08.2017 - L 2 R 248/17 **RID 17-04-180**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV §§ 7 I, 23c II, 28p, 118; SGB III § 25 I 1

Leitsatz: Eine Ärztin, die zu einem **Stundenlohn für Bereitschaftsdienste** in einer **Klinik** eingesetzt wird, übt ihre Tätigkeit regelmäßig im Rahmen einer **abhängigen Beschäftigung** aus.

e) Ableistung von Bereitschaftsdiensten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 15.02.2017 - L 8 R 86/13 **RID 17-04-181**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 R 48/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV § 7a; SGB III § 25 I 1

Vergibt eine Klinik für Psychotherapie **Bereitschaftsdienste** an einen Facharzt für Allgemeinmedizin, liegt kein **Dauerschuldverhältnis** vor, wenn weder eine entsprechende Vereinbarung vorliegt noch hierauf aus der tatsächlichen Umsetzung der Vereinbarung zu schließen ist.
Der Umstand, dass der Arzt als Auftragnehmer seine **Entschließungsfreiheit** stets aufs Neue betätigen kann, einen weiteren Auftrag anzunehmen und damit eine weitere Vertragsbeziehung zu begründen oder nicht, lässt (zwingende) Schlüsse weder zugunsten einer abhängigen Beschäftigung noch zugunsten einer selbständigen Tätigkeit zu.
Ist der Arzt nach den der Rechtsbeziehung zugrunde liegenden Vereinbarungen jedenfalls einem im Sinne einer funktionsgerecht dienenden Teilhabe an dem Behandlungs- und Therapiekonzept der Klinik verfeinerten **Weisungsrecht** der Klinik unterworfen und fehlt es an einem eigenen **Unternehmerrisiko**, dann liegt ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis vor.

f) Unternehmensberater im Gesundheitswesen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 30.09.2016 - L 4 R 238/15 **RID 17-04-182**
SGB VI § 6 I 1 Nr. 1

Die Frage, ob ein Arzt wegen einer Beschäftigung i.S.v. § 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI **Pflichtmitglied einer Versorgungseinrichtung** und berufsständischen Kammer ist, ist anhand der einschlägigen versorgungs- und kammerrechtlichen Normen zu prüfen.
Eine **ärztliche Tätigkeit** ist nur dann anzunehmen, wenn der Arzt die Heilkunde in Form einer unmittelbaren Behandlung von Patienten ausübt. Ein **Unternehmensberater im Gesundheitswesen**, der für den medizinischen Bereich in Krankenhäusern zuständig ist, kann wegen der Mitgliedschaft in einem Versorgungswerk von der Rentenversicherungspflicht zu befreien sein.
BSG, Beschl. v. 19.07.2017 - B 5 RE 29/16 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde der Bekl. als unzulässig.

g) „Head of Medical Information“ bei Pharma-Unternehmen

SG Düsseldorf, Urteil v. 10.01.2017 - S 7 R 1530/14 **RID 17-04-183**
Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 14 R 165/17 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB VI § 6 I 1 Nr. 1

Ein als **„Head of Medical Information“** bei einem **Pharma-Unternehmen** angestellter Arzt übt eine **ärztliche Tätigkeit** aus, wenn die Anwendung bzw. Mitverwendung von ärztlichem Wissen der Tätigkeit ihr Gepräge gibt und der Anteil der Tätigkeiten, in denen der Arzt Vorgesetztenfunktionen ausübt (z.B. Bewerbungsgespräche oder Mitarbeitergespräche führen), von eher untergeordneter Bedeutung ist, der weit überwiegende Teil der Arbeit die Beantwortung von Fragen zu den Arzneimitteln seines Arbeitgebers betrifft, die wissenschaftlich korrekte und nicht irreführende Gestaltung von Werbematerial sowie die medizinisch korrekte Gestaltung informierender Texte, wie den Beipackzettel oder Inhalte der „Roten Liste“.

h) Tätigkeit als Senior Product Specialist Cardiac Rhythm Management

SG München, Urteil v. 06.07.2017 - S 30 R 2451/15 **RID 17-04-184**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB VI § 6 I 1 Nr. 1

Die Aufnahme eines Arztes in die **Ärztekammer** und das ihr zugeordnete **Versorgungswerk** hat eine erhebliche **Tatbestandswirkung**. Der Rentenversicherungsträger darf und muss angesichts solcher Aufnahmeentscheidungen zunächst durchaus annehmen, dass es sich bei der entsprechenden Person um einen Arzt im ärztlichen Beruf handelt. Gleichwohl muss durch den Rentenversicherungsträger

geprüft werden, ob die Mitgliedschaft in einer entsprechenden berufsständischen Versorgungseinrichtung auf genau jener Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit beruht, für die eine Befreiung von der Versicherungspflicht begehrt wird.
Der Tätigkeitszweig **Cardiac Rhythm Management** ist durch eine fächerübergreifende, jedoch im Schwerpunkt medizinische, wissenschaftliche Arbeitsweise gekennzeichnet und setzt eine wissenschaftliche Ausbildung jedenfalls vorzugsweise als Arzt voraus.

11. Arbeitsrecht

a) BAG: Befristung des Arbeitsvertrags wegen Weiterbildung

BAG, Urteil v. 14.06.2017 - 7 AZR 597/15 **RID 17-04-185**
juris = BAGE
ÄArbVtrG § 1 I

Leitsatz: 1. Die **Befristung des Arbeitsvertrags** eines Arztes zum Zwecke der **Weiterbildung** nach § 1 Abs. 1 ÄArbVtrG setzt voraus, dass die Beschäftigung durch eine inhaltlich und zeitlich strukturierte Weiterbildung geprägt ist. Das erfordert, dass der Arbeitgeber dem weiterzubildenden Arzt die Ableistung erforderlicher Weiterbildungsabschnitte auf der Grundlage einer strukturierten Planung nach dem konkreten Weiterbildungsbedarf ermöglicht. Ein im Detail ausgearbeiteter schriftlicher Weiterbildungsplan ist dazu ebenso wenig erforderlich wie die Aufnahme eines solchen Plans in den Arbeitsvertrag.
2. Eine im Anwendungsbereich des ÄArbVtrG vereinbarte **Befristung** kann nicht auf § 14 Abs. 2 TzBfG gestützt werden, wenn in dem Arbeitsvertrag vereinbart ist, dass die Beschäftigung des Arztes der Weiterbildung zu einem der in § 1 Abs. 1 ÄArbVtrG genannten Weiterbildungsziele dienen soll.

b) BAG: Berechnung der Entgeltfortzahlung

BAG, Urteil v. 06.09.2017 - 5 AZR 429/16 **RID 17-04-186**
BAGE
juris
TV-Ärzte/VKA § 22

Leitsatz: Bei der Berechnung der **Entgeltfortzahlung** für Krankheits- und Urlaubszeiten ist das im Referenzzeitraum erzielte Entgelt für die tatsächliche Inanspruchnahme während einer **Rufbereitschaft** nach § 22 Satz 2 TV-Ärzte/VKA einzubeziehen.

c) Haftung wegen Verstoßes gegen Unfallverhütungsbestimmungen (Blutentnahme)

LAG Nürnberg, Urteil v. 09.06.2017 - 7 Sa 231/16 **RID 17-04-187**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BAG - 8 AZN 614/17 -
juris
BGB §§ 241 II, 253, 280, 282, 611, 823 II; SGB VII § 104

Ein niedergelassener **Arzt** hat als Arbeitgeber dafür Sorge zu tragen, dass die Arbeitsmittel, die er einer zur Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten Beschäftigten zur Verfügung stellt, den **Unfallverhütungsbestimmungen** entsprechen. Dies ist nicht der Fall, wenn in der Praxis insb. nicht die seit 2008 vorgeschriebenen **Sicherheitskanülen** verwendet werden, sondern die herkömmlichen Kanülen ohne Sicherheitsklappe benutzt und die gebrauchten Kanülen im Wege des sog. Recappings entsorgt werden. Verletzt sich die Beschäftigte bei einer **Blutentnahme** und infiziert sich ursächlich mit Hepatitis C, dann haftet der Arzt für den aus diesem Unfall resultierenden (immateriellen) Schaden. Der Haftung steht § 104 I SGB VII nicht entgegen, wenn der Arzt vorsätzlich gegen die bestehenden Schutzvorschriften verstoßen hat. Ein Schmerzensgeld in Höhe von 150.000 € ist angemessen.

d) Freigestelltes Betriebsratsmitglied: Beteiligung an Liquidationseinnahmen des Krankenhauses

LAG Köln, Urteil v. 26.06.2017 - 2 Sa 13/17 **RID 17-04-188**
Revision anhängig: BAG - 7 AZR 403/17 -
juris
BetrVG § 37 II

Leitsatz: Mangels anderer Abreden gehört die **Beteiligung eines Oberarztes** an den **Liquidationseinnahmen** des **Krankenhauses** bei **Freistellung als Betriebsrat** zu den fortzuzahlenden Vergütungsbestandteilen. Ob eine vertragliche Regelung, die diesen Vergütungsbestandteil entfallen lässt, wenn ein BR-Mitglied freigestellt wird, zulässig wäre, brauchte nicht entschieden zu werden.

12. JVEG: Pauschalvereinbarung und techn. Untersuchungen/Unterzeichnung der Rechnung

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 24.11.2016 - L 3 R 407/16 B **RID 17-04-189**
juris
JVEG §§ 7, 10, 14

Eine **eigenhändige Unterzeichnung** der Rechnung durch den Sachverständigen verlangt das JVEG nicht. Dem **Vertragsarztstempel** kommt nach § 37 I 1 BMV-Ä auch eine Beurkundungsfunktion im Rechtsverkehr zu.
§ 14 JVEG bietet keine gesetzliche Grundlage, eine Vergütung in **Abweichung** von den Grundsätzen des JVEG durch Vertrag zu regeln.
In Bezug auf die Durchführung **technischer und labormedizinischer Untersuchungen** entheben Sachverständige mit dem Angebot, solche Untersuchungen selbst zu veranlassen, das Gericht von der Verpflichtung, im Rahmen der Justizgewährung die entsprechenden Befunde für die Begutachtung bereitzustellen. Die „Ehrenpflicht“ der Sachverständigen bezieht sich auf die eigene Arbeitsleistung, nicht aber auf die Freistellung der Landeskasse von Zahlungen für technische oder labormedizinische Dienstleistungen, die allein im Interesse der Justizgewährung erforderlich sind.

13. Kammerbeitrag für Geschäftsführertätigkeit in einem MVZ

VG Braunschweig, Urteil v. 17.11.2016 - 1 A 79/15 **RID 17-04-190**
juris
Niedersachsen HKG §§ 2 I, 8 I

Der Begriff der **ärztlichen Berufsausübung im beitragsrechtlichen Sinne** ist weit auszulegen und nicht mit einer „approbationspflichtigen“ Tätigkeit gleichzusetzen. Eine ärztliche Tätigkeit liegt danach immer dann vor, wenn der Approbierte einer Tätigkeit nachgeht, bei der er die Kenntnisse und Fähigkeiten, die Voraussetzung für seine Approbation waren, einsetzt oder auch nur einsetzen oder mitverwenden kann. Von einer ärztlichen Tätigkeit kann erst dann nicht mehr gesprochen werden, wenn es um berufsfremde Aktivitäten geht, die in keinerlei Zusammenhang mit der ärztlichen Ausbildung und medizinischen Fachkenntnissen stehen.
Auch bei Einkünften aus nichtselbstständiger Tätigkeit als **Geschäftsführer in einem Medizinischen Versorgungszentrum** handelt es sich um für die Beitragserhebung grundsätzlich relevante „Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit“

14. Versorgungswerk: Einkommensersatzleistungen

VG Köln, Urteil v. 22.08.2017 - 7 K 3562/15 **RID 17-04-191**
juris
Satzung Ärzteversorgungswerk Nordrhein

Einkommensersatzleistungen müssen nach der Satzung des Ärzteversorgungswerks Nordrhein (SNÄV) nicht dauerhaft erbracht werden, sobald das rehabilitationsbedürftige Mitglied nicht voll erwerbsfähig und daher ohne Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit ist.
§ 10 Abs. 14 SNÄV ist hinreichend bestimmt. Es kommen grundsätzlich sowohl berufsbezogene als auch medizinische Maßnahmen, die sich voraussichtlich zur Erhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung der Berufsfähigkeit eignen, in Betracht. Anknüpfungspunkt für eine Leistungsgewährung ist die Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Berufsfähigkeit eines Mitglieds. § 10 Abs. 14 SNÄV trägt damit ersichtlich dem Grundsatz **„Heilung vor Rente“** Rechnung.

II. Arzthaftung

1. BVerfG: Abweichende Würdigung einer erstinstanzlichen Parteianhörung in der Berufungsinstanz

BVerfG, 2. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 01.08.2017 - 2 BvR 3068/14 **RID 17-04-192**
juris
ZPO §§ 139, 256, 286, 451, 529 I Nr. 1; GG Art. 103 I

OLG Koblenz, Urt. v. 29.10.2014 - 5 U 732/14 - RID 15-01-209 verletzt den Bf. in seinem Recht aus Art. 103 I GG. Das Urteil wird aufgehoben. Damit wird OLG Koblenz, Beschl. v. 21.11.2014 - 5 U 732/14 - gegenstandslos. Die Sache wird an das OLG Koblenz zurückverwiesen.
Ein Berufungsbekl. darf grundsätzlich darauf vertrauen, dass ihm das **Berufungsgericht**, wenn es in der Beweiswürdigung dem Erstrichter nicht folgen will, einen **Hinweis** gemäß § 139 ZPO erteilt, und zwar so rechtzeitig, dass darauf noch vor dem Termin zur mündlichen Verhandlung oder vor dem Ablauf einer Schriftsatzfrist im schriftlichen Verfahren reagiert werden kann.
Soweit die Wiederholung einer erstinstanzlich bereits durchgeführten **Beweisaufnahme** im Ermessen des Berufungsgerichts steht, ist dieses im Rahmen der Fehlerbehebung in der Regel auf Null reduziert. Eine von der erstinstanzlichen abweichende Würdigung eines Zeugenbeweises ohne vorherige Wiederholung der Vernehmung ist dem Berufungsgericht regelmäßig verwehrt, gerade auch weil in die Beweiswürdigung Umstände eingeflossen sein können, die sich aus der Vernehmungsniederschrift nicht ergeben. Diese Grundsätze sind nach § 451 ZPO für die Parteivernehmung entsprechend anzuwenden.

2. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Teilurteil/Abgrenzung Befunderhebungsfehler und Mangel der therapeutischen Beratung

BGH, Urteil v. 11.04.2017 - VI ZR 576/15 **RID 17-04-193**
juris = VersR 2017, 888 = MDR 2017, 839 = ZMGR 2017, 242 = GesR 2017, 582
ZPO §§ 301, 304; BGB § 823 I

Leitsatz: 1. Auch bei grundsätzlicher Teilbarkeit des Streitgegenstandes darf ein **Teilurteil** nur ergehen, wenn die Gefahr einander widersprechender Entscheidungen ausgeschlossen ist (st. Rspr.). In diesem Zusammenhang liegt ein Grundurteil über den noch ausstehenden Teil nur vor, wenn die Grundentscheidung entweder in der Urteilsformel enthalten ist oder aus den Entscheidungsgründen so deutlich wird, dass eine Berichtigung der Urteilsformel erfolgen kann. Die bloße Bezeichnung als „Grund- und Teilurteil“ im Rubrum genügt dagegen nicht.
2. Zur Abgrenzung zwischen einem ärztlichen **Befunderhebungsfehler** und einem **Fehler der therapeutischen Aufklärung** (Anschluss Senatsurteil vom 17. November 2015, VI ZR 476/14, VersR 2016, 260).

b) Verbrennungen durch atypischen Stromfluss bei Verwendung eines Hochfrequenzgeräts

BGH, Beschluss v. 26.09.2017 - VI ZR 529/16 **RID 17-04-194**
juris
BGB §§ 280, 823 I; GG Art. 103 I

Leitsatz: Zu **Verbrennungen** des Patienten durch **atypischen Stromfluss** bei der Verwendung eines Hochfrequenzgeräts.

OLG Hamm, Urt. v. 04.11.2016 - 26 U 67/13 - wies die Berufung d. Kl. zurück, auf dessen Nichtzulassungsbeschwerde verwies der ***BGH*** die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung zurück.

c) Keine TÜV-Haftung wegen Zertifizierung der französischen Brust-Silikonimplantate

BGH, Urteil v. 22.06.2017 - VII ZR 36/14 **RID 17-04-195**
juris = MDR 2017, 941 = NJW 2017, 2617 = GesR 2017, 590 = VersR 2017, 1216
EWGRL 42/93 Art. 10, 11

Leitsatz: 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/EWG 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 (im Anschluss an EuGH, Urteil vom 16. Februar 2017, C-219/15, NJW 2017, 1161).

d) Nochmalige Parteianhörung durch Berufungsgericht

BGH, Beschluss v. 25.07.2017 - VI ZR 103/17 **RID 17-04-196**
juris
ZPO §§ 141 I, 529 I Nr. 1; GG Art. 103 I

Leitsatz: Das **Berufungsgericht** muss eine in erster Instanz angehörte **Partei** nochmals **anhören**, wenn es deren Aussage anders würdigen will als die Vorinstanz. Trägt das Berufungsgericht dem nicht Rechnung, liegt darin ein Verstoß gegen Art. 103 Abs. 1 GG (Fortführung BGH, Beschluss vom 17. September 2013, XI ZR 394/12, NZG 2013, 1436).

e) Anspruch auf Ladung eines Sachverständigen zur mündlichen Erläuterung

BGH, Beschluss v. 30.05.2017 - VI ZR 439/16 **RID 17-04-197**
juris
GG Art. 103 I; ZPO §§ 397, 402

Leitsatz: 1. Für die Frage, ob die **Ladung eines Sachverständigen zur mündlichen Erläuterung** des von ihm erstatteten Gutachtens geboten ist, kommt es nicht darauf an, ob das Gericht noch Erläuterungsbedarf sieht oder ob ein solcher von einer Partei nachvollziehbar dargetan worden ist. Jede Partei hat einen **Anspruch** darauf, dass sie dem Sachverständigen die Fragen, die sie zur Aufklärung der Sache für erforderlich hält, zur mündlichen Beantwortung vorlegen kann (§§ 397, 402 ZPO).
2. Hat das Erstgericht einem rechtzeitig gestellten Antrag auf Ladung eines Sachverständigen zur mündlichen Erläuterung seines schriftlichen Gutachtens nicht entsprochen, so muss das **Berufungsgericht** dem im zweiten Rechtszug wiederholten Antrag stattgeben.

f) Einholung eines Privatgutachtens als „Rechtsmittel“ i.S.v. § 839a BGB

BGH, Beschluss v. 27.07.2017 - III ZR 440/16 **RID 17-04-198**
juris
BGB §§ 839 III, 839a

Leitsatz: Die **Einholung eines Privatgutachtens** zählt nicht zu den „Rechtsmitteln“ im Sinne von § 839a Abs. 2, § 839 Abs. 3 BGB.
Vorausgehend: OLG Celle, Urt. v. 20.07.2016 - 4 U 102/13 - RID 16-03-259.

3. Behandlungsfehler

a) Nachweis trotz unvollständiger Dokumentation/Aufklärung über ausl. Arzt (Kreuzbandplastik)

OLG Karlsruhe, Urteil v. 06.07.2017 - 7 U 50/15 **RID 17-04-199**
juris = ArztR 2017, 184
BÄO § 10b; BGB §§ 31, 280 I, 611, 823 I

Für den **Einsatz einer Kreuzbandplastik** ist eine Instabilität des Knies zu dokumentieren. Die unterbliebene, **unvollständige** oder nur lückenhafte **Dokumentation** bildet grundsätzlich jedoch keine eigenständige Anspruchsgrundlage und führt auch nicht unmittelbar zu einer Beweislastumkehr hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs zwischen einem Behandlungsfehler und dem eingetretenen Primärschaden. Jedoch kann aus der Tatsache einer fehlenden, mangelhaften oder unvollständigen Dokumentation einer aus medizinischen Gründen aufzuzeichnenden Maßnahme bis zum Beweis des Gegenteils durch die Behandlungsseite darauf zu schließen sein, dass diese Maßnahme unterblieben ist bzw. vom Arzt nicht getroffen wurde. Der Arzt kann die Vermutung des Unterbleibens der nicht dokumentierten Maßnahme jedoch widerlegen. Bei widersprüchlicher Dokumentation kann mit Hilfe des **OP-Videos** der Nachweis einer präoperativ gebotenen Diagnostik geführt werden.
Eine Haftung ergibt sich nicht bereits aus dem Umstand, dass nicht darüber **aufgeklärt** wird, dass der - französische - Operateur das Verfahren gemäß § 10b II BÄO (Ein Dienstleistungserbringer im Sinne des Absatzes 1 hat, wenn er zur Erbringung von Dienstleistungen erstmals von einem anderen Mitgliedstaat nach Deutschland wechselt, den zuständigen Behörden in Deutschland vorher schriftlich Meldung zu erstatten) nicht eingehalten hat, auch wenn diesbezüglich eine Aufklärungspflicht besteht. Die Berechtigung zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs ist nicht von der Erfüllung der Meldepflicht gemäß § 10b II BÄO abhängig. Es handelt sich vielmehr nur um eine Meldepflicht.
Es ist darüber aufzuklären, dass ein Ausländer an der Operation als **Gastarzt** beteiligt ist und eine Live-Videoübertragung erfolgt.
BGH, Beschl. v. 14.03.2017 - VI ZR 383/16 - wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

b) Entkräftung einer fehlenden Dokumentation durch Parteianhörung

OLG Dresden, Beschluss v. 14.09.2017 - 4 U 975/17 **RID 17-04-200**
juris
BGB § 823

Leitsatz: 1. Die Vermutung, dass eine nicht in den Behandlungsunterlagen **dokumentierte** Untersuchung auch nicht erfolgt ist, kann der Arzt auch im Rahmen seiner Parteianhörung **entkräften**; einer Parteivernehmung bedarf es nicht.
2. Wenn feststeht, dass es überhaupt eine **Untersuchung gegeben** hat, reicht es aus, wenn der Arzt schildert, wie er in vergleichbaren Fällen regelmäßig vorgeht.
3. Zu den Voraussetzungen für eine Wiederholung der erstinstanzlichen **Beweisaufnahme** im **Berufungsverfahren**.

c) Beweislast des behandelnden Arztes für Indikation einer Operation

OLG Koblenz, Beschluss v. 21.10.2016 - 5 U 881/16 **RID 17-04-201**
juris = VersR 2017, 1345
BGB §§ 253, 276, 280; ZPO §§ 138 II, 142

Leitsatz (VersR): 1. Stellen beide Parteien den **Besitz von Röntgenaufnahmen** in Abrede, bedarf es keiner gerichtlichen **Vorlageanordnung**; vielmehr ist bei **fehlender Aufklärungsmöglichkeit** hinsichtlich des widerstreitenden Sachvortrags zu entscheiden, zu wessen Lasten die Nichtvorlage der Röntgenaufnahmen geht.
2. Die **Behandlungsseite** trifft im Arzthaftungsprozess eine Erklärungspflicht nach § 138 Abs. 2 ZPO zu den Behandlungsabläufen. Sie muss daher eine Befundsituation vortragen, aus der sich eine Indikation für den vorgenommenen Eingriff ableiten lässt.
3. Das Gericht darf eine **Urkundenvorlegung** (hier: Behandlungsunterlagen eines Dritten) nicht zum bloßen Zweck der Informationsgewinnung, sondern nur bei Vorliegen eines schlüssigen, auf konkrete Tatsachen bezogenen Vortrags der Partei anordnen. Das Gericht muss daher ohne hinreichenden **Sachvortrag** zur Frage der Indikationsstellung keine amtswegige Ermittlung zur Entlastung des behandelnden Arztes einleiten.

d) Postoperatives Unterlassen einer Röntgenkontrolle

OLG Dresden, Urteil v. 29.08.2017 - 4 U 401/17 **RID 17-04-202**
juris
BGB §§ 630a, 823 I

Leitsatz: 1. Die Einstandspflicht des Arztes, der postoperativ behandlungsfehlerhaft eine Röntgenkontrolle unterlässt, umfasst nicht **weitere Befunderhebungsfehler der ambulanten Nachbehandler**.
2. Ist dem mit einer postoperativen MRT-Befundung betrauten **Radiologen** das genaue **Operationsverfahren** (hier: Operation einer Rotatorenmanschettenruptur mit Swift-Lock Anker) nicht bekannt, hat er sich bei dem operierenden Krankenhaus zu erkundigen, wenn die Möglichkeit besteht, dass sich hieraus Rückschlüsse für die Befundung ziehen lassen.

e) Kniegelenksarthroskopie unter Stellung der Verdachtsdiagnose Chondropathia patellae

OLG Naumburg, Urteil v. 10.04.2017 - 1 U 96/16 **RID 17-04-203**
juris
BGB § 823 I

Leitsatz: 1. Die **Überweisung** des Patienten zur Durchführung einer **Kniegelenksarthroskopie** unter Stellung der Verdachtsdiagnose Chondropathia patellae ist indikationsfehlerfrei, wenn aus der Warte des überweisenden Behandlers die vom Patienten beklagten Schmerzen als seit mehreren Jahren rezidivierend und therapieresistent beschrieben sind und die im Vordergrund stehende klinische Untersuchung des Kniegelenks erhebliche Schmerzen ergeben hat.
2. Die unterbliebene **Absicherung der Verdachtsdiagnose Chondropathia patellae** durch Fertigung einer axialen Röntgenaufnahme der Patella kann zwar ein **Befunderhebungsfehler** sein. An einem sich kausal auswirkenden Befunderhebungsfehler fehlt es indes, wenn angesichts des später intraoperativ gewonnenen Befundes (hier einer Knorpelschädigung IV. Grades) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die Röntgenaufnahme Erkenntnisse zutage befördert hätte, die von einer Arthroskopie hätten Abstand nehmen lassen.
3. Es fehlt an einem vom Patienten auf den **Einwand der hypothetischen Einwilligung** hin glaubhaft zu machenden plausiblen **Entscheidungskonflikt**, wenn die Anhörung des Patienten ergibt, dass er im Zeitpunkt der Anempfehlung einer Kniegelenksarthroskopie – nach einem mehrjährigen, rezidivierend schmerzhaften Knieleiden – wegen der Persistenz der Beschwerden „ein bisschen verzweifelt“ war, und er sich gegenüber vorbehandelnden Ärzten auf deren Vorschlag einer (fortgesetzt) konservativen Therapie ablehnend und skeptisch gezeigt hatte.

f) Bandscheibenoperation L3/4

OLG Naumburg, Urteil v. 27.02.2017 - 1 U 44/16 **RID 17-04-204**
juris
BGB § 823 I

Leitsatz: 1. Wählt der Operateur (**Bandscheibenoperation**, Lendenwirbelsäule L3/4) den sog. **interlaminären Zugangsweg**, obgleich der überwiegende Teil des Vorfalls **extraforaminal liegt**, so stellt dieses Vorgehen, das die Notwendigkeit einer Folgeoperation zwecks Beseitigung auch des extraforaminalen Vorfallsanteils nach sich gezogen hat, einen „nur" einfachen und keinen groben **Behandlungsfehler** dar. Tragend für diese Bewertung ist,

a) dass extraforaminale Vorfälle deutlich seltener vorkommen als andere Vorfallsarten, leichter zu übersehen sind und die richtige Einschätzung zur Art des operationstechnisch erfolgversprechenden Vorgehens (interlaminärer Zugang vs. extraforminaler Zugangsweg) deutlich schwieriger ist als im Regelfall der Praxis, dem Fall eines innerhalb des Spinalkanals liegenden Vorfalls;

b) dass vorliegend ein vorab extern eingeholter radiologischer Befund unrichtigerweise für einen größtenteils intraforaminalen Bandscheibenvorfall gesprochen hatte (während tatsächlich der extraforaminale Anteil deutlich überwog).

2. Die vom Patienten zu beweisende **Kausalität** zwischen einer wegen der Notwendigkeit einer Nachoperation eingetretenen Verzögerung der vollständigen Entfernung des Vorfalls und einer dauerhaft verbleibenden radikulären Symptomatik ist nicht erwiesen, wenn – wie nach der fachmedizinischen Literatur und Praxiserfahrung der Fall – nicht feststeht, ob und inwieweit die Dauer eines Drucks auf die Nervenwurzel, also die zeitliche Komponente, maßgeblich für einen Druckschaden und davon ausgehende Beschwerden ist, oder aber das Maß des Anfangsdrucks entscheidend ist.

g) Diagnosefehler (Luxation)/Folgeschäden und Beweismaßstab des § 287 ZPO

OLG Koblenz, Beschluss v. 17.08.2017 - 5 U 491/17 **RID 17-04-205**
PaPfleReQ 2017, 56
juris
ZPO § 287

In der **fehlerhaften Auswertung der Röntgenunterlagen**, auf denen eine perilunäre Luxation des linken Handgelenks zweifelsfrei erkennbar ist, ist ein Behandlungsfehler (Diagnosefehler) zu sehen.
Der **operierende Chirurg** ist gehalten, die Röntgenbefunde eigenständig vollumfänglich auszuwerten. Die **Auswertung einer Röntgenaufnahme** fällt sowohl in den **Fachbereich** des Chirurgen, der die Verletzung operativ versorgt, als auch in das des Radiologen. Gelangt indes der **unfallchirurgische Sachverständige** zu dem Ergebnis, dass auf Röntgenbildern ein bestimmtes Verletzungsbild klar zu erkennen ist, so bedarf es ohne einen entsprechenden Bedarf aufzeigende konkrete Einwände keiner ergänzenden Hinzuziehung eines **radiologischen Sachverständigen**, um zu prüfen, ob auch der Radiologe das Röntgenbild fehlerhaft interpretiert hat. Insofern fehlt es an jedweden Anhaltspunkten dafür, dass für den Radiologen andere Maßstäbe gelten würden als für den Chirurgen.
Die vorliegend von dem Kl. behaupteten **Folgeschäden** – insb. Bewegungsbeeinträchtigungen und Schmerzen – unterliegen bei der Betrachtung des Ursachenzusammenhangs dem Beweismaßstab des § 287 ZPO. Es muss lediglich eine überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür bestehen, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Klägers auf der verzögerten bzw. zunächst unterlassenen Behandlung der Luxation beruhen.

h) Hygienische Anforderungen beim Wechsel eines Vakuumverbandes

OLG Hamm, Urteil v. 12.12.2016 - 3 U 163/15 **RID 17-04-206**
juris
BGB § 823

Leitsatz: 1. Ein ärztliches Vorgehen kann im Einzelfall auch dann dem **medizinischen Standard** entsprechen, wenn es von den Vorgaben einer einschlägigen **Leitlinie abweicht**.
2. Zu den **hygienischen Anforderungen** beim **Wechsel eines Vakuumverbandes**.
Nachgehend: BGH, Beschl. v. 11.07.2017 - VI ZR 7/17 -.

i) Erkennen einer koronaren Eingefäßerkrankung

OLG Naumburg, Urteil v. 20.04.2017 - 1 U 26/16 **RID 17-04-207**
juris
BGB § 823 I

Leitsatz: Es stellt für einen Patienten, bei dem nach den Bewertungskriterien der DEGAM-Leitlinie Nr. 15 (Brustschmerz) in Verbindung mit dem sog. Marburger-Herz-Score ein **geringes Risiko** der Entwicklung einer **koronaren Problematik** besteht, **keinen Befunderhebungsfehler** dar, wenn über erhobene Troponin I-Werte und ein Belastungs-EKG hinaus (beides negativ im Sinne einer etwaigen koronaren Beschwerdeursache) keine weiteren Befunde (Echokardiogramm, Myokardszintigraphie) erhoben werden.

j) Verzögerung einer medikamentösen Thromboseprophylaxe/Dokumentation einer Magensonde

OLG Naumburg, Urteil v. 06.02.2017 - 1 U 10/16 **RID 17-04-208**
juris
BGB § 823 I

Leitsatz: 1. Die Verzögerung einer medikamentösen **Thromboseprophylaxe** mit Heparin (im Anschluss an eine Operation zur Sanierung von Abszessen im Hals- und Rachenbereich) um rund drei Wochen stellt einen „nur“ einfachen und keinen groben **Behandlungsfehler** dar, wenn die Dokumentation erkennen lässt, dass auf Behandlerseite eine Abwägung vorgenommen wurde (wenngleich mit einem unrichtigen Abwägungsergebnis), dabei das Blutungsrisiko bei Heparingabe in den Mittelpunkt gerückt wurde und man sich deshalb zunächst für eine nur mechanische Thromboseprophylaxe entschied.
2. Unter medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten ist zwar das **Legen einer Magensonde** an sich, nicht aber das „wie“ der Verlegung – Legung „unter Sicht“ oder „blind“ – zu **dokumentieren**. Im Falle einer sich herausstellenden Fehllage der Magensonde (hier im rechten Hauptbronchus) kann die Patientenseite daher aus der unterbliebenen Dokumentation der konkreten Operationstechnik keinerlei Beweiserleichterung für sich herleiten.

k) Legen eines Infusions-Ports und Fehllage

OLG Naumburg, Urteil v. 02.02.2017 - 1 U 55/16 **RID 17-04-209**
juris
BGB § 823 I

Leitsatz: 1. Es stellt **keinen Behandlungsfehler** dar, wenn im Zuge der **Legung eines Infusions-Ports** – im Anschluss an sich frustran gestaltende Versuche, die Vena subclavia zu punktieren – zunächst erfolglos versucht wird, das Portsystem mit dem J-förmig gebogenen Ende des sog. Seldinger-Drahtes einzubringen, um danach das andere, flache Ende des Seldinger-Drahtes vorneweg einzusetzen. Die Verwendung dieses flachen Drahtendes ist zwar unüblich, unter den gegebenen Umständen aber nicht fehlerhaft, woran die abstrakt höhere Perforationsgefahr bei Vorschieben dieses Drahtendes nichts ändert.
2. Eine primär fehlerhafte und für die Behandler ex ante erkennbare **Fehllage des Portsystems** ist vom Patienten zu beweisen. Weist die Aspiration von Blut aus der nachvollziehbaren Sicht der Behandler auf eine korrekte Lage des Portsystems hin, so darf sich der Behandler auf diesen zuverlässigen Beleg für eine korrekte Portlage verlassen. Einer anlasslosen weiteren Prüfung der Lage des Portsystems bedarf es nicht.
3. Eine Pflicht der Behandlerseite zur **Überprüfung von Blutaspiration** vor einer jeden Benutzung des Portsystems besteht nicht, so dass in der nur einmaligen (positiv ausgefallenen) Überprüfung des angelegten Portsystems kein Behandlungsfehler zu erblicken ist.
4. Es ist nicht an der Behandlerseite, eine sie entlastende, überzeugende medizinisch-physikalische Ursache für eine **Dislokation des Portsystems zu beweisen**. Vielmehr ist es an der Patientenseite, den Beweis eines behandlungsfehlerhaften Vorgehens zu führen. Bei einer unterstellt primären Fehllage

des Ports kommt es überdies darauf an, ob diese aus der maßgeblichen ex ante-Sicht der behandelnden Ärzte erkennbar war (hier zu verneinen).

l) Verspätete Diagnose eines Mammakarzinoms

LG Köln, Urteil v. 29.06.2017 - 25 O 326/13 **RID 17-04-210**
juris
BGB §§ 253, 280, 611, 823

Das **Nichtdokumentieren** einer ärztlich gebotenen Maßnahme führt zu der Vermutung, dass die Maßnahme unterblieben ist.
Har sich die Prognose für das Überleben im Allgemeinen und die Prognose für ein rezidivfreies Überleben im Besonderen infolge der fehlerhaften Behandlung einschneidend verschlechtert, kann ein **Schmerzensgeld** von 100.000 € angemessen sein.

m) Gabe von Oxytocin während der Geburt

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 11.06.2015 - 15 U 189/13 **RID 17-04-211**
juris
BGB § 823

Die zweimalige intravenöse **Gabe von Oxytocin** war **im Jahr 2000 behandlungsfehlerhaft**, weil es zu einer sehr häufigen Wehentätigkeit in kurzer Zeit und damit zu einer Sauerstoffunterversorgung des Feten führt. Das gilt umso mehr für die erste intravenöse Gabe, weil das Kind zu dieser Zeit noch nicht unmittelbar vor der Geburt stand. Denn eine intravenöse Gabe von Oxytocin in hoher Dosis ist allenfalls in der letzten Phase der Geburt akzeptabel und wurde früher so praktiziert, d.h. wenn der Kopf bereits soweit im Geburtskanal war, dass das Kind mit ein oder zwei starken Wehen dann tatsächlich zur Welt gebracht werden kann. Denn dann können sich Komplikationen durch die starke Oxytocingabe nicht mehr auf das Kind auswirken.
Im Hinblick auf die Verabreichung von Oxytocin in dieser hohen Dosierung war es weiterhin behandlungsfehlerhaft, keine durchgehende **Wehenaufzeichnung** vorzunehmen.

n) Arzthaftung bei Gewebeprobenvertauschung und alternativer Kausalität

LG Göttingen, Urteil v. 13.06.2017 - 12 O 16/14 **RID 17-04-212**
juris
BGB § 830 I 2

Leitsatz: Der **Anwendungsbereich von § 830 Abs. 1 Satz 2 BGB** ist (bereits) dann eröffnet, wenn bei feststehender schuldhafter Pflichtverletzung des in Anspruch genommenen Schädigers („Beteiligten“) und einer weiteren potentiell als Schädigungsursache in Betracht kommenden Handlung eines Dritten feststeht, dass das potentiell **schädigende Verhalten des Dritten**, hätte er nachweislich den Schaden durch seine Handlung herbeigeführt, ebenfalls schuldhaft und rechtswidrig gewesen wäre.

o) Behandlungsstandard für einen bei Wettkampf eingesetzten Sportarzt (Aushülsverletzung)

OLG Dresden, Urteil v. 07.03.2017 - 4 U 929/16 **RID 17-04-213**
juris = MedR 2017, 808 = GesR 2017, 333
BGB §§ 280 I, 823 I; ZPO §§ 141, 286 I, 373

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.

4. Aufklärung/Einwilligung

a) Durchführung einer elektrophysiologischen Herzkatheteruntersuchung

KG Berlin, Urteil v. 13.03.2017 - 20 U 238/15 **RID 17-04-214**
juris = ZMGR 2017, 244
BGB §§ 249 ff., 278, 280, 611, 823 I, 831

Vor dem Hintergrund, dass eine der Voraussetzungen für eine Indikation der angewandten Therapie erst der **Wunsch des Patienten** nach einer definitiven Diagnose und einer definitiven Therapie ist, muss der Arzt dem Patienten sagen, dass die **Durchführung einer elektrophysiologischen Herzkatheteruntersuchung** (EPU) mit Ablationstherapie kein Muss ist und dass **alternativ andere, nicht invasive Methoden** zur Verfügung stehen, die zwar nicht zu Heilung führen, aber andererseits nicht mit den teils erheblichen Risiken der invasiven Herzkatheteruntersuchung und der Ablationstherapie verbunden sind. Dies ist bereits deshalb erforderlich, um herauszufinden, wie hoch der für die Indikation erforderliche Leidensdruck und Therapiewunsch des Patienten ist.
Die Höhe des zuerkannten **Schmerzensgeldes** erscheint mit 40.000 € angemessen.

b) Nierenlebendspende

OLG Hamm, Urteil v. 05.07.2017 - 3 U 172/16 **RID 17-04-215**
juris
TPG § 8

Leitsatz: Zur Vereinbarkeit der **Nierenlebendspende** mit § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 lit. c TPG.
Ein Verstoß gegen die formellen **Aufklärungsanforderungen** aus § 8 Abs. 2 Sätze 3 bis 5 TPG führt nicht ohne Weiteres zur Unwirksamkeit der Einwilligung des Spenders in die Organlebendspende (Festhaltung OLG Hamm, Urt. v. 7. September 2016, 3 U 6/16 - RID 16-04-270).
Der Einwand der **hypothetischen Einwilligung** ist auch im Bereich der Organlebendspende beachtlich (Festhaltung OLG Hamm, Urt. v. 7. September 2016, 3 U 6/16 - RID 16-04-270).

c) Live-Übertragung einer Operation zum Zweck der Aus- und Fortbildung

OLG Bamberg, Beschluss v. 30.06.2016 - 4 U 103/16 **RID 17-04-216**
juris = GesR 2017, 646
GG Art. 1 I, 2 I; BGB §§ 253 II, 823 I, II; KunstUrhG §§ 22, 23

Leitsatz (GesR): 1. Will die Arztseite unter der Operation (hier: während der Narkose) Fotos oder sonstige **Aufnahmen vom Patienten** anfertigen, so hat sie grundsätzlich zuvor dessen **Einwilligung** einzuholen.
2. Die **Live-Übertragung** einer seltenen Operation zum Zweck der Aus- und Fortbildung stellt jedenfalls dann keinen erheblichen Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht des Patienten dar, wenn auf dem Bildschirm nur das unmittelbare, außerhalb des Schambereichs liegende Operationsgebiet (hier: ein Ausschnitt der rechten Gesichtshälfte) zu erkennen und jede Möglichkeit einer **Identifizierung des Patienten** ausgeschlossen ist.

Das OLG wies mit Beschl. v. 11.08.2016 - juris - die Berufung zurück.

d) Sachverständigengutachten über Inhalt und Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht

OLG Hamburg, Beschluss v. 11.10.2016 - 1 W 68/16 **RID 17-04-217**
juris = VersR 2017, 967
ZPO § 485

Leitsatz (VersR): 1. An den **medizinischen Sachverständigen** können im selbstständigen Beweisverfahren auch **Fragen** zur Begutachtung gegeben werden, die den Inhalt und Umfang der ärztlichen **Aufklärungspflicht** betreffen.
2. Ein **rechtliches Interesse** an einer vorprozessualen Klärung der haftungsrechtlich maßgeblichen Gründe für einen Gesundheitsschaden durch einen Sachverständigen kann im selbstständigen Beweisverfahren auch dann gegeben sein, wenn die Feststellung der Vermeidung eines Rechtsstreits dienen kann, jedoch für eine abschließende Klärung weitere Aufklärung erforderlich erscheint.

5. Kein gesamtschuldnerischer Innenausgleichsanspruch des Krankenhauses gegen Honorararzt

OLG Naumburg, Urteil v. 24.03.2017 - 1 U 109/16 **RID 17-04-218**
juris
BGB § 426 I 1; VVG § 86

Leitsatz: 1. Im gesamtschuldnerischen Innenverhältnis zwischen einem niedergelassenen Facharzt und einem Krankenhaus, für das der Facharzt auf honorarärztlicher Basis tätig ist und Operationen durchführt, ist dann „ein anderes bestimmt“ i.S.v. § 426 Abs. 1 S. 1 BGB, wenn der **Honorararztvertrag** vorsieht, dass der Arzt durch den Haftpflichtversicherer des Krankenhauses „gegen Ansprüche von Patientinnen/Patienten aus einer eventuell [eine] zivilrechtliche Haftung des Arztes begründenden Handlung/Unterlassung versichert“ ist.
2. Hat der Facharzt als niedergelassener Arzt **fehlerhaft** eine **Operationsindikation** gestellt und den Patienten fehlerhaft aufgeklärt und ist ihm zudem eine **fehlerbehaftete Operationsdurchführung** in dem Krankenhaus, für das er honorarärztlich tätig geworden ist, anzulasten, so liegt eine einheitliche Behandlung mit Schwerpunkt auf der Operationsdurchführung vor, wenn aus der Warte des Patienten klar war, dass es sich bei der im Rahmen der ambulanten Behandlung in Aussicht genommenen Operation um eine solche handeln wird, die der niedergelassene Facharzt als Honorararzt in dem Krankenhaus vornimmt. Die Elemente Indikationsstellung, OP-Aufklärung und Operationsdurchführung bilden in einer solchen Sachverhaltskonstellation (Personenidentität von ambulant vorbehandelndem, niedergelassenen Facharzt einerseits und honorarärztlichem Operateur im Krankenhaus andererseits) eine untrennbare Einheit, die ihren **Schwerpunkt im Operationsgeschehen** hat, das der Facharzt als Honorararzt durchführt.
3. In der Folge ist ein **gesamtschuldnerischer Innenausgleichsanspruch** des **Krankenhauses** (bzw. hier seines Haftpflichtversicherers nach Anspruchsübergang gemäß § 86 Abs. 1 VVG) gegen den **niedergelassenen Facharzt** ausgeschlossen.

6. Verpflichtung einer Rettungsdienst-Leitstelle zur Entsendung eines Notarztwagens

KG Berlin, Beschluss v. 20.03.2017 - 20 U 147/16 **RID 17-04-219**
juris = GesR 2017, 585
Berlin RettDG § 2 I 1; BGB § 839

Die **Rettungsdienst-Leitstelle** ist verpflichtet, aufgrund eines Anrufes nachts einen **Notarztwagen** anzufordern, wenn **Atemnot** gemeldet wird. Auch „Atembeschwerden bei Asthmapatienten“ muss die Leitstelle unabhängig von einer telefonischen Meldung „Atemnot“ auf eine solche hinführen.
Nicht die **Üblichkeit**, sondern die jeweilige **Indikation** entscheidet darüber, ob ein Notarztwagen zu stellen ist. Mithin ist der von der Bundesärztekammer entwickelte Standard maßgebend. Der indizierte Einsatz eines Notarztwagens kann nicht davon abhängen, in welche formelle Kategorie die telefonisch berichteten Symptome einzuordnen sind. Es kommt allein auf Art und Ausmaß dieser Symptome an.
Die Grundsätze der **Beweislastumkehr** sind auf die Tätigkeit einer Rettungsdienst-Leitstelle anwendbar. Die Anspruchsgrundlage (Amtshaftung statt Behandlungsvertrag oder Delikt) ist hierfür

unergiebig. In allen Fällen einer ärztlichen Behandlung ist eine Beweislastumkehr aufgrund eines groben Behandlungsfehlers angezeigt.
Der Disponent der Leitstelle handelte als **nicht-ärztliches Hilfspersonal** und ist verpflichtet, den Patienten aufgrund der Notfallmeldung eine vorläufige Diagnose zu stellen und den Patienten dem Notarzt zuzuführen.

KG Berlin, Beschl. v. 19.06.2017, wies die Berufung des Bekl. zurück. Dagegen ist ***Revision*** beim BGH - X ARZ 380/17 - anhängig.

7. Auskunft über behandelnde Klinikärzte

OLG Hamm, Urteil v. 14.07.2017 - 26 U 117/16 **RID 17-04-220**
juris
BGB § 261

Ein Patient kann von seiner **Klinik** aufgrund des Behandlungsvertrags nur dann **Auskunft** über Namen und Anschriften der **behandelnden Ärzte** verlangen, wenn er ein **berechtigtes Interesse** an diesen Daten nachweist (vgl. OLG Frankfurt a. M., Beschl. v. 23.09.2004 - 8 U 67/04 - juris Rn. 7). Er hat dagegen keinen Anspruch auf Auskunft über Namen und Anschriften aller Ärzte und Pfleger, die ihn während seines Krankenhausaufenthalts betreut haben, sofern er nicht darlegt, dass diese als Anspruchsgegner wegen eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers oder als Zeugen einer Falschbehandlung in Betracht kommen (vgl. OLG München, Beschl. v. 30.07.2008 - 1 W 1646/08 - juris Rn. 9). Darüber hinaus entfällt das rechtliche Interesse, soweit sich der Patient aus den ihm zugänglichen Unterlagen so weitgehend informieren kann, dass ihm eine Klageerhebung und -zustellung gegen die aus seiner Sicht fehlerhaft handelnden Ärzte möglich ist (vgl. OLG Hamm, Urt. v. 24.05.2000 - 3 U 145/99 - juris Rn. 21).

8. Verfahrensrecht

a) Notwendige Einholung eines Sachverständigengutachtens

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 11.07.2017 - 8 U 150/16 **RID 17-04-221**
juris
GG Art. 103 I

Der **Klägervortrag** zu etwaigen Behandlungsfehlern anlässlich seiner Beatmung während der Operation entspricht den Anforderungen an den Patientenvortrag in Arzthaftungsprozessen. Der Kl. hat Ort und Zeit des behaupteten Behandlungsfehlers und dessen angebliche Folgen (Schleimabsonderungen an den Stimmbändern und Schwierigkeiten bei der Stimmmodulation) konkret benannt. Zu weiterem Vortrag, insbesondere zum **Kausalzusammenhang** zwischen der Beatmung und den Beschwerden ist der Kläger ohne medizinische Fachkenntnisse nicht in der Lage. Es wäre deshalb Aufgabe des Landgerichts gewesen, die Behauptungen des Klägers durch Einholung eines zusätzlichen anästhesiologischen **Sachverständigengutachtens** von Amts wegen zu überprüfen. Dass eine erfolgreiche Beweisführung des Klägers wegen der im angefochtenen Urteil aufgelisteten Umstände unwahrscheinlich erscheint, berechtigt das Landgericht nicht zu einer pauschalen eigenständigen Kausalitätsbeurteilung ohne Einholung medizinischen Sachverstands.

b) Zweite Verlängerung der Berufungsbegründungsfrist

OLG Dresden, Beschluss v. 19.06.2017 - 4 U 412/17 **RID 17-04-222**
juris = MDR 2017, 1025 = GesR 2017, 628
ZPO §§ 85 II, 233, 520 II 2

Leitsatz: 1. Von einer konkludenten Zustimmung zu einer zweiten **Verlängerung der Berufungsbegründungsfrist** muss das Gericht nicht ausgehen, wenn eine Anfrage bei der Gegenseite in dem Fristverlängerungsgesuch nicht dargelegt wird.
2. Ein **Akteneinsichtsgesuch**, das erst am letzten Tag einer bereits einmal verlängerten Frist gestellt wird, stellt nach Fristablauf regelmäßig keinen Wiedereinsetzungsgrund dar.

c) Kosten eines Rechtsstreits nur im Kostenfestsetzungsverfahren

OLG Dresden, Beschluss v. 17.08.2017 - 4 W 715/17 **RID 17-04-223**
juris
ZPO §§ 91, 293

Leitsatz: 1. Durch den Rechtsstreit veranlasste **Kosten** können nicht im Wege der **Klageerweiterung**, sondern müssen im **Kostenfestsetzungsverfahren** geltend gemacht werden.
2. **Kopierkosten** für die Mehrfertigung von Patientenunterlagen durch eine Partei sind auch dann notwendig im Sinne des § 91 ZPO, wenn das Gericht ihr die Vorlage in Urschrift aufgegeben hatte.

d) Streitwert einer isolierten Klage auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 13.10.2017 - 8 W 13/17 **RID 17-04-224**
juris
ZPO § 3; GKG § 68

Leitsatz: Der **Streitwert** einer isolierten Klage auf **Herausgabe** von Kopien der **Behandlungsunterlagen** zur Vorbereitung eines **Arzthaftungsprozesses** ist bei Fehlen besonderer Umstände mit 1/5 des Streitwertes der in Aussicht genommenen Arzthaftungsklage zu bemessen.

9. Zahnärztliche Behandlung

a) Darlegungs- und Beweislastgrundsätze bei mangelhafter Prothese

LG Saarbrücken, Urteil v. 26.07.2017 - 16 O 10/15 **RID 17-04-225**
juris
BGB §§ 281, 631, 634,823 I

Nach allgemeinen **Darlegungs- und Beweislastgrundsätzen** ist der Patient bei Beurteilung nach dienstvertraglichen Regeln für alle drei anspruchsbegründenden Voraussetzungen beweispflichtig, d.h. sowohl für den objektiven Behandlungsfehler, den Schaden wie auch für die Kausalität zwischen dem behaupteten Behandlungsfehler und den gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Gleiches gilt bei der Geltendmachung von Mängeln nach Werkvertragsrecht. Der Patient hat in diesem Falle nach der Abnahme den Mangel, den Schaden und die Ursächlichkeit des Mangels für etwaige Schäden zu beweisen.
Ob in der Vornahme von nicht nur unwesentlichen **Nachbesserungsarbeiten** ein **Anerkenntnis** der Gewährleistungspflicht des Auftragsnehmers liegt, ist unter Würdigung aller Umstände des Einzelfalles zu entscheiden.

b) Gesamtplanung/Implantatversorgung

LG Ulm, Urteil v. 02.03.2016 - 6 O 229/14 **RID 17-04-226**
juris
BGB § 823

Die **Gesamtplanung** muss sich immer nach den konkreten Gegebenheiten und auch nach dem Wunsch des Patienten richten, die sich im Laufe der Zeit verändern können. Auch die Fertigung eines OPG ist für eine Gesamtplanung nicht erforderlich, es können auch einzelne Röntgenbilder gefertigt werden.
Für die Beurteilung eines **Implantats** ist immer der **konkrete Einzelfall** entscheidend, es gibt keine Standards und Regellängen.

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Weihrauch-Extrakt-Kapseln: Zulassungsfreiheit für im Apothekenbetrieb herstellte Arzneimittel

BGH, Urteil v. 09.02.2017 - I ZR 130/13 **RID 17-04-227**
juris = WRP 2017, 948 = GRUR 2017, 833 = Magazindienst 2017, 697 = A&R 2017, 182
EGRL 83/2001 Art. 3; AMG § 21 II Nr. 1; UWG §§ 4 Nr. 11, 8; HeilMWerbG § 3a

Leitsatz: Weihrauch-Extrakt-Kapseln II
Das **Werbeverbot** des § 3a HWG gilt nicht für ein Arzneimittel, das gemäß § 21 Abs. 2 Nr. 1 AMG in den wesentlichen Herstellungsschritten in einer Apotheke in einer Menge bis zu hundert abgabefertigen Packungen an einem Tag im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebs hergestellt wird.
Vorausgehend: BGH, Urt. v. 08.01.2015 - I ZR 123/13 - RID 15-03-249; EuGH, Urt. v. 26.10.2016 - C-276/15 - RID 16-04-284.

b) TÜV-Haftung wegen Zertifizierung der französischen Brust-Silikonimplantate

BGH, Urteil v. 22.06.2017 - VII ZR 36/14 **RID 17-04-228**
juris
EWGRL 42/93

Leitsatz: 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/EWG 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 (im Anschluss an EuGH, Urteil vom 16. Februar 2017, C-219/15, NJW 2017, 1161).
Vorausgehend: BGH, Beschl. v. 09.04.2015 - VII ZR 36/14 - RID 15-03-244; EuGH, Urt. v. 16.02.2017 - C-219/15 - RID 17-02-280.

2. Apotheken

a) Aufziehen eines Fertigarzneimittels auf eine Spritze/Verordnung

VG Potsdam, Urteil v. 04.07.2017 - 6 K 4881/16 **RID 17-04-229**
Berufung zugelassen
juris
ApoBetrO §§ 11, 17 IV u. V; AMVV §§ 2 I. 4 I; AMG § 4 XIV, XXII, XXXI, 48 I 1, II 1 Nr. 7

Ein Apotheker ist ohne Verstoß gegen § 48 I 1 AMG berechtigt, das **Aufziehen** des Inhalts einer einzelnen Durchstechflasche des **Fertigarzneimittels** Eylea unter Verwerfen der überschüssigen Lösung vorzunehmen und die so gefertigte Spritze sodann entsprechend der Verschreibung abzugeben. Denn bei dem aufgezogenen Arzneimittel handelt es sich nicht um die Herstellung eines „anderen“ Arzneimittels als des verschriebenen.
Ein Apotheker verstößt gegen § 48 I 1 AMG, wenn er ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel trotz **Nichtvorliegens** einer den Formanforderungen des § 2 I AMVV entsprechenden **ärztlichen Verschreibung** abgibt, wenn er zuvor von dem Arzt, dessen Identität ihm bekannt ist, fernmündlich oder in anderer Weise darüber unterrichtet worden ist, dass der Arzt dieses Arzneimittel alsbald für die Operation eines bestimmten Patienten benötigt, und der Apotheker davon ausgehen muss, dass das Applikationsarzneimittel nicht rechtzeitig zu dem vom Arzt mitgeteilten Operationstermin für diesen verfügbar ist, wenn seine Apotheke die Zustellung dieses Arzneimittels im Wege des Versands erst nach Eintreffen der formgültigen ärztlichen Verschreibung veranlasst.

b) Verbot der Abgabe auch geringwertiger Sachen

VG Münster, Beschluss v. 30.08.2017 - 5 L 1169/17 **RID 17-04-230**
juris
NRW HeilBerG § 6 I Nr. 1; VwGO § 80 V

Apothekern ist das Abgehen von dem sich aus der Arzneimittelpreisverordnung ergebenden einheitlichen **Apothekenabgabepreis**, insb. durch das Gewähren von Rabatten oder sonstigen Preisnachlässen sowie von Zuwendungen und **Werbegaben** und die Werbung hierfür, nicht erlaubt. Auf die wettbewerbsrechtliche Zulässigkeit der mit der Ausgabe des Gutscheins verfolgten Werbemaßnahme kommt es nicht an. Vom Verbot umfasst ist damit grundsätzlich auch die Abgabe **geringwertiger Sachen**, wie etwa einer Packung Papiertaschentücher, Halsbonbons oder Cremes.

c) Geldwerte Vorteile beim Erwerb preisgebundener Arzneimittel unzulässig

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.09.2017 - 13 A 3027/15 **RID 17-04-231**
juris
AMG § 78 II, III; NRW HeilBerG § 6 I 1 Nr. 1

Bestimmungen der Arzneimittelpreisverordnung werden auch dann verletzt, wenn für das preisgebundene Arzneimittel zwar der korrekte Preis angesetzt wird, dem Kunden aber gekoppelt an den Erwerb des Arzneimittels **Vorteile gewährt** werden, die den Erwerb für ihn wirtschaftlich günstiger erscheinen lassen. Eine solche Kopplung liegt vor, wenn der Vorteil (hier: Geschenkpapier oder Kuschelsocken) nur für die Einlösung eines Rezepts gewährt wird. Dass es sich bei den Sachzugaben um solche von **geringem Wert** handelt (weniger als 0,50 €), ist für die Annahme eines Verstoßes gegen die Preisbindungsvorschriften unerheblich. Eine **Bagatellgrenze** für zulässige Abweichungen enthalten die Preisbindungsvorschriften nicht.

Parallelverfahren:
OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.09.2017 - 13 A 2979/15 **RID 17-04-232**
juris

d) Verdacht auf Medikamentenmissbrauch

OLG Naumburg, Urteil v. 22.06.2017 - 9 U 19/17 **RID 17-04-233**
juris = GRUR 2017, 1055 = NJ 2017, 409
UWG §§ 3, 8; UKlaG § 4; ApBetrO § 17 VIII

In der Bestellung einer ungewöhnlich **großen Menge** eines **Medikaments** mit **Missbrauchspotenzial** liegt ein Anhaltspunkt für eine übermäßige Verwendung des Mittels, die körperliche Schäden nach sich ziehen kann. Unter diesem Gesichtspunkt ist es ohne Bedeutung, ob eine höhere Bestellmenge und eine Häufung der Bestellungen kumulativ vorliegen. Entscheidend ist, ob das Verhältnis aus Bestellmenge und Bestellzeitraum grundsätzlich auf eine übermäßige Verwendung des Mittels schließen lassen. Der bloße Hinweis des Patienten „auf die hohen pharmazeutischen Bedenken beim Kauf und der regelmäßigen hohen Einnahme von mehr als 3 Packungen Abführmittel/Schmerzmittel“ reichte nicht aus, um den Verdacht zu erhärten oder zu entkräften.

e) Arzneimittelbezug über Video- und Bezahlterminal und Ausgabeautomaten

LG Mosbach, Urteil v. 21.06.2017 - 3 O 4/17 **RID 17-04-234**
juris
ApoG § 1; UWG §§ 3 Nr. 1, 3a, 8; AMG § 43

Der Verstoß gegen § 43 AMG erfüllt den Tatbestand von §§ 3, 3a UWG, da es sich bei **produktbezogenen Vertriebsverboten** und Beschränkungen um Marktverhaltensregelungen im Sinne von § 3a UWG handelt.

f) Strafrecht: Einlösung von „Luftrezepten“

AG Mönchengladbach, Urteil v. 29.10.2016 - 92 Ls 46/15 **RID 17-04-235**
juris
StGB § 263

Die **Einlösung von „Luftrezepten“** erfüllt den **Betrugstatbestand** nach § 263 StGB.

g) Abgrenzung Mietvertrag/Arbeitsverhältnis bei Führen einer Apotheke

LAG Nürnberg, Urteil v. 09.03.2017 - 5 Sa 452/16 **RID 17-04-236**
Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt: BAG - 9 AZN 617/17 -
juris
BGB § 611

Voraussetzung für die Annahme eines **Arbeitsverhältnisses** ist, dass der Verpflichtete aufgrund eines privatrechtlichen Vertrages im Dienste eines anderen zur Leistung weisungsgebundener, fremdbestimmter Arbeit in persönlicher Abhängigkeit verpflichtet ist.
Ein Apotheker betreibt eine von ihm übernommenen Apotheken als **Selbständiger**, wenn er seine vertraglich geschuldete Leistung nicht in Person erbringen muss, sondern hierfür Vertreter (für Urlaubszeiten) sowie Hilfskräfte (Apothekenpersonal) einsetzen kann und muss, und er in eigenem Namen und für eigene Rechnung von ihm frei ausgewählte Arbeitskräfte einstellt, denen er gegenüber auch allein weisungsberechtigt ist.

h) Änderung von Heimversorgungsverträgen

aa) Genehmigungspflicht/Anzeigepflicht/Verblisterte Arzneimittel

VG Gelsenkirchen, Urteil v. 09.05.2017 - 19 K 3521/13 **RID 17-04-237**
juris
ApoG § 12a I

Leitsatz: 1. Die **Änderung von Heimversorgungsverträgen** ist nur dann genehmigungspflichtig nach § 12a Abs. 1 Satz 2 ApoG, wenn es sich um eine **wesentliche Änderung** des bereits genehmigten Vertrages handelt, die dazu führt, dass sich die Genehmigungsfrage völlig neu stellt. Die Änderung muss von solcher Qualität sein, dass eine Vollprüfung des gesamten Vertragsgefüges erforderlich wird, weil bei wertender Betrachtung die Änderung dem Abschluss eines neuen, anderen Vertrages gleichkommt. Änderungen, die lediglich einzelne Genehmigungsvoraussetzungen des § 12a Abs. 1 Satz 3 ApoG berühren, sind dagegen nur **anzeigepflichtig** nach § 12a Abs. 1 Satz 4 ApoG.
2. Betrifft die Änderung lediglich Regelungen hinsichtlich der Versorgung der Heimbewohner mit **verblisterten Arzneimitteln**, stellt sich die Genehmigungsfrage nicht völlig neu, da nur die Modalitäten der Art der Arzneimittelversorgung nach § 12a Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 ApoG berührt werden.

bb) Genehmigungspflicht bei wesentlicher Änderung/Weitere Wohnbereiche

VG Gelsenkirchen, Urteil v. 31.05.2017 - 19 K 3144/13 **RID 17-04-238**
juris
ApoG § 12a I

Leitsatz: 1. Die **Änderung** von **Heimversorgungsverträgen** ist nur dann **genehmigungspflichtig** nach § 12a Abs. 1 Satz 2 ApoG, wenn es sich um eine wesentliche Änderung des bereits genehmigten Vertrages handelt, die dazu führt, dass sich die Genehmigungsfrage völlig neu stellt. Die Änderung muss von solcher Qualität sein, dass eine Vollprüfung des gesamten Vertragsgefüges erforderlich wird, weil bei wertender Betrachtung die Änderung dem Abschluss eines neuen, anderen Vertrages gleichkommt.
2. Die Änderung eines Heimversorgungsvertrages in Form einer **Einbeziehung weiterer Wohnbereiche** in den Versorgungsvertrag kann dem Abschluss eines neuen Heimversorgungsvertrags gleichkommen, wenn der Vertragsgegenstand des Heimversorgungsvertrages nach § 12a Abs. 1 ApoG bei wertender Betrachtung ausgewechselt wird.

3. Auskunft zur CE-Kennzeichnung eines Medizinproduktes

VGH Hessen, Beschluss v. 02.02.2017 - 6 B 2740/16 **RID 17-04-239**
juris = GesR 2017, 254 = ZMGR 2017, 121 = Pharma Recht 2017, 259 = MPR 2017, 87
IFG §§ 1, 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.

4. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Wirkstoffgleiche Arzneimittel für verschiedene Indikation

LG Hamburg, Urteil v. 10.08.2017 - 327 O 389/16 **RID 17-04-240**
juris
EGV 141/2000

Leitsatz: 1. Zwischen Herstellern **wirkstoffgleicher Arzneimittel**, die nicht für dieselbe Indikation zugelassen sind, besteht ein konkretes Wettbewerbsverhältnis, wenn auf Grund der ärztlichen Therapiefreiheit eine Verordnung außerhalb der Zulassung für dieselbe Indikation möglich ist **(„Off-Label-Use“)**.
2. Die **Herstellung** eines Arzneimittels durch einen **Apotheker** kann auch dann dem Rezeptur- oder Defekturprivileg unterfallen, wenn ein wirkstoffgleiches Arzneimittel existiert, das als Arzneimittel für seltene Leiden gemäß der Verordnung (EG) Nr. 141/2000 ausgewiesen ist („Orphan-Drug-Status“).
3. Damit ein Arzneimittel **§ 11 Nr. 3 PatG** unterfällt, muss es sich um ein **Rezepturarzneimittel** handeln. Bei der Prüfung, ob ein Arzneimittel gemäß § 11 Nr. 3 PatG unmittelbar einzeln in einer Apotheke zubereitet worden ist, sind deshalb dieselben Maßstäbe anzulegen wie bei der Abgrenzung eines Rezepturarzneimittels von einem Fertigarzneimittel gemäß § 4 Abs. 1 AMG.
4. **Abmahnkosten** sind eine Hauptforderung und keine Nebenforderung gemäß § 43 GKG, wenn die Abmahnung sich auf Ansprüche bezieht, die im gerichtlichen Verfahren lediglich hilfsweise geltend gemacht werden und über die keine Entscheidung ergeht.

b) Zulassungsbegründende post-hoc-Analyse

OLG Hamburg, Urteil v. 03.08.2017 - 3 U 32/17 **RID 17-04-241**
juris
UWG §§ 2 I Nr. 3, 3, 3a, 5, 8; HeilMWerbG § 3

Leitsatz (juris): Kann der Fachinformation für ein Arzneimittel entnommen werden, dass die Zulassungsbehörde trotz der im Verlauf einer Studie im Studiendesign vorgenommenen Änderungen eine darauf gestützte **post-hoc-Analyse** einer Subgruppe von Patienten für hinreichend **valide** erachtet hat, um das Arzneimittel zur Anwendung nur bei jenem Patientenkreis zuzulassen, dann muss die **Werbung** mit den Ergebnissen der Studie nicht erneut auf die Limitationen der Zulassungsstudie hinweisen. Derartige Hinweise wären im Gegenteil geeignet, die wissenschaftliche Aussagekraft der Studienergebnisse im Widerspruch zum Inhalt der geprüften Fachinformation in Zweifel zu ziehen und zur Irreführung des Verkehrs beizutragen.

c) „Präziseste“ Blutzuckermessgeräte für die Anwendung in Krankenhäusern

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 10.08.2017 - 6 U 63/17 **RID 17-04-242**
juris
UWG §§ 5, 12

Leitsatz: 1. Die **Dringlichkeitsvermutung** des § 12 II UWG ist **widerlegt**, wenn der Unterlassungsgläubiger längere Zeit untätig geblieben ist, obwohl er von der Verletzungshandlung

positive Kenntnis hatte oder sich der Kenntnisnahme bewusst verschlossen hat; eine allgemeine Marktbeobachtungspflicht besteht in diesem Zusammenhang nicht. Ausreichend ist die Kenntnis eines „Wissensvertreters", d.h. auch eines Sachbearbeiters, von dem nach seiner Funktion erwartet werden darf, dass er das „Störende" des zu beanstandenden Verhaltens erkennt und seine Kenntnis auch an diejenigen Personen des Unternehmens weitergibt, die zur Entscheidung über das Einleiten entsprechender Reaktionen befugt sind (Fortsetzung der Senatsrechtsprechung).
2. In der uneingeschränkten Behauptung, das **„präziseste" Blutzuckermessgerät für die Anwendung in Krankenhäusern** anzubieten, liegt eine **irreführende Spitzenstellungsbehauptung**, wenn das beworbene Gerät nur hinsichtlich der Genauigkeit einzelner Messergebnisse Vorteile gegenüber Konkurrenzprodukten aufweist.

d) Werbeaussage über den Inhalt der Fachinformation hinaus

OLG Schleswig, Urteil v. 07.06.2017 - 6 U 38/16 **RID 17-04-243**
juris = Magazindienst 2017, 793
HeilMWerbG § 3; UWG §§ 3 I, 3a

Geht die **Werbeaussage** über den Inhalt der **Fachinformation** hinaus, kann diese nicht als Beleg für einen gesicherten Stand der Wissenschaft herangezogen werden. Auch in einem solchen Fall obliegt es dem Werbenden, die von ihm behauptete **Wirksamkeit** des beworbenen Produkts darzulegen und erforderlichenfalls zu beweisen.

5. Vergaberecht

a) Ausschreibung für PET-MRT erforderlich

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 07.06.2017 - VII-Verg 53/16 **RID 17-04-244**
juris
VgV § 14 IV Nr. 2b

Die Durchführung eines **Verhandlungsverfahrens ohne Teilnahmewettbewerb** erfordert das - vom öffentlichen Auftraggeber darzulegende und ggf. zu beweisende - objektive Fehlen von Wettbewerb aus technischen Gründen.
Auf dem - wohl weltweiten, jedenfalls aber europaweiten - (Angebots-)**Markt für Kombinationsgeräte Positronenemissionstomograph/Magnetresonanztomograph (PET-MRT)** besteht **Wettbewerb**. Es gibt weltweit drei Hersteller derartiger Geräte; einem System fehlt allerdings die gewünschte Hybridfunktion und damit die Möglichkeit, beide Untersuchungen in einem Scan vorzunehmen.

b) Änderung des Beschaffungsbedarfs/Übergangsrecht (Zytostatika)

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 17.05.2017 - VII-Verg 43/16 **RID 17-04-245**
juris
SGB V § 129 V 3; GWB § 160 II

Bei einer **Änderung des Beschaffungsbedarfs** des öffentlichen Auftraggebers, die zu einer kalkulationserheblichen Reduzierung oder Erweiterung des ausgeschriebenen Leistungsumfangs führt, hat der Auftraggeber den Bietern in jeder Lage des Verfahrens Gelegenheit zu geben, auf diese Korrektur zu reagieren. Sind die Angebote bereits eröffnet, müssen die Bieter entsprechende Änderungen ihres Angebots vornehmen können. Das bevorstehende **Inkrafttreten des Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes** führt zu einer kalkulationsrelevanten Änderung des Beschaffungsbedarfs, nämlich einer Verkürzung der Vertragslaufzeit der ausgeschriebenen Rahmenverträge.
Nach **neuem Recht** sind aufgrund der Streichung des § 129 V 3 SGB V a.F. die ausgeschriebenen **exklusiven Versorgungsverträge** mit Apotheken unzulässig. Die stattdessen vorgesehene Ausschreibung von Rabattverträgen, die die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemäß § 130a VIIIa SGB V n.F. mit pharmazeutischen Unternehmern schließen, ist nicht Gegenstand des Nachprüfungsverfahrens.

Geht man davon aus, dass die Regelung verfassungswidrig ist, sind die Ag. aber ebf. an der Zuschlagserteilung gehindert. Mit dem in Kürze bevorstehenden Inkrafttreten des Gesetzes wird die erforderliche Entscheidungserheblichkeit der Vorlagefrage nach Art. 100 GG für den Streitfall entfallen. **Verfassungsrechtlichen Bedenken** kann allein die Regelung begegnen, dass Verträge nach § 129 V 3 SGB V in der bisherigen Fassung mit Ablauf des letzten Tages des dritten auf das Inkrafttreten des AMVSG folgenden Kalendermonats unwirksam werden, mithin der **Eingriff in bestehende Verträge**. Vor Inkrafttreten des Gesetzes ist eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts hierüber nicht zu erlangen, da ein noch nicht in Kraft getretenes Gesetz kein zulässiger Vorlagegegenstand ist. Mit Inkrafttreten des Gesetzes entfällt durch die Streichung des § 129 V 3 SGB V a.F. die Möglichkeit des Abschlusses von Exklusivverträgen mit Apotheken. Diese Regelung begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken und wird auch inhaltlich von einer etwaigen Verfassungswidrigkeit der Übergangsregelung nicht berührt.

6. Beihilfe

a) Festbetrag: Härtefall bei unerwünschten Nebenwirkungen

VG Saarland, Urteil v. 30.08.2017 - 6 K 36/17 **RID 17-04-246**
juris
Saarland BhV §§ 4 Ia2, 5 I Nr. 6 S. 2; GG Art. 33 V

Leitsatz: 1. § 5 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 BhVO in der ab dem 01.01.2016 geltenden Fassung enthält eine mit höherrangigem Recht vereinbare **dynamische Verweisung**.
2. Ein **Härtefall** liegt insbesondere vor, wenn die zum Festbetrag erhältlichen **Arzneimittel** unerwünschte **Nebenwirkungen** verursachen, die über bloße Unannehmlichkeiten oder Befindlichkeitsstörungen hinausgehen und damit die Qualität einer behandlungsbedürftigen Krankheit erreichen. Zudem ist die Höhe der finanziellen Belastung durch die Beschränkung der beihilfefähigen Aufwendungen ab dem Festbetrag zu berücksichtigen.

b) Keine Beihilfe bei Mitgliedschaft in gesetzlicher Krankenversicherung und Festbetrag (Hörgeräte)

VG Saarland, Urteil v. 20.02.2017 - 6 K 1219/15 **RID 17-04-247**
juris
BhV Saarland § 4

Leitsatz: Der beihilferechtliche Leistungsausschluss von Aufrechnungen für **Hilfsmittel**, zu denen von der gesetzlichen Krankenversicherung ein **Festbetrag** gewährt wird, in § 4 Abs. 3 Satz 2 BLVO, ist mit höherrangigem Recht vereinbar.

c) Neue Perücke vor Ablauf der Mindestnutzungsdauer

VG Trier, Urteil v. 14.02.2017 - 1 K 10040/16.TR **RID 17-04-248**
juris
Rheinland-Pfalz BhV §§ 8 I, 34 VI 2 u. 3

Leitsatz: Aufwendungen für die Anschaffung einer neuen **Perücke** sind jedenfalls dann nicht abweichend von der in § 34 Abs. 6 S. 3 BVO geregelten Mindestnutzungsdauer von vier Jahren erstattungsfähig, wenn im konkreten Einzelfall keine unzumutbare **finanzielle Belastung** des Beamten oder Versorgungsempfängers vorliegt.

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. Privatbehandlung

a) Sachkostenpauschale für Dialyse

LG Bochum, Urteil v. 22.05.2016 - 6 O 202/15 **RID 17-04-249**
juris
GOÄ §§ 4 III, IV, 10, 12 II Nr. 5

Aus den in der **GOÄ** getroffenen Regelungen ergibt sich, dass ein Anspruch des behandelnden Arztes auf Zahlung einer **Sachkostenpauschale** für die **Dialyse** nicht besteht (vgl. auch OLG Bamberg, Beschl. v. 11.03.2013 - 1 U 165/12 - RID 14-01-290). Es ist Sache des Gesetz- bzw. Verordnungsgebers, hier durch eine Änderung der Bestimmungen der GOÄ Abhilfe zu schaffen.

b) Umsatzsteuer bei Bruttopreisabrede

OLG Hamm, Beschluss v. 27.03.2017 - 6 U 104/16 **RID 17-04-250**
www.justiz.nrw.de = GesR 2017, 677 = RuS 2017, 531
MwStSystRL § 132 I lit. (b)

Bei einer **Bruttopreisabrede** sind beide Vertragsbeteiligte dem **Risiko** eines unzutreffenden Umsatzsteueransatzes ausgesetzt mit der Folge, dass die Vergütungsvereinbarungen für beide Vertragsparteien – trotz einer etwaig der Klägerin unterlaufenen Fehleinschätzung über die Umsatzsteuerpflicht – bindend sind. Hat der Leistungserbringer eine zu hohe Umsatzsteuer ausgewiesen, trägt das Risiko grundsätzlich derjenige, der die Leistung in Anspruch nimmt, zumal der Leistungserbringer nach Umsatzsteuerrecht auch zu deren Abführung verpflichtet ist. Deshalb ist derjenige, der die Leistung in Anspruch nimmt, ebenso wenig zu einer Herabsetzung des vereinbarten Preises befugt wie der Leistungserbringer zu einer Nachforderung bei zu niedrig kalkulierter Umsatzsteuer (BSG, Urt. v. 17.07.2008 - B 3 KR 16/07 R - SozR 4-2500 § 69 Nr 5 = NJOZ 2009, 1914 Tz. 25).

2. Private Krankenversicherung

a) Fehlender Nachweis der medizinischen Notwendigkeit einer Heilbehandlung

AG Köln, Urteil v. 30.05.2017 - 146 C 54/16 **RID 17-04-251**
juris
VVG § 192 I; AVB § 1 I

Es liegt keine medizinischen **Notwendigkeit** einer **Heilbehandlung** vor, wenn es an einer geeigneten **Dokumentation** des Behandlers fehlt, so dass eine hinreichende Nachvollziehbarkeit nicht gegeben ist.
Der Umstand, dass es dem Sachverständigen aufgrund der unzureichenden Dokumentation nicht möglich war, die Beweisfragen zu beantworten, geht zu Lasten des insoweit **darlegungs- und beweisbelasteten** Kl. Eine Vernehmung des behandelnden Arztes ist nicht veranlasst. Die Frage der medizinischen Notwendigkeit ist anhand objektiver Kriterien zu beantworten. Das Zeugnis des Behandlers stellt kein geeignetes Beweismittel dar.

b) Einsatz eines Femtosekundenlasers bei Katarakt- sowie Astigmatismus-Operationen

AG Düsseldorf, Urteil v. 03.08.2017 - 43 C 157/15 **RID 17-04-252**
juris
GOÄ §§ 4 IIa, 6 II; GOÄ Nr. 441, 1345, 1375, 5800, 5855

Der Einsatz eines **Femtosekundenlasers** bei **Katarakt- sowie Astigmatismus-Operationen** berechtigte den Arzt lediglich zu einer Abrechnung gemäß den Ziff. 1345, 1375 sowie 441 GOÄ. Eine

Berechnung der Ziff. 5855, 5800 GOÄ entgegen § 4 IIa GOÄ ist unzulässig. Im Einsatz des Femtosekundenlasers liegt keine **„selbstständige ärztliche Leistung“** i.S. des § 6 II GOÄ i.V.m. § 4 II, IIa GOÄ vor.

c) Leistungseinschränkung für künstliche Befruchtung

OLG Karlsruhe, Urteil v. 13.10.2017 - 12 U 107/17 **RID 17-04-253**

juris

VVG § 192; BGB § 307 I 1; SGB V § 27a

Leitsatz: 1. Die organisch bedingte **Unfruchtbarkeit** ist eine **Krankheit** im Sinne der privaten Krankenversicherungsbedingungen (BGH, Urteil vom 17. Dezember 1986, IVa ZR 78/85).
2. Eine in den Versicherungsbedingungen statuierte **Beschränkung der Kostenerstattung** für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung bei organisch bedingter Unfruchtbarkeit allein auf **verheiratete Versicherungsnehmer** - mit der Maßgabe, dass ausschließlich Ei- und Samenzellen des Ehegatten verwendet werden dürfen - ist gemäß § 307 Abs. 1 Satz 1 BGB unwirksam, da die Differenzierung zwischen verheirateten und unverheirateten Versicherungsnehmern **willkürlich** ist.
3. Eine in den Versicherungsbedingungen statuierte **Beschränkung** der Kostenerstattung auf bis zu drei **Behandlungszyklen** ist wirksam.
4. Im Rahmen einer künstlichen Befruchtung sind auch die Kosten für nach dem Embryonenschutzgesetz zulässige Maßnahmen der **PID und PKD** dann erstattungsfähig, wenn eine chromosomale Veränderung beim Versicherungsnehmer zu einem stark erhöhten Abortrisiko führt, und mit den genannten Maßnahmen dieser Einschränkung der Fortpflanzungsfähigkeit entgegengewirkt wird.
5. Zum Begriff der **„organisch bedingten Sterilität“** in den Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung.

d) Kryokonservierung der Eizellen wegen einer Krebserkrankung

OLG Köln, Urteil v. 14.10.2017 - 20 U 59/16 **RID 17-04-254**

juris

ZPO § 256 I; AVB § 1 II

Die Erstattungspflicht der Krankenkasse kann nicht **festgestellt** werden, wenn die Einpflanzung der kryokonservierten befruchteten Eizellen in die Gebärmutter der Ehefrau derzeit nicht im Raum steht.
Eine **Kryokonservierung** der Eizellen wegen einer **Krebserkrankung** der Ehefrau ist nicht Teil der eigentlichen Kinderwunschbehandlung.
Das Erfordernis einer notwendigen **Heilbehandlung** ist nicht gegeben, wenn eine Einpflanzung der befruchteten Eizellen in die Gebärmutter der Ehefrau noch nicht erfolgt ist.

e) Erstattung der Umsatzsteueranteile für Zytostatika

aa) Rückzahlungsanspruch bei fälschlicher Annahme der Umsatzsteuerpflichtigkeit

AG Köln, Urteil v. 07.08.2017 - 123 C 103/17 **RID 17-04-255**

juris

VVG §§ 86 I, 194 II; UStG § 4 Nr. 14 Buchst. b; BGB § 812

Leitsatz: Krankenversicherungsrecht: Wegfall der Geschäftsgrundlage und **Rückzahlungsanspruch** der Krankenversicherung bei fälschlicher Annahme der Umsatzsteuerpflichtigkeit bei dem Erwerb von **Zytostatikazubereitungen** von einer Krankenhausapotheke.

bb) Keine Erstattung der Umsatzsteueranteile für Zytostatika

LG Bielefeld, Urteil v. 20.01.2017 - 7 O 207/16 **RID 17-04-256**

juris
BGB § 812

Ist die von dem Unternehmer abzuführende Umsatzsteuer im Verhältnis zur Finanzverwaltung durch bindende **Umsatzsteuerbescheide** festgesetzt worden, so ist diese grundsätzlich auch für das Verhältnis zwischen Unternehmer und Abnehmer maßgebend. Nach dem Erlass des Bundesministeriums der Finanzen vom 28.09.2016 wird es steuerrechtlich nicht beanstandet, wenn der Unternehmer in einer Rechnung für eine Lieferung von Zytostatika abweichend von den Grundsätzen in BFH, Urt. v. 24.09.2014 - V R 19/11 - RID 15-01-297 Umsatzsteuer ausgewiesen hat. Die Bekl. darf ihre bis zum 01.04.2017 getätigten Umsätze als steuerpflichtig behandeln.
Es besteht **Entreicherung** gem. § 818 III BGB, wenn die Umsatzsteuer abgeführt wurde.

f) Zahnärztliche Behandlung: Beweismittelverlust bei Krankenversicherer/Kieferorthop. Begutachtung

LG Dresden, Urteil v. 14.06.2017 - 8 O 1344/16 **RID 17-04-257**

juris
VVG § 192 VIII 4; ZPO §§ 286, 427 S. 2

Gehen die von der Versicherten vorgelegten **Kiefermodelle** von Ober- und Unterkiefer bei dem Krankenversicherungsunternehmen **verloren**, wirkt sich dieser Beweismittelverlust, weil er innerhalb der Risikosphäre des Unternehmens eingetreten ist, nicht zu Lasten der Versicherten, sondern zu Lasten des Unternehmens aus. Denn der Verlust eines Beweismittels (Dokument, Modell) im Obhutsbereich des Beweisgegners, den dieser vom Beweisführer vorgerichtlich zur eigenen Prüfung überlassen erhalten hat, führt zu einer Beweislastumkehr (entsprechend § 192 VIII 4 VVG i.V.m. §§ 286, 427 S. 2 ZPO), so dass im Ergebnis vorliegend zu unterstellen ist, dass die im streitgegenständlichen Heil- und Kostenplan dokumentierte Behandlungsmaßnahme medizinisch notwendig ist.
Eine **Begutachtung der Kiefermodelle von Ober- und Unterkiefer** ist für jedwede kieferorthopädische Begutachtung zwingend notwendig, insb. wenn es um die Beurteilung der gestellten Diagnose „tiefes Einbeißen der unteren Schneidezähne in das Zahnfleisch des Gaumens“ geht. Zweidimensionale Fotoaufnahmen sind für eine sachgerechte Beurteilung dieser Diagnose ungeeignet.

3. Beihilfe

a) Kostendämpfungspauschale rechtmäßig

VG Saarland, Urteil v. 26.07.2017 - 6 K 701/15 **RID 17-04-258**

juris
BhV Saarland § 4; GOÄ § 6 I

Leitsatz: Zum Inhalt und zur Verfassungsmäßigkeit der beihilferechtlichen **Kostendämpfungspauschale**

b) Begründung für die Überschreitung des Schwellenwertes: Untersuchungsdauer/Beratung

VG Saarland, Urteil v. 07.07.2016 - 6 K 967/14 **RID 17-04-259**

juris
BhV § 4 II

Die Begründung „verlängerte **Untersuchungsdauer** bei aufwändigem **Dünnschicht-Scan**“ lässt nicht ersehen, dass die verlängerte Untersuchungsdauer in konkreten Besonderheiten bei der individuellen Behandlungs- bzw. Untersuchungssituation begründet lag. Es lässt sich ihr auch weder entnehmen,

dass im Vergleich zu den „typischen“ Fällen, in denen eine zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung vorgenommen wird, ein die durchschnittliche Untersuchungsdauer erheblich überschreitender Zeitaufwand erforderlich gewesen ist, noch dass aufgrund individueller Besonderheiten bei ihr der Dünnschichtscan besonders zeitintensiv oder schwierig war. Überhaupt finden patientenbezogene Besonderheiten keine Erwähnung. Eine Begründung bzgl. des mit der Untersuchungsmethode als solcher verbundenen Aufwands reicht nicht aus.
Im besonderen Fall von ärztlichen **Beratungsleistungen** ist die Begründung mit der bloßen Dauer und Qualität der Beratung hinreichend.

c) Gentests bezüglich Brust- und Eierstockkrebs einer gesunden Ratsuchenden

VG Chemnitz, Urteil v. 31.05.2017 - 3 K 2035/15 **RID 17-04-260**
juris
BhV Sachsen § 41 IV

Im Falle einer - wie hier - **gesunden Ratsuchenden** setzt die Beihilfefähigkeit voraus, dass eine an Brust- oder Eierstockkrebs **erkrankte Verwandte untersucht** wird, wenn nicht bereits früher eine entsprechende Untersuchung erfolgt ist. Die Kosten werden dann der untersuchten Verwandten zugeordnet. Nur wenn aus der Gentestung keine Therapieoptionen mehr für die bereits erkrankte Patientin abgeleitet werden können oder wenn sie eine Beratung und Befundermittlung ablehnt, wird die Genanalyse als sog. prädikativer Test hinsichtlich der Kosten der gesunden Ratsuchenden zugeordnet. In jedem Fall wird aber eine Untersuchung der erkrankten Person vorausgesetzt.
Die beihilferechtlichen Normen sind keiner **Analogie** dergestalt fähig, dass sie eine Beihilfefähigkeit bei Untersuchung einer gesunden Ratsuchenden im Falle vorverstorbener Indexpatientinnen begründen könnten.

d) Künstliche Befruchtung

aa) Begrenzung der Beihilfefähigkeit bei Aufwendungen

VG Saarland, Urteil v. 27.06.2017 - 6 K 274/16 **RID 17-04-261**
Berufung zugelassen: OVG Saarland - 1 A 654/17 -
juris
SGB V § 27a; BhV Saarland § 5 I Nr. 13

Leitsatz: 1. Die in der Saarländischen Beihilfeverordnung normierte **Verweisung** auf § 27 a Abs. 3 Satz 3 SGB V verstößt nicht gegen das Rechtsstaats- und Demokratieprinzip.
2. Die Kostenübernahme für Maßnahmen einer **künstlichen Befruchtung** bedarf bereichsspezifisch nicht den Erlass einer **Härtefallregelung** durch den Vorordnungsgeber.

bb) Ausschluss der Beihilfefähigkeit einer ICSI für gesetzlich Versicherte

VG München, Urteil v. 27.07.2017 - M 17 K 17.1209 **RID 17-04-262**
juris
BhV Bay § 43

Der Ausschluss der Beihilfefähigkeit einer **ICSI** für gesetzlich Versicherte ist mit höherrangigem Recht vereinbar.

e) Refraktive Augenoperationen

VGH Bayern, Beschluss v. 24.08.2017 - 14 ZB 15.1450 **RID 17-04-263**
juris
BhV Bayern § 7 I 1 Nr. 1

Eine Augenoperation in Form eines **brechkraftchirurgischen Eingriffs** durch zusätzlich zu den eigenen Augenlinsen implantierte Kunstlinsen ist medizinisch nicht notwendig, wenn eine Korrektur durch **Brille oder Kontaktlinsen** möglich ist. Auf die Ausübung einer bestimmten Tätigkeit (hier: die einer Steuersachbearbeiterin) kommt es nicht an.

f) Keine Hebammenleistungen für gesetzlich versicherte Ehefrau

VG Bayreuth, Urteil v. 25.07.2017 - B 5 K 16.878 **RID 17-04-264**
juris
BhV Bayern §§ 42, 46

Angesichts der Tatsache, dass nach § 46 IV Nr. 3 BayBhV die aus Anlass der Geburt gemäß § 42 Nr. 3 BayBhV beihilfefähigen Aufwendungen einer **Hebamme** als Aufwendungen der Mutter gelten, und unter Berücksichtigung des Umstands, dass die Ehefrau des Kl. **Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung** ist, scheidet aufgrund des in Art. 96 II 5 BayBG abschließend aufgezählten Leistungskatalogs ein Anspruch auf Beihilfe in Bezug auf die hier geltend gemachten Leistungen für die Wochenbettbetreuung schon dem Grunde nach aus. Für eine erweiternde Auslegung ist angesichts des Regelungssystems der Beihilfe kein Raum.

g) Beihilfe bei vollstationärer Pflege für Bahnbeamte

VGH Hessen, Beschluss v. 31.07.2017 - 1 A 658/16 **RID 17-04-265**
juris
BBhV § 39 II

Leitsatz: 1. Der Bahnbeamte hat aus der Fürsorgepflicht grundsätzlich keinen Anspruch auf weitere Zuschüsse zu den **Aufwendungen für vollstationäre Pflege**, die über die Leistungen hinausgehen, die Ziff. 6.12 der Richtlinien des Bundeseisenbahnvermögens für die Gewährung von Zuschüssen zu den Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit (BEV-RiPfl 2012) vorsieht.
2. Mit dem in Ziff. 6.12.2 BEV-RiPfl 2012 - wie in § 39 Abs. 2 BBhV - geregelten Mindestbehalt ist der Wesenskern der Fürsorgepflicht gewahrt.

h) Aufhebung einer Beihilfe: Kein Vertrauensschutz nach Einreichung manipulierter Arztrechnungen

VG Würzburg, Urteil v. 06.06.2017 - W 1 K 15.950 **RID 17-04-266**
juris
Bayern VwVfg Art. 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.

i) Zahnärztliche Behandlung: Beschränkte Erstattung von Material- und Laborkosten

VG Würzburg, Urteil v. 23.05.2017 - W 1 K 16.1162 **RID 17-04-267**
juris
BhV Bayern § 14

§ 14 BayBhV, wonach entstandene **Aufwendungen für Material- und Laborkosten** nach § 9 GOZ (u.a. Edelmetalle und Keramik) sowie die nach § 4 Abs. 3 GOZ gesondert abrechenbaren Praxiskosten nur zu **40 v.H. beihilfefähig** sind, verstößt nicht gegen höherrangiges Gesetzesrecht.

V. Verschiedenes

1. EGMR: Fortdauernde Unterbringung eines Sexualstraftäters in psychiatrischem Krankenhaus

EGMR, Urteil v. 18.02.2016 - 62.054/12 **RID 17-04-268**
juris = NLMR 2016, 37
MRK Art. 5 I Buchst. a; StGB §§ 63, 67d II, VI

Leitsatz (juris): 1. Die Anordnung der fortdauernden Anhaltung eines **Sexualstraftäters** in einem **psychiatrischen Krankenhaus** in Deutschland ist im Sinne des Art. 5 Abs. 1 EMRK rechtmäßig und „auf die gesetzlich vorgeschriebene Weise" erfolgt, wenn die Bedingungen für die Anwendung von § 67d Abs. 6 StGB nicht vorliegen, weil nicht mit Gewissheit ausgeschlossen werden konnte, dass der Straftäter nicht mehr an einer geistigen Krankheit leidet.
2. Ein **willkürlicher Freiheitsentzug** liegt nicht vor, weil die Anwendung des § 67d Abs. 2 StGB die Entlassung des Straftäters nicht unmöglich macht.

2. Europäischer Gerichtshof (EuGH)

a) Ursachenzusammenhang zwischen fehlerhaftem Impfstoff und Krankheit: Indizienbündel

EuGH, Urteil v. 21.06.2017 - C-621/15 **RID 17-04-269**
juris = A&R 2017, 175
EWGRL 374/85 Art. 4

Leitsatz: 1. Art. 4 der Richtlinie 85/374/EWG des Rates vom 25. Juli 1985 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die **Haftung für fehlerhafte Produkte** ist dahin auszulegen, dass er einer nationalen Beweisregelung wie der des Ausgangsverfahrens nicht entgegensteht, wonach das Tatsachengericht, wenn es wegen des behaupteten Fehlers eines **Impfstoffs** mit einer Haftungsklage gegen dessen Hersteller befasst ist, in Ausübung seiner Befugnis zur Beweiswürdigung annehmen kann, dass trotz der Feststellung, dass ein Zusammenhang zwischen der Verabreichung des betreffenden Impfstoffs und dem Auftreten der Krankheit, an der der Geschädigte leidet, in der medizinischen Forschung weder nachgewiesen noch widerlegt ist, bestimmte vom Kläger geltend gemachte Tatsachen ernsthafte, klare und übereinstimmende **Indizien** darstellen, die den Schluss auf das Vorliegen eines Fehlers des Impfstoffs sowie auf einen ursächlichen Zusammenhang zwischen diesem Fehler und der Krankheit zulassen. Die nationalen Gerichte haben gleichwohl dafür Sorge zu tragen, dass die von ihnen vorgenommene konkrete Anwendung dieser **Beweisregelung** weder zur Missachtung der mit Art. 4 eingeführten Beweislast noch zu einer Beeinträchtigung der Wirksamkeit der mit der Richtlinie eingeführten Haftungsregelung führt.
2. Art. 4 der Richtlinie 85/374 ist dahin auszulegen, dass er einer auf Vermutungen beruhenden **Beweisregelung** entgegensteht, wonach dann, wenn in der medizinischen Forschung ein Zusammenhang zwischen der Verabreichung des Impfstoffs und dem Auftreten der Krankheit, an der der Geschädigte leidet, **weder nachgewiesen noch widerlegt** ist, ein **Ursachenzusammenhang** zwischen dem Fehler, der einem Impfstoff zugeschrieben wird, und dem Schaden, den der Geschädigte erlitten hat, stets als bewiesen anzusehen wäre, wenn bestimmte im Voraus festgelegte tatsächliche Indizien für eine Ursächlichkeit vorliegen.

b) Tätigkeiten eines Zahntechnikers unter Mitwirkung eines Zahnarztes

EuGH, Urteil v. 21.09.2017 - C-125/16 **RID 17-04-270**
juris
EGRL 2005/36/EG

Art. 49 AEUV sowie Art. 4 Abs. 1 und Art. 13 Abs. 1 Unterabs. 1 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen in der durch die Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 geänderten Fassung sind dahin auszulegen, dass sie der Regelung eines

Mitgliedstaats wie der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden nicht entgegenstehen, die vorsieht, dass die **Tätigkeiten eines Zahntechnikers unter Mitwirkung eines Zahnarztes** auszuüben sind, soweit dieses Erfordernis gemäß dieser Regelung auf klinische Zahntechniker Anwendung findet, die ihre **Berufsqualifikationen in einem anderen Mitgliedstaat** erworben haben und ihren Beruf im erstgenannten Mitgliedstaat ausüben möchten.

3. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)

a) Zwangsbehandlung psychisch Kranker im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung

BVerfG, Beschluss v. 19.07.2017 - 2 BvR 2003/14 **RID 17-04-271**
juris
GG Art. 2 II 1, 19 IV 1; PsychKG Mecklenburg-Vorpommern §§ 23, 24

§ 23 II 2 Alt. 1 PsychKG M-V ist mit Art. 2 II 1 i.V.m. Art. 19 IV 1 GG unvereinbar und nichtig. Die Vorschrift enthält keine Regelung dazu, dass die Anordnung und Überwachung der medizinischen Zwangsbehandlung durch einen **Arzt** erfolgen muss, und erfüllt zudem die sich aus Art. 2 II 1 GG ergebende verfahrensmäßige Vorgabe nicht, dass dem Eingriff eine von der Unterbringungseinrichtung **unabhängige Prüfung** vorausgehen muss. Nicht ausreichend ist der Schutz, den die Besuchskommission bieten kann, die nach § 31 I 1 PsychKG M-V jedenfalls einmal jährlich die Einrichtungen besucht und kontrolliert. Es fehlt ferner an der abschließenden **Bestimmung des Zwecks** oder der Zwecke, die den Eingriff rechtfertigen sollen, und damit an der Ausscheidung von Zwecken, die einen Eingriff prinzipiell nicht zu rechtfertigen geeignet sind. Zum anderen ist dem Erfordernis, die weiteren aus dem **Verhältnismäßigkeitsgrundsatz** abzuleitenden Anforderungen einer Zwangsbehandlung gesetzlich zu konkretisieren, nicht genügt worden.

b) Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

BVerfG, 2. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 16.08.2017 - 2 BvR 1280/15 **RID 17-04-272**
juris
GG Art. 2 II 2, 20 III

Je länger die **Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus** gemäß § 63 StGB andauert, umso strenger sind die Voraussetzungen für die **Verhältnismäßigkeit** des Freiheitsentzugs. Bei langdauernden Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) wirkt sich das zunehmende Gewicht des Freiheitsanspruchs bei der Verhältnismäßigkeitsprüfung auch auf die an die Begründung einer Entscheidung zu stellenden Anforderungen aus. In diesen Fällen engt sich der Bewertungsrahmen des Strafvollstreckungsrichters ein; mit wachsender Intensität des Freiheitseingriffs wächst auch die verfassungsgerichtliche Kontrolldichte. Dem lässt sich dadurch Rechnung tragen, dass der Richter seine Würdigung eingehender abfasst, sich also nicht etwa mit knappen, allgemeinen Wendungen begnügt, sondern seine Bewertung anhand der dargestellten einfachrechtlichen Kriterien substantiiert offenlegt. Zu verlangen ist die Konkretisierung der Art und des Grades der Wahrscheinlichkeit zukünftiger rechtswidriger Taten, die von dem Untergebrachten drohen. Dabei ist auf die Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalles einzugehen.
Die angegriffenen Beschlüsse des LG Landau und des OLG Zweibrücken genügen den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die **Begründung** der Anordnung einer Fortdauer der Unterbringung des Beschwerdeführers nicht.

c) Eintragung in Personenstandsregister bei Intersexualität

BVerfG, Beschluss v. 10.10.2017 - 1 BvR 2019/16 **RID 17-04-273**
juris
GG Art. 1 I, 2 I, § II 1, III 1; PStG §§ 21 I Nr. 3, 22 III

Leitsatz: 1. Das **allgemeine Persönlichkeitsrecht** (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) schützt die **geschlechtliche Identität**. Es schützt auch die geschlechtliche Identität derjenigen, die sich dauerhaft weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zuordnen lassen.

2. **Art. 3 Abs. 3 Satz 1 GG** schützt auch Menschen, die sich dauerhaft weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zuordnen lassen, vor Diskriminierungen wegen ihres Geschlechts.
3. Personen, die sich dauerhaft weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zuordnen lassen, werden in beiden Grundrechten verletzt, wenn das **Personenstandsrecht** dazu zwingt, das Geschlecht zu registrieren, aber keinen anderen positiven Geschlechtseintrag als weiblich oder männlich zulässt.

4. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Unzulässige Zuwendung durch Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern

BGH, Beschluss v. 25.07.2017 - 5 StR 46/17 **RID 17-04-274**
juris
SGB V § 263 StGB; SGB V § 128

Schon angesichts der **äußeren Umstände** – Kontrastmittelbestellungen zu Lasten der Krankenkassen werden zu der Haupteinnahmequelle eines Konzerns, der damit ohne jede Gegenleistung zweistellige Millionenbeträge im Jahr erwirtschaftet und ansonsten Verluste erleiden würde; für die bestellten Übermengen werden zusätzlich erhebliche Lagerkapazitäten angemietet, auch weil die Mitarbeiter angesichts überquellender Lager unruhig werden; die Bestellung der Kontrastmittel hat wirtschaftlich höchste Priorität, weil hiervon die Liquidität des Konzerns abhängt; bei einer Überprüfung stoßen ein außenstehender Wirtschaftsprüfer und ein Rechtsanwalt sofort darauf, dass dieses Konstrukt nur unzulässig sein kann – liegt der Schluss auf ein bewusst **rechtswidriges Handeln** der Angeklagten geradezu auf der Hand.
Im vorliegenden Fall hat die Strafkammer zutreffend auf die durch die Vorschriften des SGB V geprägten normativen Erwartungen der jeweiligen Krankenkassenmitarbeiter abgestellt. Danach enthält die **Einreichung von Verordnungen** in Zusammenhang mit entsprechenden Rechnungen regelmäßig die **stillschweigende Erklärung**, diese seien in geltend gemachter Höhe endgültig angefallen und nicht – wie hier – durch Kick-Back-Zahlungen an den verordnenden Arzt geschmälert (vgl. hierzu auch BGH, Beschl. v. 27.04.2004 - 1 StR 165/03 - NStZ 2004, 568, 569).
Um eine **unzulässige Zuwendung** handelt es sich nach § 128 II 3 SGB V auch, soweit Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern erzielt werden, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen. § 128 II 3 SGB V ist zwar erst 2012 in Kraft getreten. Nach der Gesetzesbegründung war dies aber lediglich eine Klarstellung des schon vorher geltenden Verbots unzulässiger Zuwendungen nach § 128 II 1 SGB a.F. Um „sonstige wirtschaftliche Vorteile“ i.S.v. § 128 Abs. 2 Satz 1 SGB V handelte es sich also auch schon vor Januar 2012, wenn einem Arzt für sein Verordnungsverhalten Gewinne oder sonstige Einnahmen aus einer gesellschaftsrechtlichen Beteiligung zuflossen (vgl. BGH, Urt. v. 13.01.2011 - I ZR 111/08 - NJW 2011, 2211, 2217). Dies alles gilt nicht nur für unmittelbar dem Arzt gewährte finanzielle Vorteile, sondern auch für solche, die zunächst einer juristischen Person zufließen, mittelbar aber in erheblichem Umfang dem Arzt in seiner Eigenschaft als Gesellschafter oder Aktionär zukommen. Der „Umweg“ einer Vorteilsgewährung über eine juristische Person ändert nichts an der Bewertung dem Arzt zufließender geldwerter Vorteile, zumal wenn es sich – wie hier – um den Alleingesellschafter oder Alleinaktionär der unmittelbar begünstigten Gesellschaft handelt.

b) Anforderungen an Überzeugungsversuch vor Zwangsbehandlung

BGH, Beschluss v. 30.08.2017 - XII ZB 430/16 **RID 17-04-275**
juris
Sachsen PsychKG § 22 III 1 Nr. 2; StPO § 126

Leitsatz: Zu den Anforderungen an einen **Überzeugungsversuch** vor der Durchführung einer **Zwangsbehandlung** im Rahmen einer **einstweiligen Unterbringung** nach § 126a StPO.

c) Zulässigkeit einer ärztlichen Zwangsmaßnahme

BGH, Beschluss v. 13.09.2017 - XII ZB 185/17 **RID 17-04-276**
juris
BGB § 1906a I 1 Nr. 4

Leitsatz: Die **Zulässigkeit einer ärztlichen Zwangsmaßnahme** setzt gemäß § 1906a Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 BGB voraus, dass zuvor ernsthaft, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu **überzeugen**. Das Vorliegen dieser Voraussetzung hat das **Gericht** in jedem Einzelfall festzustellen und in seiner Entscheidung in nachprüfbarer Weise darzulegen (im Anschluss an Senatsbeschluss vom 2. September 2015, XII ZB 226/15, FamRZ 2015, 2050 m.w.N.).

5. Krankenhäuser

a) Einstweiliger Rechtsschutz: Aufnahme in Krankenhausplan

VG Greifswald, Beschluss v. 28.08.2017 - 3 B 967/17 HGW **RID 17-04-277**
juris
KHG § 8 II; VwGO §§ 80 V, 80a, 123 I 1

Leitsatz: 1. Neben einem einstweiligen Rechtsschutzantrag auf **Aufnahme in einen Krankenhausplan** gemäß § 123 VwGO kann ein **zusätzlicher Antrag** gemäß §§ 80a Abs. 3 i.V.m. § 80 Abs. 5 Satz 1 1. Alt. VwGO auf **Anordnung der aufschiebenden Wirkung** der Anfechtungsklage gegen den an den Konkurrenten begünstigenden Bescheid zulässig sein. Dies kommt in Betracht, wenn der zurückgesetzte Bewerber die Planaufnahme in eigener Sache erstrebt.
2. Soweit **Hochschulkliniken** allgemein an der Krankenversorgung teilnehmen, konkurrieren sie auf dem Markt mit den anderen Krankenversorgern und unterliegen insoweit auch den Regelungen des **Krankenhausfinanzierungsgesetzes**, insbesondere auch den für die Auswahlentscheidung geltenden Grundsätzen des § 8 KHG.

b) Sicherstellungszuschlag

aa) Anspruchsvoraussetzungen für Sicherstellungszuschlag

VG Stade, Urteil v. 31.05.2017 - 6 A 32/16 **RID 17-04-278**
juris
KHEntgG § 5 II; KHG § 17b

Bei § 5 II KHEntgG handelt es sich um eine **vollzugsfähige Vorschrift** (anders VG Greifswald, Urt. v. 25.9.2013 - 3 A 1246/11 - RID 13-04-241, juris).
Bei der Prüfung der **Anspruchsvoraussetzungen** nach § 5 II KHEntgG ist zu beachten, dass die Ziele der Krankenhausfinanzierung, wie sie in § 1 Abs. 1 KHG niedergelegt sind, nicht unterlaufen werden. Entscheidend für die Ablehnung eines Anspruchs auf Gewährung eines Sicherstellungszuschlages ist, dass keine überzeugenden Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein möglicherweise anzunehmender **geringer Versorgungsbedarf** auch ursächlich dafür ist, dass die Fachabteilungen Chirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe des von der Kl. betriebenen Krankenhauses nicht kostendeckend finanzierbar sind. Die Prüfung der Kausalität eines geringen Versorgungsbedarfs für eine Kostenunterdeckung ist anhand der Gründe vorzunehmen, die zu den geringen Fallzahlen führen. Diese sind krankenhausbezogen zu ermitteln. Nur wenn die das Einnahmedefizit verursachenden geringen Fallzahlen in der Versorgungsstruktur des Einzugsgebiets (z. B. ländliches Gebiet) oder der Leistungsart (unregelmäßig oder selten auftretende Behandlungsfälle) begründet sind, kann ein Sicherstellungszuschlag gewährt werden (vgl. BVerwG, Beschl. v. 12.10.2016 - 3 B 66.15 - RID 17-01-351; Hess. VGH, Urt. v. 15.7.2015 - 5 A 1839/13 - RID 15-04-304).

bb) Maßgeblicher Bezugspunkt: Vorgehaltene Leistungen/Geringer Versorgungsbedarf

VG Bremen, Urteil v. 10.08.2017 - 5 K 667/15 **RID 17-04-279**

juris

KHEntgG § 5 II; KHG § 17b

Leitsatz: 1. Maßgeblicher Bezugspunkt für die Gewährung eines **Sicherstellungszuschlags** gem. § 5 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG a.F. ist der Begriff der vorgehaltenen Leistungen und nicht die leistungserbringende organisatorische Einheit oder deren tatsächlich erbrachte Leistungen.
2. Der Begriff der **vorgehaltenen Leistungen**, für die ein Sicherstellungszuschlag gewährt werden kann, orientiert sich an den in den DRG-Entgeltkatalogen festgelegten Fallpauschalen.
3. Zur Ermittlung eines **„geringen Versorgungsbedarfs“** im Sinne des § 5 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG a. F. ist maßgeblich auf die Struktur und die Besonderheiten des konkreten Einzugsgebietes abzustellen. Den tatsächlichen Fallzahlen kann insoweit lediglich eine indizielle Bedeutung zukommen.

c) Festsetzung eines Mehrleistungsabschlages für das Budgetjahr 2013

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.09.2017 - 13 A 1238/16 **RID 17-04-280**

juris

KHEntgG §§ 4 IIa, IIb, 13 I 1, 14

Eine allgemeine Erwartung der Planungsbehörde, die **Fusionierung** werde mit Synergieeffekten und fusionsbedingten Umstrukturierungen (Spezialisierungen, Bildung von Schwerpunkten, Fortentwicklung des Leistungsportfolios) einhergehen, genügt für die **Annahme einer von ihr gebilligten Personalerhöhung** nicht. Dies gilt schon deshalb, weil fusionsbedingte Umstrukturierungen nicht stets und zwangsläufig mit einem erhöhten Personalbedarf verbunden sind.
Die im Fusionsbescheid enthaltende Verpflichtung zur **Aufrechterhaltung der bisherigen Strukturen** und der - bei der gebotenen Gesamtbetrachtung - unverändert gebliebene Versorgungsauftrag widersprechen der Annahme, es seien mit Billigung der Krankenhausplanungsbehörde im Vergleich zum Vorjahr zusätzliche Kapazitäten im Rahmen einer „Auffusionierung“ begründet worden.

d) Geltung der Hygienemedizinverordnung: Infektionsgefahren durch Wundversorgung

VG Arnsberg, Urteil v. 17.08.2017 - 6 K 2898/16 **RID 17-04-281**

juris

HygMedVO §§ 1 Nr. 3, 2 I, 4; IfSG §§ 16 II 3, 23

Die **Hygienemedizinverordnung** findet gem. § 1 I 1 Nr. 3 HygMedVO auf eine **orthopädische Fachklinik** für medizinische Rehabilitation, Anschlussrehabilitation und -heilbehandlung Anwendung. Eine den Krankenhäusern vergleichbare **medizinische Versorgung** liegt dann vor, wenn in der Einrichtung zumindest teilweise in ähnlicher Weise wie in Krankenhäusern durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden behandelt und dabei die Gefahr von Infektionen besteht. **Infektionsgefahren** bestehen in Bezug auf die Behandlung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden insb. dann, wenn in die körperliche Integrität von Patienten eingegriffen wurde; in diesem Fall folgt aus dem Eingriff ein erhöhtes Risiko für nosokomiale Infektionen. Findet neben Verbandwechseln auch eine **Wundversorgung** statt, d.h. die Behandlung von Wunden, die infolge vorheriger chirurgischer Eingriffe (hier: Operationen an Knochen, Gelenken und Weichteilen der Extremitäten, operative Eingriffe an der Wirbelsäule und Amputationen von Extremitäten) einem erhöhten Risiko der Übertragung von Infektionskrankheiten unterliegen, liegen diese Voraussetzungen vor. Ein vergleichsweise geringer Umfang der Wundversorgung steht der Anwendbarkeit der Hygienemedizinverordnung nicht entgegen.

e) BAG: Gestellung von Rot-Kreuz-Schwestern ist Arbeitnehmerüberlassung

BAG, Beschluss v. 21.02.2017 - 1 ABR 62/12 **RID 17-04-282**
juris = BAGE = BB 2017, 1081 = NZA 2017, 662 = PflR 2017, 421 = KRS 2017, 204
AÜG § 1 I; EGRL 104/2008 Art. 1 I, 4 I

Leitsatz: Eine **Überlassung von Arbeitnehmern** i.S.d.. § 1 Abs. 1 Satz 1 AÜG liegt auch dann vor, wenn ein **Verein** im Rahmen seiner wirtschaftlichen Tätigkeit ein Mitglied durch Gestellungsvertrag an ein Unternehmen überlasst, damit es bei diesem eine weisungsabhängige Tätigkeit gegen Entgelt verrichtet, und es aufgrund seiner Arbeitsleistung ähnlich einem Arbeitnehmer sozial geschützt ist.

6. Krankenkassen: Hinweispflicht auf Sonderkündigungsrecht

LG Hamburg, Urteil v. 11.07.2017 - 312 O 290/16 **RID 17-04-283**
juris
UWG §§ 5a, 8; SGB V § 175 IV 6; GVG § 13 I 1

Für Streitigkeiten bzgl. der im 5. Kapitel des SGB V geregelte **Hinweispflicht** des Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber seinen Mitgliedern und der sich aus einer Verletzung dieser Hinweispflicht ergebene Unterlassungsansprüche eines Vereins zur Durchsetzung von Verbraucherinteressen gegen eine Krankenkasse aus § 8 UWG sind die **ordentlichen Gerichte** zuständig.
Bei § 175 IV 6 SGB V handelt es sich um eine **Marktverhaltensregelung** i.S.d. § 3a UWG, da sie das Verhalten der Träger der öffentlichen Krankenversicherungen während der Durchführung eines Vertrages im Interesse der Marktteilnehmer, namentlich der Verbraucher und der Mitbewerber, regelt (vgl. OLG Karlsruhe, WRP 2010, 1439).
Diese Marktverhaltensregelung wird verletzt, wenn die **Krankenkasse** nicht hinreichend auf das durch die Erhöhung des individuellen Zusatzbeitrages konkret entstandene Sonderkündigungsrecht ihrer Mitglieder **aufklärt**.

7. Rettungsdienst

a) Genehmigung zur Durchführung von Krankentransport nicht beschränkbar

VGH Bayern, Urteil v. 30.05.2017 - 21 BV 16.1731 **RID 17-04-284**
juris
Bayern RettDG Art. 2 V 1, 21 I, 22, 24 IV, 39 IV 1

Leitsatz: Eine **Genehmigung** zur Durchführung von **Krankentransport** (außerhalb des öffentlichen Rettungsdienstes) darf nur für die Leistung „Krankentransport“ in ihrer Gesamtheit und damit **nicht beschränkt** auf die Beförderung eines bestimmten Patientenkreises (hier: intensivpflegebedürftige und heimbeatmete Personen) erteilt werden.
Im Rahmen der **Funktionsschutzklausel** des Art. 24 Abs. 4 Satz 1 BayRDG ist im Grundsatz nicht vorab zu prüfen, ob überhaupt ein funktionsfähiger öffentlicher Rettungsdienst besteht.

b) Vergabe von Rettungsdienstleistungen: Gefahrenabwehr/Gemeinnützigkeit

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 12.06.2017 - VII-Verg 34/16 **RID 17-04-285**
juris
Richtlinie 2014/24/EU

Das Verfahren wird ausgesetzt. Dem **Gerichtshof der Europäischen Union** werden zur Auslegung der Richtlinie 2014/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26.02.2014 über die öffentliche Auftragsvergabe und zur Aufhebung der Richtlinie 2004/18/EG folgende Fragen zur **Vorabentscheidung** vorgelegt:
1. Handelt es sich bei der Betreuung und Versorgung von **Notfallpatienten** in einem **Rettungswagen** (RTW) durch einen Rettungsassistenten/Rettungssanitäter und bei der Betreuung und Versorgung von Patienten in einem Krankentransportwagen (KTW) durch einen Rettungssanitäter/Rettungshelfer um

„Dienstleistungen des Katastrophenschutzes, des Zivilschutzes und der Gefahrenabwehr“ im Sinne von Art. 10 lit. h) der Richtlinie 2014/24/EU, die unter die CVP-Codes 7525000-7 (Rettungsdienste) und 85143000-3 (Einsatz von Krankenwagen) fallen?
2. Kann Art. 10 lit. h) der Richtlinie 2014/24/EU so verstanden werden, dass **„gemeinnützige Organisationen oder Vereinigungen“** insbesondere solche Hilfsorganisationen sind, die nach nationalem Recht als Zivil- und Katastrophenschutzorganisationen anerkannt sind?
3. Sind „gemeinnützige Organisationen oder Vereinigungen“ im Sinne von Art. 10 lit. h) der Richtlinie 2014/24/EU solche, deren Ziel in der Erfüllung von **Gemeinwohlaufgaben** besteht, die nicht erwerbswirtschaftlich tätig sind und die etwaige Gewinne reinvestieren, um das Ziel der Organisation zu erreichen?
Ist der Transport eines Patienten in einem Krankenwagen bei Betreuung durch einen Rettungssanitäter/Rettungshelfer (sog. **qualifizierter Krankentransport**) ein „Einsatz von Krankenwagen zur Patientenbeförderung“ im Sinne von Art. 10 lit. h) der Richtlinie 2014/24/EU, der von der Bereichsausnahme nicht erfasst ist und für den die Richtlinie 2014/24/EU gilt?

c) Auskunftsanspruch gegen den Betreiber eines Rettungswagens

AG München, Urteil v. 13.10.2016 - 233 C 9578/16 **RID 17-04-286**
juris
BGB § 242

Ein **Auskunftsanspruch** gegen den Betreiber eines Rettungswagens besteht allenfalls bzgl. der Einsatzkraft, die die - nach dem Kl. müsse man ihn „abschießen“ - Äußerung getätigt hat. Kann der Betroffene diese Person jedoch nicht näher beschreiben, kann er schon nicht angeben, ob es sich um die Rettungssanitäter oder den Notarzt gehandelt hat, besteht kein Auskunftsanspruch. Ein Anspruch auf Herausgabe der **Personalien der Einsatzkräfte**, die die Äußerung nicht getätigt haben bzw. keine Medikamente verabreicht haben, besteht nicht.

d) Keine Bekanntgabe der Mobilfunknummer einer Notrufmelderin

OVG Hamburg, Beschluss v. 13.09.2017 - 3 Bs 178/17 **RID 17-04-287**
juris
Hamburg TranspG §§ 1 II, 4 III Nr. 4, 9 I; Hamburg RettDG § 5

Leitsatz: 1. Der **Informationsanspruch** nach § 1 Abs. 2 Alt. 1 Hamburgisches Transparenzgesetz (HmbTG) ist nicht von der Darlegung eines Interesses an der Information abhängig und setzt insbesondere nicht voraus, dass die begehrte Information der Förderung der demokratischen Meinungs- und Willensbildung oder der Kontrolle des staatlichen Handelns dient.
2. **Bereichsspezifische Datenschutzregelungen** gehen den Regelungen des Hamburgischen Transparenzgesetzes grundsätzlich vor.
3. Das Hamburgische Transparenzgesetz enthält keine Rechtsvorschrift, die im Sinne von § 5 Abs. 2 Alt. 2 Hamburgisches **Rettungsdienstgesetz** (HmbRDG) zu Auskünften verpflichtet.

8. Physiotherapeuten

a) Selbständige Tätigkeit einer Physiotherapeutin: Eigene Patienten

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 15.08.2017 - L 1 KR 468/16 **RID 17-04-288**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV § 7 I

Für eine **selbständige Tätigkeit** spricht, dass eine **Physiotherapeutin** weisungsfrei ihre eigenen Patienten betreut und nur gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen als Mitarbeiterin geführt wird. Gegen eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation spricht, dass die von ihr durchgeführten Physiotherapietechniken (Bobath und Manuelle Therapie) nur von ihr erbracht werden dürfen, nicht von der Kl. Eine fachliche Leitung bzw. Verantwortung scheidet insoweit aus.

b) Selbständige Tätigkeit bei Behandlung in fremden Praxisräumen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.03.2017 - L 2 R 4239/16 **RID 17-04-289**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 7 I 1; SGB III § 25 I 1

Leitsatz: Zur Selbstständigkeit einer Physiotherapeutin, die innerhalb der Praxisräume einer zugelassenen Physiotherapeutin eigene Patienten behandelt.

9. Pflegefachkraft: Sozialversicherungspflicht

a) Unternehmerrisiko/Entgelthöhe/Eingliederung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.09.2017 - L 5 R 4632/16 **RID 17-04-290**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 R 57/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 5 I Nr. 1; SGB III § 25 I 1; SGB IV §§ 7 I, 7a I

Leitsatz: Zur **Sozialversicherungspflicht** einer **Pflegefachkraft**, die im Rahmen eines Auftragsverhältnisses, auf der Basis eines Dienstleistungsvertrags, Pflegeleistungen in einer stationären Pflegeeinrichtung erbringt.

b) Weisungsrecht im Falle des Einsatzes einer „Honorarkraft“

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.07.2017 - L 10 R 91/17 **RID 17-04-291**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 R 47/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB III § 25 I 3; SGB IV § 7 I, 7a I

Leitsatz: Grundsätzlich erfordert § 71 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI ein fachliches Weisungsrecht der zugelassenen **stationären Pflegeeinrichtung** - konkret der verantwortlichen Pflegefachkraft - gegenüber allen Personen, die von der Einrichtung in der Pflege eingesetzt werden. Führt die zugelassene Pflegeeinrichtung ihren Betrieb tatsächlich unter Beachtung dieser Vorgabe und schließt sie ein **Weisungsrecht** beim Einsatz einer „freiberuflichen Pflegefachkraft“ im Rahmen der vertraglichen Vereinbarungen nicht aus, besteht auch im Falle des Einsatzes einer „Honorarkraft“ ein solches fachliches Weisungsrecht. Dabei ist auch eine in Form der Bitte oder des Wunsches erfolgende Äußerung, mit der auf die Ausführung der Tätigkeit durch die Pflegekraft eingewirkt werden soll, Ausdruck dieses Weisungsrechts. Ein solches Weisungsrecht spricht bei der Statusfeststellung im Rahmen der gebotenen Gesamtabwägung für das Vorliegen von **Beschäftigung** und gegen eine selbstständige Tätigkeit.

10. Heilpraktiker

a) Heilbehandlung: Therapie zur Gewichtsabnahme mittels Vergabe von Spritzen

AG Saarbrücken, Urteil v. 08.11.2017 - 121 C 478/17 (09) **RID 17-04-292**
juris
BGB § 630c; HeilprG § 1

Leitsatz: 1. Eine **Therapie zur Gewichtsabnahme** mittels Vergabe von **Spritzen zur subkutanen Injektion** durch den Patienten stellt eine Heilbehandlung im Sinne des § 1 Heilpraktikergesetzes dar.
2. Entsprechende Behandler sind zumindest **analog** an **§ 630c BGB** gebunden.
3. Ohne **Aufklärung** über die Inhaltsstoffe, Wirkungen und Nebenwirkungen der Injektion ist § 630c BGB verletzt.
4. Die Vergabe von Spritzen zur subkutanen Injektion durch den Patienten ohne Aufklärung ist als **Körperverletzung** in mittelbarer Täterschaft zu werten.

b) Heilpraktikererlaubnis: Keine Beschränkung auf Ausübung der Osteopathie

VG Stuttgart, Urteil v. 26.01.2017 - 4 K 5923/15 **RID 17-04-293**
juris
HeilprG §§ 1 I, 2 I

Leitsatz: 1. Die Heilpraktikererlaubnis kann nicht auf die Ausübung der **Osteopathie** beschränkt werden.
2. Um von anderen heil(hilfs-)beruflichen Bereichen abgrenzbar zu sein, benötigt es eine verbindliche **Festlegung** auf einheitliche **Inhalte der Tätigkeit**. Diese Festlegung muss für alle Anwender in diesem Bereich gelten und darf nicht nur auf freiwilliger Basis bestehen. Außerdem muss diese Festlegung bundeseinheitliche Geltung haben.

c) Untersagung jeder weiteren Tätigkeit als Heilpraktiker

VG Düsseldorf, Beschluss v. 12.10.2017 - 7 L 2292/17 **RID 17-04-294**
juris
NRW ÖGDG §§ 18 IV, 28 IV; HeilprGDV 1 § 7 I 1

Die **Untersagung der Ausübung der Tätigkeit als Heilpraktiker** dürfte ihre **Rechtsgrundlage** nicht in § 28 IV i.V.m. § 18 IV des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein Westfalen (ÖGDG NRW) finden. Der Wortlaut dieser Vorschrift „Berechtigung zur Ausübung eines nichtakademischen Heilberufes“ spricht dafür, dass lediglich das Vorhandensein der erforderlichen Berufsausübungserlaubnis für die konkret ausgeübte Tätigkeit der Überwachung unterliegt. Insb. berechtigen die Vorschriften nicht zu Maßnahmen gegen nichtakademische Heilberufe Ausübende, die eine Berechtigung bzw. Erlaubnis zur Ausübung dieser Tätigkeit besitzen.
Die untere Gesundheitsbehörde ist nach § 28 IV 2 ÖDGD NRW nur dann berechtigt und verpflichtet, selbst die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, wenn eine Gefahr vorliegt. Derzeit kann aber nicht festgestellt werden, dass eine - auch in diesem Zusammenhang zu fordernde - **konkrete Gefahr** vorliegt.
Die **ordnungsbehördliche Generalklausel** des § 14 I OBG NRW kommt nicht in Betracht, weil es insoweit speziellere Regelungen gibt.
Für Maßnahmen, die an die berufliche **Unzuverlässigkeit** eines die Heilkunde Ausübenden, der nicht als Arzt bestallt ist, anknüpfen, ist § 7 I 1 HeilprGDV 1 einschlägig. Die Ag. knüpft mit ihrer Verfügung gerade an die Unzuverlässigkeit des Ast. an, indem sie ausweislich der Begründung der Ordnungsverfügung davon ausgeht, dass erhebliche Zweifel an der beruflichen Zuverlässigkeit des Ast. bestünden, weil der dringende Verdacht bestehe, dass durch die Infusionstherapien mit 3-Bromopyrovic acid in der Praxis des Ast. mindestens zwei Patienten gesundheitlich geschädigt worden und zu Tode gekommen seien und überwiegende Anhaltspunkte dafür sprächen, dass durch die Tätigkeit des Ast. als Heilpraktiker erhebliche Gesundheitsgefährdungen für die von ihm behandelten Patienten bestünden, insb. auch vor dem Hintergrund der im Raum stehenden unterlassenen Hilfeleistung. Für den Fall, dass die Zuverlässigkeit fehlt, sieht § 7 I HeilprGDV 1 i.V.m. § 2 If HeilprGDV 1 zwingend den Widerruf der Erlaubnis vor.

d) Mündliche Heilpraktikerprüfung: Dauer/Fachbegriffe/Fairnessgebot

VG Braunschweig, Urteil v. 05.12.2016 - 1 A 38/16 **RID 17-04-295**
juris = GewArch 2017, 314
DVO HeilprG § 2 I lit. i

Leitsatz (GewArch): Aus Ziffer 5.8.3 DRl-HeilprG, wonach der **mündliche Teil der Überprüfung** für jede antragstellende Person mindestens 30 Minuten und nicht länger als 45 Minuten dauern soll, folgt, dass es sich nicht um ein starres Regelwerk handelt, von dem keine Abweichungen zulässig sind. Auch gehört die Zeit, die etwa für die Vorstellung der Kommission, die Protokollierung und die Bekanntgabe des Ergebnisses benötigt wurde, nicht zur eigentlichen Prüfungsdauer.
Fragen auch zu **Fachbegriffen** sind zulässig, wenn sich diese in den Heil- und Hilfsberufen weitgehend eingebürgert haben und mithilfe der entsprechenden Fachliteratur ohne besondere Schwierigkeiten erlernt werden können.

Ein Verstoß gegen das **Fairnessgebot** ist nicht schon dann anzunehmen, wenn der Prüfer dem Prüfling lediglich schlechte Leistungen in sachlicher Weise vorhält oder diesen unterbricht. Auch die reine subjektive Wahrnehmung des Prüflings gehört hierzu nicht.

11. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche

a) Ursächlichkeit der Fehlbildungen durch Conterganeinnahme

VG Köln, Urteil v. 01.08.2017 - 7 K 1522/15 **RID 17-04-296**
juris
ContStifG §§ 12 I, 13 II 1

Geburtsbedingte Fehlbildungen, die nicht durch eine **Conterganeinnahme** in der Schwangerschaft verursacht sind, sondern auf anderen Ursachen beruhen, z.B. auf Gendefekten oder anderen schädlichen Einwirkungen in der Schwangerschaft, führen nicht zu einer Erhöhung der Leistungen.
„Trichterbrust“ und **Fehlen des ersten Mittelfußstrahls** sind keine thalidomidbedingten Fehlbildungen.

b) Nichtanerkennung einer Funktionsstörung des Gleichgewichtsorgans (Untererregbarkeit)

VG Köln, Urteil v. 01.08.2017 - 7 K 2052/15 **RID 17-04-297**
juris
ContStifG §§ 12 I, 13 II 1

Nur bei der Geburt vorhandene oder angelegte **Fehlbildungen**, nicht aber **später erworbene Körperschäden**, lösen einen Leistungsanspruch aus. Später erworbene Körperschäden sind solche körperlichen Veränderungen, die ein contergangeschädigter Mensch - ebenso wie ein gesund geborener Mensch - im Lauf seines Lebens durch Erkrankungen, Unfälle oder altersbedingten Verschleiß seiner gesunden Organe erwirbt. Dies sind keine thalidomidbedingten Fehlbildungen und können daher bei der Vergabe der Punkte nicht berücksichtigt werden (hier: Funktionsstörung des Gleichgewichtsorgans <Untererregbarkeit>).

c) „Erscheinungsbild“ der Fehlbildungen

VG Köln, Urteil v. 17.10.2017 - 7 K 1718/15 **RID 17-04-298**
juris
ContStifG §§ 12 I, 13 II 1

Leistungen nach dem ContStifG setzen voraus, dass die geltend gemachten **Fehlbildungen** von ihrem **„Erscheinungsbild“** her so beschaffen sind, dass sie zumindest mit hinreichender Wahrscheinlichkeit mit einer Thalidomideinnahme in Zusammenhang stehen.

12. Sozialrecht

a) OEG: Misshandlung im Krankenhaus im Jahr 1965

LSG Hamburg, Urteil v. 16.01.2017 - L 3 VE 8/15 **RID 17-04-299**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
OEG § 1

Das SG hat zutreffend dargelegt, dass es auch unter Berücksichtigung der der Kl. zu Gute kommenden Beweiserleichterung des § 15 KOVVfG nicht glaubhaft gemacht ist, dass sie Opfer eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs geworden ist, weil es hinsichtlich des lieblosen Klimas, der Gleichgültigkeit des Pflegepersonals, der Verweigerung von Hilfe, der strengen Rationierung der Getränke und des Verspottens schon an der für einen **Angriff** nach § 1 OEG erforderlichen körperlichen Einwirkung fehlt, bzgl. der **Behandlungsfehler** in Form des Dekubitus, der Verletzung der Haut beim Aufschneiden des Gipses, der Zufügung von Schmerzen bei den

krankengymnastischen Übungen und wohl auch beim Fiebermessen an der Wahrscheinlichkeit fehlt, dass diese in **feindseliger Absicht** vorsätzlich begangen wurden, und in Bezug auf das von der Kl. besonders hervorgehobene Schütteln durch die Krankenschwester „T." an der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einer feindseligen Willensrichtung der Krankenschwester fehlt, sondern vielmehr wahrscheinlich ist, dass diese sich innerhalb des nach damaligen (im Jahr 1965) Maßstäben sozialadäquaten bzw. gesellschaftlich noch tolerierten Verhaltens bewegt hat.

BSG, Beschl. v. 13.07.2017 - B 9 V 15/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

b) Impfschadensrecht

aa) Nachweis des Primärschadens im Vollbeweis erforderlich

LSG Bayern, Urteil v. 25.07.2017 - L 20 VJ 1/17 **RID 17-04-300**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 9 V 48/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
IfSG §§ 60, 61

Leitsatz: 1. Die gesundheitliche Schädigung als **Primärschädigung**, d.h. die **Impfkomplikation**, muss neben der Impfung und dem Impfschaden, d.h. der dauerhaften gesundheitlichen Schädigung, im **Vollbeweis**, d.h. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen sein.
2. Eine irgendwie geartete **Beweiserleichterung** beim Primärschaden, wie es der 15. Senat des Bayer. LSG, Urteil vom 31.07.2012, L 15 VJ 9/09, mit der Beurteilung „des Zusammenhangs zwischen Impfung und manifestiertem Gesundheitsschaden in einer einzigen gedanklichen Etappe" anhand von „Mosaiksteinen", die den Nachweis des Primärschadens im Vollbeweis als „realitätsfremd" und damit verzichtbar erscheinen lassen sollen, getan hat, ist damit nicht vereinbar.

bb) Fehlender Nachweis einer unüblichen Impfreaktion

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 02.12.2016 - L 13 VG 47/13 **RID 17-04-301**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
IfSG §§ 2 Nr. 11, 60 I 1 Nr. 1

Es besteht kein Anspruch nach dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (IfSG), wenn nicht erwiesen ist, dass im zeitlichen Zusammenhang mit der streitigen **Impfung** (hier: Fünffach-Impfstoff gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Haemophilus influenzae und Poliomyelitis sowie mit einem Einzel-Impfstoff gegen Hepatitis B <Gen H-B-Vax K>) eine unübliche **Impfreaktion** aufgetreten und das Vorliegen einer grundsätzlich als **Schädigungsfolge** in Betracht kommenden chronisch inflammatorischen demyelinisierende Polyneuropathie nicht erwiesen ist.

BSG, Beschl. v. 22.08.2017 - B 9 V 6/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. als unzulässig.

cc) Guillain-Barre-Syndrom nach sog Schweinegrippeimpfung

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 30.08.2017 - L 7 VE 7/14 **RID 17-04-302**

www.sozialgerichtsbarkeit.de
IfSG §§ 2 Nr. 11, 60 I 1, 61

Leitsatz: Die Anerkennung eines **Guillain-Barre-Syndroms** (GBS) nach der sog **Schweinegrippeimpfung** kann als **Impfschaden** im Rahmen der **Kann-Versorgung** erfolgen, sofern ein plausibles Zeitfenster für den Erkrankungsbeginn vorliegt und kein anderen Ursachen feststehen. Denn die vom Paul-Ehrlich-Institut durchgeführte Studie hat ein erhöhtes Auftreten des GBS nach der Impfung nachgewiesen.

c) Sozialhilfe: Neue Brillengläser keine Reparatur

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 19.10.2017 - L 7 SO 2037/17 **RID 17-04-303**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB XII § 31 I Nr. 3

Leitsatz: 1. § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII sieht einen einmaligen Bedarf lediglich für die **Reparatur** von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen vor, nicht für deren Kauf oder Anschaffung.
2. Soll ein vorhandenes Brillengestell mit neuen, dem zwischenzeitlich verschlechterten Sehvermögen entsprechenden Brillengläsern ausgestattet werden, handelt es sich nicht um eine Reparatur i.S. des § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII.

13. Antragsberechtigung eines Ausländers nach Transsexuellengesetz

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 24.05.2017 - 20 W 199/16 **RID 17-04-304**
Rechtsbeschwerde anhängig: BGH - XII ZB 346/17 -
juris
TSG §§ 1 I Nr. 3, 8 I Nr. 1

Leitsatz: Türkische Staatsangehörige, die die aufenthaltsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen, sind berechtigt, einen Antrag auf **Änderung des Vornamens und der Geschlechtszugehörigkeit** nach dem TSG zu stellen, weil das türkische Heimatrecht keine dem TSG vergleichbare Regelung kennt.

14. Territoriale Begrenzung des Versicherungsschutzes (Brustimplantate-Skandal)

OLG Hamm, Beschluss v. 19.06.2017 - 3 U 30/17 **RID 17-04-305**
juris
BGBEG Art. 4 I, 40 I, IV

Leitsatz: 1. Die Regeln des Art. 40 Abs. 1 EGBGB sind im Falle eines **Distanzdelikts** als Sachnormverweisungen zu verstehen.
2. Zur Haftung des französischen Haftpflichtversicherers im sog. **Brustimplantate-Skandal**.

15. Anordnung einer Unterbringungsmaßnahme

LG Kassel, Beschluss v. 25.08.2017 - 3 T 399/17 **RID 17-04-306**
juris
Hessen PsychKHG §§9, 17; FamFG § 331

Leitsatz: 1. Bei der nach § 17 Abs. 1 Satz 2 Hessisches PsychKHG herbeizuführenden **gerichtlichen Entscheidung** nach § 331 FamFG handelt es sich um eine **Anordnung der Unterbringungsmaßnahme**, nicht um eine Genehmigung. Die Anordnung der sofortigen vorläufigen Unterbringung durch einen **Arzt** im Sinne von § 17 Abs. 1 Satz 1 Hessisches PsychKHG ist lediglich eine Entscheidung über die Aufnahme des Betroffenen in ein psychiatrisches Krankenhaus.
2. Die nach § 17 Abs. 1 Satz 2 Hessisches PsychKHG herbeizuführende einstweilige Anordnung des Gerichts nach § 331 FamFG bedarf **keines weiteren Antrages**.

16. Steuerrecht

a) Einkommensteuerrecht

aa) BFH: Aufwendungen für künstliche Befruchtung (ICSI) als außergewöhnliche Belastungen

BFH, Urteil v. 17.05.2017 - VI R 34/15 **RID 17-04-307**
juris = BFHE 258, 358
EStG § 33; ESchG § 1

Leitsatz: 1. Aufwendungen für eine **künstliche Befruchtung** können nicht als **außergewöhnliche Belastungen** nach § 33 EStG abgezogen werden, wenn die Behandlung nach inländischen Maßstäben nicht mit dem ESchG oder anderen Gesetzen vereinbar ist.
2. Ein Verstoß gegen § 1 Abs. 1 Nr. 5 ESchG liegt nicht vor, wenn zwar **mehr als drei Eizellen befruchtet** werden, aber lediglich ein oder zwei entwicklungsfähige Embryonen zum Zwecke der Übertragung entstehen sollen und der Behandlung eine vorherige sorgfältige individuelle Prognose zugrunde liegt (sog. deutscher Mittelweg).

bb) Aufwendungen für Notbehandlungsraum im selbstgenutzten Wohnhaus

FG Münster, Urteil v. 14.07.2017 - 6 K 2606/15 F **RID 17-04-308**
juris
EStG § 4 V 1 Nr. 6b

Aufwendungen einer Augenärztin für einen **Notbehandlungsraum** in dem von ihr selbstgenutzten **Wohnhaus** unterliegen den Abzugsbeschränkungen des § 4 V 1 Nr. 6b EStG. Es handelt sich nicht um Sonderbetriebsausgaben.

b) Umsatzsteuer

aa) EuGH: Beschränkung der Umsatzsteuerbefreiung unzulässig

EuGH, Urteil v. 21.09.2017 - C-616/15 **RID 17-04-309**
juris
EGRL 112/2006 Art. 132 I Buchst. f, § 4 Nr. 14 UStG

Die Bundesrepublik Deutschland hat dadurch gegen ihre Verpflichtungen aus Art. 132 I Buchst. f der Richtlinie 2006/112/EG des Rates vom 28.11.2006 über das gemeinsame Mehrwertsteuersystem verstoßen, dass sie die **Mehrwertsteuerbefreiung** auf selbständige Zusammenschlüsse von Personen **beschränkt**, deren Mitglieder eine begrenzte Anzahl von Berufen ausüben.

bb) BFH: Umsatzsteuerbefreiung für Laborleistungen

BFH, Urteil v. 24.08.2017 - V R 25/16 **RID 17-04-310**
BFHE = DStR 2017, 2174
juris
UStG § 4 Nr. 14; WGRL 112/2006 Art. 132 I Buchst. b u. c

Leitsatz: Medizinische Analysen, die von einem in privatrechtlicher Form organisierten **Labor außerhalb der Praxisräume des praktischen Arztes** durchgeführt werden, der sie angeordnet hat, können nach § 4 Nr. 14 Buchst. b UStG steuerfrei sein.

FG Niedersachsen, Urt. v. 03.09.2015 - 16 K 340/12 - RID 16-04-398 gab der Klage statt, der ***BFH*** verwies die Sache zurück.

cc) BFH: Heileurythmie im Rahmen der Integrierten Versorgung als steuerfreie Tätigkeit

BFH, Urteil v. 26.07.2017 - XI R 3/15 **RID 17-04-311**
juris = BFHE
UStG § 4 Nr. 14; EGRL 112/2006 Art. 132 I Buchst. c; SGB V §§ 140 a ff.

Leitsatz: Der **Nachweis** der erforderlichen **Berufsqualifikation** kann sich aus der Zulassung des **Heileurythmisten** zur Teilnahme an den Verträgen zur Integrierten Versorgung mit

Anthroposophischer Medizin nach §§ 140a ff. SGB V (i.d.F. vor dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 16. Juli 2015) ergeben. Die Steuerbefreiung erstreckt sich auf sämtliche heileurythmische Heilbehandlungsleistungen des Leistungserbringers.

Vorausgehend: FG Niedersachsen, Urt. v. 23.10.2014 - 5 K 329/13 - RID 15-02-423.

dd) BFH: Umsatzsteuerbefreiung für Umsätze der ambulanten Pflege (40 %-Grenze)

BFH, Urteil v. 28.06.2017 - XI R 23/14 **RID 17-04-312**

juris = BFHE 258, 517

UStG § 4 Nr. 16

Leitsatz: Leistungen der sog. **24-Stunden-Pflege** von privatrechtlichen Einrichtungen zur ambulanten Pflege waren in den Jahren 2005 und 2006 nur dann **umsatzsteuerfrei**, wenn im Vorjahr oder im jeweiligen Kalenderjahr die Pflegekosten in mindestens 40 % der Pflegefälle von den gesetzlichen Trägern der Sozialversicherung oder Sozialhilfe ganz oder zum überwiegenden Teil getragen worden sind. Diese Einschränkung ist weder unionsrechtswidrig noch verfassungswidrig.

ee) Umsatzsteuerfreiheit ärztlicher Tätigkeiten

FG Köln, Urteil v. 03.07.2017 - 9 K 1147/16 **RID 17-04-313**

juris

UStG § 4 Nr. 14a

Das permanente **Überwachen der Teilnehmer von Sportveranstaltungen** und ihrer Blut- und Vitalwerte stellt eine ärztliche Heilbehandlung im Sinne des § 4 Nr. 14 a UStG dar.
Notarztdienste in Krankenhäusern sind umsatzsteuerfrei.
Die ärztlichen Aufgaben, einen **Veranstaltungsbereich** im Vorfeld zu **kontrollieren** und die Verantwortlichen im Hinblick auf mögliche Gesundheitsgefährdungen zu beraten, während der Veranstaltung bei kontinuierlichen Rundgängen frühzeitig Gefahren und gesundheitliche Probleme der anwesenden Personen zu erkennen, bei Bedarf ärztliche Untersuchungen und Behandlungen von Patienten durchzuführen, ist nicht umsatzsteuerfrei. Es fehlt an einem Leistungskonzept, das sich auf eine konkrete Person bezieht, weil völlig offen ist, wer und ob überhaupt jemand eine ärztliche Behandlung beanspruchen wird.

c) Körperschaftsteuer: Medikamentenabgabe zur ambulanten Behandlung durch Krankenhausapotheke

FG Münster, Urteil v. 17.08.2017 - 10 K 2165/15 K **RID 17-04-314**

juris

SGB V § 116; KStG § 5 I Nr. 9; AO §§ 14, 64 I, 67

juris Orientierungssatz: 1. Die **Abgabe von Medikamenten** zur Behandlung von Krebserkrankungen (sog. Zytostatika) durch eine **Krankenhausapotheke** an Patienten zur anschließenden **ambulanten Behandlung** ist Teil des **Zweckbetriebs** der Trägerin eines gemeinnützigen Plankrankenhauses, soweit die Abgabe der Zytostatika zur ambulanten onkologischen Behandlung durch Krankenhausärzte erfolgt, die hierzu gemäß § 116 SGB V bzw. § 31 Ärzte-ZV zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt sind. Anderes gilt für die Abgabe von Zytostatika an Patienten, die ambulant durch nicht entsprechend ermächtigte Ärzte behandelt werden.
2. Für die **Zurechnung zum Zweckbetrieb** kommt es nicht zusätzlich darauf an, dass die Ärzte ihre aufgrund der Ermächtigungen gemäß § 116 SGB V bzw. § 31a Ärzte-ZV durchgeführten ambulanten Behandlungen nicht aufgrund eines eigenen Willensentschlusses, sondern aufgrund ihres **Dienstvertrages** als Dienstaufgabe durchführen. Auch hindert die Behandlung von Privatpatienten nicht die Zurechnung zum Krankenhausbetrieb.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 01.12.2017. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – http://www.bundessozialgericht.de).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
Unterdurchschnittlich abrechnende Praxen	B 6 KA 16/16 R **Termin:** 02.08.2017	Sind im Rahmen von Honorarverteilungsregelungen für dauerhaft unterdurchschnittlich abrechnende Praxen in einem überversorgten Bereich im Rahmen budgetierter Leistungen eigene Regelungen oder Ausnahmen von der budgetierten Honorarverteilungssystematik vorzusehen?	***SG Kiel***, Urt. v. - S 2 KA 223/14 -	
Wachstumsmöglichkeiten unterdurchschnittlich abrechnender Praxen/RLV und Honorar: Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren	B 6 KA 7/17 R B 6 KA 3/17 R B 6 KA 8/17 R B 6 KA 9/17 R B 6 KA 13/17 R B 6 KA 18/17 R B 6 KA 21/17 R **Termin:** 02.08.2017	Zu den Anforderungen an die Wachstumsmöglichkeiten unterdurchschnittlich abrechnender Praxen in einem überversorgtem Zulassungsbezirk unter Geltung von RLV. Hat eine Kassenärztliche Vereinigung im Verfahren gegen die Zuweisung des Regelleistungsvolumens und den jeweiligen Honorarbescheid über vom Vertragsarzt vorgebrachte Praxisbesonderheiten und Härtefallgesichtspunkte zu entscheiden oder hat die Entscheidung in einem gesonderten Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren zu erfolgen?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 08.11.2016 - L 4 KA 44/14 - u.a.	17-02-6
Bildung einer individuellen Obergrenze für Wachstumsärzte in BAG	B 6 KA 2/17 R **Termin:** 24.01.2018	Zur Rechtmäßigkeit einer Regelung im Honorarverteilungsvertrag einer Kassenärztlichen Vereinigung über die Bildung einer individuellen Obergrenze für Wachstumsärzte und für Berufsausübungsgemeinschaften, an denen Wachstumsärzte beteiligt sind.	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 15.11.2016 - L 4 KA 27/14 -	17-02-5
Anerkennung eines MVZ als Aufbaupraxis	B 6 KA 23/16 R **Termin:** 24.01.2018	Kommt es für die Annahme einer Aufbaupraxis auf den Zulassungszeitpunkt eines MVZ oder auch bzw ausschließlich auf den Zulassungszeitpunkt des in das MVZ eintretenden Arztes an? Liegt eine Aufbaupraxis bei unterdurchschnittlichen Fallzahlen aber überdurchschnittlichem Honorar vor?	***LSG Bayern***, Urt. v. 16.12.2015 - L 12 KA 121/14 -	16-03-4 NZB
Kooperationszuschlag (HVV KV Brandenburg I u. II/10)	B 6 KA 17/17 R	Schließt die Anwendung einer "Jungarztregelung" die Gewährung eines Kooperationszuschlags aus?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 18.03.2016 - L 24 KA 22/15 -	16-03-10 NZB
Erhöhung des Regelleistungsvolumens für fachgleiche BAG (IV/09 u. I/10)	B 6 KA 15/17 R **Termin:** 24.01.2018	Ist bei der Berechnung des Zuschlags von 10% (hier für die Quartale IV/2009 und I/2010) zum Regelleistungsvolumen (RLV) für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) auch ein BAG-Mitglied zu berücksichtigen, das in dem für die Berechnung des RLV maßgebenden Vorjahresquartal noch als Einzelarzt tätig war?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 13.04.2016 - L 3 KA 51/13 -	16-03-5 NZB
Reduzierung des Versorgungsauftrags: Halbierung der RLV-relevanten Fallzahlen	B 6 KA 28/17 R	Ist das bereits auf der Grundlage weit unterdurchschnittlicher Fallzahlen ermittelte Regelleistungsvolumen eines Vertragsarztes zu halbieren, wenn er seinen Versorgungsauftrag wegen des geringen Umfangs seiner vertragsärztlichen Tätigkeit auf die Hälfte beschränkt?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 26.10.2016 - L 5 KA 4823/15 -	17-02-1 NZB
Regelleistungsvolumen und ambulante Operationen	B 6 KA 41/16 R **Termin:** 29.11.2017	Hat ein Facharzt für Urologie einen Anspruch darauf, dass ambulante Operationen (hier: im Bereich der Harnröhren- und Blasenspiegelung) außerhalb des Regelleistungsvolumens zu den vollen Gebührenwerten ohne Quotierung vergütet werden?	***LSG Hamburg***, Beschl. v. 30.09.2016 - L 5 KA 14/15 -	17-01-17
HVV Niedersachsen: Einteilung in Untergruppen und Anpassung des Regelleistungsvolumens	B 6 KA 30/17 R Erledigung durch Vergleich	Ist die Spezialisierung eines Vertragsarztes bei der Entscheidung über die Gewährung einer außerbudgetären Vergütung aus Sicherstellungsgründen bereits ab dem Zeitpunkt der Spezialisierung zu berücksichtigen, oder erst ab dem Zeitpunkt, in dem Umfang und Dauerhaftigkeit der Spezialisierung rückblickend unter Berücksichtigung der	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 13.04.2016 - L 3 KA 2/13 -	16-03-8 NZB

		vorliegenden Abrechnungen des Arztes (nicht vor Ablauf von vier Quartalen) festgestellt werden können?		
Quotierung von Laboratoriumsuntersuchungen (Quartale I u. II/13)	B 6 KA 26/17 R	Ist die Quotierung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM-Ä in den Quartalen I und II/2013 rechtmäßig?	***SG Mainz***, Urt. v. 01.02.2017 - S 8 KA 174/16 -	17-02-2
Psychotherapeutenvergütung 2013/ Strukturpauschale	B 6 KA 35/17 R **Termin:** 11.10.2017	Zur Frage der Rechtmäßigkeit des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung am 22.9.2015 zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen mit Wirkung ab 1.1.2012.	***SG Marburg***, Urt. v. 22.03.2017 - S 11 KA 8/15 -	17-03-1
	B 6 KA 36/17 R B 6 KA 37/17 R **Termin:** 11.10.2017	Verstößt der Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.9.2015 "zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen mit Wirkung ab dem 1.1.2012" gegen höherrangiges Recht, soweit er normativ ermittelte Personalkosten aus der Bemessung der EBM-Bewertung ausklammert?	***SG Marburg***, Urt. v. 22.03.2017 - S 11 KA 27/15 - - S 11 KA 26/15 -	17-03-2 17-03-3
Strukturzuschlag auch für psychotherapeutische Ausbildungsambulanz	B 6 KA 41/17 R	Hat eine Ausbildungsstätte für Psychotherapie nach § 6 PsychThG, die eine Ausbildungsambulanz betreibt, einen Anspruch auf Zahlung des sogenannten Strukturzuschlages nach der Nr 35251 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008)?	***SG Berlin***, Urt. v. 24.05.2017 - S 83 KA 934/16 -	17-03-4
Psychotherapeutenvergütung 2011	B 6 KA 8/16 R **Termin:** 11.10.2017	Zur Frage der angemessenen Bewertung psychotherapeutischer Leistungen in der im Jahr 2011 maßgeblichen EBM-Bewertung (juris: EBM-Ä 2008).	***SG Kiel***, Urt. v. 09.02.2016 - S 2 KA 341/12 -	16-02-5
Psychotherapeutenvergütung 2007/2008	B 6 KA 36/16 R B 6 KA 29/17 R **Termin:** 28.06.2017	Zur Rechtmäßigkeit der Vorgaben im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 31.8.2011 zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten in den Jahren 2007 und 2008.	***SG Düsseldorf***, Urt. v. 17.08.2016 - S 2 KA 195/12 - ***LSG Bayern***, Urt. v. 01.06.2016 - L 12 KA 150/14 -	16-04-8 17-03-3 NZB
	B 6 KA 32/17 R **Termin:** 11.10.2017	Konnte der Bewertungsausschusses, der in seiner 96. Sitzung (DÄ 2005, A 459) im Rahmen der Vergütung zeitgebundener genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen unter Punkt 2.2.1.5 einen Betriebskostenansatz in Höhe von 40.634,00 Euro festgesetzt hat, davon absehen, im Jahr 2007 eine Anpassung vorzunehmen?	***SG Magdeburg***, Urt. v. 16.11.2016 -S 13 KA 173/12 WA -	17-03-11
Notdienstvergütung: Zulässigkeit strukturvertraglicher Regelungen zur Benachteiligung von Krankenhäusern	B 6 KA 12/16 R **Termin:** 28.06.2017	Verstoßen Gebührenordnungspositionen zur Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, die von den Partnern der Gesamtverträge für den Bezirk der kassenärztlichen Vereinigung vereinbart wurden, gegen höherrangiges Recht, weil sie eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung der von Vertragsärzten im organisierten Notfalldienst auf der einen und von Krankenhausambulanzen auf der anderen Seite erbrachten Notfallbehandlungen darstellen?	***LSG Bayern***, Urt. v. 16.12.2015 - L 12 KA 209/14 -	16-03-11
Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen: Reichweite der Vereinbarung	B 6 KA 45/16 R	Bezieht sich die in § 120 Abs 2 S 2 SGB 5 gewählte Formulierung, wonach die Vergütung von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart wird, nur auf das jeweilige Bundesland oder enthält sie auch eine mittelbare Geltungsanordnung für Krankenkassen anderer Bundesländer?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 26.10.2016 - L 5 KA 268/15 -	17-02-26
Beschränkung der Abtretung von Honoraransprüchen an Dritte	B 6 KA 38/17 R B 6 KA 39/17 R	Darf eine Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung in ihrer Abrechnungsordnung die Abtretung von Forderungen der Vertrags(zahn)ärzte gegen sie auf Kreditinstitute beschränken und im Übrigen ausschließen?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 16.06.2016 - L 5 KA 8/15 - - L 5 KA 11/15 -	17-03-16 17-03-15 NZB
Beschränkung der Abtretung von Forderungen	B 6 KA 40/17 R	Darf eine Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung in ihrer Abrechnungsordnung die Abtretung von Forderungen der Vertrags(zahn)ärzte gegen sie auf Kreditinstitute beschränken und	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 16.06.2017	17-03-14 NZB

		im Übrigen ausschließen?	- L 5 KA 24/15 -	

Arzt-/Psychotherapeutenregister

Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht

Keine ausgelagerten Praxisräume bei Nutzung durch verschiedene Ärzte	B 6 KA 24/17 R	Wird ein Vertragsarzt in ausgelagerten Praxisräumen iS des § 24 Abs 5 Ärzte-ZV tätig, wenn er gegen Entgelt Räume und Laboreinrichtungen einer Betreibergesellschaft nutzt, die diese Räume und Einrichtungen auch anderen Nutzern zur Verfügung stellt?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 28.09.2016 - L 11 KA 35/15 -	17-02-44
Bindung des Versorgungsauftrags nach § 3 III a) Anl. 9.1 zum BMV-Ä an Dialysepraxis	B 6 KA 13/16 R **Termin:** 15.03.2017	Hat ein Vertragsarzt, der aus der bisherigen Gemeinschaftspraxis (jetzt Berufsausübungsgemeinschaft) ausscheidet, einen Anspruch auf Mitnahme des erteilten Auftrags zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 09.12.2015 - L 11 KA 84/14 -	16-03-38
Anfechtungsbefugnis: Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte zur Dialysebehandlung	B 6 KA 30/16 R **Termin:** 15.03.2017	Zur Anfechtungsbefugnis einer Nephrologischen Berufsausübungsgemeinschaft gegen den Bescheid einer Kassenärztlichen Vereinigung, der den weiteren Betrieb einer Nebenbetriebsstätte eines Medizinischen Versorgungszentrums mit dem Schwerpunkt Nephrologie genehmigt.	***LSG Saarland***, Urt. v. 30.08.2016 - L 3 KA 9/14 -	16-04-24
Keine Wettbewerbsansprüche von Nephrologen wegen Nebenbetriebsstätte	B 6 KA 35/16 R **Termin:** 15.03.2017	Kann ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Nephrologe gegen einen anderen, ebenfalls zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Nephrologen Ansprüche auf Unterlassung, Auskunft und auf Schadensersatz nach dem UWG (juris: UWG 2004) mit der Behauptung geltend machen, dem anderen Vertragsarzt sei zu Unrecht von einer Kassenärztlichen Vereinigung die Genehmigung für die Erbringung von Dialyseleistungen in einer Nebenbetriebsstätte erteilt worden?	***LSG Saarland***, Urt. v. 30.08.2016 - L 3 KA 2/16 WA -	16-04-24
Klagebefugnis bei Praxisverlegung eines konkurrierenden Nephrologen	B 6 KA 20/16 R B 6 KA 21/16 R **Termin:** 15.03.2017	Ist eine niedergelassene Gemeinschaftspraxis, die über Versorgungsaufträge nach der Anl 9.1 des BMV-Ä/EKV-Ä verfügt, als Konkurrent klagebefugt, wenn ein Nephrologe, dem ein Versorgungsauftrag zur Erbringung von Dialyseleistungen "in eigener Dialysepraxis" vor dem 1.7.2005 erteilt worden ist, seinen Praxissitz verlegt und ihm ein neuer Versorgungsauftrag für den neuen Praxissitz erteilt wird?	***LSG Saarland***, Urt. v. 24.05.2016 - L 3 KA 1/13 - - L 3 KA 2/13 -	16-03-39 16-03-40
Versorgungsauftrag nach Ausscheiden eines Arztes aus 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?	***LSG Saarland***, 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 Dialysezweigpraxis in ihrer Versorgungsregion befindet?	***LSG Bayern***, Urt. v. 21.10.2015 - L 12 KA 108/14 -	16-04-23
Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt	B 6 KA 32/16 R **Termin:** 29.11.2017	Verstoßen die Vertragspartner gegen höherrangiges Recht, wenn sie das Fortbestehen der Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einem DMP-Plattformvertrag und den dazugehörigen Diabetes-Vereinbarungen mit dem Erfordernis einer Mindestpatientenzahl (hier: 250 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder 2) verbinden?	***LSG Bayern***, Urt. 16.03.2016 - L 12 KA 59/14 -	17-01-30
Antragserfordernis für Genehmigung labormedizinischer Leistungen auch für Laborarzt	B 6 KA 45/17 R	Ist in einer Genehmigung zur Anstellung eines Arztes für Labormedizin durch ein Labor-MVZ auch eine Abrechnungsgenehmigung für Laborleistungen zu sehen oder kann - falls dies nicht der Fall ist - eine Abrechnungsgenehmigung auch noch rückwirkend erteilt werden?	***SG Mainz***, Urt. v. 28.06.2017 - S 2 KA 66/14 -	17-04-24
Notdienst: Teilnahmepflicht eines	B 6 KA 50/17 R	Ist die Regelung einer Bereitschaftsdienstordnung, wonach ermächtigte	***LSG Hessen***,	17-01-33

ermächtigten Krankenhausarztes		Krankenhausärzte im Umfang von 0,25 eines Versorgungsauftrags am Bereitschaftsdienst teilnehmen, rechtmäßig?	Urt. v. 14.12.2016 - L 4 KA 18/15 -	NZB
Notdienst: Zusätzlicher Bereitschaftsdienst am Sitz der Zweigpraxis	B 6 KA 51/17 R	Verstoßen Regelungen in einer Bereitschaftsdienstordnung einer Kassenärztlichen Vereinigung, wonach Betreiber einer Filialpraxis, die in einem anderen Bereitschaftsdienstbereich als dem Vertragsarztsitz betrieben wird, verpflichtet sind, zusätzlich auch im Bereitschaftsdienstbereich der Filiale am Bereitschaftsdienst teilzunehmen, gegen höherrangiges Recht?	***LSG Bayern***, Urt. v. 05.04.2017 - L 12 KA 125/16 -	17-04-27

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Nebeneinanderabrechnung Ordinationskomplex/Gesprächsleistung	B 6 KA 44/17 R	Darf die als Abrechnungsvoraussetzung normierte Mindestzeit für den Arzt-Patienten-Kontakt von 20 Minuten für die Nebeneinanderabrechnung des Ordinationskomplexes und der Gesprächsleistung zu Lasten des Vertragsarztes in die Prüfung nach Tageszeitprofilen eingestellt werden?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 13.06.2017 - L 4 KA 16/14 -	17-04-13
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung eines Psychotherapeuten	B 6 KA 43/17 R B 6 KA 42/17 R	Ist die Zeitvorgabe von 70 Minuten für eine antragspflichtige Leistung nach der Psychotherapie-Richtlinie - PT-RL (juris: PsychThRL) in Anhang 3 des EBM-Ä (juris: EBM-Ä 2005) im Rahmen der Plausibilitätsprüfung verbindlich, obwohl die Mindestzeit nach der Leistungslegende selbst nur 50 Minuten beträgt?	***LSG Thüringen***, Urt. v. 25.08.2016 - L 11 KA 1372/14 - - L 11 KA 690/14 -	17-03-20 17-03-21 NZB
Abrechenbarkeit belegärztlicher Leistung über Umfang der Anerkennung	B 6 KA 33/16 R **Termin:** 29.11.2017	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
Akupunktur	B 6 KA 56/17 R	Muss das "ärztlich dokumentierte Schmerzintervall" im Sinne des § 5 Abs 1 Nr 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur unmittelbar dem Beginn der Akupunkturbehandlung vorausgehen?	***LSG Bayern***, Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 221/14 -	juris NZB
Vertrauensschutz durch Genehmigung für fachfremde Leistung (Akupunktur)	B 6 KA 47/17 R B 6 KA 48/17 R B 6 KA 49/17 R	Dürfen vertragsärztliche Leistungen sachlich-rechnerisch richtig gestellt werden, wenn eine bestandskräftige Abrechnungsgenehmigung vorlag, die jedoch von Anfang an gegen die Fachgebietsgrenze verstieß und daher nicht hätte erteilt werden dürfen?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 15.03.2017 - L 5 KA 16/15 - - L 5 KA 17/15 - - L 5 KA 18/15 -	17-03-25 17-03-26 17-04- NZB
Job-Sharing-Obergrenze: Eintritt in bestehende BAG	B 6 KA 48/16 R **Termin:** 24.01.2018	Wie ist die Begrenzung des Umfangs einer Arztpraxis zu berechnen, wenn ein Job-Sharing-Partner nicht in eine Einzelpraxis, sondern in eine bereits bestehende BAG eintritt?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 16.03.2016 - L 5 KA 3901/12 -	17-01-20 NZB
Berechnung der Rückforderung und vorherige Kürzungen	B 6 KA 58/17 R	Sind bei der Berechnung der Rückforderung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung bereits zuvor erfolgte Honorierungen wegen Überschreitens der Job-Sharing-Obergrenze in voller Höhe als Eurobetrag zu berücksichtigen?	***LSG Bayern***, Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 165/14 -	juris NZB
Richtigstellung nach abgelaufener Ausschlussfrist: Rücknahmeermessen	B 6 KA 34/17 R	Ist Rechtsgrundlage einer nachgehenden Richtigstellung vertragsärztlicher Honorarbescheide nach Ablauf einer Frist von 4 Jahren allein § 106a SGB 5 aF (§ 106d SGB 5 nF) oder auch (unmittelbar) § 45 SGB 10?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 26.04.2017 - L 5 KA 2448/15 -	17-02-30
Nebeneinanderabrechnung der Nr. 33076 und Nr. 33072 EBM	B 6 KA 16/17 R	Darf die Gebührenordnungsposition (GOP) 33076 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) neben der GOP 33072 EBM-Ä abgerechnet werden oder schließt Ziffer I 2.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ä dies aus?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 16.03.2016 - L 5 KA 3799/13 -	16-02-23 NZB

Zahnärztliche Versorgung: Verwendung von Festzuschüssen für implantologische Vorleistungen?	B 6 KA 9/16 R **Termin:** 10.05.2017	Ist es mit den gesetzlichen Vorgaben vereinbar, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss durch die Zahnersatz-Richtlinie (juris: ZErsRL) und die Festzuschuss-Richtlinie (juris: FZRL) einen zahnmedizinischen Befund zwar der Regelversorgung zuordnet, für diese Regelversorgung aber keinen eigenen Festzuschuss vorsieht, sondern den für eine andere Regelversorgung vorgesehenen Festzuschuss heranzieht (hier: Erstversorgung mit Suprakonstruktionen gemäß ZErsRL vom 8.12.2004 und FZRL vom 3.11.2004)?	***LSG Sachsen***, Urt. v. 09.12.2015 - L 8 KA 6/11 -	16-02-26

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Beschränkung auf die Gruppe der Familienversicherten und 20 %-Quote	B 6 KA 17/16 R **Termin:** 24.01.2018	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
Zuständigkeit der Prüfungsgremien für Verordnung von Impfstoffen	B 6 KA 31/17 R	Gehören Impfleistungen zur vertragsärztlichen Versorgung, und ist eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ihrer Verordnung durch die Prüfgremien zulässig?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 07.03.2017 - L 4 KA 81/14 -	17-03-40
Schadensregress der Krankenkasse gegen Zahnärztin nur bei Unzumutbarkeit	B 6 KA 15/16 R **Termin:** 10.05.2017	Ist der Regressanspruch einer Krankenkasse gegenüber einem Zahnarzt wegen Mängeln in der prothetischen Versorgung in Fällen, in denen eine Nachbesserung nicht möglich ist, davon abhängig, dass dem Versicherten die Neuanfertigung durch den bisher behandelnden Zahnarzt nicht zumutbar ist?	***LSG Bayern***, Urt. v. 17.06.2015 - L 12 KA 5044/13 -	15-03-47 NZB

Zulassung und Ermächtigung

Fortführungsfähige Praxis in BAG: Tätigkeitsumfang des einzelnen Vertragsarztes/Vorverfahren	B 6 KA 46/17 R	Ist für die Beurteilung des Vorliegens eines Praxissubstrats als Voraussetzung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs 3a SGB 5 bei Berufsausübungsgemeinschaften auf die Tätigkeit des ausscheidenden Vertragsarztes oder die der Berufsausübungsgemeinschaft abzustellen?	***SG Berlin***, Urt. v. 10.05.2017 - S 87 KA 946/16 -	17-04-36
Zulassung (eines MVZ): Aktuelle Rechtslage maßgebend	B 6 KA 31/16 R **Termin:** 29.11.2017	Ist für den Anspruch auf Zulassung auf die Rechtslage zum Zeitpunkt der Antragstellung abzustellen?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 24.02.2016 - L 5 KA 4567/14 -	16-03-56 NZB
MVZ Gründer eines anderen MVZ	B 6 KA 1/17 R	Kann ein Medizinisches Versorgungszentrum ein weiteres Medizinisches Versorgungszentrum gründen?	***LSG Hessen***, Urt. v. 30.11.2016 - L 4 KA 20/14 -	17-01-52
Ermittlung eines Sonderbedarfs für Verhaltenstherapie in Berlin	B 6 KA 28/16 R **Termin:** 28.06.2017	Haben die Zulassungsgremien bei einem Antrag auf Sonderbedarfszulassung im Bereich der vertragspsychotherapeutischen Versorgung (hier: Richtlinienverfahren Verhaltens-therapie) die konkrete Versorgungssituation zu ermitteln oder genügt es, wenn auf einen unstreitig hohen Versorgungsgrad in diesem Bereich verwiesen wird?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 27.04.2016 - L 7 KA 48/14 -	16-04-46
Auswahlentscheidung: Berücksichtigung der Tätigkeit nach aufgehobener sofortigen Vollziehung	B 6 KA 33/17 R	Welche Anforderungen sind in Zulassungsverfahren an die Sachverhaltsermittlungen und an die Begründung der Entscheidung des Berufungsausschusses bezogen auf die Auswahl zwischen konkurrierenden Bewerbern zu stellen? Ist bei der Auswahl eines Bewerbers um eine Zulassung eine vertragsärztliche Tätigkeit aufgrund einer zunächst für sofort vollziehbar erklärten Zulassung nach Aufhebung dieser Entscheidung im Rahmen einer erneuten Auswahlentscheidung zu berücksichtigen?	***LSG Thüringen***, Urt. v. 25.08.2016 - L 11 KA 928/15 -	17-03-48 NZB
Umwandlung einer MVZ-Arztstelle nach Einstellung des Praxisbetriebs/Kein Teil der Insolvenzmasse	B 6 KA 27/16 R **Termin:** 11.10.2017	Zur Umwandlung von Anstellungsgenehmigungen eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) in Zulassungen, nachdem diesem die Zulassung entzogen und über das Vermögen der Trägergesellschaft das Insolvenzverfahren eröffnet wurde.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 27.04.2016 - L 7 KA 30/14 -	16-03-66
Verlegung einer	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	***SG Hamburg***, Urt. v.	17-02-54

Anstellungsgenehmigung	**Termin:** 11.10.2017	16.7.2015 möglich, Anstellungsgenehmigungen aus einem bestehenden Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) in ein anderes neu zu gründendes MVZ zu verlegen?	28.09.2016 - S 27 KA 39/16, S 27 KA 47/16, S 27 KA 50/16-	
Übernahme einer Einrichtung nach § 311 SGB V durch Erbringer häuslicher Krankenpflege	B 6 KA 46/16 R	Erfasst der in § 311 Abs 2 SGB 5 geregelte Bestandsschutz für bestimmte ärztlich geleitete Einrichtungen nur den Umfang der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung und sind im Übrigen insbesondere hinsichtlich der Trägerschaft die Regelungen für medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB 5 anzuwenden?	***SG Potsdam***, Urt. v. 28.09.2016 - S 1 KA 19/15 -	17-01-50

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 **Termin:** 29.11.2017	Ist der Schiedsspruch eines Landesschiedsamts rechtmäßig, wonach der regionale Punktwert für das Jahr 2013 gegenüber dem Orientierungswert für 2013 um 1,1 Prozent zu erhöhen ist?	***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 **Termin:** 24.01.2018	Zur Frage der Rechtmäßigkeit des sog Kassensitzprinzips bei der Zuordnung von Versicherten mit Wohnsitz im Ausland zum Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Berechnung der Gesamtvergütung nach einer Fusion von Krankenkassen.	***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
Honorarkürzung u. Fortbildungspflicht: Krankenkasseanspruch?	B 6 KA 60/17 R	Sind die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen verpflichtet, das nach § 95d Abs 3 SGB 5 einbehaltene Honorar an die Krankenkassen auszukehren?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 08.03.2017 - L 11 KA 21/15 -	17-04-49
Ausschluss des Medizinprodukts Laxatan	B 6 KA 34/16 R **Termin:** 29.11.2017	Ist bei der Frage, ob arzneimittelähnliche Medizinprodukte ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung der GKV einbezogen werden, eine stoffbezogene oder eine präparatebezogene Prüfung vorzunehmen? Darf der Gemeinsame Bundesausschuss arzneimittelähnliche Medizinprodukte rückwirkend aus der Verordnungsfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließen?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 28.06.2016 - L 7 KA 100/13 KL -	16-04-56
Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei KV-Gremienwahlen	B 6 KA 57/17 R	Findet der Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei Wahlen von Gremien der Vertreterversammlung einer Kassenärztlichen Vereinigung auch dann Anwendung, wenn die Satzung keine "Fraktionen" vorsieht und unabhängig davon, ob es sich um Gremien mit Entscheidungskompetenz oder um solche mit nur beratender Funktion handelt?	***SG Marburg, Urt. v. 31.05.2017 - S 12 KA 100/17 -***	17-03-71
Pädiatrische Spezialambulanz: Zusätzliche Pauschale nicht für Vergangenheit	B 6 KA 10/16 R (alt: B 1 KR 12/16 R) **Termin:** 10.05.2017	Kann eine Schiedsstelle eine zusätzliche Pauschale gem § 120 Abs 1a SGB 5 für eine pädiatrische Spezialambulanz für zurückliegende Jahre festsetzen, wenn der Krankenhausträger die Pauschale erst nach Ende des jeweiligen Jahres geltend gemacht hat?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 03.03.2016 - L 5 KA 25/15 KL -	16-02-59
Hausarztzentrierte Versorgung	B 6 KA 44/16 R	Verstößt der für den Bezirk der KV Bayern durch Schiedsspruch vom 13.2.2012 festgesetzte Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b Abs 4 S 1 SGB 5	***LSG Bayern***, Urt. v. 14.09.2016	17-02-68

		gegen höherrangiges Recht?	- L 12 KA 149/14 -	

Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen

Einnahmen aus Sonderverträgen/ Rederecht des weiteren Stellvertreters des Vorsitzenden des Beirats	B 6 KA 53/17 R B 6 KA 55/17 R B 6 KA 52/17 R B 6 KA 54/17 R	Inwieweit sind Einnahmen aus Sonderverträgen bei der Festsetzung des Punktwertes nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in der Fassung ab 1.7.2012 zu berücksichtigen? In welchem Umfang sind die inaktiven Mitglieder des gewählten EHV-Beirats der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen an den Sitzungen der Vertreterversammlung zu beteiligen, und welche Auswirkungen hat dies auf die formelle Rechtmäßigkeit der in der Sitzung verabschiedeten Satzungsregelungen zu den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung?	***SG Marburg***, Urt. v. 31.05.2017 - S 12 KA 704/15 - - S 12 KA 727/15 - - S 12 KA 706/15 - - S 12 KA 705/15 -	17-03-82 17-03-83 17-03-84 17-03-85

Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 01.12.2017. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – http://www.bundessozialgericht.de).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Ärztliche Behandlung				
Kopforthese (Helmtherapie)	B 3 KR 1/16 R **Termin:** 11.05.2017	Gehört die Versorgung und Therapie mit einer Kopforthese zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 24.02.2015 - L 11 KR 3297/14 -	15-02-111 NZB
	B 3 KR 30/15 R B 3 KR 6/16 R B 3 KR 17/16 R **Termin:** 11.05.2017	Gehört die Versorgung und Therapie mit einer Kopforthese zur Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 11.06.2015 - L 1 KR 141/14 - Urt. v. 25.08.2015 - L 4 KR 300/12 - Urt. v. 26.05.2016 - L 4 KR 236/15 -	16-02-91 NZB 16-02-92 NZB 17-01-115 NZB
Zahnärztliche Behandlung: Zahnreinigung	B 1 KR 30/16 R **Termin:** 11.07.2017	Umfasst die Regelung des § 22a SGB V die Entfernung weicher Zahnbeläge?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 26.04.2016 - L 4 KR 116/14 -	17-01-75 NZB
Kostenerstattung				
Kostenerstattung trotz vorläufiger Übernahme der Kosten durch Einrichtungsträger	B 3 KR 8/17 R	Steht die Erfüllung der gegenüber einem Versicherten bestehenden Forderung eines Leistungserbringers durch einen Dritten, ohne dass eine vertragliche Verpflichtung besteht, der Geltendmachung eines Kostenfreistellungsanspruchs des Versicherten nach § 13 Abs 3 SGB 5 gegenüber seiner Krankenkasse entgegen?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 29.09.2016 - L 16/1 KR 321/14 -	17-02-149 NZB
Genehmigungsfiktion bei allen möglichen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	B 3 KR 8/16 R (alt: B 1 KR 14/16 R)	Hat ein Versicherter einen Anspruch auf Versorgung mit einem CGM-Messsystem zur kontinuierlichen Glucose-Messung einschließlich des hierfür erforderlichen Zubehörs, wenn die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 eingetreten ist, obwohl der G-BA noch keine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen abgegeben und der Bewertungsausschuss sie nicht zum Gegenstand des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) gemacht hat?	***LSG Bayern***, Urt. v. 23.02.2016 - L 5 KR 351/14 -	16-03-108
Genehmigungsfiktion: Feststellungsklage/Fristende	B 1 KR 11/17 R **Termin:** 26.09.2017	Zur Zulässigkeit der Feststellungsklage betreffend den Eintritt der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a SGB 5. Ist bei der Bestimmung des Fristendes im Sinne von § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 auf die Fertigstellung der Entscheidung abzustellen?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 28.03.2017 - L 4 KR 22/16 -	17-03-147
Genehmigungsfiktion: Fristbeginn/Sachleistungsanspruch	B 1 KR 14/17 R Zurücknahme	Hängt der Beginn der Frist des § 13 Abs 3a S 1 SGB 5 davon ab, wann der Krankenkasse die für die Entscheidung erforderlichen Unterlagen vorliegen? Gewährt § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 einen Sachleistungsanspruch eigener Art?	***LSG Bayern***, Urt. v. 12.01.2017 - L 4 KR 295/14 -	17-03-134
Genehmigungsfiktion: Fünf-Wochenfrist bei Einholung eines MDK-Gutachtens ohne Mitteilung	B 1 KR 3/17 R **Termin:** 26.09.2017	Führt die Verletzung der Pflicht der Krankenkasse in § 13 Abs 3a S 2 SGB 5, den Antragsteller darüber zu unterrichten, dass sie eine gutachtliche Stellungnahme einholt, zu einer Geltung der 3-Wochenfrist des § 13 Abs 3a S 1 SGB 5?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 21.02.2017 - L 11 KR 2090/16 -	17-02-127
Frist: Unterrichtung über MDK	B 1 KR 20/17 R B 1 KR 21/17 R	Führt die Verletzung der Pflicht der Krankenkasse nach § 13 Abs 3a S 2 SGB 5, die Antragstellerin darüber zu unterrichten, dass sie eine gutachtliche Stellungnahme	***LSG Hessen***, Urt. v. 18.05.2017 - L 8 KR 159/16 -	17-03-118 17-03-119

		einholt, zur Geltung der 3-Wochenfrist des § 13 Abs 3a S 1 Fall 1 SGB 5?	- L 8 KR 42/16 -	
Fristverlängerung (Liposuktion bei Lipödem)	B 1 KR 8/17 R **Termin:** 26.09.2017	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer stationären Liposuktion zu übernehmen, wenn sie einer Versicherten nicht innerhalb der Frist des § 13 Abs 3a S 1 SGB 5 beschieden hat, ohne ihr hinreichende Gründe für die Überschreitung der Frist mitzuteilen?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 02.03.2017 - L 5 KR 217/16 -	17-02-112
Genehmigungsfiktion: Leistungen der medizinischen Rehabilitation/Aufhebung der Genehmigungsfiktion	B 3 KR 12/17 R	Zur Auslegung des Ausnahmetatbestandes für beantragte, nicht rechtzeitig im Sinne des § 13 Abs 3a SGB 5 erbrachte "Leistungen der medizinischen Rehabilitation" (§ 13 Abs 3a S 9 SGB 5). Zur Frage der verfahrensrechtlichen Aufhebung der Genehmigungsfiktion beziehungsweise des fingierten Verwaltungsaktes und der Einbeziehung des Verwaltungsaktes in das sozialgerichtliche Verfahren.	***LSG Bayern***, Urt. v. 31.01.2017 - L 5 KR 471/15	17-02-133
Genehmigungsfiktion: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode ohne Empfehlung des GBA	B 1 KR 6/17 R **Termin:** 26.09.2017	Liegt eine beantragte, nicht rechtzeitig im Sinne des § 13 Abs 3a SGB 5 erbrachte Leistung, für den Versicherten erkennbar schon dann offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn es sich um eine neue Behandlungsmethode handelt, für die der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine Empfehlung nach § 135 SGB 5 abgegeben hat?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 02.03.2017 - L 5 KR 277/16	17-02-118
Kein Sachleistungsanspruch aufgrund der Genehmigungsfiktion (Therapiedreirad)	B 3 KR 4/16 R	Zur Frage der Anwendung der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a SGB 5 auf Sachleistungsansprüche und der Begrenzung des Anspruchs nach § 13 Abs 3a S 6, 7 SGB 5 durch das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot.	***LSG Hessen***, Urt. v. 10.12.2015 - L 1 KR 413/14 -	16-01-118
Genehmigungsfiktion und Sachleistungsanspruch	B 1 KR 26/16 R **Termin:** 11.07.2017	Gewährt § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 einen Sachleistungsanspruch eigener Art?	***LSG Bayern***, Urt. v. 07.09.2016 - L 20 KR 597/15 -	16-04-120
Sachleistungsanspruch	B 1 KR 7/17 R **Termin:** 07.11.2017 B 1 KR 12/17 R Zurücknahme B 1 KR 16/17 R Zurücknahme	Gewährt § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 einen Sachleistungsanspruch eigener Art?	***LSG Nordrhein-Westfalen, Urt***. v. 06.12.2016 - L 1 KR 680/15 - ***LSG Bayern***, Urt. v. 12.01.2017 - L 4 KR 37/15 - ***LSG Saarland***, Urt. v. 22.02.2017 - L 2 KR 47/16 -	17-01-96 NZB 17-03- 17-03-151
Genehmigungsfiktion und Liposuktion	B 1 KR 1/17 R **Termin:** 11.07.2017	Findet § 13 Abs 3a SGB 5 Anwendung, wenn die Krankenkasse nicht fristgerecht über einen Antrag auf stationäre Liposuktion entscheidet?	***LSG Baden-Württemberg***, Beschl. v. 13.09.2016 - L 4 KR 320/16 -	16-04-121 NZB
Genehmigungsfiktion und Liposuktion	B 1 KR 13/17 R	Findet § 13 Abs 3a SGB 5 Anwendung, wenn die Krankenkasse nicht fristgerecht über einen Antrag auf Liposuktion entscheidet?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 28.03.2017 - L 4 KR 97/15 -	17-03-146
Genehmigungsfiktion: Leistungsberechtigung/Einwendungsausschluss	B 1 KR 2/17 R **Termin:** 07.11.2017	Ist eine Leistungsberechtigung durch den Eintritt der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 wirksam verfügt und die Krankenkasse mit allen Einwendungen ausgeschlossen?	***SG Köln***, Urt. v. 15.11.2016 - S 34 KR 1026/15 -	17-02-115
Genehmigungsfiktion: Unterschenkelprothese u. Reha-Leistung	B 3 KR 18/17 R **Termin:** 19.12.2017	Handelt es sich bei einer Definitiv-Unterschenkelprothese mit Prothesenfuß um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation und ist deshalb § 13 Abs 3a SGB 5 nicht anwendbar?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 05.01.2017 - L 5 KR 43/16 -	17-04-92 NZB
Genehmigungsfiktion: Zurücknahme/Sachleistungsanspruch	B 1 KR 15/17 R **Termin:** 07.11.2017	Wird ein nach Berufungseinlegung erlassener Bescheid, der den nach § 13 Abs 3a SGB 5 fingierten Verwaltungsakt zurücknimmt, Gegenstand des Berufungsverfahrens? Gewährt § 13 Abs 3a SGB 5 einen Naturalleistungsanspruch eigener Art?	***LSG Saarland***, Urt. v. 17.05.2017 - L 2 KR 24/15 -	17-03-156
Zurücknahme einer fingierten Genehmigung	B 1 KR 24/17 R **Termin:** 07.11.2017	Kann eine Krankenkasse eine fingierte Genehmigung durch Verwaltungsakt zurücknehmen, wenn die Versicherte die Leistung - hier: Abdominalplastik - sich noch	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 06.04.2017	17-03-155

		nicht selbst beschafft hat. Wird ein nach Berufungseinlegung erlassener Bescheid, der den nach § 13 Abs 3a SGB 5 fingierten Verwaltungsakt zurücknimmt, Gegenstand des Berufungsverfahrens? Gewährt § 13 Abs 3a SGB 5 einen Naturalleistungsanspruch eigener Art?	- L 16 KR 202/16 -	
Stationäre Behandlung				
Liposuktion: Maßstab der evidenzbasierten Medizin	B 1 KR 13/16 R B 1 KR 10/17 R	Gilt das Qualitätsgebot gem § 2 Abs 1 S 3 SGB 5 bei der Anwendung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Bereich auch nach der Änderung des § 137c SGB 5 in der Fassung vom 16.7.2015?	***LSG Sachsen***, Urt. v. 23.07.2015 - L 1 KR 104/15 - ***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 31.08.2016 - L 5 KR 609/16	16-02-102 NZB 17-03-126 NZB
	B 1 KR 22/17 R	Verlangt das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative im Sinne des § 137c Abs 3 SGB 5 die auf kontrollierte - nicht notwendig randomisierte - Studien gestützte Annahme, die betreffende Methode werde zu einem patientenrelevanten oder wirtschaftlichen Vorteil gegenüber der etablierten Standardbehandlung führen? Ist eine Besserstellung stationärer Liposuktionen nach § 137c Abs 3 SGB 5 gegenüber ambulanten mit dem Gleichheitssatz aus Art 3 Abs 1 GG vereinbar?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 18.05.2017 - L 5 KR 95/15 -	17-03-127
Auslandskrankenbehandlung				
Arzneimittel				
Immunglobuline bei monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz	B 1 KR 4/17 R	Hat ein Versicherter, der unter einem Antikörpermangelsyndrom bei Monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz (MGUS) leidet, einen Anspruch auf intravenös zu verabreichende Arzneimittel mit dem Wirkstoff Immunglobulin außerhalb deren Indikationsgebietes, wenn aus der Grunderkrankung eine Schwächung des körpereigenen Abwehrsystems resultiert, die bei einer bereits eingetretenen Häufung schwerster Lungenentzündungen im Falle weiterer Infekte einen tödlichen Krankheitsverlauf bewirken kann, aber die Immunglobulingabe die Infektanfälligkeit reduziert? Ist eine Grunderkrankung, von der ein lebensbedrohliches Risiko ausgeht, bei dem aber nicht absehbar ist, dass es sich innerhalb eines kürzeren überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit realisiert, eine lebensbedrohliche Erkrankung?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 24.01.2017 - L 4 KR 456/14 -	17-02-138
Hilfsmittel/Heilmittel				
Festbetragsfestsetzung für Hörgeräte	B 3 KR 28/15 R Zurücknahme	Zur Klagebefugnis eines Versicherten gegen die Festbetragsfestsetzung bei Hilfsmitteln (hier: Hörhilfen) durch den GKV-Spitzenverband und zum gerichtlichen Prüfungsmaßstab im Rahmen von § 36 SGB 5.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 24.07.2015 - L 9 KR 54/12 KL -	16-01-135
Mehrkosten durch die Entsorgung von Inkontinenzmaterialien	B 3 KR 4/17 R	Umfasst der Anspruch auf Versorgung mit Inkontinenzmaterial auch die Kosten für die Entsorgung nach dem Gebrauch?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 19.10.2016 - L 5 KR 71/16 -	16-04-137 NZB
Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe				
Seniorenresidenz als geeigneter Ort	B 3 KR 11/16 R **Termin:** 30.11.2017	Kann häusliche Krankenpflege durch den Betreiber eines Pflegedienstes erfolgen, der einen Schwerstpflegebedürftigen in einem für die Intensivpflege hergerichteten, ihm gehörenden Gebäude pflegt ("Service-Wohnen")?	***LSG Rheinland-Pfalz***, 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	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 15.12.2016 - L 5 KR 33/16 -	17-02-148
Fahrkosten				

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankenhauskosten

Krankenhauseinweisung für stationäre Behandlung	B 1 KR 26/17 R	Ist die ärztliche Krankenhauseinweisung Voraussetzung für die stationäre Behandlungsbedürftigkeit sowie für die Abrechenbarkeit stationärer Vergütungsansprüche?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 25.07.2017 - L 4 KR 10/15 -	17-04-117
Erfüllungsfiktion des § 107 SGB X	B 1 KR 15/16 R **Termin:** 28.03.2017	Gilt die Erfüllungsfiktion des § 107 SGB 10 auch in Krankenhausbehandlungsfällen für das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse nach Zahlung der Vergütung durch eine unzuständige Krankenkasse?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 30.03.2016 - L 1 KR 18/14 -	16-04-148
Rechnungskorrektur nach Ende des Haushaltsjahrs	B 1 KR 27/16 R **Termin:** 23.05.2017	Unter welchen Voraussetzungen ist ein Krankenhaus mit Nachberechnungen nach Ablauf des auf das Rechnungsjahr folgenden Haushaltsjahres auch bei beanstandeten Schlussrechnungen nach Treu und Glauben ausgeschlossen?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 22.09.2016 - L 5 KR 396/16 -	17-01-138
Risikoverteilung bei Wiederaufnahme wegen Komplikationen	B 1 KR 17/16 R Erledigt durch Anerkenntnis	Zur Frage der Verantwortlichkeit des Krankenhauses bei einer Wiederaufnahme eines Versicherten wegen Komplikationen und zur Frage der Beweislast bei Nichterweislichkeit der Ursachen.	***LSG Hamburg***, Urt. v. 26.06.2016 - L 1 KR 116/13 -	16-04-153
Fallzusammenführung	B 1 KR 3/16 R **Termin:** 28.03.2017	Fehlt es an der erforderlichen formal ordnungsgemäßen Krankenhausabrechnung, wenn das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale nicht vorgenommen hat, dies aber angezeigt war (hier: Amputation mit Wundheilungsstörung und Hauttransplantation)?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 21.01.2016 - L 1 KR 172/13 -	16-03-142
Voraussetzungen einer Beurlaubung	B 1 KR 29/16 R **Termin:** 28.03.2017	Fordert das Wirtschaftlichkeitsgebot, dass die Behandlung eines Versicherten, der nach stationärer Diagnostik entlassen wurde, um sich über den geplanten Eingriff vertragsärztlich beraten zu lassen, und alsbald zur Durchführung des Eingriffs im selben Krankenhaus wieder stationär aufgenommen wurde, als ein nur durch Beurlaubung unterbrochener Behandlungsfall zu gelten hat?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 02.06.2016 - L 5 KR 38/16 -	17-01-146 NZB
Kodierung nicht vollendeter oder unterbrochener Prozeduren	B 1 KR 9/17 R **Termin:** 26.09.2017	Zur Kodierung von nicht vollendeten oder unterbrochenen Prozeduren.	***LSG Hamburg***, Urt. v. 20.07.2016 - L 1 KR 13/15 -	17-02-172 NZB
Zusatzentgelt	B 1 KR 17/17 R **Termin:** 19.12.2017	Wie ist die Vereinbarung eines Zusatzentgelts gemäß § 6 Abs 2 KHEntgG im Rahmen der Auslegung des Qualitätsgebots zu berücksichtigen, wenn das Krankenhaus eine neue Behandlungsmethode - hier Implantation von endobronchialen Nitinolspiralen zur Lungenvolumenreduktion - anwendet?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 23.11.2016 - L 5 KR 1101/16 -	17-01-143 NZB
Kodierung einer primären fokalen Hyperhidrose	B 1 KR 25/17 R	Ist bei einer Krankenhausbehandlung wegen einer primären fokalen Hyperhidrose die Hauptdiagnose nach der Nr G90.8 oder nach der Nr R61.0 des ICD-10-GM 2009 zu kodieren?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 17.05.2017 - L 1 KR 56/14 -	17-04-134
Maschinelle Beatmung	B 1 KR 18/17 R **Termin:** 19.12.2017	Setzt die Entwöhnung von der maschinellen Beatmung im Sinne von Abschnitt 1001h der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2011 die vorherige Gewöhnung an den Respirator voraus und welchen Stellenwert hat bei der Auslegung der DKR das medizinische Begriffsverständnis?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 15.11.2016 - L 11 KR 4054/15	17-01-147 NZB
Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen	B 1 KR 19/17 R **Termin:** 19.12.2017	Zum Anspruch der Krankenkasse auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen des Krankenhauses während des Rechtsstreits und zu den Anforderungen an die Dokumentation der im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) geregelten Komplexleistungen.	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14.12.2016 - L 5 KR 4875/14 -	17-01-148 NZB
Aufwandspauschale und Prüfung	B 1 KR 24/16 R	Gibt es bei der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer	***SG Marburg***, Urt. v. 08.08.2016	16-04-165

der sachlich-rechnerischen Richtigkeit	**Termin:** 23.05.2017	Krankenhausabrechnung die Pflicht der Krankenkasse, eine Aufwandspauschale zu zahlen?	- S 6 KR 93/16 -	
	B 1 KR 28/16 R **Termin:** 23.05.2017	Gibt es bei Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung die Pflicht der Krankenkasse, eine Aufwandspauschale zu zahlen?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 21.06.2016 - L 16/1 KR 541/14 -	16-03-158 NZB

Ambulante Versorgung

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

Apotheken: Verhängung einer Vertragsstrafe nur mittels Verwaltungsakt	B 3 KR 16/16 R **Termin:** 29.06.2017	Hat eine Krankenkasse gegenüber einer Apothekerin eine Vertragsstrafe wegen Falschabrechnungen mittels Verwaltungsakt festzusetzen oder kann sie diese auch im Rahmen einer echten Leistungsklage geltend machen	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 20.09.2016 - L 11 KR 674/15 -	16-04-168
Apotheken: Zulässigkeit einer produktneutralen Verordnung von Impfstoffen	B 3 KR 5/17 R	Sind Apotheker im Falle einer produktneutralen Verschreibung von Impfstoffen ohne Nennung der Bezeichnung des Impfstoffs durch Vertragsärzte verpflichtet, anhand von Informationsmaterial der Krankenkassen rabattierte Impfstoffe auszuwählen und abzugeben?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 24.01.2017 - L 11 KR 4746/15 -	17-02-195
Vereinbarung über Abschlag bei Abgabe von Zytostatika	3 KR 6/17 R	Gestattet § 129 Abs 5 S 1 SGB 5 eine vertragliche Regelung über die Abrechnung von in Apotheken hergestellten Zytostatika auf Landesebene oder sind diese Regelungen nach § 129 Abs 5 S 3 SGB 5 ausschließlich der einzelvertraglichen Ebene vorbehalten?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 07.12.2016 - L 9 KR 333/13 -	17-02-192
Ausländische Versandapotheke und Umsatzsteuer	B 3 KR 19/17 R	Zur umsatzsteuerrechtlichen Behandlung von Arzneimittellieferungen einer Apotheke aus einem anderen EU-Land an die Mitglieder inländischer gesetzlicher Krankenkassen.	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 06.07.2017 - L 5 KR 105/16 -	17-04-140
Mischpreisbildung für Arzneimittel (Wirkstoff: Albiglutid)	B 3 KR 20/17 R	Zur Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs der Schiedsstelle nach § 130b Abs 5 SGB 5 bezüglich des Zuschlag(es) auf die Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie und der Mischpreisbildung in der Konstellation unterschiedlich nutzenbewerteter Patientengruppen.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 28.06.2017 - L 9 KR 213/16 KL -	17-03-215
Mischpreisbildung bei unterschiedlich nutzenbewerteter Patientengruppen	B 3 KR 21/17 R	Zum Begründungsumfang eines Schiedsspruchs zur Festsetzung von Erstattungsbeträgen für Arzneimittel gemäß § 130b SGB 5 insbesondere im Hinblick auf eine Verpflichtung zur Offenlegung des Rechenwegs. Zur Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs der Schiedsstelle nach § 130b Abs 5 SGB 5 zur Mischpreisbildung bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages in der Konstellation unterschiedlich nutzenbewerteter Patientengruppen.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 28.06.2017 - L 9 KR 72/16 KL -	17-04-141
Arzneimittelhersteller/Festbetrags-festsetzung: Vorübergehende Lieferschwierigkeiten	B 3 KR 9/16 R	Zur Frage der Rechtmäßigkeit der Anpassung eines Festbetrages für Arzneimittel bei einem zwischenzeitlich eingetretenen Zeitablauf von mehreren Monaten zwischen dem Bewertungsstichtag und dem Wirksamwerden der Festbetragsanpassung einschließlich einer eingeschränkten Lieferfähigkeit des Produkts.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 08.04.2016 - L 1 KR 476/12 KL -	16-03-167
Festbetrag für Medikinet® adult („Methylphenidat Gruppe 1“)	B 3 KR 7/17 R (alt: B 1 KR 5/17 R)	Verstößt die Neufestsetzung des Festbetrages für die Festbetragsgruppe Methylphenidat 1 vom 3.2.2014 des GKV-Spitzenverbandes, soweit damit auch ein Festbetrag für Medikinet® mit Wirkung vom 1.4.2014 festgesetzt worden ist, gegen § 35 SGB 5 und gegen höherrangiges Recht?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 26.01.2017 - L 1 KR 67/14 KL -	17-02-188
Festbetrages für „Levothyroxin-Natrium“	B 3 KR 10/17 R	Zur Frage der Rechtmäßigkeit der Anpassung eines Festbetrages für Arzneimittel bei einem zwischenzeitlich eingetretenen Zeitablauf von mehreren Monaten zwischen dem Bewertungsstichtag und dem Wirksamwerden der Festbetragsanpassung einschließlich einer eingeschränkten Lieferfähigkeit des Produkts.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 24.02.2017 - L 1 KR 80/14 KL -	17-02-189
Abschlagspflicht für	B 3 KR 11/17 R	Gilt die Abschlagspflicht für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel nach § 130a Abs	***LSG Berlin-Brandenburg***,	17-02-190

Insulinpräparate ohne Patentschutz und Generika/Wirkstoffgleichheit		3b SGB 5 auch für zwei in demselben biotechnologischen Herstellungsprozess produzierte und wirkstoffidentische Arzneimittel oder ist diese auf Generika und ihre Referenzarzneimittel begrenzt?	Urt. v. 14.12.2016 - L 9 KR 213/13 -	
Reduzierung des Herstellerrabatts auf 6 % und Ertragssituation	B 3 KR 10/16 R	Unter welchen Voraussetzungen kann ein pharmazeutischer Unternehmer die Reduzierung des Herstellerrabatts von 16 auf 6 % beanspruchen?	***LSG Hessen***, Urt. v. 11.06.2015 - L 8 KR 88/12 -	16-03-170 NZB
Auskunftsanspruch der Krankenkassen	B 3 KR 13/16 R	Zum Inhalt und Reichweite des Auskunftsanspruchs nach § 129 Abs 5c S 4 SGB 5.	***LSG Bayern***, Urt. v. 24.05.2016 - L 5 KR 442/13 -	16-04-171
Hilfsmittelverzeichnis: Darlegungs- und Beweispflichten des Herstellers	B 3 KR 13/17 R	Hat ein Hersteller eines Hilfsmittels Anspruch auf Eingruppierung seines Produkts in eine bestimmte Produktart des Hilfsmittelverzeichnisses (hier: Produktart 23.04.03.3 "Rahmenorthesen zur Führung und Stabilisierung des Kniegelenks mit Extensions-/Flexionsbegrenzung") oder ist der vom Gesetzgeber vorgegebene Zweck des Hilfsmittelverzeichnisses bereits dann erfüllt, wenn das betreffende Hilfsmittel überhaupt aufgenommen/gelistet wird?	***LSG Thüringen***, Urt. v. 28.03.2017 - L 6 KR 1809/13 -	17-03-216
Hilfsmittelverzeichnis: Aufnahme des Speedy-Duo 2?	B 3 KR 3/16 R **Termin:** 30.11.2017	Sind Vorspann- bzw Einhängefahrräder für Rollstühle mit Handkurbelantrieb und elektromotorischer Servounterstützung zum Erreichen von 10 km/h bzw 14 km/h in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 08.12.2015 - L 1 KR 61/11 -	16-01-184
Hilfsmittelabgabe auf „verkürztem Versorgungswege“: Entgeltrückforderung	B 3 KR 2/16 R Übereinstimmende Erledigterklärung	Hat der Erbringer von Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie, die er nicht an Versicherte, sondern an den verordnenden Vertragsarzt abgegeben hat, hierfür einen Vergütungsanspruch?	***LSG Bayern***, Urt. v. 24.03.2015 - L 5 KR 383/11 -	16-01-182 NZB
Ausschluss der Masseure von Manueller Therapie	B 3 KR 24/15 R **Termin:** 16.03.2017	Ist die in den Heilmittelrichtlinien und in Landesverträgen enthaltene Regelung, nach der zur Versorgung der Versicherten nur zugelassene Physiotherapeuten Leistungen der Manuellen Therapie zu Lasten der Krankenkassen abrechnen dürfen, wenn sie eine Weiterbildung in dieser Behandlungstechnik absolviert und eine Abschlussprüfung bestanden haben, rechtmäßig?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 21.07.2015 - L 11 KR 4481/12 -	15-04-134
	B 3 KR 5/16 R B 3 KR 14/16 R B 3 KR 15/16 R **Termin:** 16.03.2017	Verstößt die in den Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (juris: HeilMRL) und im maßgeblichen Landesvertrag enthaltene Regelung, nach der nur zugelassene Physiotherapeuten Leistungen der manuellen Therapie zu Lasten der Krankenkassen abrechnen dürfen, wenn sie eine Weiterbildung in dieser Behandlungstechnik absolviert und eine Abschlussprüfung bestanden haben, gegen höherrangiges Recht?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 07.01.2016 - L 5 KR 192/15 - ***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 08.07.2016 - L 1 KR 205/13 WA - - L 1 KR 206/13 WA -	16-03-175 16-04-173 16-04-174
Zulassung einer Ergotherapeutin: Weitere Fachkraft ausschließlich für Hausbesuche	B 3 KR 2/17 R	Kann die Zulassung einer selbstständigen Ergotherapeutin im Hinblick auf die freie Mitarbeit einer halbtags tätigen zweiten Ergotherapeutin erweitert werden, wenn die Praxis nur über einen ausreichend großen Behandlungsraum verfügt, die Mitarbeiterin aber ausschließlich Hausbesuche durchführen soll?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 13.05.2016 - L 4 KR 3332/15 -	16-03-174 NZB
Raumhöhe für physiotherapeutische Praxis	B 3 KR 16/17 R	Erfüllt ein Physiotherapeut auch dann die Voraussetzungen für eine Zulassung nach § 124 SGB 5, wenn die Raumhöhe seiner Praxis 2,50 m unterschreitet?	***LSG Thüringen***, Urt. v. 20.04.2017 - L 6 KR 936/14 -	17-03-218
Unterbliebene Durchführung des Schiedsverfahrens	B 3 KR 31/15 R **Termin:** 29.06.2017 B 3 KR 9/17 R	Kann ein Pflegedienst eine höhere Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (hier: ärztlich verordnete Einmalkatheterisierungen) im Wege der Leistungsklage durchsetzen, wenn ein Schiedsverfahren trotz Vorliegens einer Schiedsvereinbarung unterblieben ist?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 18.11.2015 - L 5 KR 2883/13 - ***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 21.02.2017 - L 11 KR 4278/15 -	16-01-185 17-02-200

Krankentransportunternehmer: Klagebefugnis bei Kassenäußerung zur Vorabgenehmigungspflicht	B 3 KR 19/15 R Erledigt durch Vergleich (11/2016)	Ist eine Klage von Krankentransportunternehmen auf Unterlassung von Äußerungen einer Krankenkasse zu den Voraussetzungen eines Leistungsanspruchs der Versicherten (hier: § 60 Abs 2 S 1 Nr 3 SGB 5) zulässig?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 26.02.2014 - L 9 KR 313/11 -	14-03-136 NZB
Integrierte Versorgung				
Wirksamkeit von Verträgen/Abrechnung der Anschubfinanzierung	B 1 KR 5/16 R Erledigt durch Zurücknahme	Zur Frage der Wirksamkeit von Verträgen und der Erforderlichkeit der rechnerischen Nachvollziehbarkeit von Einbehalten unter Berufung auf die sog Anschubfinanzierung zur Förderung der integrierten Versorgung.	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 26.01.2016 - L 4 KR 166/13 -	16-03-161
Krankenkassen				
Spielraum zur Erhöhung der Vorstandsbezüge	B 1 A 1/17 R (alt: B 1 KR 23/17 R)	Kann die Aufsichtsbehörde die Zustimmung zu einer Vergütungserhöhung für den Vorstandsvorsitzenden einer Krankenkasse verweigern, wenn die geplante Erhöhung die Trendlinie, die von der Aufsichtsbehörde unter Berücksichtigung aller gezahlten Vorstandsgehälter ermittelt wurde, um mehr als 30 Prozent überschreitet?	***LSG Bayern***, Urt. v. 21.03.2017 - L 5 KR 334/15 KL -	17-04-147
GBA				
Sonstiges				
Abgabepflicht für Mitarbeiter eines Ärzteblatts einer Ärztekammer	B 3 KS 3/15 R **Termin:** 28.09.2017	Ist eine Ärztekammer als Herausgeberin eines Ärzteblattes abgabepflichtig nach dem KSVG, wenn die Redaktionsmitglieder ausschließlich ehrenamtlich gegen Aufwandsentschädigung tätig und die Beiträge idR kostenlos verfasst werden?	***LSG Mecklenburg-Vorpommern***, Urt. v. 16.06.2015 - L 4 R 183/10 -	16-01-251
Künstlersozialabgabepflicht für Doktoranden	B 3 KS 1/16 R Erledigt durch Anerkenntnis (11/2016)	Sind Doktoranden wegen der Erstellung von Dissertationen wissenschaftliche Autoren im Sinne des Künstlersozialversicherungsrechts?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 31.05.2016 - L 4 KR 378/14 -	juris
Selbstständige Tätigkeit/abhängige Beschäftigung im Rundfunk	B 1 KR 31/16 R (alt: B 12 KR 21/16 R) **Termin:** 28.09.2017	Gelten die im Arbeits- und Sozialrecht weitestgehend übereinstimmenden Kriterien für die Abgrenzung von selbstständiger Tätigkeit und abhängiger Beschäftigung auch im Bereich der Rundfunkanstalten?	***LSG Hessen***, Urt. v. 06.10.2016 - L 8 KR 101/14 -	juris
Beschwerdewert	B 3 KR 14/17 R	Kommt es für den Beschwerdewert iS von § 144 Abs 1 S 1 Nr 1 SGG auf den wegen der Erfüllungswirkung nach § 107 Abs 1 SGB 10 verringerten Betrag der geltend gemachten Forderung an (hier: wenn der Kläger einen Anspruch auf Krankengeld geltend macht, im streitgegenständlichen Zeitraum aber bereits Leistungen in Form von Arbeitslosengeld bezogen hat)?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 20.04.2017 - L 5 KR 175/16 -	17-04-154