

Rechtsprechungsinformationsdienst 18-02

REDAKTION	9
EDITORISCHE HINWEISE	9
A. VERTRAGSARZTRECHT	10
I. Honorarverteilung	10
1. Vergütung ab Quartal I/12	10
a) Ärzte mit einer anteiligen Arztstelle unter der RLV-Systematik	10
b) HVM-Regelung für anteilige Arztstellen (KV Schleswig-Holstein Quartal IV/13)	11
c) Vergütung humangenetischer Leistungen/ Quotierungsuntergrenze von 60 % (KV Hessen)	11
d) Kein BAG-Zuschlag bei Job-Sharing-Anstellung	11
2. Vergütung Quartal I/09 bis IV/11: Regelleistungsvolumen/QZV	12
a) Ermessen der KV/QZV-Leistungen nicht zur Erhöhung des RLV	12
b) RLV und QZV für Fachärzte für Diagnostische Radiologie	12
c) Rechtmäßigkeit der fallzahlabhängigen Abstufungsregelung	12
3. Voraussetzungen eines Härtefalls	13
4. Keine nachträgliche Korrektur der Abrechnung durch Vertragsarzt	13
5. Keine Kontoummeldung per E-Mail	13
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	14
1. Plausibilitätsprüfung	14
a) Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung	14
aa) Verbindlichkeit der Prüfzeiten/KV-Zeiten	14
bb) Interventionsgespräch nach Nr. 35110 EBM/Beratung über Sterilisation nach Nr. 01850 EBM	14
cc) Berufsausübungsgemeinschaft/Keine Berücksichtigung honorarbegrenzender Maßnahmen	15
b) Patientenbezogene Plausibilitätsprüfung: Kein organisierter Ärztlicher Bereitschaftsdienst	15
2. Handschriftliche Dokumentation eines Arztes muss entzifferbar sein	16
3. Unklare Auskünfte zur Berechtigung einer Leistungserbringung	16
4. Zahnärztliche Leistungen	17
a) Fehlender Leistungsnachweis bei fehlender Dokumentation (Nr. 2255 GOÄ-82)	17
b) Zystektomie Nr 56a (Zy1) BEMA-Z	17
III. Genehmigung	18
1. Laborgenehmigung für Pathologen: Fachgebietszugehörigkeit von Leistungen	18
2. Keine Vorbereitungsassistentin für MVZ mit angestellten Zahnärzten	18
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	19
1. Arzneikostenregress	19
a) Verordnungsausschluss und Begründung eines Ausnahmefalls/Voltaren (Diclofenac)	19
b) Verordnungsausschluss von „Spasmo Mucosolvan“	19
c) Sprechstundenbedarf: Sachlich-rechnerische Richtigstellung durch KV	20
2. Zahnärzte	20
a) Eingeschränkte Einzelfallprüfung mit Hochrechnung/Einzelleistungen	20
b) Kürzung von Einzelleistungen und Restüberschreitung	21
V. Zulassungsrecht	21
1. Zulassung: Auswahlverfahren nach partieller Öffnung eines Planungsbereichs	22
a) Keine „Konzeptbewerbung“ nach § 103 IV 10 SGB V	22
b) Räumliche Verteilung der Ärzte der Fachgruppe innerhalb der Raumordnungsregion	22
c) Kein Versorgungsauftrag mit dem Anrechnungsfaktor 1,5	22
d) Entsperrung: Spezialisierte fachärztliche Versorgung	23
2. Umwandlung einer Arztstelle zugunsten des anstellenden MVZ	23
3. Zulassungsende: Zulassung unter der Bedingung des hälftigen Verzichts	24
4. Zulassungsentziehung	24
a) Visuelles Ausspionieren der Praxisangestellten in ihrer Intimsphäre	24
b) MVZ: Keine vertragsärztliche Tätigkeit ohne Ärzte/Kein Ruhen ohne Wiederaufnahmeabsicht	25
VI. Sozialpädiatrisches Zentrum/Gesamtvergütung/Hausarztzentrierte Versorgung/GBA	25
1. Höhe der Quartalspauschale je Behandlungsfall	26

VII. Verfahrensrecht/Kosten/Streitwert/EHV (KV Hessen)	27
1. Vertragsarztsstreitigkeit/Lieferant von Sprechstundenbedarf	27
2. Kosten: Wirtschaftlichkeitsprüfung/Kostenquote bei Beratung als verbliebener Sanktion	27
3. Streitwert	27
a) Höheres RLV/QZV: Kein Abzug von Praxis- oder Sachkosten	27
b) ER-Beschwerdeverfahren in Zulassungssachen	28
4. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) KV Hessen	29
a) Berücksichtigung besonderer Kostenanteile (Laborärzte, Quartal I/09)	29
b) Honorar aus Sonderverträgen: Widerspruchsvoraussetzungen und Schätzbescheide	29
VIII. Bundessozialgericht (BSG)	29
1. Honorarverteilung	29
a) Unterdurchschnittlich abrechnende Vertragsarztpraxis und HVM	29
b) Kleine Arztpraxis in überversorgtem Planungsbereich/Vorläufige RLV-Zuweisung	30
c) Regelleistungsvolumen	30
aa) Regelleistungsvolumen und ambulante Operationen	30
bb) Bestimmung von Sonderregelung rechtfertigenden Praxisbesonderheiten	30
cc) Fallzahlabhängige Quotierung im RLV	31
dd) Keine Freistellung überdurchschnittlich großer Altpraxen von Abstaffelungsregelung	32
d) Psychotherapeutenvergütung 2007/2008	32
e) Pädiatrische Spezialambulanz: Zusätzliche Pauschale nicht für Vergangenheit	33
f) Förderung belegärztlicher Leistungen	33
2. Dialyseversorgungsauftrag	33
a) Bindung des Versorgungsauftrags an Dialysepraxis/Feststellungsklage	33
b) Versorgungsauftrag nach Ausscheiden eines Arztes aus Dialysepraxis	33
c) Dialyseauftrag und Änderung der rechtlichen Form der Kooperation	34
3. Keine Wettbewerbsansprüche von Nephrologen wegen Nebenbetriebsstätte	34
4. Sachlich-rechnerische Berichtigung: Genehmigung eines Heil- und Kostenplans	34
5. Schadensregress der Krankenkasse gegen Zahnärztin: Nachbesserung/Neuanfertigung	34
6. Zulassungsrecht	35
a) Ermittlung eines Sonderbedarfs (Verhaltenstherapie in Berlin)	35
b) Keine MVZ-Gründung durch Verlegung einer Anstellungsgenehmigung	35
c) Außenstelle eines ermächtigten Sozialpädiatrischen Zentrums	35
d) Zulassungsentziehung: Falschabrechnung/Verständigung gem. § 257c StPO	36
7. Keine Befugnis der Gesamtvertragsparteien zur Regelung der Notdienstvergütung	36
8. Amtsentbindung nach Wegfall der Berufungsvoraussetzungen eines ehrenamtlichen Richters	36
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	37
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	37
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode	37
a) Drohender einseitiger Sehverlust/Serumaugentropfen aus Eigenblut	37
b) Topische (lokale) Sauerstoff-Therapie	37
c) Ambulante Liposuktion/Verschuldungskosten	37
d) Optische Kohärenztomografie (OCT)	37
2. Cochlea-Implantation	38
3. Laserepilation bei Transidentität	38
4. Zahnärztliche Versorgung	38
a) Vollständige Kostenübernahme für Zahnersatz nach Tumorbehandlung	38
b) Begrenzter Zuschuss zu Zahnersatz	39
c) Abbruch einer kieferorthopädischen Behandlung	39
II. Stationäre Behandlung	39
1. Schlauchmagen-Operation	40
2. Fettschürzenresektion	40
3. Liposuktion	40
4. Kein Notfall bei auf größeren Umfang und Zeitaufwand angelegter Therapie	40
5. Operative Behandlung mit penisverlängernder Wirkung	41
III. Kostenerstattung	41
1. Verordnung einer Krankenhausbehandlung und Genehmigung der Krankenkasse	41
2. Kostenzusage für Krankenhausbehandlung	42
3. Genehmigungsfiktion	42
a) Unbestimmter Antrag („Vorlesesystem“)	42
b) Frist bei fehlendem Nachweis für Einschaltung des MDK	42
c) Ankündigung einer Prüfung/Nicht zugelassener Leistungserbringer	42
d) Beschaffung der Leistung vor Fristablauf	43

e) Erforderlichkeit: Arzneimittel im Rahmen eines Off-Label-Use	43
f) Positive Kenntnis vom Leistungsausschluss (Liposuktion)	43
g) Ausschluss der Genehmigungsfiktion für Leistungen im Ausland	44
h) Rücknahme einer fiktiven Genehmigung	44
aa) Bestehen des Leistungsanspruchs unbeachtlich	44
bb) Keine Rücknahme möglich	44
cc) Keine Rücknahme einer fiktiven Genehmigung	45
dd) Keine besonderen Voraussetzungen	45
IV. Arzneimittelversorgung	45
1. Versorgung mit cannabishaltigen Arzneimitteln	45
a) Aussicht auf spürbare positive Einwirkung auf Krankheitsverlauf	45
b) Therapiehoheit des Vertragsarztes/Folgenabwägung	46
c) Keine Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung vor Genehmigung	47
d) Cannabis als Schmerzmittel vor Neufassung des § 31 VI SGB V	47
2. Festbetragsarzneimittel	47
a) Ausschöpfen der Arzneimittelalternativen	47
b) Unzumutbarkeit der Testung weiterer Festbetragsmedikamente	47
3. Membranoproliferative Glomerulonephritis (MPGN-C3-Nephropathie): Seltenheitsfall	48
4. Therapieversuch mit dem Wirkstoff Rituximab bei sekundär progredienter Multipler Sklerose	48
V. Hilfsmittel	48
1. Rollstuhlzuggerät (Handbike) für Erwachsene	48
2. Hörgeräteversorgung	49
a) Hörgerät wegen qualifizierter Arbeitsplatzanforderungen	49
b) Kein Unterschied zu Hörhilfen zum Festbetrag	50
c) Anordnungsgrund: Vorläufige Selbsttragung der Kosten	50
VI. Rehabilitation/Krankentransport/Häusliche Krankenpflege	50
1. Rehabilitation	50
a) Stationäre Rehabilitationsmaßnahme	50
aa) Ausschöpfen der ambulanten Maßnahmen	50
bb) Fehlende Ausschöpfung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten	50
cc) Anspruch nach Versorgung mit Cochlea-Implantaten	51
dd) Keine Erstattung von Kosten einer Begleitperson	51
b) Vorsorgemaßnahme für Mütter: Kinder als Begleitkinder	51
2. Hubschrauber-Krankentransport von Kreuzfahrtschiff unter fremder Flagge	51
3. Häusliche Krankenpflege	52
a) Hauswirtschaftliche Versorgung und Verschlimmerung der Wunde (ER-Verfahren)	52
b) Keine Vergütung für Haushaltsangehörige	52
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	52
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	53
a) Vollstationäre Krankenhausbehandlung: Entlassung am selben Tag	53
b) Notwendigkeit stationärer Behandlung bei Alkoholabhängigkeitssyndrom	53
c) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	54
aa) Pharmakotherapie und Off-Label-Use	54
bb) Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt: Lungenvolumenreduktion	54
cc) Methode der bronchialen Thermoplastie: Keine Ausschlussentscheidung des GBA	54
d) Mindestmenge von komplexen Eingriffen am Organsystem Pankreas	55
e) Prüffristen	55
aa) Beginn der Verzinsung bei Aufrechnungsfällen	55
bb) Überschreiten der 4-wöchigen Frist zur Vorlage der Unterlagen keine Ausschlussfrist	55
cc) Keine Ausschlussfristen durch PrüfvV	55
dd) Materiell-rechtliche Ausschlussfrist zur Vorlage der Krankenhausunterlagen	55
ee) Septorhinoplastik/Keine Präklusion gerichtlicher Ermittlung durch PrüfvV	56
f) Keine Einleitung einer MDK-Prüfung: Präklusionswirkung auf medizinische Einwendungen	56
g) Keine controllingorientierte schematische Krankenhausabrechnungsprüfungen	56
h) Vergütungsanspruch des Krankenhauses trotz Operation durch „falschen Arzt“	57
i) Verjährung	57
aa) Hemmung der Verjährungsfrist bei Unkenntnis über Krankenkasse des Patienten	57
bb) Verjährungsfrist im Krankenhausabrechnungstreit: Dreijahresfrist	57
2. Teilstationäre Behandlung bei einer Depression als komorbide Erkrankung	58
3. Fallpauschalen	58
a) Implantierung einer modularen Endoprothese	58
b) Implantation von alloplastischem Knochenersatz	58
c) Spongiosatransplantation zur Füllung eines Spalts	59

d) Behandlung einer oder mehrerer Komplikationen eines Diabetes mellitus	59
e) Setzen eines weiteren Shunts bei dialysepflichtiger Niereninsuffizienz	59
f) Auslegung der Prozedurcodes bei Vereinbarung einer positiven Strukturprüfung	60
g) Hauptdiagnose Gallenblasenstein	60
h) Intensivmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-980.x)	60
i) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	61
j) Behandlung einer Hyperhidrose (Krankhaftes Schwitzen)	61
k) Beatmung eines Frühgeborenen	61
4. Aufwandspauschale	61
a) Aufrechnungsverbot: Keine Zulassung der Berufung	61
b) Erstattungsanspruch der Krankenkasse nach Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit	62
c) Rückwirkungsverbot und Verbot treuwidrigen Verhaltens	62
d) Keine Rückforderung bei Anzeige als Rechnungsprüfung nach § 275 I c SGB V	62
e) Aufrechnungsverbot/Rückforderung verstößt gegen Treu und Glauben	62
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	63
1. Apotheken	64
a) Retaxierung: Nicht erkennbarer Verordnungsausschluss mangels Eintrag in Lauer-Taxe	64
b) Unverwendete Restmengen zytostatikahaltiger Injektionslösungen (sog. Verwurf)	64
c) Krankenhausapotheke: Ärztliche Verordnung notwendig	64
d) Keine Auskunftspflicht über die Einkaufspreise des Lohnherstellers	65
e) Erstattung von Umsatzsteuer	65
aa) Pflicht zur Korrektur der Umsatzsteuerfestsetzung nur bei vertraglicher Vereinbarung	65
bb) Keine Erstattungspflicht der Umsatzsteuer nach Abführung an Finanzamt	65
cc) Lieferung einer Krankenhausapotheke an anderes Krankenhaus	66
2. Arzneimittelhersteller/Arzneimittelimporteure	66
a) Erprobung neuer Untersuchungsmethoden (DiaPat®-CC Tests, Nachweis Gallengangskarzinom)	66
b) Schiedsspruch: Anforderungen an einen Nutzenbewertungsbeschluss	67
c) Schiedsstelle nach § 130b V SGB V: Keine Nachholung unterbliebener Anhörung	67
d) Unterlassungsanspruch eines Arzneimittelvertriebs gegen Prüfungsstelle	67
e) Pharmazeutischer Unternehmer: Parallelvertreiber und Parallelimporteure	68
f) Keine Klagebefugnis eines Konkurrenten gegen Rabattbefreiung	68
3. Hilfsmittelherbringer	68
a) Hilfsmittelverzeichnis: Aufnahme von Laufrädern	68
b) Kein sozialgerichtlicher Rechtsweg bei Ausschreibungen gesetzlicher Krankenkassen	69
c) Kein Rechtsweg zur Sozialgerichtsbarkeit in Vergaberechtsstreitigkeiten/Keine Verweisung	69
4. Häusl. Krankenpflege/Qualitätssichernde Regelung: Ständige Verantwortung einer Pflegefachkraft	69
5. Kollektivvertrag über Versorgung mit Hebammenhilfe: Abwehrrecht/Mindestgröße	70
6. Krankentransportleistungen: Kein Anspruch auf Vergütungsvereinbarung	70
7. Praxiskliniken können keinen Versorgungsvertrag abschließen	71
8. Keine Entschädigung für Dolmetscher- und Übersetzerleistungen	71
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen	72
1. Werturteile in sozialmedizinischen Stellungnahmen	72
2. Erstattungsansprüche	72
a) Kosten für medizinische Rehabilitationsleistung und gesetzliche Rentenversicherung	72
b) Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung	72
c) Private Auslandsrankenversicherung: Keine Erstattung von Geldleistungen	73
d) Irrtum über Beginn der Mitgliedschaft und Ausstellung einer Versichertenkarte	73
e) Leistung an KZV trotz Unzuständigkeit	73
3. Zuweisungen für Krankengeld aus Gesundheitsfonds im Jahresausgleich 2013	74
4. Enthebung vom Amt des Vorstands: Sitzungen des Verwaltungsrats öffentlich	74
5. Zustimmung zu einem Vorstandsdienstvertrag: Vergütung	74
X. Verfahrensrecht	75
1. Beruflich bedingter Verhinderungsgrund	75
2. Rechtsweg: Erstattungsansprüche einer privaten Versicherung	75
3. Streitwert: Stufenklage zwischen privater Auslandsrankenversicherung und Krankenkasse	75
4. Festsetzung eines Ordnungsgeldes gegen Sachverständigen	76
5. Keine Fortführung einer Untätigkeitsklage nach Erlass des Widerspruchsbescheids	76
6. Unbestimmter Antrag zur Übernahme der Kosten für das Erlernen der Gebärdensprache	76
XI. Bundessozialgericht (BSG)	76
1. Kostenerstattung: Genehmigungsfiktion	76
a) Liposuktion in Privatklinik und ordnungsgemäße Abrechnung	76
b) Bestimmtheit/Sachleistungsanspruch/Leistungsklage/Vollstreckungstitel (Bariatrische Operation)	77
c) Fristverlängerung (Liposuktion bei Lipödem)	77

2. Beziehungen zu Krankenhäusern: Kodierung nicht vollendeter oder unterbrochener Prozeduren	77
3. Apotheken: Verhängung einer Vertragsstrafe nicht mittels Verwaltungsakt	77
4. Häusl. Krankenpflege: Unterbliebene Durchführung des Schiedsverfahrens/Antragsberechtigung	78
5. Verfahrensrecht: Übergehen eines Antrags auf Bewilligung einer Reiseentschädigung	78

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE 79

I. Ärztliches Berufsrecht 79

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis	79
a) Widerruf der Approbation	79
aa) Widerruf und Berufsverbot nach § 70 StGB	79
bb) Überlassen von Methadon im Rahmen der Take-Home-Vergabe	79
b) Ruhen der Approbation	80
aa) Vorläufiger Rechtsschutz: Fehlender Nachweis der gesundheitlichen Eignung	80
bb) Alkoholabhängigkeit	80
cc) Sexuell übergriffiges Verhalten gegenüber Auszubildenden	81
2. BGH: Pfändungsschutz im Insolvenzverfahren nach Freigabe der selbständigen Tätigkeit	81
3. Rückzahlung von Privatentnahmen durch ausgeschiedenes Mitglied einer Praxis	81
4. Berufspflichten/Psychotherapeutin in Ausbildung: Abstinenzgebot	82
5. Strafrecht/Ordnungswidrigkeitenrecht	82
a) Sexueller Übergriff auf eine Klinikmitarbeiterin: Kein strafrechtliches Berufsverbot	82
b) Unzureichende hygienische Aufbereitung von endoskopischem Zusatzinstrumentarium	82
6. Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten	83
7. Genehmigungspflicht zur Herstellung eines Wirkstoffs tierischer Herkunft	83
8. Ärztebewertungsportal	83
a) BGH: Besondere Präsentation zahlender Kunden ohne Offenlegung	83
b) Internetpreisvergleichsportal für augenärztl. Leistungen: Hinweis auf Provisionsvereinbarungen	83
9. Verwendung der Meinungsäußerung eines anonym auftretenden Arztes in TV-Bericht	84
10. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht	84
a) Werbung für chirurgisch-ästhetische Operationen mit „kostenloser Beratung“	84
b) Verwendung des Begriffes „Praxisklinik“ für Zahnarztpraxis	84
c) Werbung für CoolSculpting	84
11. Honorarvertrag über honorarärztliche Tätigkeit und Allgemeine Geschäftsbedingungen	85
12. Insolvenz: Nach Freigabe der Praxis kein Geld aus Insolvenzmasse	85
13. Sozialversicherungspflicht	86
a) Zulassungsrechtlich kein Status als „freier Mitarbeiter“ (Psychologische Psychotherapeutin)	86
b) Bereitschaftsdienst im Krankenhaus regelmäßig abhängige Beschäftigung	86
c) Abhängige Beschäftigung: Tätigkeit einer Anästhesistin im OP-Saal	86
d) Honorararzt mit Stundenvergütung von 85 €	87
e) Bereitschaftsarzt in einer Geriatrischen Rehabilitationsklinik	87
f) Ärztin für Palliativmedizin im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	87
g) Betriebsärztin als freie Mitarbeiterin	88
h) Medizinisch-technische Röntgenassistentin	88
14. Arbeitsrecht	88
a) BAG: Wirksamkeit einer Altersgrenzenklausel in MVZ-Anstellungsvertrag	88
b) Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin (PiA): Kein Vergütungsanspruch	88
c) Überörtliche BAG: Unterzeichnung einer Kündigung	89
15. Ausschluss aus einer Genossenschaft wegen pflichtwidriger Abrechnung	89
16. Entschädigung als Zeuge oder Sachverständiger	89
a) Schriftliche Auskunft: Außergewöhnlich umfangreiche Leistung	89
b) Aufwendersersatz für apparatetechnische Untersuchungen	89
c) Honorierung eines Befundberichts und außergewöhnlich umfangreiche Leistung	90
d) Überprüfung des Zeitaufwands eines gerichtlichen Sachverständigen: Toleranzgrenze 15 %	90
e) Aufwand für Testdiagnostik	90
17. Ärztekammer	90
a) Beitragserhebung: Bildung von Rücklagen erforderlich	90
b) Beitragserhebung: Bildung von Rücklagen im Ermessen der Kammer	91

II. Arzthaftung 91

1. BGH/Verzicht auf Sachverständigengutachten: Eigene Sachkunde/Hinweis	91
2. Behandlungsfehler	91
a) Aufdeckung von Nebenerkrankungen bei lebensbedrohlicher Erkrankung (Sepsis)	91
b) Verschlechterung eines potenziell lebensbedrohlichen Zustands durch Behandlungsfehler	92
c) Absehen von einer Thromboseprophylaxe	92
d) Offene Biopsie anstatt einer Stanzbiopsie	92
e) Arthroskopie mit Nachresektion des Außenmeniskus	93
f) Geburtsschädigung/Verjähung/Schmerzensgeld	93
g) Heterologe Insemination mit „falschem“ Sperma	93

h) Verbrennungen durch MRT-Untersuchung/Schmerzensgeld	94
i) Rettungsdienst in Nordrhein-Westfalen: Fehlende kausale Pflichtverletzung	94
j) Totaler Krankenhausaufnahmevertrag Operation durch bestimmten Arzt	94
k) Kein besonderer „Chefarztstandard“	94
l) Haftung des Krankenhausträgers für alkoholkranken Belegarzt/Schmerzensgeld	94
3. Aufklärung/Einwilligung	95
a) Lebensverlängernde Behandlung als ärztlicher Behandlungsfehler (PEG-Sonden-Ernährung)	95
b) Neues Operationsverfahren (Netzimplantat bei Senkungsoperation)/Schmerzensgeld	95
c) Aufklärungspflichtige Behandlungsalternative	96
d) Entzündungsreaktion mit Heilwirkung und Nebenwirkungen/Schmerzensgeld	96
e) Risikoauflärung über Komplikationen einer Knieprothesen-Operation/Häufigkeitsdefinitionen	96
f) Implantation einer Hüft-Totalendoprothese bei Rheumaerkrankung	96
g) Hinweis auf das Risiko einer Re-Operation ausreichend	97
h) Abdominale Hysterektomie und Femoralisschädigung	97
i) Abwarten statt operativer Entfernung des Plazentarestes/Schmerzensgeld (Verlust Gebärmutter)	97
4. Maßgebliche Kenntnis für Verjährungsbeginn	97
5. Vergleich mit Gesamtwirkung	98
6. Sachverständige	98
a) Heranziehung eines Sachverständigengutachtens in Schlichtungsverfahren	98
b) Hoheitliche Tätigkeit eines ärztlichen Sachverständigen im Verwaltungsverfahren	98
c) Selbständiges Beweisverfahren: Ergänzung der Beweisfragen	99
7. Bestimmung der örtlichen Zuständigkeit des Gerichts bei Krankheitsschub	99
8. PKH: Fehlende Erfolgsaussicht	99
9. Zahnärztliche Behandlung	100
a) Aufklärung über Verlaufskontrollen bei Leukoplakie nicht Aufgabe des MKG-Chirurgen	100
b) Patientenablehnung der Eingliederung/Frühkontakte/Schienenentherapie	100
III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel	100
1. Bundesgerichtshof (BGH)	100
a) Ausnutzung eines vorangegangenen wettbewerbswidrigen Verhaltens (Knochenzement I)	100
b) Behauptung einer Spitzenstellung (Knochenzement II)	101
c) Durchführung eines neuen Konformitätsbewertungsverfahrens bei Parallelimport	101
2. Apotheken	102
a) Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)	102
aa) Konkurrentenklage: Defekturarzneimittel eines Apothekers (Harnstoffkapseln)	102
bb) Konkurrentenwiderspruch gegen Feststellungsbescheid/Einstweiliges Anordnungsverfahren	102
b) Berufspflichten	102
aa) Zytostatikallösungen aus in Deutschland nicht verkehrsfähigen Fertigarzneimitteln	102
bb) Fehlerhafte Abgabe eines Arzneimittels	103
c) Versandapotheke: Telefonische Beratungsmöglichkeiten	103
d) Verbot von „Video-Apotheken“	104
e) 1-Euro-Gutschein keine spürbare wettbewerbsrechtliche Beeinträchtigung	104
f) Rückerstattung der Umsatzsteuer (Zytostatika-Versorgung)	104
aa) Bruttopreisabrede/Verpflichtung zur Vertragsanpassung	104
bb) Pflicht zur Rückerstattung von Umsatzsteuer für Zytostatika-Zubereitungen	104
3. Genehmigung zum Anbau von Cannabis für Eigenbedarf	105
a) Kein Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken für Eigenbedarf	105
b) Keine Erlaubnis zum Erwerb von Cannabis nach gesetzlicher Neuregelung	105
c) Kein Schadensersatzanspruch gegen Bundesinstitut für Arzneimittel u. Medizinprodukte	106
4. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht	106
a) Wertgrenze für Zuwendungen an Apotheker	106
b) Augenlaseroperation: Eignungsscheck als handelsübliche Nebenleistung	106
c) Werbung mit einem nicht zugelassenen Anwendungsgebiet (Schmerzmittel)	106
d) Wirksame Waffe gegen Orangenhaut	106
e) Unterlassungsanspruch nach den Grundsätzen des sog. ergänzenden Leistungsschutzes	107
f) Werbung für ein Lebensmittel und Krankheitsbezug	107
g) Angebot eines kostenlosen Blutzuckermessgerätes	108
h) Verbot von Werbeaussagen für Medizinprodukte zur Wiederherstellung von Sehvermögen	108
5. Beihilfe	108
a) Aufwendungen für ein Elektromobil: Voranerkennung/Grundbedürfnis	108
b) Unzulässige Verweisung auf SGB V	108
IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe	109
1. Privatbehandlung	109
a) Wahlarztvereinbarung	109
aa) Keine Individualvereinbarung bei formularmäßig verwendeten Stellvertretervereinbarungen	109
bb) Behandlung durch einen anderen Arzt	109
b) Entgeltbeschränkung auch für „Ausgründung“ eines Plankrankenhauses aus Privatklinik	109

c) Abrechnung belegärztlicher Leistungen mit privat zusatzversichertem GKV-Patienten	110
d) Gebührenanspruch bei Operation einer Lidsenkung/Analogabrechnung	110
e) IMRT/IGRT-Bestrahlungen: Differenzierung der Abrechnung nach Ziff. 5855 GOÄ	110
2. Private Krankenversicherung	110
a) Psychotherapeutische Leistungen in TCM-Klinik	110
b) Einsatz eines Femtosekundenlasers: Nr. 5855 GOÄ analog	110
c) Anerkenntnis durch Regulierungsschreiben eines Versicherers	111
d) Begrenzung des Erstattungsumfanges für Physiotherapie auf Höchstsätze der GOÄ	111
e) Zahnärztliche Behandlung	111
aa) Abrechnung eines sog. 360°-Veneers/Falsche GOZ-Nr. in Gebührenvereinbarung	111
bb) Eingliederung der Klebebrackets und Umformung des Ober- und Unterkiefers	111
3. Beihilfe	112
a) ACP(Autologous Conditioned Plasma)-Therapie	112
b) Voraussetzungen der Beihilfefähigkeit einer Psychotherapie	112
c) Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI): Selbstständiger Behandlungsversuch	112
d) Heilkräutertherapie nach der Traditionellen Chinesischen Medizin	112
e) Wahlleistung eines Zweibettzimmers in Privatklinik	113
f) Rücknahme nach Vorlage einer manipulierten Arztrechnung	113
g) Verwendung von Formblättern/Wiedereinsetzung	113
h) Antragsfrist bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege	113
i) Keine Beiladung des (Zahn)Arztes in beihilferechtlicher Streitigkeit	113
j) Zahnärztliche Behandlung	114
aa) Implantologische Leistungen	114
bb) Antimikrobielle photodynamische Therapie	114
cc) Adhäsive Aufbaufüllungen/Abgrenzung Nr. 2382 GOÄ und 4120 GOZ	114
dd) Begrenzung der Beihilfefähigkeit für Material- und Laborkosten	114
ee) Überschreiten des Schwellenwertes bei zahnärztlicher Liquidation	115
V. Verschiedenes	115
1. EuGH: Einstufung einer Software als Medizinprodukt	115
2. BVerfG: Unzulässige Vorlage/Unterbringung mit Zwangsbehandlung	115
3. Bundesgerichtshof (BGH)	116
a) Zugewinnausgleich: Bewertung einer freiberuflichen Praxis zum Stichtag	116
b) Unterbringung zur Durchführung der Heilbehandlung	116
c) Anfechtung der Vaterschaft durch biologischen Vater	116
d) Geburtseintrag: Vaterschaft einer Mann-zu-Frau-Transsexuellen	116
4. Krankenhäuser	117
a) BAG: Vergütung der Umkleidezeit für weiße Kleidung eines Krankenpflegers	117
b) Kein Anspruch eines Bürgers auf bestimmte Krankenhausplanung	117
c) Krankenhausvergütung	117
aa) Mehrleistungsabschlag im Krankenhausrecht: Rechtsgrundlage/Vertrauensschutz	117
bb) Bemessung des Mehrleistungsabschlags im Krankenhausrecht/Rückwirkung	117
d) Fördermittel für eine Vergrößerung der Klinik	118
e) Erstattungsfähigkeit von Absonderungskosten nach IfSG	118
f) Nothelferanspruch nur bis zur Kenntnis des Nichteintritts der Krankenkasse	118
g) Fremdenverkehrsbeitrag für Vorsorge- und Rehabilitationskliniken	119
5. Krankenkassen	119
a) BVerwG: Befreiung von der Insolvenzversicherungsbeitragspflicht	119
b) Auskunftsanspruch der Presse gegenüber gesetzlicher Krankenkasse	119
6. Rettungsdienst/VergabeR: Kein pauschaler Ausschluss von Ärzten für Orthopädie vom Notdienst	119
7. Pflegeberufe: Versicherungspflicht	120
a) Versicherungspflicht: Gesundheits- und Krankenpflegerin in der ambulanten Pflege	120
b) Selbständige Intensiv-Krankenpfleger	120
c) Abhängige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von Pflegefachkräften	120
d) Abhängige Beschäftigung eines Krankenpflegers in Vertragskrankenhaus	120
e) Ambulante Pflegekraft bei Betreuung eines Wachkomapatienten	120
8. Zuwendungen einer kreisfreien Stadt an ein Alten-/Pflegeheim	120
9. Meisterzwang im Zahntechnikerhandwerk verfassungsgemäß	121
10. Heilpraktikererlaubnis	121
a) Kryolipolyse (Fettvereisung lokaler Fettpölsterchen) ist Heilbehandlung	121
b) Einsatz eines Lasergerätes zur Entfernung von Tätowierungen	121
c) Beschränkung auf das Gebiet der Chiropraktik	121
11. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche	122
a) Untypische Körperschäden begründen keine positive Feststellung der Schadensursache	122
b) Fehlbildungen müssen einer Thalidomidembryopathie entsprechen	122
c) Keine Berücksichtigung von Folgeschäden einer Fehlbildung	122
d) Anerkennung einer Schwerhörigkeit nur bei bei Geburt angelegter Schwerhörigkeit	123
e) Höhere Leistungen wegen Schwerhörigkeit: Nachweis früher Schädigung	123

12. Sozialrecht	123
a) Impfschadensrecht	123
aa) Fehlender Nachweis einer Primärschädigung im Sinne einer Impfkomplication	123
bb) Akute disseminierte Enzephalomyelitis nach einer Hepatitis A-Impfung	123
b) Blindengeld	124
aa) BVerfG: Absenkung des Landesblindengeldes in Schleswig-Holstein ab Januar 2011	124
bb) Keine analoge Anwendung des BlindG	124
c) Grundsicherung: Fahrkosten zur ambulanten Behandlung eines behinderten Kindes	124
d) Sozialhilfe	124
aa) Keine sozialhilferechtliche Kostenübernahme für Normalbrille	124
bb) Versorgung mit Bifokalbrille nicht als Eingliederungshilfe	125
cc) Therapie-Dreirad	125
dd) Petö-Therapie: Medizinischer Leistungszweck im Vordergrund	125
13. Steuerrecht	126
a) Einkommensteuerrecht	126
aa) BFH: Nur tatsächlich gezahlte Krankenversicherungsbeiträge sind abziehbar	126
bb) Keine Steuerbefreiung für Tätigkeit als sog. Lehrarzt	126
b) Umsatzsteuerrecht	126
aa) BFH: Bemessungsgrundlage/Abschläge pharmazeutischer Unternehmer nach § 1 AMRabG	126
bb) Ästhetisch-chirurg. Maßnahmen: Fehlende oder unzureichende Behandlungsdokumentation	126
cc) Herstellerrabatt für niederl. Versandapotheke u. Bemessungsgrundlage für inländ. KK	127

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT 128

ANHANG III: ANHÄNGIGE RECHTSFRAGEN DES GROßEN SENATS UND WEITERER SENATE 140

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 06.05.2018 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

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

1. Vergütung ab Quartal I/12

a) Ärzte mit einer anteiligen Arztstelle unter der RLV-Systematik

SG Kiel, Urteil v. 14.06.2016 - S 2 KA 663/14

RID 18-02-1

juris

SGB V §§ 85 IV, 87b

Die Regelung in einem HVM für **Ärzte mit einer anteiligen Arztstelle**, wonach die Vergütungsobergrenze sich nach dem entsprechenden anteiligen arztstellengewichteten durchschnittlichen Umsatz seiner Arztgruppe im Vorjahresquartal bemisst, benachteiligt die Ärzte mit anteiligem Versorgungsantrag gegenüber Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag, soweit ihnen überhaupt nicht ermöglicht wird, über die zugewiesene anteilige durchschnittliche Fallzahl hinaus **Patienten zu gewinnen**, die in die Berechnung mit dem vollen Fallwert eingestellt werden, diese Möglichkeit **Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag** jedoch bis zu einem Anteil von 150 % der durchschnittlichen Fallzahl eingeräumt wird. Dem Arzt wird mit einer solchen Regelung jegliche Möglichkeit, über den anteiligen Durchschnitt hinaus - ggfs. auch erst mit Wirkung für das Folgejahresquartal - zu wachsen, genommen. Ein Arzt mit vollem Versorgungsauftrag kann dagegen bis zu 50 % mehr Fälle generieren und somit für 1,5 Arztstellen arbeiten, bevor er von einer Fallwertabstaffelung betroffen ist. Zwar sieht die Kammer, dass Ärzte mit nur anteiligem Versorgungsauftrag nicht faktisch für 0,75 oder gar eine volle Arztstelle arbeiten und eine Vergütung aus dem Honorarvolumen einer Arztgruppe beanspruchen können sollen. Denkbar wäre es beispielsweise, die Regelung zur **Fallwertabstaffelung** für volle Arztstellen entsprechend gewichtet auf anteilige Arztstellen zu übertragen und ihnen eine entsprechend gewichtete Überschreitung des hälftigen Versorgungsauftrags zu ermöglichen.

Das **SG** verurteilte die Bekl. unter Abänderung der RLV-Mitteilungen und der Honorarbescheide für die Quartale II und III/13 dazu, den Honoraranspruch der Kl. neu zu bescheiden.

b) HVM-Regelung für anteilige Arztstellen (KV Schleswig-Holstein Quartal IV/13)

SG Kiel, Urteil v. 28.02.2018 - S 2 KA 678/15

RID 18-02-2

juris

SGB V § 87b II 1

Wenn die KV für die Vergütung im budgetiert vergüteten Bereich der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf das **durchschnittliche PZV der Arztgruppe** abstellt und dabei nur die **Ärzte mit voller Zulassung einbezieht**, so stellt diese Vorgehensweise eine geeignete pauschalierende Auswertung dar, um den budgetrelevanten Leistungsumfang der in Vollzeit tätigen Vertragsärzte einer Facharztgruppe zu ermitteln. Ärzten mit anteiligen Arztstellen ist es zuzumuten, jeweils quartalsweise für die Zuweisung des PZV an der durchschnittlichen Leistungsmenge ihrer Fachgruppe und dem durchschnittlichen Verhältnis der individuellen Auslastung zur durchschnittlichen Auslastung der PZV-relevanten Leistungen im Bezugsquartal und nicht an ihrer individuellen Leistungsmenge und individuellen Auslastung bemessen zu werden.

Es ist jedoch zu beanstanden, dass Ärzte mit anteiligen Arztstellen, die vor Einführung der PZV-Systematik zum Quartal IV/13 unter Nutzung der Spielräume, die ihnen die RLV/QZV-Vergütungssystematik mit der Zuweisung des vollen RLV-Fallwertes bis zu 150 % der anteiligen durchschnittlichen Fallzahl einräumte, **ohne Übergangsfrist** von jedenfalls vier Quartalen auf das durchschnittliche PZV abgeschmolzen werden.

Die Kl. ist eine überörtliche BAG aus Fachärzten für Orthopädie und Fachärzten für Physikalisch-rehabilitative Medizin. Dr. L. und Dr. H. waren im Quartal IV/13 jeweils mit einem halben Versorgungsauftrag zugelassen. Das SG verurteilte die Bekl. unter Abänderung der PZV-Mitteilung und der Honorarabrechnung für das Quartal IV/13 i.d.F. der Entscheidung v. 27.02.2015 i.d.F. der Widerspruchsbescheide dazu, die Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

c) Vergütung humangenetischer Leistungen/ Quotierungsuntergrenze von 60 % (KV Hessen)

SG Marburg, Urteil v. 11.04.2018 - S 12 KA 95/15

RID 18-02-3

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Leitsatz: Die Vergütung von **humangenetischen Leistungen** im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ist bei Auszahlungsquoten für Leistungen der Kapitel 11.3 und 11.4 EBM von 74,925 % (I/12), 53,380 % (II/12), 39,657 % (III/12), 40,978 % (IV/12), 69,264 % (I/13) und 60,000 % (II/13) nicht zu beanstanden. Die KV Hessen ist ihrer **Beobachtungs- und Reaktionspflicht** durch Einführung einer **Quotierungsuntergrenze von 60 %** ab dem Quartal I/13 hinreichend nachgekommen.

Das SG wies die Klagen ab.

d) Kein BAG-Zuschlag bei Job-Sharing-Anstellung

SG München, Urteil v. 21.03.2018 - S 38 KA 338/17

RID 18-02-4

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Eine Regelung des **HVM** ist nach allgemeinen **Auslegungsregeln** auszulegen.

Eine **Job-Sharing-Anstellung** führt nicht zu einer Berufsausübungsgemeinschaft. Es handelt sich nach wie vor um eine **Einzelpraxis**, wenn auch um eine solche „sui generis“ (a.A. LSG Hamburg, Urt. v. 25.02.2015 - L 5 KA 10/12 - RID 15-02-9). Nachdem die Ermittlung eines eigenen RLV als Rechengröße nur für einen angestellten Arzt ohne Leistungsbegrenzung erfolgt, nicht aber bei einer Tätigkeit von Angestellten im Rahmen des Job-Sharings, findet die Regelung über den **BAG-Zuschlag** nach dem HVM keine Anwendung. Auch liegt der Gründung einer Job-Sharing-Praxis keine kooperative Behandlung der Patienten zu Grunde.

Der Kl., der Lungenarzt ist, wendet sich dagegen, dass er im Quartal I/16 keinen sog. BAG-Zuschlag gem. Abschnitt B Nr. 7.3.6 HVM erhalten hat. In diesem Quartal war in der kl. Praxis Frau Dr. M, Internistin mit Schwerpunkt Pneumologie und Schlafmedizinerin, als sog. Job-Sharing-Partnerin angestellt. Zur Begründung führte die Bekl. aus, bei Job-Sharing-Praxen finde die Zuschlagsregelung keine Anwendung. Der Praxisumfang

dürfe nicht erweitert werden. Job-Sharing-Praxen seien wie Einzelpraxen zu behandeln. Nr. 7.3.6 HVM lautet: „RLV-Erhöhung für Berufsausübungsgemeinschaften, medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten (BAG-Zuschlag): Aufgrund der gewählten Fallzahlbestimmung für das RLV (RLV-relevante Arztfälle entsprechen in einer Einzelpraxis den RLV-relevanten Behandlungsfällen, in einer Berufsausübungsgemeinschaft, medizinischen Versorgungszentrum und Praxen mit angestellten Ärzten ergeben sich die RLV-relevanten Arztfälle aus dem prozentualen Anteil der RLV-relevanten Arztfälle an den RLV-relevanten Behandlungsfällen) wird zum Ausgleich ein BAG-Zuschlag gewährt.“ Das **SG** wies die Klage ab.

2. Vergütung Quartal I/09 bis IV/11: Regelleistungsvolumen/QZV

a) Ermessen der KV/QZV-Leistungen nicht zur Erhöhung des RLV

SG Hamburg, Urteil v. 19.07.2017 - S 3 KA 173/13

RID 18-02-5

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

In einem HVV kann die KV ermächtigt werden, von Fall zu Fall im **Ermessenswege** über die **Anerkennung von Praxisbesonderheiten** zu entscheiden, ohne dass der HVV dazu über die Anknüpfung an die Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses hinaus Vorgaben enthält. Es können nur die RLV-Überschreitungen berücksichtigt werden, die gerade auf **besonderen, versorgungsrelevanten Leistungen** beruhen. Für die orthopädische Zusatzpauschale trifft dies nicht zu. **QZV-Leistungen** (hier: radiologische Leistungen nach Nr. 34221 EBM) können in aller Regel nicht zusätzlich zur Begründung einer Praxisbesonderheit herangezogen werden. Dass die KV für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten die Grenze bei **20 % des Gesamtleistungsbedarfs** ansetzt, ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Der kl. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, seit dem Quartal I/09 zugelassen, begehrt ein höheres Honorar für die Quartale II bis IV/11 und insb. die Anerkennung von Besonderheiten wegen der Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen. Das **SG** wies die Klage ab.

b) RLV und QZV für Fachärzte für Diagnostische Radiologie

SG Hamburg, Urteil v. 19.04.2017 - S 3 KA 155/12

RID 18-02-6

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses sind nicht zu wenige radiologische „Kernleistungen“ im **RLV der Fachärzte für Diagnostische Radiologie** verblieben (hier: Quartal I/11). Der Bewertungsausschuss musste nicht bei der QZV-Bildung zwischen Arztgruppen unterscheiden, die wie Radiologen auf Überweisung tätig werden, und den übrigen Arztgruppen. Ebenso wenig musste der Bewertungsausschuss nach den durchschnittlichen Praxiskosten der einzelnen Arztgruppen differenzieren, zumal die regionalen Vertragspartner von den Vorgaben des Bewertungsausschusses zur QZV-Bildung hätten abweichen können.

Die kl. BAG besteht aus vier Fachärzten für Radiologie und einem Facharzt für Nuklearmedizin. Sie hält u.a. einen CT und MRT vor. Sie begehrt ein höheres Honorar für das Quartal I/11. Das **SG** wies die Klage ab.

c) Rechtmäßigkeit der fallzahlabhängigen Abstaffelungsregelung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 18.07.2017 - L 4 KA 51/15

RID 18-02-7

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Die **Abstaffelungsregelung** bei der Bildung von RLV im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 in Teil F Ziffer 3.2.1 ist rechtmäßig.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Mitteilung des RLV und die Honorarabrechnung für das Quartal II/10. Die Rechtmäßigkeit der Mitteilungen des RLV und der Honorierung für die Quartale II/09 bis I/10 sind in Parallelverfahren anhängig. Der Kläger ist als Hausarzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. **SG Kiel**, Gerichtsb. v. 17.06.2015 - S 14 KA 564/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung. BSG, Beschl. v. 21.03.2018 - B 6 KA 75/17 B - RID 18-02-56 die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

Parallelverfahren:

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 18.07.2017 - L 4 KA 48/15

RID 18-02-8

Rechtskräftig, s. BSG, Beschl. v. 21.03.2018 - B 6 KA 72/17 B - RID 18-02-54
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

LSG Schleswig-Holstein, Teilverurteil v. 18.07.2017 - L 4 KA 50/15

RID 18-02-9

Rechtskräftig, s. BSG, Beschl. v. 21.03.2018 - B 6 KA 74/17 B - RID 18-02-57
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

3. Voraussetzungen eines Härtefalls

LSG Hessen, Urteil v. 26.09.2017 - L 4 KA 46/15

RID 18-02-10

SGB V § 87b

Nach BSG, Urt. v. 29.06.2011 - B 6 KA 20/10 R - MedR 2012, 413 = juris Rn. 20 kommt ein **Härtefall** von vornherein nur noch in seltenen Ausnahmefällen in Betracht. Neben der **Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz** der Praxis muss insbesondere ein **spezifischer Sicherstellungsbedarf** bestehen. Ansonsten kann sich eine Härte allenfalls noch aus gravierenden Verwerfungen der regionalen Versorgungsstruktur ergeben.

Die **wirtschaftliche Existenz der Praxis** ist nicht gefährdet, wenn für 2005 bei Betriebseinnahmen von insgesamt 153.858,35 € als betrieblicher Gewinn immerhin 44.705,65 € verbleiben, was einem monatlichen Betrag von 3.725,47 € entspricht und eine Steigerung gegenüber den Vorjahren darstellt.

Der Kl. ist als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie seit 1993 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er hielt die Honorarfestsetzung für die Quartale II und III/05 für zu niedrig. **SG Marburg**, Urt. v. 21.10.2015 - S 11 KA 195/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Keine nachträgliche Korrektur der Abrechnung durch Vertragsarzt

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.10.2017 - L 11 KA 4/16

RID 18-02-11

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

Die **Ausschlussregelung** in einem HVM - „Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung einer unvollständigen Abrechnung für eingereichte Abrechnungsscheine kann der Arzt nach Abgabe der Abrechnungsunterlagen grundsätzlich nicht mehr geltend machen“ - verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

Die Anwendung der Ausschlussregelung darf allerdings keinen Eingriff bewirken, der so schwer wiegt, dass er **außer Verhältnis** zu dem der Regelung innewohnenden Zweck steht (BSG, Urt. v. 29.08.2007 - B 6 KA 29/06 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 37). Bei einem Honorarverlust von 11,78 % bzw. 17.869,58 € und einem festgesetzten Honorar von 133.888,47 € ist dies nicht der Fall.

SG Düsseldorf, Urt. v. 23.12.2015 - S 2 KA 42/15 - RID 16-04-10 gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

5. Keine Kontoummeldung per E-Mail

LSG Hessen, Urteil v. 08.11.2017 - L 4 KA 23/15

RID 18-02-12

SGB V § 87b

Eine KV, die **Zahlungen** auf ein **Konto** leistet, dessen Inhaber nicht die zahlungsberechtigte Vertragsärztin ist, kann die Zahlung nicht von der Vertragsärztin zurückfordern. Fließt das Geld nicht der Vertragsärztin zu, fehlt es an einem Vermögensvorteil.

Eine **E-Mail** mit der Bitte, die Zahlung auf ein anderes Konto (hier: des Ehemanns) zu leisten, reicht nicht aus, auch wenn die E-Mail von einer Adresse stammt, die auch von der Vertragsärztin benutzt worden ist und nicht nur deren Namen enthält, sondern auch ihre Betriebsstätten-Nr. Dies genügt jedoch nicht, um die Urheberschaft klären zu können. Es ist allgemein bekannt, dass einfache E-Mails keinerlei Gewähr für Authentizität und Integrität bieten.

Die Beteiligten streiten um eine Honorarrückforderung in Höhe von 43.327,32 € wegen der Überzahlung des Honorarkontos. **SG Marburg**, Urt. v. 18.03.2015 - S 12 KA 458/13 - RID 15-02-17 gab der Klage einer Fachärztin für Allgemeinmedizin weitgehend statt und hob den Bescheid auf, soweit die Honorarrückforderung über einen Betrag von 3.327,32 € hinaus festgesetzt wurde. Das **LSG** hob den Bescheid insgesamt auf und wies die Anschlussberufung der Bekl. zurück.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 21.03.2018 - **B 6 KA 47/16 R** - reicht es für die **persönliche Leistungserbringung** nicht aus, dass der **Pathologe** die von anderen Ärzten durchgeführten **Befundungen kontrolliert** und ggf. korrigiert. Er muss vielmehr die **Beurteilung** des Präparates und die **ärztliche Befundung** selbst vornehmen. Für eine Hemmung der Ausschlussfrist von 4 Jahren ab dem Zugang des Honorarbescheides kommt eine entsprechende Anwendung von § 203 BGB im Rahmen von Honorarberichtigungen nicht in Betracht. Auch eine Korrektur nach § 45 SGB X scheidet aus. Zum einen ist auch die Jahresfrist nach § 45 IV 2 SGB X nicht beachtet worden, zum anderen ist angesichts der Billigung der Vorgehensweise des Kl. durch das SG und das LSG eine grobe Fahrlässigkeit des Kl. zu verneinen. Nach BSG, Urt. v. 24.01.2018 - **B 6 KA 48/16 R** - ist es nicht zu beanstanden, dass die KV der für die Praxis festgesetzten quartalsbezogenen **Obergrenze** nicht nur die von den beiden **Job-Sharing**-Partnern, sondern die von allen drei Ärzten der Praxis abgerechneten Punktzahlen gegenübergestellt hat. Ein **Ausgleich** zwischen Überschreitungen und Unterschreitungen der Job-Sharing-Obergrenze **innerhalb von vier Quartalen** ist vorzunehmen. Bei der **Anpassung** der Job-Sharing-Obergrenze, die jährlich entsprechend der Honorarentwicklung der jeweiligen **Fachgruppe** vorzunehmen ist, kann der Arzt nicht einer anderen Fachgruppe zugeordnet werden. Jedenfalls muss die KV den Anpassungsfaktor so verändern, dass die aus der geänderten Fachgruppenzuordnung folgenden Nachteile soweit wie möglich vermieden werden.

1. Plausibilitätsprüfung

a) Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung

aa) Verbindlichkeit der Prüfzeiten/KV-Zeiten

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 02.01.2018 - L 11 KA 39/17 B ER

RID 18-02-13

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106d; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Die im Anhang 3 des EBM gelisteten **Prüfzeiten** sind nach summarischer Prüfung nicht zu beanstanden. Mit Anhang 3 liegen bundeseinheitliche Messgrößen vor, die der Plausibilitätsprüfung nach Zeitprofilen zugrunde zu legen und die für Vertragsärzte und KVen **verbindlich** sind (LSG Hessen, Urt. v. 13.09.2017 - L 4 KA 65/14 - RID 17-04-14; Urt. v. 26.11.2014 - L 4 KA 2/11 - RID 15-01-19).

Eine **KV** kann **fehlende Prüfzeiten** im Anhang 3 des EBM durch **eigene Zeiten** ersetzen. Solche Zeitvorgaben müssen nicht vom Bewertungsausschuss beschlossen werden.

Der Einwand, dass ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistungen durchschnittlich **in kürzerer Zeit** ordnungsgemäß erbringen könne, trägt die Beschwerde nicht. Abgesehen davon, dass die Zeitvorgaben des Anhangs 3 EBM verbindlich sind, könnte dieses Vorbringen im einstweiligen Rechtsschutzverfahren nur dann weiterführen, wenn glaubhaft wird, dass die getroffene Regelung in einem „**groben Missverhältnis**“ zu den mit ihr verfolgten legitimen Zwecken steht, d.h. in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig ist (LSG Hessen, Urt. v. 26.11.2014, aaO., m.w.N.).

Der Ast. ist seit März 1991 als praktischer Arzt zugelassen. Er wandte sich gegen die sofortige Vollziehbarkeit einer Honorarrückforderung von 250.470,65 € aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung für die Quartale III/11 bis II/16. **SG Dortmund**, Beschl. v. 06.06.2017 - S 16 KA 1/17 ER - lehnte den Antrag ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

bb) Interventionsgespräch nach Nr. 35110 EBM/Beratung über Sterilisation nach Nr. 01850 EBM

SG Kiel, Urteil v. 07.11.2017 - S 2 KA 731/15

RID 18-02-14

juris

SGB V §§ 75, 87 I 1, 106a

Auffällige Tageszeitprofile zusammen mit einer **unzureichenden Dokumentation** über den Anlass und den Verlauf eines **Interventionsgesprächs** können es nicht plausibel erscheinen lassen, dass in jedem Fall die **Leistungserbringungszeit** von wenigstens 15 Minuten Gesprächsdauer nach Nr. 35110 EBM eingehalten und ein Interventionsgespräch geführt wird. Die Gebühr kann nicht zum „**Kennenlernen**“ angesetzt werden. Die Anamneseerhebung und auch die Abklärung des Vorliegens eines psychosomatischen Krankheitszustandes, der ggfs. anschließend einer Intervention im Sinne von 35110 EBM bedarf, werden mit der Versichertenpauschale abgegolten.

Die Abrechnung der **Nr. 01850 EBM** setzt voraus, dass Leistungen gemäß der Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des GBA erbracht werden. Die Übernahme

der Kosten für eine Sterilisation zu Lasten ihrer Krankenkasse setzt voraus, dass die Sterilisation durch Krankheit erforderlich ist. Eine Schwangerschaft an sich stellt jedoch keine Krankheit dar, die durch eine Sterilisation zu verhindern ist. Es ist daher sehr fraglich, dass gesetzlich krankenversicherte Frauen einen Anspruch darauf haben, allein aus Gründen der Verhinderung einer Schwangerschaft sterilisiert zu werden. Jedenfalls ist daher eine mehr oder minder regelhafte **Beratung über eine Sterilisation** nach Nr. 01850 implausibel und nicht abrechnungskonform.

Mögliche Folge einer festgestellten fehlerhaften Abrechnung kann auch die **Kürzung der Vergütung** für Leistungen auf den Fachgruppendurchschnitt sein (BSG, Urt. v. 17.09.1997 - 6 RKA 86/95 - SozR 3-5550 § 35 Nr. 1, juris Rn. 23). Eine Kürzung auf den Fachgruppendurchschnitt ist sowohl möglich in dem Fall, dass das gesamte durchschnittliche Abrechnungsverhalten einer Fachgruppe als Maßstab herangezogen wird als auch für die Abrechnung einzelner Nr. des EBM, hier der Nr. 01850.

Die KV kürzte mit **Berichtigungsbescheid** in Höhe von 64.393,43 € das Honorar der kl. Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe für die Quartale IV/10 bis III/14. Die Kl. habe die Nr. 35110 EBM im Quartal II/2011 in insgesamt 1.027 Fällen mit einer Ansatzhäufigkeit von 68,7 % zu 6,4 % der Fachgruppe abgerechnet. Die Nr. 01850 EBM sei 257mal mit 17,2 % zu 1,6 % der Fachgruppe abgerechnet worden. In den übrigen Quartalen sei die Abrechnung vergleichbar auffällig. Bei der Prüfung der eingereichten Unterlagen sei festgestellt worden, dass bezüglich der Ziffer 35110 EBM die Dokumentationen immer das gleiche Grundgerüst aufwiesen und die eingefügten Textbausteine sich ständig wiederholten. Die Nr. 35110 EBM sei keine „Kennenlernziffer“. Der Vorstand halte die Abrechnung der Nr. 35110 EBM im Umfang von 25 % für korrekt erbracht. Die Nr. 01850 EBM sei unabhängig vom Alter der Patienten nahezu immer beim zweiten Arzt-Patienten-Kontakt angesetzt worden, wenn beim Erstkontakt die Nr. 01822 EBM (Antikonzepionsberatung) bereits abgerechnet worden sei. Da der Ansatz der Nr. 01822 EBM nur einmal im Behandlungsfall möglich sei, werde beim Zweitkontakt automatisch auf die Nr. 01850 ausgewichen. Die Beratungen nach der Nr. 01850 EBM würden jedoch in der Regel nur auf Anfrage der Patienten erbracht, sodass es nicht glaubhaft erscheine, dass die Leistungen in dem Umfang tatsächlich erbracht worden seien. Der Vorstand halte hier eine Kürzung auf den Fachgruppendurchschnitt für angemessen. Das **SG** wies die Klage der Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ab.

cc) Berufsausübungsgemeinschaft/Keine Berücksichtigung honorarbegrenzender Maßnahmen

SG Marburg, Urteil v. 11.04.2018 - S 12 KA 401/17

RID 18-02-15

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V a.F. § 106a

Leitsatz: 1. Tagesprofilüberschreitungen können arztbezogen auch in **Berufsausübungsgemeinschaften** festgestellt werden.

2. Bei der Ermittlung der **Honorarkürzung** kommt es nicht auf **honorarbegrenzende Maßnahmen**, insb. auch nicht auf Budgetierungen von Gesprächsleistungen an, da von einem durchschnittlichen Wert aller Leistungen auszugehen ist.

Die aus drei Hausärzten bestehende Kl. wandte sich gegen eine Honorarberichtigung für die sechs Quartale I/14 bis III/15 mit Ausnahme des Quartals III/14 aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung in Höhe von 27.598,69 €. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Patientenbezogene Plausibilitätsprüfung: Kein organisierter Ärztlicher Bereitschaftsdienst

SG Marburg, Urteil v. 11.04.2018 - S 12 KA 34/17

RID 18-02-16

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V a.F. § 106a

Leitsatz: Bei der Berechnung einer Honorarkürzung aufgrund einer **patientenbezogenen Plausibilitätsprüfung** ist im Rahmen des **Schätzungsermessens** zu berücksichtigen, dass ein organisierter Ärztlicher Bereitschaftsdienst nicht stattgefunden hat.

Die Beteiligten streiten um Honorarrückforderungen in Höhe von 69.742,17 € aufgrund von patientenbezogenen Plausibilitätsprüfungen der Honorarabrechnungen der neun Quartale I/13 bis I/15, die die Bkl. insb. mit Hilfe eines Praxisabgleichs innerhalb der Praxisgemeinschaft des Klägers mit einem weiteren Hausarzt mit einem Anteil gemeinsamer Patienten von 41,39 % bis 62,51 % durchgeführt hat. Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid insoweit auf, als eine höhere Honorarkürzung für das Quartale I/13 von mehr als 4.053,00 €, II/13 mehr als 1.766,98 €, III/13 mehr als 3.236,35 € und IV/13 mehr als 4.701,12 € festgesetzt wird. Im Übrigen wies es die Klage ab.

2. Handschriftliche Dokumentation eines Arztes muss entzifferbar sein

SG Stuttgart, Urteil v. 14.09.2017 - S 24 KA 235/14

RID 18-02-17

juris = GesR 2018, 118

SGB V §§ 106a, 295 I Nr. 2; BGB § 630f II; BMV-Ä § 57

Die **Dokumentationspflichten** eines Arztes haben - wie sich bereits aus ihren unterschiedlichen normativen Grundlagen ergibt - verschiedene Zwecke und Zielsetzungen. Neben dem **Recht des Patienten** auf eine ordnungsgemäße Dokumentation, in die er auch Einsicht nehmen kann, dient die Aufzeichnung **berufsrechtlich** einer sachgerechten therapeutischen Behandlung und Weiterbehandlung auch durch andere ärztliche Behandler. Im Rahmen der **vertragsärztlichen Tätigkeit** soll sie die **Überprüfung der korrekten Abrechnung** ermöglichen. Letztlich ist die vollständige Dokumentation vertragsärztlich erbrachter Leistungen Voraussetzung für die Nachprüfung korrekter Diagnostik, Therapie und Abrechnung (LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 21.12.1993 - L 5 KA 2141/93 eA - juris = MedR 1994, 418; SG Stuttgart, Ur. v. 19.06.2002 - S 10 KA 2453/00 - juris).

An die Dokumentation des Vertragsarztes sind hohe Anforderungen zu stellen. Sie genügt diesen nur und kann damit den Nachweis für die vollständige Leistungserbringung geben, wenn sie **lesbar, in sich widerspruchsfrei** und **nachvollziehbar** ist (SG Stuttgart, aaO.). Sofern die vollständige Leistungserbringung aufgrund einer fehlenden oder unvollständigen Dokumentation nicht nachvollzogen werden kann, berechtigt dies allein zur **sachlich-rechnerischen Berichtigung** durch die KV (LSG Hessen, Ur. v. 27.05.2015 - L 4 KA 50/12 - RID 15-04-25, Nichtzulassungsbeschwerde durch BSG, Beschl. v. 17.03.2016 - B 6 KA 60/15 B - RID 16-02-70 verworfen).

Die Dokumentation ist so zu führen, dass sie für einen **fachkundigen Dritten** nachvollziehbar und selbsterklärend ist (vgl. LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 25.09.2013 - L 5 KA 3347/11 - RID 14-02-19, juris). Der Arzt ist dabei dann u.U. auch auf die Möglichkeit, die entsprechende Dokumentation durch Diktat oder EDV-basiert zu führen, zu verweisen.

Die **nachträgliche Vorlage maschinengeschriebener Leseabschriften** als „Übersetzungen“ für einen Teil der Patientendokumentation unterliegt Bedenken. Grundsätzlich ist die Dokumentation zeitnah zur Behandlung zu erstellen, denn nur durch die „frische Erinnerung“ des Arztes ist gewährleistet, dass sie alle notwendigen Informationen enthält (LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 25.09.2013, aaO.). Jedenfalls kann der Nachweis unter Zuhilfenahme einer Leseabschrift nur dann gelingen, wenn es damit durch ein Nebeneinanderlegen von Leseabschrift und Originaldokumentation gelingt, die handschriftliche Dokumentation zumindest so weit zu entziffern, um die Übereinstimmung zwischen den beiden Dokumenten feststellen zu können.

Das **SG** wies die Klage des HNO-Arztes gegen eine Honorarberichtigung bei den Leistungen nach Nr. 09311, 09314, 09360 und 33010 EBM für die Quartale I-IV/09 in Höhe von 61.254,47 € ab.

3. Unklare Auskünfte zur Berechtigung einer Leistungserbringung

SG München, Urteil v. 21.03.2018 - S 38 KA 305/17

RID 18-02-18

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a

Leitsatz: I. Es entspricht ständiger Rechtsprechung auch im Sozialrecht, dass **Willenserklärungen** generell nach dem „Empfängerhorizont“ eines verständigen (objektiven) Beteiligten auszulegen sind (vgl. BSGE 37, 155, 160 = SozR 4600 § 143 f Nr. 1; Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 31.1.2018, Az L 16 R 945/16).

II. **Unklarheiten** gehen zu Lasten der Behörde. Gerade in Statussachen ist seitens der Behörde eine besondere Sorgfalt erforderlich. Die Behörde hat alles zu tun bzw. zu unterlassen, damit durch Handlungen/Schreiben keine Missverständnisse und Zweifel entstehen. Dies gilt auch, wenn mit einem Verwaltungsverfahren mehrere Abteilungen innerhalb einer Behörde befasst sind.

III. Im Hinblick auf die **„Einheitlichkeit“ der Behörde** und die „Einheitlichkeit“ der Behördenentscheidung sind unklare Äußerungen einer Abteilung der Behörde insgesamt zuzurechnen.

Das **SG** gab der Klage statt und verpflichtete die Bekl., die vor dem 13.09.2016 gestrichenen MRT-Leistungen nachzuvergüten.

4. Zahnärztliche Leistungen

a) Fehlender Leistungsnachweis bei fehlender Dokumentation (Nr. 2255 GOÄ-82)

LSG Hessen, Beschluss v. 07.03.2018 - L 4 KA 40/14

RID 18-02-19

SGB § 106a; GOÄ-82 Nr. 2255

Dem Leistungserbringer obliegen die Darlegungen und **Nachweise für die vollständige Leistungserbringung**. Der Vertragszahnarzt ist dabei verpflichtet, über jeden behandelten Kranken Aufzeichnungen zu machen, aus denen die einzelnen Leistungen, die behandelten Zähne und soweit erforderlich der Befund sowie die Behandlungsdaten ersichtlich sein müssen (§ 5 I BMV-Z, s. auch § 7 III EKV-Z). Er hat die erforderlichen Nachweise grundsätzlich bereits mit der Abrechnung vorzulegen (§ 5 Ziff. 2 Satzung der Bekl.). Der geprüfte Arzt unterliegt somit besonderen **Mitwirkungspflichten**, die über die allgemeinen Mitwirkungspflichten nach § 21 II SGB X hinausgehen und in dem Umstand begründet sind, dass dem Arzt ein Vergütungsanspruch nur dann zusteht, wenn er die Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen durfte. Es ist daher seine Angelegenheit, die zur Begründung seines Anspruchs dienenden Tatsachen so genau wie möglich anzugeben und zu belegen, vor allem, wenn er sich auf für ihn günstige Tatsachen berufen will, die allein ihm bekannt sind oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können (BSG, Urt. v. 31.03.2012 - B 6 KA 17/11 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 35, juris Rn. 40 m.w.N.). Diese besonderen verfahrensrechtlichen **Obliegenheiten** beziehen sich auf die medizinische Notwendigkeit und die tatsächliche fachgerechte Erbringung der abgerechneten Leistung, sie richten sich im Einzelnen nach den besonderen Leistungs- und Abrechnungsvoraussetzungen und werden konkretisiert durch Nachfragen oder gar Beanstandungen durch die Beklagte und die Gerichte (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 20.03.2013 - L 4 KA 60/10 - RID 13-02-21).

Nicht hinreichend dargelegte, dokumentierte und nachgewiesene Leistungen (Gebührenpositionen) sind **als nicht erbracht bzw. als nicht erfüllt** anzusehen und können daher nicht abgerechnet werden (s. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.11.2014 - L 3 KA 70/12 - RID 15-01-20, in diesem Sinne begründet das Fehlen der Dokumentation einer aufzeichnungspflichtigen ärztlichen Maßnahme im Arzthaftungsrecht nach st. Rspr. des BGH <z. B. Urt. v. 11.11.2014 - VI ZR 76/13 - RID 15-01-186; vgl. nunmehr auch § 630h III BGB> die Vermutung, dass die Maßnahme unterblieben ist).

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Berichtigung der KB-Monatsabrechnungen für Juli 2009 in einem Behandlungsfall und hierbei um die Absetzung von Leistungen nach Nr. 2, (schriftliche Niederlegung eines Heil- und Kostenplans) (1x), Nr. 51a (Pla1) (2x), Nr. 60 (Pla3) (Tuberplastik, einseitig) (2x) BEMA sowie Nr. 2255 (freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen <Knochenspäne>) (1x) und Nr. 2702 GOÄ-82 (Wiederanbringen einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerungen von Schienen oder Stützapparaten – auch Entfernungen von Schienen oder Stützapparaten – je Kiefer) (11x) im Rahmen einer Dysgnathie-Operation im Wert von insgesamt 801,92 €. **SG Marburg**, Urt. v. 07.05.2014 - S 12 KA 610/13 - RID 14-02-41 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Zystektomie Nr 56a (Zy1) BEMA-Z

SG Hannover, Urteil v. 09.08.2017 - S 35 KA 22/14

RID 18-02-20

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 82 I 5, 87 II, IIIh, 106a, 294, 295 I 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. Im Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigstellung hat grundsätzlich die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung die **Unrichtigkeit** der Abrechnung zu **beweisen**.

2. Soweit eine **Leistung generell ausgeschlossen** ist (die Entfernung von kleinen Zysten bzw. von Granulationsgewebe in der Gebührennummer 56a <Zy1>), hat der Vertrags(zahn)arzt zunächst den Leistungsinhalt der abgerechneten Gebührennummer darzulegen und ggf. zu beweisen.

3. Der Leistungsinhalt der **Zystektomie** in Gebührennummer 56a (Zy1) Anlage A zum BMV-Z.

4. Aus dem Wortlaut von § 295 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V lässt sich herleiten, dass **allein im zeitlichen Zusammenhang** mit der Behandlungsmaßnahme bzw. Operation gefertigte Behandlungsunterlagen der **Dokumentationspflicht** nach § 295 SGB V entsprechen.

5. Für den Beweis des Leistungsinhalts der abgerechneten Gebührennummer können die Dokumentationen nach § 294, § 295 SGB V herangezogen werden. Umgekehrt lässt sich ein

Anscheinsbeweis dergestalt formulieren, dass **nicht dokumentierte Leistungen** nicht erbracht wurden.

Die Bkl. korrigierte das Abrechnungsergebnis um 120 Punkte (105,60 €) im Honorarbescheid II/13. Das **SG** wies die Klage ab.

III. Genehmigung

1. Laborgenehmigung für Pathologen: Fachgebietszugehörigkeit von Leistungen

SG Berlin, Urteil v. 31.01.2018 - S 83 KA 1134/16

RID 18-02-21

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 106d, 135; BMV-Ä § 11

Leitsatz: Bei der Prüfung der **Fachgebietszugehörigkeit von Leistungen**, für die eine Abrechnungsgenehmigung beantragt wird, ist auf die **aktuelle Weiterbildungsordnung** abzustellen. Die Teilnahme an einem **Kolloquium** (Fachgespräch) gemäß Nr. 6 des Anhangs zu Abschnitt E der Labor-Richtlinien ist für einen **Facharzt für Pathologie** ungeachtet seiner fachlichen Qualitäten zwingend.

Das **SG** verurteilte die Bkl., den beim Kl. angestellten Arzt Prof. Dr. D. zu einem Kolloquium (Fachgespräch) gem. Nr. 6 des Anhangs zu Abschnitt E der Labor-Richtlinien zuzulassen, und wies im Übrigen die Klage ab.

2. Keine Vorbereitungsassistentin für MVZ mit angestellten Zahnärzten

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 13.02.2018 - L 11 KA 33/17 B ER

RID 18-02-22

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Zahnärzte-ZV §§ 1 III, 3 III 1, 32 II 1; SGG § 197a; VwGO § 161; GKG § 52 II

Ein **MVZ** mit angestellten Zahnärzten hat mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keinen Anspruch auf **Beschäftigung eines zweiten Vorbereitungsassistenten**.

Streitig ist die Genehmigung zur Beschäftigung einer Vorbereitungsassistentin in einem zahnärztlichen MVZ. Die Ast. zu 1) ist ein MVZ. Ihm gehören neben dem ärztlichen Leiter sechs angestellte Zahnärzte an, unter ihnen auch B2 L. Die Ast. zu 2) ist approbierte Zahnärztin, deren Anstellung als Vorbereitungsassistentin die Ag. ablehnte, weil bereits eine Vorbereitungsassistentin beschäftigt werde und die Ausbildung eines weiteren in Vollzeit tätigen Assistenten nicht auf einen angestellten Zahnarzt übertragen werden könne. Hiergegen richtet sich zum Az. S 2 KA 77/17 erhobene Klage in der Hauptsache. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 16.05.2017 - S 2 KA 76/17 ER - RID 17-03-33 wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück. Nach Einlegung der Beschwerde erklärten die Ast. das Verfahren für erledigt. Das **LSG** verpflichtete die Ast., die Kosten des Verfahrens als Gesamtschuldner zu je ½ zu tragen. Den **Streitwert** setzte es auf 20.000 € fest. In Zulassungssachen oder dem vergleichbaren Streitverfahren (Zweigpraxis, Abrechnungsgenehmigungen), dem das LSG auch den Streit um die Genehmigung eines Vorbereitungsassistenten zuordnet, setzt es den Streitwert für das Hauptsachverfahren grundsätzlich auf 12 Quartale je 5.000 € = 60.000 € fest. Für das einstweilige Rechtsschutzverfahren folgt hieraus ein Streitwert von 20.000 €.

Das **LSG** hatte die Beteiligten zuvor wie folgt angesprochen: „Das Sozialgericht hat im angefochtenen Beschluss u.a. ausgeführt: ‚Mit der Genehmigung der Beschäftigung des Vorbereitungsassistenten I bis zum 31.10.2017 ist das Kontingent an Vorbereitungsassistenten für die Antragstellerin zu 1) somit gegenwärtig ausgeschöpft.‘ Sollte Herr I nicht mehr beschäftigt sein, wäre das Kontingent nicht ‚erschöpft‘. Die Antragstellerin zu 2) könnte als Vorbereitungsassistentin tätig werden. Für diesen Fall bestünde kein Rechtsschutzbedürfnis mehr. Das Beschwerdeverfahren sollte dann für erledigt erklärt werden. Im Übrigen erlaube ich mir nochmals den Hinweis, dass ein Anordnungsgrund nicht glaubhaft gemacht ist. Die Darlegungen im Schriftsatz vom 14.09.2017 vermögen hieran nichts zu ändern, denn nach derzeitiger Einschätzung besteht überwiegend wahrscheinlich kein Anordnungsanspruch.“ Das LSG führte dann in den Gründen u.a. aus, dass die Ast. bereits mit der Verfügung darauf hingewiesen worden seien, „dass jedenfalls ein Anordnungsgrund nicht glaubhaft gemacht ist. Das ist auch nachfolgend nicht geschehen. Demzufolge wäre die Beschwerde zurückzuweisen gewesen. Da keinerlei gegenläufige Gesichtspunkte vorhanden sind, folgt hieraus, dass die Antragsteller die Kosten des Verfahrens nach billigem Ermessen zu tragen haben.“

Vgl. auch SG Marburg, Urt. v. 31.01.2018 - S 12 KA 572/17 - RID 18-01-25, Sprungrevision anhängig: B 6 KA 3/18 R.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 21.03.2018 - **B 6 KA 31/17 R** - kann eine **Zuständigkeit der Prüfinstanzen** zum Erlass eines ein **Regresses** wegen der Verordnung von **Impfstoffen** bestehen. Soweit Vertragsärzte Versicherte der Krankenkassen impfen, geschieht das auf der Grundlage von Verträgen zwischen der KV und den Krankenkassen oder deren Verbänden. In diesen Verträgen kann - wie hier im Bezirk der beigeladenen KÄV Schleswig-Holstein geschehen - auch die Zuständigkeit der Prüfungsgremien der vertragsärztlichen Versorgung zur Prüfung der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bei der Impftätigkeit bestimmt werden. Dass der Sicherstellungsauftrag für das Impfen zu keinem Zeitpunkt bei der KV lag und seit dem 01.04.2007 gesetzlich den Krankenkassen zugewiesen ist, hat für die Durchführung von Impfungen durch Vertragsärzte im Rahmen der zwischen den Partnern der vertragsärztlichen Versorgung abgeschlossenen Verträge keine Bedeutung. **Unwirtschaftlichkeit** wegen **nicht verbrauchter Impfdosen** besteht nur, wenn die BAG nach Verbrauch der zunächst bestellten Impfdosen auf eine Nachbestellung ganz oder zumindest in Höhe der regressierten 200 Ampullen hätte verzichten müssen oder wenn sie berechtigt gewesen wäre, trotz der zunächst vorgenommene Bestellung von der förmlichen Verordnung dieser Dosen am 27.12.2006 abzusehen, weil der Impfstoff erst verspätet ausgeliefert wurde. Erst diese Verordnung hat die Kostenbelastung der Krankenkassen ausgelöst. Mit der Erwägung des LSG, die Kl. hätte auf die - unterstellt hinreichend sicher in der Praxis dokumentierten - **Impfwünsche der Versicherten** im Spätherbst 2006 allein mit einer Beratung zum medizinischen (Un)sinn einer Grippeimpfung aus Angst vor der Infektion mit der Vogelgrippe reagieren sollen, kann die Klage nicht abgewiesen werden. Selbst wenn der - unterstellt: gegenüber dem Vorjahr stark gestiegene - Wunsch der Versicherten nach einer Grippeimpfung durch die öffentliche Debatte um die Vogelgrippe entstanden sein mag, war er doch auf ein gewünschtes Verhalten, nämlich eine Erhöhung der Inanspruchnahme der Gripeschutzimpfung gerichtet.

1. Arzneikostenregress

a) Verordnungsausschluss und Begründung eines Ausnahmefalls/Voltaren (Diclofenac)

SG Düsseldorf, Urteil v. 10.05.2017 - S 2 KA 37/16

RID 18-02-23

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 31 I 1, 92 I 2 Nr. 6; AM-RL Anl. III Nr. 40

Voltaren Emulgel (Wirkstoff **Diclofenac**) unterfällt dem **Verordnungsausschluss** nach Nr. 40 Anl. III AM-RL. Ein „medizinisch begründeter **Einzelfall**“ für eine Verordnung muss nicht nur objektiv gegeben sein, sondern er muss auch **dokumentiert** sein. Die Eintragung „Rp. Voltaren 100 BWS synd.“ oder die Angabe einer bloßen Diagnose reicht hierfür nicht aus. Es ist vor allem zu dokumentieren, aus welchen Gründen zulässige Behandlungsalternativen im Rahmen der GKV nicht in Betracht zu ziehen sind, sondern allein die Arzneimittelversorgung mit Voltaren Emulgel jeweils den gewünschten therapeutischen Effekt bewirken soll.

Auch wenn das Gericht **lediglich die Karteikartenauszüge für vier Patienten** und nicht für alle 58 betroffenen Fälle ausgewertet hat, durfte es davon ausgehen, dass die aufgedeckten unzulänglichen Dokumentationen in sämtlichen streitbefangenen Fällen und Quartalen vorhanden waren, weil der Kläger ein **grundsätzliches Verständnis** von den Aufzeichnungen deutlich machte und alle Fälle gleichgelagert waren (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.09.2016 - L 11 KA 55/15 - RID 17-01-24, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 28.06.2017 - B 6 KA 90/16 B - RID 17-03-100).

Der Kl. wandte sich gegen einen Regress in Höhe von 596,67 € netto wegen unzulässiger Verordnung von Voltaren Emulgel in den Quartalen I bis IV/14. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Verordnungsausschluss von „Spasmo Mucosolvan“

SG München, Urteil v. 11.10.2017 - S 38 KA 135/17

RID 18-02-24

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Leitsatz: 1. Das **Arzneimittel „Spasmo Mucosolvan“** ist nach Punkt 31 der Anlage III AM-RL von der Verordnung zu Lasten der GKV ausgeschlossen, unabhängig von der Indikation, für die es eingesetzt wird (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 02.04.2014 - L 12 KA 115/12 - RID 14-03-31).

2. Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die primäre **„Auslegungshoheit“** für von ihm erlassene Richtlinien. Dies gilt aber nur bei auslegungsbedürftigen Regelungen, nicht jedoch bei Regelungen, die eindeutig sind.

Die bekl. Prüfungsstelle setzte u.a. einen Regress wegen Verordnung von „Spasmo Mucosolvan“ - Tabletten bei der Patientin L.G. fest (Regressbetrag: 35,38 €), weil es sich um eine fixe Kombination von

Wirkstoffen, nämlich Beta-2-Sympatho-mimetikum (Clenbuterol) und Mukolytikum (Ambroxol) handele. Damit sei das Arzneimittel gem. Nr. 31 der Anlage III AM-RL nicht verordnungsfähig. Ein medizinisch begründeter Einzelfall nach § 31 I 4 SGB V i.V.m. § 16 V AM-RL liege ebf. nicht vor. Das **SG** wies die Klage ab. Weiter führte es aus, auch für eine Ausnahmeverordnung bei einem medizinisch begründeten Einzelfall nach § 31 I 4 SGB V i.V.m. § 16 V AM-RL gebe es keinerlei Anhaltspunkte, zumal hierfür auch nicht die erforderliche Begründung seitens des beigel. Arztes erfolgt sei.

c) Sprechstundenbedarf: Sachlich-rechnerische Richtigstellung durch KV

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.04.2018 - L 5 KA 792/16

RID 18-02-25

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 83, 106

Leitsatz: Die **Aufteilung der Prüfungsbefugnisse** in der ab 01.01.2009 geltenden Sprechstundenbedarfsvereinbarung für Baden-Württemberg verstößt nicht gegen höherrangiges Recht. Es ist rechtlich unbedenklich, wenn die Wirtschaftlichkeitsprüfung von den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen und die sachlich-rechnerische Richtigstellung von der Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt werden. Die Zuordnung von Mitteln, die nicht in der Anlage zur **Sprechstundenbedarfsvereinbarung** aufgeführt werden oder den dortigen Bestimmungen nicht entsprechen, zur **sachlich-rechnerischen Richtigstellung** entspricht der allgemeinen Abgrenzung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und sachlich-rechnerischen Richtigstellungen. Eine Übertragungspflicht auf die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung hat das BSG in seinem Urteil vom 18.08.2010 (B 6 KA 14/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 29) nicht aufgestellt.

Zwischen den Beteiligten ist die Rechtmäßigkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Verordnung von Fortecortin und Klean Prep als Sprechstundenbedarf (SSB) im Quartal III/09 in Höhe von 1.737,80 € streitig, wobei primär darum gestritten wird, ob die bekl. KV berechtigt ist, die Verordnung von SSB zu regressieren. Der Kl. nimmt als Chirurg mit Vertragsarztsitz in B. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. **SG Stuttgart**, Urt. v. 28.01.2016 - S 24 KA 5728/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Zahnärzte

a) Eingeschränkte Einzelfallprüfung mit Hochrechnung/Einzelleistungen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 28.02.2018 - L 3 KA 136/15

RID 18-02-26

juris

SGB V § 106 II 1 Nr. 2

Sachlich-rechnerische Berichtigungen (§ 106a II SGB V) können von den **Prüfgremien** nicht vorgenommen werden, weil ihnen die Zuständigkeit fehlt. Dies kann sich - neben § 106a II SGB V - aus einer **Prüfvereinbarung** ergeben. Die Parteien der Prüfvereinbarung sind berechtigt zu regeln, dass es ausschließlich Aufgabe der KZV ist, die sachlich-rechnerische Richtigkeit der vertragszahnärztlichen Abrechnungen zu untersuchen.

Die **Nr. 56a-Zy1 BEMA** wird nicht erfüllt, wenn auf den entsprechenden Röntgenaufnahmen „keine eindeutige Zyste“ zu erkennen ist (vgl. Niedersachsen-Bremen v. 25.06.2014 - L 3 KA 101/10 -; LSG Schleswig-Holsteinisches, Urt. v. 20.06.2006 - L 4 KA 20/05 - RID 06-04-49, juris). Dieser Abrechnungsfehler ist deshalb im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung zu korrigieren (BSG, Beschl. v. 13.12.2000 - B 6 KA 28/00 B - RID 01-02-66, juris; SG Marburg, Urt. v. 03.06.2009 - S 12 KA 520/08 - RID 09-03-36, juris; SG Hannover, Urt. v. 09.08.2017 - S 35 KA 22/14 - RID 18-02-15, juris).

Die Formulierung „20 % der Versicherten, mindestens aber die jahresbezogenen Behandlungsverläufe von 100 Versicherten“ - in einer Prüfvereinbarung für die Durchführung einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung ist so zu verstehen, dass beide Mindestzahlen erreicht werden müssen. Das Erfordernis der Einbeziehung von **20 % der Fälle** bzw. von mindestens **100 Fällen** gilt auch für Vertragszahnärzte.

Da es sich bei dem **Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss** um ein eigenständiges und umfassendes Verwaltungsverfahren in einer zweiten Verwaltungsinstanz handelt (BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 22) und seine Entscheidung den Verwaltungsakt der Prüfungsstelle ersetzt (BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 35; SozR 4-2500 § 106 Nr. 31), muss die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise vor

dem Beschwerdeausschuss im gleichen Umfang wie vor der Prüfungsstelle geprüft werden. Seiner Pflicht zur **vollständigen Prüfung der Wirtschaftlichkeit** in der zweiten Verwaltungsinstanz kommt der Beschwerdeausschuss aber nicht nach, wenn er das Ergebnis von Vorprüfungen der Prüfungsstelle - wie hier die der „Plausibilität“ von 377 Behandlungsverläufen - unkritisch übernimmt, ohne sie in eigener Verantwortung wenigstens nachzuvollziehen und dies in der Begründung seines Bescheids zu dokumentieren.

Bei der Prüfung von **Einzelleistungen** nach der Methode der eingeschränkten Einzelfallprüfung mit Hochrechnung bedarf es ergänzender Feststellungen, warum der Schluss gerechtfertigt ist, festgestellte Unwirtschaftlichkeiten seien „repräsentativ“ für das gesamte Behandlungsverhalten im Hinblick auf eine Leistungsposition. Im Anschluss an BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 8, juris Rn 31 ist es sachgerecht, die Zahl der als unwirtschaftlich beurteilten Einzelleistungen einer Leistung ins Verhältnis zur Gesamtzahl dieser Ansätze zu setzen, die sich in der gezogenen Stichprobe von 20 % aller Versicherten finden. Je größer dieser Anteil ist, desto näher liegt die Annahme, dass die unwirtschaftliche Leistungserbringung repräsentativ für das gesamte Abrechnungsverhalten der Zahnärzte ist, und desto geringer sind die Anforderungen an die Begründung für die Feststellung einer ständig wiederkehrenden Verhaltensweise.

SG Hannover, Urt. v. 21.10.2015 - S 35 KA 5/12 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte den Bekl., über die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise der Kl. in den Quartalen III/09 bis II/10 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

b) Kürzung von Einzelleistungen und Restüberschreitung

SG München, Urteil v. 07.03.2018 - S 38 KA 5017/17

RID 18-02-27

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Leitsatz: I. Besteht der Anschein der Unwirtschaftlichkeit, obliegt dem geprüften Arzt/Zahnarzt die **Darlegungs- und Feststellungslast** dafür, dass Umstände vorliegen, die die Überschreitung rechtfertigen. Der Kläger kann sich wegen der Besonderheiten des Kassenarztrechts nur bedingt auf den **Amtsermittlungsgrundsatz** nach § 20 SGB X berufen. Hintergrund hierfür ist, dass grundsätzlich nur der überprüfte Arzt/Zahnarzt wegen seiner Sachnähe in der Lage ist, die bei seiner Praxis vorhandenen Besonderheiten, auch kausale kompensatorische Einsparungen, darzulegen.

II. Die Darlegung des Arztes/Zahnarztes muss **strukturiert und systematisiert** sein. Trägt der Arzt/Zahnarzt nicht in geeigneter Weise vor oder findet diesbezüglich überhaupt kein Vortrag statt, ist es rechtlich nicht zu beanstanden, wenn die Prüfungsgremien **ohne Rückfrage beim Arzt/Zahnarzt** auf der Basis der vorhandenen Unterlagen die Wirtschaftlichkeitsprüfung vornehmen.

III. Führt die **Vergütungsberichtigung von Einzelleistungen**, hier der IP 5-Leistungen, zu einer Restüberschreitung beim Gesamtfallwert, die entweder in der Übergangszone zum offensichtlichen Missverhältnis liegt, oder sogar noch im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses, bedarf es keiner Auseinandersetzung mit dem Gesamtfallwert im Sinne eines Mitreflektierens desselben.

Das **SG** wies die Klage ab. Nach den Entscheidungsgründen beläuft sich die Restüberschreitung bei den IP 5-Leistungen immer noch auf 120 %, beim Gesamtfallwert noch auf 45 %.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 21.03.2018 - **B 6 KA 46/16 R** - kann der Fortbestand einer Berechtigung einer Einrichtung nach § 311 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht gegen den Willen des (Trägers des) zugelassenen Leistungserbringers geklärt werden. Übernimmt ein gemeinnütziger Verband die Betreiber-GmbH einer ärztlich geleiteten kommunalen Gesundheitseinrichtung (**Einrichtung nach § 311 SGB V**) von der Kommune, verliert die Gesundheitseinrichtung die Berechtigung, weiterhin an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. § 311 II 1 SGB V ermöglicht dem jeweiligen kommunalen, gemeinnützigen oder staatlichen Träger, trotz des Vorrangs der Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und MVZ eine bestehende Gesundheitseinrichtung weiter zu betreiben. Dieser **Bestandsschutz** kommt der Einrichtung nur in der Ausrichtung zu, in der sie am **Stichtag des 31.12.2003** bestanden hat. Eine **Wechselmöglichkeit** zwischen den Gruppen der kommunalen, gemeinnützigen und staatlichen Träger ist in § 311 II 1 SGB V aufgrund ihres Charakters als Bestandsschutznorm nicht angelegt. In Anwendung dieser Maßstäbe ist die Gesundheitseinrichtung hier nur als „kommunale“ Einrichtung geschützt; verliert sie diese Eigenschaft, verliert sie kraft Gesetzes auch ihre Zulassung.

1. Zulassung: Auswahlverfahren nach partieller Öffnung eines Planungsbereichs

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

LSG Bayern, Urteil v. 17.01.2018 - L 12 KA 12/17

RID 18-02-28

Revision anhängig: B 6 KA 5/18 R

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

Bei einem **Auswahlverfahren nach § 26 BedarfsplRL** sind nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegeben Zulassungsanträge zu berücksichtigen.

Eine „**Konzeptbewerbung**“ nach § 106 IV 10 SGB V gilt nicht im Auswahlverfahren nach Entsperrung des Planungsbereichs, sondern nur bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes. Eine analoge Anwendung ist ausgeschlossen. Eine Verletzung des Art. 3 I oder 12 I GG liegt damit nicht vor.

Nach Entsperrung des Planungsbereichs für einen hälftigen orthopädischen Vertragsarztsitz bewarb sich der kl. MVZ-Träger erfolglos unter Berufung auf § 103 IV 10 SGB V. Das allgemeinärztliche sowie rheumatologische Versorgungsangebot ließe sich ideal durch orthopädische Leistungen ergänzen. Daneben sei auch aufgrund der nervenärztlichen Sprechstunden eine zeitnahe Diagnose orthopädischer Beschwerden mit neurologischen Ausfallerscheinungen gewährleistet. Auf diese Weise könnten unnötige Krankenhauseinweisungen durch fehlende neurologische Befunde vermieden werden. Ein konkreter anzustellender Arzt wurde erst im Laufe des Verfahrens benannt, bis zur Sitzung des Zulassungsausschusses war er noch nicht ins Arztregister eingetragen. **SG Nürnberg**, Ur. v. 25.01.2017 - S 1 KA 4/16 - RID 17-02-51 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Räumliche Verteilung der Ärzte der Fachgruppe innerhalb der Raumordnungsregion

SG Schwerin, Urteil v. 13.09.2017 - S 3 KA 1/16

RID 18-02-29

juris

SGB V §§ 72 I 2, 92 I 2 Nr. 9, 95 II, 101 I 6, 103 I; Ärzte-ZV § 32b; BedarfsplRL § 26 I 1, IV Nr. 3

Leitsatz: 1. Eine **Auswahlentscheidung nach partieller Öffnung eines Planungsbereichs** (§ 26 Abs. 4 BedarfsplRL-Ä) hat auch die **räumliche Verteilung der Ärzte** der Fachgruppe innerhalb der Raumordnungsregion zu berücksichtigen (Anschluss an SG Marburg v. 16.03.2016 - S 12 KA 170/15 - juris Rn. 48, RID 16-02-42; v. 04.06.2014 - S 12 KA 12/14 - juris Rn. 35, RID 14-03-38; v. 26.11.2014 - S 12 KA 539/13 - juris Rn. 50, RID 15-01-45).

2. Für die Zulassungsgremien besteht grundsätzlich keine Veranlassung, im Rahmen ihrer Auswahlentscheidung die **wirtschaftliche Tragfähigkeit der Praxiskonzepte** der einzelnen Bewerber zu überprüfen.

Das **SG** wies die Konkurrentenklage der Kl., MVZ der Universitätsmedizin R, gegen eine Anstellungsgenehmigung der Beigel. für Prof. Dr. St. als Facharzt für Strahlentherapie ab.

c) Kein Versorgungsauftrag mit dem Anrechnungsfaktor 1,5

SG München, Urteil v. 12.04.2018 - S 38 KA 1261/15

RID 18-02-30

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 103 I; BedarfsplRL § 26 IV Nr. 3

Für die rechtliche Beurteilung einer aktiven Konkurrentenklage kommt es auf den **Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung** vor der Tatsacheninstanz an (BSG, Ur. v. 22.10.2014 - B 6 KA 44/13 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 16).

Verfügt ein **Bewerber** durch den Erhalt eines weiteren hälftigen Versorgungsauftrags nunmehr über einen **vollen Versorgungsauftrag**, würde die Bestandskraft des Beschlusses über einen weiteren hälftigen Versorgungsauftrag zu einem Versorgungsauftrag mit dem Anrechnungsfaktor 1,5 führen, was contra legem ist. Handelt es sich um insgesamt nur zwei Bewerber, ist eine Auswahlentscheidung nunmehr unmöglich und ist dem **verbliebenen Bewerber** der weitere hälftige Versorgungsauftrag zuzusprechen.

Nach Entsperrung für einen halben Chirurgenplatz ließ der Zulassungsausschuss den Kl., der bereits über eine hälftige Zulassung in E-Stadt verfügt und die Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“ führt, zu. Der Widerspruch des Beigel. zu 8), der über eine hälftige Zulassung in C-Stadt verfügt und die Zusatzbezeichnung „Gefäß- und Viszeralchirurgie“ führt, blieb erfolglos. **SG München** v. 26.07.2015 - S 21 KA 1110/14 - verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch des Beigel. zu 8) wegen eines Begründungs- und

Ermessensdefizits neu zu entscheiden. Der **Bekl.** erteilte darauf dem Beigel. zu 8) in der Sitzung v. 29.10.2015 die Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag. Mit Schreiben vom 19.03.2018 teilte der Bekl. mit, der Beigel. zu 8) habe mit Beschl. v. 29.11.2017 eine weitere Teilzulassung erhalten, so dass seine bisherige Teilzulassung zum 01.01.2018 zur Vollzulassung erstarkt sei. Das **SG** verpflichtete den Bekl., dem Kl. eine hälftige Zulassung am Vertragsarztsitz C-Stadt zu erteilen.

S. auch SG München, Urt. v. 06.02.2018 - S 28 KA 15/17 - RID 18-02-33.

d) Entsperrung: Spezialisierte fachärztliche Versorgung

SG München, Urteil v. 24.01.2018 - S 38 KA 971/16

RID 18-02-31

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 101; BedarfsPIRL § 26 IV Nr. 3

Die in § 26 IV Nr. 3 BedarfsPIRL genannten **Auswahlkriterien** sind ebenfalls wie die in § 103 IV 5 SGB V genannten nicht abschließend, zumal den Zulassungsgremien ein pflichtgemäßes Ermessen eingeräumt ist (vgl. BSG, Urt. v. 20.03.2013 - B 6 KA 19/12 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 12).

Auch für die **spezialisierte fachärztliche Versorgung** ist trotz der Großräumigkeit des Planungsbereichs zumindest indirekt eine möglichst flächendeckende und **wohntnahe Versorgung** bei **gleichmäßiger Verteilung der Vertragsarztsitze** anzustreben (vgl. SG Marburg, Urt. v. 16.03.2016 - S 12 KA 170/15 - RID 16-02-42). Bei der Bedarfsermittlung nach Entsperrung des Planungsbereichs genügt eine allgemeine, jedoch nachvollziehbare Einschätzung des Bedarfs, verbunden mit einer Gegenüberstellung des Bedarfs an den einzelnen avisierten Standorten. Eine Befragung von Ärzten und Objektivierung der subjektiven Angaben ist nicht zwingend erforderlich.

Ein „**exzentrischer**“ **Standort**, dem wegen der Grenzlage zumindest nach einer Seite hin ein Hinterland fehlt, ist nach Teilentsperrung kein Standortvorteil. Zu berücksichtigen ist die Lage in einem **Tourismusgebiet**. Wird auf **Kostenerstattungen** hingewiesen, so bedarf es einer Nachfrage bei den Krankenkassen über Kostenerstattungsverfahren und Wartezeiten. Die **Tätigkeit als programmverantwortlicher Arzt** im Screening-Verfahren ist zu beachten.

Bei einer **Nebenbeschäftigung als angestellter Arzt** ist zu differenzieren zwischen den jeweiligen Fachgebieten. Handelt es sich um Leistungen, in denen hauptsächlich z.B. Befundungen ohne gleichzeitige Anwesenheit der Patienten erfolgen, ist ein großzügiger Maßstab anzulegen. Daneben kommt es auf die berufliche Stellung im Rahmen der sonstigen Beschäftigung an. Bei einer leitenden Tätigkeit wie bei einem Chefarzt ist von einem Mehraufwand von 20 % auszugehen. Eine Chefarztstätigkeit als Radiologe im Umfang von 15 bzw. faktisch 18 Wochenstunden steht einer Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag nicht entgegen.

Der Zulassungsausschuss ließ nach Teilentsperrung Dr. A zur vertragsärztlichen Versorgung zu. Den Antrag auf sofortige Vollziehung lehnte SG München, Beschl. v. 26.06.2014 - S 38 130/14 ER - ab. Der bekl. Berufungsausschuss ließ den beigel. Facharzt für Radiologie Dr. B zu und lehnte die Anträge der übrigen Bewerber ab. Auf deren Klagen verurteilte SG München, Urt. v. 27.04.2016 - S 28 KA 1377, 1381 und 1388/14 - RID 16-03-54, 55 u. 67 zur Neubeschcheidung. Der Bekl. ließ erneut Dr. B zu. SG München, Beschl. v. 13.03.2017 - S 38 47/17 ER - lehnte eine sofortige Vollziehung ab, LSG Bayern, Beschl. v. 02.11.2017 - L 12 KA 57/17 B ER - RID 17-04-38 wies die Beschwerde zurück. Das **SG** verurteilte auf Klage des Bewerbers C, Facharzt für Radiologie, zur Neubeschcheidung.

2. Umwandlung einer Arztstelle zugunsten des anstellenden MVZ

LSG Bayern, Urteil v. 06.12.2017 - L 12 KA 79/16

RID 18-02-32

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 6/18 B

SGB V §§ 95 II 7, IXb; Ärzte-ZV § 32b V 1

Nach Umwandlung einer Arztstelle in eine Zulassung ist im MVZ **keine umwandlungsfähige Arztstelle** mehr vorhanden. Sie kann auch nicht - unabhängig vom weiteren Schicksal der Zulassung - wieder entstehen, auch nicht bei einer Kündigung der angestellten Ärztin zum Zeitpunkt ihres Ausscheidens oder bei Nichtaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Zulassung.

Bei einer Umwandlung können der **antragstellende Vertragsarzt oder das MVZ** nur dann selbst Inhaber der Zulassung werden, wenn sie **zugleich die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens** nach § 103 IV SGB V beantragen. Wegen des Wortlauts „zugleich“ in § 95 IXb SGB V kann keine Parallele zur - verlängerbaren - Frist von sechs Monaten, die für die Nachbesetzung einer Angestelltenstelle nach § 103 IVa 3 SGB V gilt (vgl. LSG Berlin-Brandenburg,

Urt. v. 27.04.2016 - L 7 KA 30/14 - RID 16-03-66, juris Rn. 35, Revision zurückgewiesen durch BSG, Urt. v. 11.10.2017 - B 6 KA 27/16 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4 <vorgesehen> = juris), gezogen werden.

Die Kl. ist Trägerin eines MVZ. Über das Vermögen der Kl. wurde im März 2013 ein Insolvenzverfahren eröffnet. Der Zulassungsausschuss genehmigte im Okt. 2013 die Genehmigung zur Anstellung der Nuklearmedizinerin K mit einer Arbeitszeit von 40 Stunden/Woche ab 24.10.2013. Bereits am 27.09.2013 hatte die Kl. die Umwandlung der Arztstelle der K in eine Zulassung für sie beantragt. Der Zulassungsausschuss beschloss die Umwandlung zum 01.04.2014. K verzichtete auf die Zulassung, um ab 01.04.2014 als angestellte Ärztin in einem anderen MVZ tätig zu werden, was der Zulassungsausschuss genehmigte. K nahm aber die neue Tätigkeit nicht auf. Das MVZ, vertreten durch den Insolvenzverwalter, beantragte im August 2014 die Umwandlung der Arztstelle der K in eine Zulassung und die Ausschreibung zur Praxisnachfolge und die Verlängerung der Frist zur Nachbesetzung um sechs Monate. Beides wurde abgelehnt. **SG München**, Urt. v. 01.07.2016 - S 49 KA 408/15 - RID 17-02-61 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Zulassungsende: Zulassung unter der Bedingung des hälftigen Verzichts

SG München, Urteil v. 06.02.2018 - S 28 KA 15/17

RID 18-02-33

Ärzte-ZV § 19 III; SGB X §§ 32 II Nr. 2, 40 I

Wird ein Vertragsarzt mit vollem Versorgungsauftrag für einen hälftigen Versorgungsauftrag unter der **Bedingung des hälftigen Verzichts** an seinem bisherigen Vertragsarztsitz zugelassen und wird diese **Nebenbestimmung bestandskräftig**, dann endet die weitere Zulassung, wenn der Verzicht nicht innerhalb der im Bescheid genannten Frist erklärt wird. Auf die Frage der Verfassungsmäßigkeit der Begrenzung des Versorgungsauftrags auf einen Faktor von 1,0 kommt es dann nicht an, ebenso wenig auf die Nichtigkeitsklärung des § 19 III Ärzte-ZV durch BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 26.09.2016 - 1 BvR 1326/15 - RID 16-04-80, da die Nebenbestimmung nicht nach § 40 I SGB X nichtig ist.

Der Kl., als Urologe seit 1985 in N zugelassen, betreibt im benachbarten Landkreis zwei Zweigpraxen in A u. B. Der Zulassungsausschuss ließ ihn, nach teilweiser Entsperrung des Planungsbereichs, mit einem hälftigen Versorgungsauftrag in B unter der Bedingung des hälftigen Verzichts seiner Zulassung in N und der Bestimmung, die vertragsärztl. Tätigkeit ende, wenn sie nicht innerhalb von drei Monaten ab Unanfechtbarkeit aufgenommen werde, zu. Eine Konkurrentenklage wies SG München, Urt. v. 23.07.2015 - S 43 KA 1115/14 -, dem Kl. am 02.11.2015 zugestellt, ab. Am 02.03.2016 erklärte der Kl. die Aufnahme der vertragsärztl. Tätigkeit in B, ohne auf eine hälftige Zulassung in N zu verzichten. Der Zulassungsausschuss stellte das Ende der vertragsärztl. Tätigkeit in B wegen Nichtaufnahme der vertragsärztl. Tätigkeit, die bis 02.02.2016 hätte erfolgen müssen, gem. § 19 III Ärzte-ZV fest. Der Widerspruch blieb erfolglos. Das **SG** wies die Klage ab.

S. auch SG München, Urt. v. 12.04.2018 - S 38 KA 1261/15 - RID 18-02-30.

4. Zulassungsentziehung

a) Visuelles Ausspionieren der Praxisangestellten in ihrer Intimsphäre

LSG Thüringen, Urteil v. 20.11.2017 - L 11 KA 807/16

RID 18-02-34

Revision anhängig: B 6 KA 4/18 R

juris

SGB V § 95 VI; StGB § 205

Ein Vertragszahnarzt **verstößt** gröblich gegen seine **vertragsärztlichen Pflichten**, indem er über einen Zeitraum von sechs Jahren (seit 2006) wiederholt und in zahlreichen Fällen **Videobildaufnahmen von seinen Helferinnen** gefertigt hat, als sie sich umgezogen haben oder in der Dusche standen, mithin nur leicht oder gar nicht bekleidet waren, und sich diese angesehen hat. Auf evtl. sexuelle Motive kommt es nicht an. Der schwere **Eingriff in die Intimsphäre** seiner Mitarbeiterinnen dokumentiert zugleich seine **Ungeeignetheit** für die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit im Sinne des § 21 Zahnärzte-ZV.

Anders als bei der Approbation kommt es auch bei seinem Verhalten nicht auf die Unwürdigkeit, sondern vielmehr auf die dem Verhalten folgende spezifische **Unzuverlässigkeit** an. Der Kl. hat durch sein Verhalten seine charakterliche Ungeeignetheit demonstriert, den Arztberuf, der mit hohen Erwartungshaltungen an seine Integrität behaftet ist, auszuüben.

Anders als ggf. im strafgerichtlichen Verfahren muss nicht für jede Mitarbeiterin im Einzelfall **nachgewiesen** werden, zu welchem Zeitpunkt und in welcher konkreten Situation er Aufnahmen von ihr gefertigt hat, wenn der Vertragszahnarzt den **Grundvorwurf eingeräumt** hat.

Alleine der Einstellungsbeschluss des Landgerichtes, der aus prozessualen Gründen, nämlich wegen der zurückgenommenen Anträge der Helferinnen, erfolgt ist, führt nicht zu einem **Verwertungsverbot** der zugrunde liegenden Akten und Beweiserhebungen.

Nach der Anklageschrift stellte der kl. Vertragszahnarzt heimlich Videoaufnahmen seiner Helferinnen in der Umkleidekabine her. Das AG verurteilte ihn wegen unbefugten Herstellens, Übertragens von Bildaufnahmen in 211 tatmehrheitlichen Fällen in Tateinheit mit Gebrauchens der Aufnahmen (§ 201a I, II StGB) zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren und vier Monaten ohne Bewährung. Nach Geldzahlungen des Kl. an die geschädigten Mitarbeiterinnen im Berufungsverfahren nahmen diese die Strafanzeigen zurück und stellte das LG das Verfahren ein. Die Zulassungsausschuss entzog dem Kl. die Zulassung. Der Widerspruch blieb erfolglos. **SG Gotha**, Urt. v. 23.03.2016 - S 7 KA 2580/15 - RID 17-01-49 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

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

LSG Bayern, Urteil v. 06.12.2017 - L 12 KA 7/17

RID 18-02-35

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 7/18 B

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

Der Entziehungsgrund des **Nichtausübens der vertragsärztlichen Tätigkeit** liegt vor, wenn in einem MVZ keine Ärzte mehr tätig sind.

Die in Satz 3 des § 95 VI SGB V genannte **Frist von sechs Monaten** gilt nur für die dort genannten Gründe der Zulassungsentziehung wegen Wegfalls der Zulassungsvoraussetzungen. Deren Einhaltung ist im Übrigen dann nicht zwingend, wenn der Wegfall der Entziehungsgründe innerhalb der sechsmonatigen Frist ausgeschlossen werden kann.

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

Die Zulassung des im Sept. 2009 zugelassenen MVZ ruhte v. 21.07. bis 31.12.2015, weil alle Ärzte ausgeschieden seien. Der Zulassungsausschuss entzog mit Beschl. v. 23.11.2015 die Zulassung zum 31.12.2015 und lehnte ein weiteres Ruhen bis zum 30.06.2016 ab. In der gleichen Sitzung hatte er die letzte Angestelltenstelle des MVZ in eine Zulassung umgewandelt. Der Bekl. wies den Widerspruch als unzulässig zurück, weil eine Vollmacht fehle und weil über das Vermögen der Kl. ein Insolvenzverfahren eröffnet worden sei. **SG München**, Urt. v. 13.12.2016 - S 49 KA 469/16 - RID 17-02-61 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VI. Sozialpädiatrisches Zentrum/Gesamtvergütung/Hausarztzentrierte Versorgung/GBA

Nach BSG, Urt. v. 21.03.2018 - **B 6 KA 59/17 R** - darf die Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse zur Umsetzung des von der Schiedsperson festgesetzten Vertrags zur Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung verpflichten, obwohl die Krankenkasse den Vertrag für rechtswidrig hält und dies gegenüber dem Vertragspartner gerichtlich geltend macht. BSG, Urt. v. 25.03.2015 - B 6 KA 9/14 R - BSGE 118, 164 = SozR 4-2500 § 73b Nr. 1 hat bereits entschieden, dass **ein durch die Schiedsperson festgesetzter HzV-Vertrag umzusetzen ist, auch wenn noch nicht rechtskräftig feststeht**, dass der Vertragsinhalt mit dem Gesetz in Einklang steht. Zwar spricht im Spannungsverhältnis zwischen Aufsichtsmaßnahmen und gerichtlichem Rechtsschutz viel dafür, dass **die Aufsichtsbehörde nicht mehr zur Umsetzung eines HzV-Vertrags verpflichtet darf, sofern ein Gericht im Rechtsstreit zwischen der Klägerin und dem Hausärzteverband bereits entschieden hat**, dass der Vertrag wegen rechtlicher Mängel einstweilen nicht ausgeführt werden muss; das gilt auch dann, wenn die Entscheidung noch nicht rechtskräftig ist. Hier war aber eine solche Entscheidung bei Erlass des Bescheids im Mai 2015 noch nicht ergangen. Nach den Gesamtumständen, nicht zuletzt auch wegen der ungewissen Dauer eines gerichtlichen Verfahrens des einstweiligen Rechtsschutzes, war die Aufsichtsbehörde unter dem Gesichtspunkt einer maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht nicht verpflichtet, zumindest den erstinstanzlichen Abschluss eines solchen Verfahrens abzuwarten. Ausreichend war, dass es ausdrücklich erklärt hat, bis zum Abschluss des gerichtlichen Eilverfahrens die Aufsichtsordnung nicht zu vollstrecken. Eine Verletzung des Gewaltenteilungsgrundsatzes oder der Unabhängigkeit der Gerichte lag unter diesen Umständen nicht vor. Der Verpflichtungsbescheid war zudem hinreichend bestimmt und überschritt nicht die Grenzen der Rechtsaufsicht. Auch **Ermessensfehler** sind nicht ersichtlich. Das Ministerium durfte sich bei Ausübung der Aufsicht auf die Stellungnahme der Schiedsperson zur Auslegung des Vertrags stützen. Die korrekte Ausübung des Ermessens durch das Ministerium wird auch nicht dadurch in Frage gestellt, dass diese Behörde mit dem Erlass des Verpflichtungsbescheids einer nachdrücklich artikulierten Forderung des Hausärzteverbands entsprochen hat. Allein dies macht eine Aufsichtsordnung zur Beseitigung einer festgestellten Rechtsverletzung nicht fehlerhaft. Nach BSG, Urt. v. 21.03.2018 - **B 6 KA 44/16 R** - fehlt

es am **Feststellungsinteresse**, ob der im Jahr 2012 von der Schiedsperson für Bayern festgesetzte Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV-Vertrag) gegen den **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** verstoßen hat, wenn der streitbefangene **Vertrag bereits vollständig umgesetzt** und inzwischen durch einen Folgevertrag abgelöst worden ist. Da der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für **den Bereich der hausarztzentrierten Versorgung schon seit dem 1.4.2014 nicht mehr gilt**, besteht insoweit auch keine Wiederholungsgefahr. Schadensersatzansprüche der kl. Krankenkasse gegen den bekl. Hausarztverband oder gegen teilnehmende Vertragsärzte, die mit einer Verletzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität begründet werden könnten, kommen nicht in Betracht. Effektiven Rechtsschutz mit der Möglichkeit, auch Verstöße gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität geltend zu machen, hätte die Kl. im gerichtlichen Eilverfahren erlangen können; davon hat sie keinen Gebrauch gemacht. Soweit die Kl. die Rechtswidrigkeit des HzV-Vertrags in einer Reihe weiterer Punkte geltend gemacht hat, war die Klage zwar zulässig, aber nicht begründet. Ihren weiten Gestaltungsspielraum hat die Schiedsperson bei der Ausgestaltung des Vertrags nicht verletzt. Der Umstand, dass der **HzV-Vertrag** - in der Regelversorgung nicht oder nicht in vergleichbarer Höhe vorgesehene - **Vergütungspositionen etwa für die Arzneimitteloptimierung** der Versicherten oder für die Behandlung chronisch Kranker enthält, begründet keinen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Einschätzung der Schiedsperson, dass damit ein besonderer Behandlungsaufwand im Rahmen der HzV abgegolten werde und dass auf eine zielgenauere und damit potenziell günstigere Verordnung von Arzneimitteln hingewirkt werde, ist jedenfalls nicht ganz fernliegend. Auch die von der Kl. geltend gemachten Verstöße u.a. gegen das Gebot der Selbsttragung des Wahltarifs und gegen datenschutzrechtliche Vorgaben liegen nicht vor. Des Weiteren bestand keine Verpflichtung der Schiedsperson, **Kinder und Jugendliche** von der Teilnahme am HzV-Vertrag auszuschließen. Zwar hat die Klägerin für Bayern einen „Vertrag zur Durchführung der pädiatrie-zentrierten Versorgung“ durch Kinderärzte geschlossen. Kinder und Jugendliche werden aber nicht nur von Kinderärzten, sondern auch von Hausärzten behandelt, und gerade im ländlichen Raum besteht dafür auch ein praktisches Bedürfnis. Nach BSG, Urt. v. 24.01.2018 - **B 6 KA 43/16 R** - sind die Versicherten einer Krankenkasse, die ihren **Wohnsitz im Ausland** haben, nicht mehr bei der Ermittlung der Höhe der geschuldeten **Gesamtvergütungen** zu berücksichtigen, wenn nach Fusion von Krankenkassen der Sitz der neuen Krankenkasse in einem anderen KV-Bezirk liegt und die Vergütungsvereinbarungen vorsehen, dass die „Wohnausländer“ nach dem Sitz der Krankenkasse zuzuordnen sind. Die Abgrenzung der Regelungszuständigkeit für Auslandsversicherte nach dem Sitz ihrer Krankenkasse entspricht dem Erfordernis einer jederzeit eindeutigen und lückenlosen territorialen Zuordnung. Eine rechtliche Regelungslücke besteht insoweit nicht.

1. Höhe der Quartalspauschale je Behandlungsfall

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 06.09.2017 - L 11 KA 54/16 KL

RID 18-02-36

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 5/18 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 71, 120

Maßgeblicher **Zeitpunkt** für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage - und damit für die Kostenprognose - ist derjenige der Schiedsstellenentscheidung (LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 24.04.2002 - L 4 KR 133/99 - juris). Arztstellen, für die bereits zu diesem Zeitpunkt feststeht, dass sie unbesetzt sind, können nicht als **Personalkosten** berücksichtigt werden.

Die **Wirtschaftlichkeit** ist zu prüfen. Wirtschaftlich ist nur eine Ausstattung bzw. sind nur absolute Kosten, die in einem angemessenen Verhältnis zur Fallzahl, d.h. zur Zahl der prognostisch zu behandelnden Patienten stehen. Wenn die höchste Quartalspauschale bei mit großem Abstand geringsten Fallzahlen gefordert wird, muss geprüft werden, ob noch von einer wirtschaftlichen Betriebsführung ausgegangen werden kann.

Ein **Investitionskostenabschlag** bei der Bemessung der Quartalspauschale ist nicht zu berücksichtigen. Bis 31.12.2015 war der Investitionskostenabschlag als Ausgleich für die staatliche Investitionsförderung bei öffentlich geförderten Krankenhäusern als allgemeiner Rechtsgedanke anzuwenden. Dies galt jedoch nicht für die Pauschalen nach § 120 III 1 SGB V.

Bei dem im Rahmen des zweiten Prüfungsschritts durchzuführenden **externen Vergleich** ist es unter Berücksichtigung des Gestaltungsspielraums der Schiedsstelle grundsätzlich zulässig, sich auf die SPZ in Westfalen-Lippe zu beschränken.

Das **LSG** hob den Schiedsspruch der Bkl. v. 23.05.2016 insoweit auf, als die festgesetzte Quartalspauschale je Behandlungsfall einen Betrag von 171 € übersteigt, und verpflichtete die Bkl., über den Antrag der Beigel. auf Festsetzung der Vergütung ihres sozialpädiatrischen Zentrums für die Zeit ab 01.01.2015 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senates neu zu entscheiden.

VII. Verfahrensrecht/Kosten/Streitwert/EHV (KV Hessen)

1. Vertragsarztrechtsstreitigkeit/Lieferant von Sprechstundenbedarf

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 22.11.2017 - L 11 KA 82/16 B ER

RID 18-02-37

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG §§ 10 II 1, 86b II

„Aufgrund“ der **Beziehung zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten** i.S.d. § 10 II 1 SGG kann eine Streitigkeit auch entstehen, wenn nicht an dieser Rechtsbeziehung beteiligte Dritte behaupten, durch eine zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten getroffene Regelung in ihren Rechten unmittelbar oder mittelbar berührt zu sein. Dies ist der Fall für einen Rechtsstreit zwischen einem Lieferanten von Sprechstundenbedarf und einer Krankenkassen, den der Rechtsstreit gründet in der zwischen der KV und den Landesverbänden der Krankenkassen geschlossenen SSB-Vereinbarung.

Ein **Lieferant von Sprechstundenbedarf** muss für einen **Anordnungsgrund** glaubhaft machen, welche finanziellen Einbußen er durch das angeschuldigte Verhalten der Krankenkasse erleidet.

Ein schlichter **Verstoß gegen Zuständigkeitsregelungen** erfüllt nicht § 3 I UWG.

Die Beteiligten streiten darum, ob die Ag. berechtigt ist, vertragsärztlich verordneten und von der Ast. gelieferten Sprechstundenbedarf (SSB) mit dem Hinweis, das jeweilige Produkt sei nicht preisgünstig, nicht oder nicht vollständig zu bezahlen. Die Ast. ist ein Großhändler von Medizinprodukten und vom Apothekenzwang befreiter Arzneimittel. Sie beliefert u.a. im Zuständigkeitsbereich der Ag. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Gemeinschaftspraxen und MVZ mit SSB. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 07.10.2016 - S 27 KR 920/16 ER - gab der Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung unter Androhung eines für jeden Fall der Zuwiderhandlung festzusetzenden Ordnungsgeldes von bis zu 250.000 € und für den Fall, dass dieses nicht beigetrieben werden kann, von Ordnungshaft bis zu sechs Monaten, zu vollstrecken an einem Vorstandsmitglied der Ag., auf, es zu unterlassen, vertragsärztlich verordneten SSB der Ast. gegenüber mit dem Hinweis nicht oder nicht vollständig zu bezahlen, die verordneten Produkte seien nicht zu einem marktüblichen Preis geliefert worden, und lehnte im Übrigen den Antrag ab. Das **LSG** änderte auf Beschwerde der Ag. den Beschl. ab, lehnte den Antrag zu 2) ab und verwarf den Hilfsantrag.

2. Kosten: Wirtschaftlichkeitsprüfung/Kostenquote bei Beratung als verbliebener Sanktion

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.11.2017 - L 7 KA 64/14

RID 18-02-38

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106; SGB X § 63

Leitsatz: 1. Im Bereich der **Wirtschaftlichkeitsprüfung** stellt eine **Beratung** ein Minus bzw. eine mildere Maßnahme gegenüber einer Zahlungsverpflichtung (z.B. in Form einer Honorarkürzung oder eines Regresses) dar.

2. Wird einem Widerspruch teilweise stattgegeben, muss die Behörde bei der Kostenentscheidung das **Ausmaß des Obsiegens und Unterliegens** durch eine **Kostenquote** zum Ausdruck bringen.

Die Prüfungsstelle setzte einen Regress von 33.005,51 € fest, der Bekl. hob den Regress auf und setzte eine Beratung fest. Bei der Gebührenfestsetzung berücksichtigte der Bekl. für das Unterliegen bzgl. der Beratung einen Gegenstandswert von 5.000 €, woraus sich eine Erfolgsquote von 84,85 % ergab. **SG Berlin**, Urte. v. 26.03.2014 - S 71 KA 541/12 - gab der Klage statt und verpflichtete den Bekl., dem Kl. weitere 302,88 € zu erstatten, das **LSG** wies die Klage ab.

3. Streitwert

Vgl. Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit/Streitwertkatalog, 5. Aufl. 2017, www.sozialgerichtsbarkeit.de (rechts unten auf der Startseite ist link vorhanden).

a) Höheres RLV/QZV: Kein Abzug von Praxis- oder Sachkosten

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

RID 18-02-39

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = MedR 2018, 110

GKG §§ 52 I, 63 II, 66 VI 1, 68; RVG § 32 II

Ergibt sich aus dem **Klageantrag auf Neubescheidung** allein noch nicht, welches wirtschaftliche Interesse mit der Klage verfolgt wird, ist ergänzend das **Klagevorbringen** heranzuziehen.

Wird die Zuerkennung einer Erhöhung des RLV bzw. der QZV wegen Praxisbesonderheiten begehrt, ist das Mehr an Honorar zu ermitteln. Ein **Abzug von Praxis- oder Sachkosten** kommt nicht in Betracht. Beide Kostenanteile fallen ungeachtet des Streits um die Erhöhung an. Sie werden durch den unstreitigen Teil der Vergütung gedeckt.

In der Hauptsache stritten die Beteiligten über die Zuerkennung einer Erhöhung des RLV bzw. der QZV aufgrund von Praxisbesonderheiten für die Quartale I/09 ff. Das Verfahren endete mit klageabweisendem Urteil. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 04.03.2016 - S 14 KA 640/12 - setzte den Streitwert auf 20.000 €, das **LSG** auf Beschwerde des Bevollmächtigten des Kl. auf 280.000 € fest.

b) ER-Beschwerdeverfahren in Zulassungssachen

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 23.10.2017 - L 11 KA 31/17 B ER

RID 18-02-40

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95, 101; GKG § 52

Im Verfahren des **einstweiligen Rechtsschutzes** bzgl. einer **Zulassung** zur vertragsärztlichen Versorgung wird das Ziel verfolgt, bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens vertragsärztlich tätig sein zu können. Dabei orientiert sich das wirtschaftliche Interesse an der wahrscheinlichen Dauer dieses Zeitraums, so dass auf die in dieser Zeit erzielbaren Einnahmen abzustellen ist. Hinsichtlich der **Verfahrensdauer des Hauptsacheverfahrens** ist dabei weder auf die höchstmögliche Verfahrensdauer bis zur Entscheidung durch das BSG noch auf die tatsächliche Verfahrensdauer, soweit dies schon bekannt ist, sondern auf die bei Antragstellung typischerweise zu erwartende Verfahrensdauer abzustellen. Diese ist im vorliegenden Fall mit zwei Jahren zu veranschlagen.

Von dem fiktiven Wert des solchermaßen in zeitlicher Hinsicht fixierten Hauptsacheverfahrens ist wegen des besonderen Charakters des einstweiligen Rechtsschutzes **kein Abschlag** vorzunehmen. Dies beruht darauf, dass der vorläufig zugelassene Arzt und der Arzt, der wegen der aufschiebenden Wirkung eines Rechtsmittels gegen die Zulassungsentziehung weiter vertragsärztlich tätig sein darf, unter dem Gesichtspunkt der Vergütung ihrer Leistungen keinen anderen Status als „regulär“ zugelassene Ärzte haben. Insoweit ist das wirtschaftliche Interesse des antragstellenden Arztes an einer einstweiligen Regelung seinem wirtschaftlichen Interesse an einem Obsiegen im Hauptsacheverfahren deckungsgleich. Da für ein solches Hauptsacheverfahren - typisierend - grundsätzlich ein Zeitraum in der zu erwartenden Länge des Hauptsacheverfahrens anzusetzen ist, müsste auch der im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes zu berücksichtigende Zeitfaktor hiernach bemessen werden. Das damit verbundene **Kostenrisiko** erachtet der Senat wegen Art. 19 IV GG als nicht mehr vertretbar. Aus diesem Grunde kann für ein **ER-Beschwerdeverfahren in Zulassungssachen** grundsätzlich nur ein **Zeitraum von einem Jahr** angesetzt werden. Anderes mag dann gelten, wenn eine befristete Teilnahmeform im Streit steht.

Da die KBV die Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung seit 2011 nicht mehr fortschreibt, verlieren diese mit zunehmendem Zeitablauf jegliche Aussagekraft. Stattdessen bietet es sich nunmehr an, die von der KBV vierteljährlich veröffentlichten **Daten zur Entwicklung des Honorarumsatzes** und des Überschusses aus vertragsärztlicher Tätigkeit heranzuziehen.

Der **Streitwertkatalog** für die Sozialgerichtsbarkeit dürfte als „Empfehlung“ mit Art. 97 Abs. 1 GG i.V.m. § 25, 26 DRiG kollidieren und insoweit rechtswidrig sein. Der Streitwertkatalog hat somit lediglich informativen Charakter.

SG Köln, Beschl. v. 02.05.2017 - S 26 KA 15/16 ER - hob auf Antrag der KV die angeordnete sofortige Vollziehung der Sonderbedarfszulassung auf, **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 11.07.2017 L 11 KA 31/17 B ER - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris setzte den Beschl. des SG bis zum rechtskräftigen Abschluss des Beschwerdeverfahrens L 11 KA 31/17 B ER aus und stellte die Wirkungen des Sofortvollzugs insoweit wieder her (sog. Hängebeschl.), mit Beschl. v. 21.08.2017 lehnte das **LSG** den Antrag der KV auf Aufhebung des im Beschl. des Ag. angeordneten Sofortvollzugs ab. Das **LSG** setzte nunmehr den Streitwert auf 25.800 € fest.

Parallelverfahren:

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 23.10.2017 - L 11 KA 30/17 B ER

RID 18-02-41

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

4. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) KV Hessen

a) Berücksichtigung besonderer Kostenanteile (Laborärzte, Quartal I/09)

LSG Hessen, Urteil v. 06.12.2017 - L 4 KA 10/15

RID 18-02-42

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

KVHG Hessen § 8; Art. 4 § 1 II GKAR; GEHV der KV Hessen i.d.F. ab 01.07.2006

Die Regelung zur **Berücksichtigung besonderer Kostenanteile** im Rahmen der Quotierung der Vergütung zugunsten der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen ist im Quartal I/09 (hier: Fachärzte für **Laboratoriumsmedizin**) nicht zu beanstanden.

Das kl. MVZ, bei dem als angestellte Ärzte zwei Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und ein Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie beschäftigt sind, streitet um die Höhe des Abzugs vom Honorar für die EHV im Quartal I/09 und hierbei insb. um die Berücksichtigung besonderer Kostenanteile. **SG Marburg**, Gerichtsbb. v. 04.02.2015 - S 12 KA 337/14 - RID 15-01-64 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. Zur **Zulassung der Revision** merkt das LSG an, die Kl. weise zutreffend darauf hin, dass die bisherigen Konkretisierungen des Gleichheitssatzes bzw. des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit in der BSG-Rspr. (insb. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - B 6 KA 10/13 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 79) nicht auf die Überprüfung einer Regelung im Rahmen der EHV abzielten, die eine Begrenzung der Berücksichtigungsfähigkeit von Praxiskosten beim EHV-Einbehalt bewirke.

b) Honorar aus Sonderverträgen: Widerspruchsvoraussetzungen und Schätzbescheide

LSG Hessen, Teilurteil v. 06.12.2017 - L 4 KA 91/14

RID 18-02-43

SGG §§ 78 ff., 85; KVHG Hessen § 8; GKAR Art. 4 § 1 II; GEHV

Auch im sozialgerichtlichen Verfahren gilt, obwohl § 95 SGG eine § 79 II 2 VwGO entsprechende Vorschrift nicht enthält, dass der **Widerspruchsbescheid** dann **alleiniger Gegenstand** der Anfechtungsklage sein kann, wenn und soweit er gegenüber dem ursprünglichen Verwaltungsakt eine zusätzliche selbständige Beschwer enthält.

Das **Fehlen einer Sachentscheidung im Widerspruchsbescheid** rechtfertigt nicht die Annahme des Fehlens eines Widerspruchsverfahrens als Prozessvoraussetzung (§ 78 I SGG).

Es handelt sich bei § 11 VII GEHV und § 8 III 3 KVHG, wonach ein **Widerspruch** nur unter Vorlage der vollständigen Unterlagen **zulässig** ist, um bloße **Ordnungsvorschriften** und nicht um die Normierung über §§ 78 ff SGG hinausgehender oder davon abweichender Zulässigkeitsvoraussetzungen für das sozialgerichtliche Vorverfahren.

Die **Rechtsgrundlage für die Schätzbescheide** nach § 11 VI 3 GEHV in der ab Juli 2011 geltenden Fassung **ist rechtmäßig**.

SG Marburg, Urt. v. 19.11.2014 - S 12 KA 442/13 - RID 15-01-66 wies die Klage ab, das **LSG** hob den angefochtenen Widerspruchsbescheid auf. Das LSG wies darauf hin, das Verfahren hinsichtlich der **Schätzbescheide** bleibe dem Schlussurteil vorbehalten. Die KV müsse zunächst neu über den Widerspruch entscheiden.

Vgl. auch LSG Hessen, Urt. v. 08.11.2017 - L 4 KA 88/14 - RID 18-01-43, Revision zugelassen.

VIII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Honorarverteilung

a) Unterdurchschnittlich abrechnende Vertragsarztpraxis und HVM

BSG, Urteil v. 02.08.2017 - B 6 KA 16/16 R

RID 18-02-44

SozR 4-2500 § 87b Nr. 11

Leitsatz: 1. Auch nach dem Ende der bundesgesetzlich vorgeschriebenen Verteilung des vertragsärztlichen Honorars auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen mit Ablauf des Jahres 2011 muss die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) durch ihre Regelungen zur Honorarverteilung

unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen in angemessener Zeit ermöglichen, den **Durchschnittsumsatz** der Arztgruppe zu erreichen.

2. Die **faktischen Schwierigkeiten kleiner Praxen**, im Hinblick auf eine große Zahl niedergelassener Ärzte in der jeweiligen Arztgruppe und eine insgesamt eher rückläufige Fallzahl diesen Umsatz zu erreichen, zwingen die KÄV nicht zu einer Änderung der Regeln über die Honorarverteilung.

3. Auch ohne ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung darf eine KÄV vor Erlass des endgültigen Honorarbescheids über zentrale **Grundlagen des Honorars** des Vertragsarztes, wie etwa ein praxisindividuelles Punktzahlvolumen, **vorab durch gesonderten Verwaltungsakt** entscheiden.

b) Kleine Arztpraxis in überversorgtem Planungsbereich/Vorläufige RLV-Zuweisung

BSG, Urteil v. 02.08.2017 - B 6 KA 7/17 R

RID 18-02-45

SozR 4-2500 § 87b Nr. 12

Leitsatz: 1. Den auch aus der **Überversorgung** eines Planungsbereichs mit Ärzten einer Arztgruppe folgenden Schwierigkeiten einer kleinen, bereits lange bestehenden Arztpraxis, durch Fallzahlsteigerungen den **durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen**, muss nicht durch Sonderregelungen bei der Bemessung des Regelleistungsvolumens (RLV) oder durch Zuschläge zum Honorar Rechnung getragen werden.

2. Wenn die Kassenärztliche Vereinigung das **RLV** nicht wie gesetzlich vorgesehen **vor Beginn eines Quartals zuweisen** kann, weil die für die Berechnung erforderlichen Vereinbarungen mit den Verbänden der Krankenkassen noch nicht zustande gekommen sind, darf sie das RLV **vorläufig zuweisen**.

3. Die **vorläufige Zuweisung** des RLV darf mit Wirkung für die Zukunft, nicht jedoch rückwirkend zu Ungunsten des Arztes **geändert** werden.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 02.08.2017 - B 6 KA 21/17 R

RID 18-02-46

juris

BSG, Urteil v. 02.08.2017 - B 6 KA 18/17 R

RID 18-02-47

juris

BSG, Urteil v. 02.08.2017 - B 6 KA 13/17 R

RID 18-02-48

juris

BSG, Urteil v. 02.08.2017 - B 6 KA 9/17 R

RID 18-02-49

juris

BSG, Urteil v. 02.08.2017 - B 6 KA 3/17 R

RID 18-02-50

juris

c) Regelleistungsvolumen

aa) Regelleistungsvolumen und ambulante Operationen

BSG, Urteil v. 29.11.2017 - B 6 KA 41/16 R

RID 18-02-51

SozR 4-2500 § 115b Nr. 8

Leitsatz: Vertragsärzte haben keinen gesetzlichen Anspruch darauf, dass von ihnen erbrachte Leistungen des **ambulanten Operierens** generell **unbudgetiert** außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden.

bb) Bestimmung von Sonderregelung rechtfertigenden Praxisbesonderheiten

BSG, Beschluss v. 21.03.2018 - B 6 KA 70/17 B

RID 18-02-52

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 06.09.2017 - L 3 KA 46/14 - RID 17-04-7 wird zurückgewiesen.

Das LSG geht - in Übereinstimmung mit der Senatsrspr. - davon aus, dass die **Erbringung spezieller Leistungen** typischerweise eine **besondere (Zusatz-)Qualifikation** und eine **besondere Praxisausstattung** erfordern. Daneben hat der Senat der Frage Bedeutung beigemessen, wie **hoch der Anteil der zur Fachgruppe gehörenden Ärzte ist**, der die Leistung ebenfalls abrechnet. Die

genannten Gesichtspunkte hat das LSG in seiner Entscheidung **berücksichtigt und gegeneinander abgewogen**.

Das LSG hat die Zugehörigkeit der Leistungen nach den Nr. 17332 und 17333 EBM zum **Kernbestand** des nuklearmedizinischen Leistungsspektrums nach der **Weiterbildungsordnung** nur als **eines von mehreren Kriterien** bei seiner Beurteilung berücksichtigt. Die Berücksichtigung dieses Gesichtspunktes steht in Übereinstimmung mit der Senatsrspr., die davon ausgegangen ist, dass es sich bei den speziellen Leistungen, deren besonders häufige Erbringung auf einen besonderen Versorgungsauftrag hinweisen kann, typischerweise um Leistungen handeln wird, die eine besondere Zusatzqualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern. Leistungen, die zum Kernbestand des nuklearmedizinischen Leistungsspektrums nach der Weiterbildungsordnung gehören, erfordern im Regelfall gerade keine Zusatzqualifikation.

Den Umstand, dass die Nr. 17332 und 17333 EBM nur von einer **relativ geringen Zahl von Nuklearmedizinern** abgerechnet worden sind, hat das LSG nicht unberücksichtigt gelassen, diesem Gesichtspunkt im Ergebnis aber kein ausschlaggebendes Gewicht beigemessen. Mit dieser **einzelfallbezogenen Bewertung** weicht das LSG nicht von Rechtssätzen aus einer Entscheidung des erkennenden Senats ab. Der Senat hat in seiner Rspr. (vgl. die Urteile vom 29.06.2011 - B 6 KA 17/10 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 66, B 6 KA 18/10 R - juris, B 6 KA 19/10 R - juris, B 6 KA 20/10 R - MedR 2012, 413) nicht entschieden, dass die besonders häufige Erbringung von Leistungen, die von weniger als der Hälfte der Ärzte der Fachgruppe abgerechnet werden, **generell eine Praxisbesonderheit begründen würde**. Das wäre auch **nicht sachgerecht**. Schließlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Ärzte einer Fachgruppe auf unterschiedliche Leistungen spezialisieren. Das kann zur Folge haben, dass Leistungen, die ausschließlich von Ärzten der Fachgruppe erbracht und abgerechnet werden dürfen, dennoch jeweils von weniger als 50 % der Fachgruppe erbracht werden. Wenn allein dieses Kriterium herangezogen werden dürfte, müssten in einer solchen Konstellation alle Ärzte der Fachgruppe Praxisbesonderheiten geltend machen können. In Übereinstimmung mit der Entscheidung des LSG sind jedoch weitere - in der Senatsrspr. entwickelte - Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen.

cc) Fallzahlabhängige Quotierung im RLV

BSG, Beschluss v. 24.01.2018 - B 6 KA 80/17 B

RID 18-02-53

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Bayern**, Urt. v. 26.07.2017 - L 12 KA 30/16 - wird zurückgewiesen.

Dass die KVen in ihrem Honorarverteilungsmaßstab auch Regelungen vorsehen können, nach denen sich der **Punktwert** bei Überschreitung eines festgelegten Budgets erheblich reduziert, hat der Senat bereits mehrfach entschieden. Auch ein Absinken der **Restvergütungsquote** auf Null ist nicht generell zu beanstanden, sodass auf Restvergütungsregelungen sogar gänzlich verzichtet werden kann. Bei der Beurteilung von Restvergütungsquoten sind stets der Zusammenhang und die Wechselwirkung mit der vorgängig errechneten „Haupt“honorierung zu beachten. Je größer diese bemessen wurde, desto weniger verbleibt für die restliche Vergütung. Dagegen kann auch nicht mit Erfolg eingewandt werden, letztlich bleibe ein Teil der durch ärztliche Tätigkeit erarbeiteten Punkte unvergütet. Vielmehr wird lediglich das Ausmaß der Vergütungen insgesamt der Höhe nach begrenzt, sodass das auf die einzelne Leistung entfallende Honorar entsprechend der größeren Anzahl erbrachter Leistungen sinkt. Vor diesem Hintergrund kann die Frage zur Zulässigkeit einer (bei **Überschreitung der doppelten durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe**) Absenkung des Punktwerts auf 25 % des Werts, mit dem die innerhalb des Budgets vergüteten Leistungen honoriert werden, in dieser Allgemeinheit bejaht werden, ohne dass es dazu der Durchführung eines Revisionsverfahrens bedarf.

Es entspricht der ständigen Rechtsprechung des Senats, dass **Honorarbegrenzungsregelungen** im Grundsatz an die **Fachgebietseinteilung** nach der **Weiterbildungsordnung** anknüpfen dürfen. Bei der Zuordnung der Vertragsärzte zu einzelnen Arztgruppen ist nicht der Schwerpunkt der Praxistätigkeit maßgeblich, sondern die **Zulassung**. Das gilt auch für Fallzahlbegrenzungen, die an den Fachgruppendurchschnitt anknüpfen dürfen. Zudem gesteht die Rechtsprechung den KVen bei der Ausgestaltung von Honorarbegrenzungsregelungen einen erheblichen Gestaltungsspielraum zu. Ferner ist geklärt, dass ein von der Fachgruppentypik wesentlich abweichendes Leistungsspektrum den

Satzungsgeber unter dem Gesichtspunkt des Differenzierungsgebotes zu einer Ergänzung der Honorarbegrenzungsregelung zwingen kann.

Der Senat hat in zahlreichen Entscheidungen Honorarbegrenzungen gebilligt, die eine übermäßige Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit verhindern sollen, ohne darin einen Widerspruch zum **Grundsatz der freien Arztwahl** auch nur in Erwägung zu ziehen. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die freie Arztwahl in erster Linie das Recht des Versicherten betrifft, zwischen bestehenden Angeboten zu wählen, nicht jedoch das Recht des Versicherten auf einen zeitnah freien Behandlungstermin bei einem bestimmten Arzt.

dd) Keine Freistellung überdurchschnittlich großer Altpraxen von Abstaffelungsregelung

BSG, Beschluss v. 21.03.2018 - B 6 KA 72/17 B

RID 18-02-54

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Schleswig-Holstein*, Urt. v. 18.07.2017 - L 4 KA 48/15 - RID 18-02-8 wird zurückgewiesen.

Für die Verhütung einer **übermäßigen Ausdehnung** der vertragsärztlichen Tätigkeit ist stets herausgestellt worden, dass eine sorgfältige und gründliche Behandlung der Patienten durch eine persönliche Tätigkeit des Kassenarztes gewährleistet werden soll (vgl. BSG SozR 2200 § 368f Nr. 6, 8 und 14). Schon mit dieser Zielsetzung wäre es unvereinbar, zwischen Ärzten, die bei Erlass von untergesetzlichen Vorschriften zur Ausfüllung dieser gesetzlichen Vorgabe bereits übermäßig große Praxen führen, und solchen Ärzten zu differenzieren, die erst nach Inkrafttreten entsprechender Regelung ihre Praxistätigkeit so ausweiten, dass Honorarkürzungsmaßnahmen getroffen werden. Vertragsärzte, die bis Ende 2008 eine **überdurchschnittlich große Praxis** geführt haben, müssen nicht von allen **Abstaffelungsregelungen** ab 2009 freigestellt bleiben.

Ob und inwieweit gewachsenen Praxisstrukturen auch in der Variante der langjährigen Führung einer übergroßen Praxis im Zuge der auf RLV Rechnung zu tragen war, kann allein im Rahmen von **Übergangs- bzw. Härtere Regelungen** thematisiert werden.

Der Senatsrspr. zu den **RLV** ist mit hinreichender Deutlichkeit zu entnehmen, dass die Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Bildung der RLV, soweit dabei auf **Fachgruppen** abgestellt wird, nicht zu beanstanden sind.

Parallelverfahren:

BSG, Beschluss v. 21.03.2018 - B 6 KA 71/17 B

RID 18-02-55

juris

BSG, Beschluss v. 21.03.2018 - B 6 KA 75/17 B

RID 18-02-56

juris

BSG, Beschluss v. 21.03.2018 - B 6 KA 74/17 B

RID 18-02-57

juris

BSG, Beschluss v. 21.03.2018 - B 6 KA 73/17 B

RID 18-02-58

juris

d) Psychotherapeutenvergütung 2007/2008

BSG, Urteil v. 29.06.2017 - B 6 KA 29/17 R

RID 18-02-59

SozR 4-2500 § 85 Nr. 88

Leitsatz: 1. Der Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 31.8.2011 zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich **psychotherapeutisch** tätiger Vertragsärzte und -therapeuten ist für das **Jahr 2008**, nicht aber für das Jahr **2007** rechtmäßig, soweit für dieses Jahr keine Anpassung vorgenommen wurde.

2. **Empirisch ermittelte Personalkosten** psychotherapeutischer Praxen dürfen nicht durch normativ ermittelte niedrigere Werte ersetzt werden.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 28.06.2017 - B 6 KA 36/16 R

RID 18-02-60

juris

BSG, Urteil v. 11.10.2017 - B 6 KA 32/17 R

RID 18-02-61

juris

e) Pädiatrische Spezialambulanz: Zusätzliche Pauschale nicht für Vergangenheit

BSG, Urteil v. 10.05.2017 - B 6 KA 10/16 R

RID 18-02-62

SozR 4-2500 § 120 Nr. 5 = MedR 2018, 54 = USK 2017-32 = KHE 2017/55

Leitsatz: Wird die zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Krankenhausträgern zusätzlich zur Grundvergütung vereinbarte **Pauschale für pädiatrische Spezialambulanzen** nicht innerhalb eines Jahres nach dem jeweils betroffenen Jahr geltend gemacht, ist der Anspruch des Krankenhausträgers **verwirkt**.

f) Förderung belegärztlicher Leistungen

BSG, Beschluss v. 24.01.2018 - B 6 KA 46/17 B

RID 18-02-63

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 26.04.2017 - L 5 KA 1717/15 - wird zurückgewiesen.

Soweit nicht Vorgaben des Bewertungsausschusses etwas anderes sagen, ist es vom Gestaltungsspielraum der Gesamtvertragsparteien gedeckt, wenn sie sich bei der **Förderung belegärztlicher Leistungen** an dem **im EBM festgelegten Leistungskatalog** orientieren. Sie dürfen davon ausgehen, dass dort die typischen belegärztlichen Leistungen abgebildet sind. Auf sie darf sich eine besondere Förderung beschränken. Dass im Kapitel 36 EBM für die konservative Tätigkeit nur Strukturpauschalen ausgewiesen sind, verdeutlicht den Umstand, dass die entsprechenden Leistungen nicht den Schwerpunkt der belegärztlichen Tätigkeit bilden. Die geringe Anzahl von Leistungen für konservative belegärztliche Tätigkeit im Kapitel 36 EBM zwingt unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten indes nicht zu einer Erweiterung des Leistungskatalogs oder der Erstreckung der streitbefangenen Zuschlagsregelung auf andere im Rahmen der Belegarztztätigkeit erbrachte Leistungen (vgl. auch BSG, Urt. v. 29.11.2017 - B 6 KA 41/16 R - SozR 4-2500 § 115b Nr. 8 <vorgesehen> zu Leistungen des ambulanten Operierens).

2. Dialyseversorgungsauftrag

a) Bindung des Versorgungsauftrags an Dialysepraxis/Feststellungsklage

BSG, Urteil v. 15.03.2017 - B 6 KA 13/16 R

RID 18-02-64

SozR 4-1500 § 55 Nr. 22

Leitsatz: Das Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft kann im Wege der **Feststellungsklage** klären, ob ein **Dialyseversorgungsauftrag** bei seinem Ausscheiden in der bisherigen Praxis verbleibt oder von ihm an einen neuen Standort mitgenommen werden kann.

b) Versorgungsauftrag nach Ausscheiden eines Arztes aus Dialysepraxis

BSG, Urteil v. 15.03.2017 - B 6 KA 18/16 R

RID 18-02-65

Verfassungsbeschwerde anhängig: BVerfG - 1 BvR 1781/17 -
SozR 4-5540 Anl. 9.1 Nr. 11 = GesR 2018, 98

Leitsatz: Bei gemeinschaftlicher Berufsausübung verbleibt im Fall des Ausscheidens eines Arztes der **Versorgungsauftrag** in der **Dialysepraxis** und kann vom ausscheidenden Arzt nicht an einen neuen Standort mitgenommen werden.

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 20.12.2017 - 1 BvR 1781/17 - juris, RID 18-01-48 setzte die Wirkung des Urteils für die Dauer von sechs Monaten, längstens bis zur Entscheidung über die Hauptsache, aus. Das BVerfG hatte einen ersten Antrag zunächst mit Beschl. v. 08.12.2017 - 1 BvR 1781/17 - juris abgelehnt.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 15.03.2017 - B 6 KA 20/16 R

RID 18-02-66

Verfassungsbeschwerde anhängig: BVerfG - 1 BvR 1780/17 -
USK 2017-14

c) Dialyseauftrag und Änderung der rechtlichen Form der Kooperation

BSG, Urteil v. 15.03.2017 - B 6 KA 30/16 R

RID 18-02-67

USK 2017-16

Rechtsgrundlage für die Regelungen in § 2 Abs. 7 BMV-Ä i.V.m. Anl. 9.1 BMV-Ä sind §§ 82 Abs. 1 i.V.m. 72 Abs. 2 SGB V. Die Regelungen der **Anl. 9.1 BMV-Ä** ist **verfassungsgemäß**.

Eine **BAG** kann die einer anderen BAG erteilte **Dialysegenehmigung anfechten**, wenn diese durch einen aus der kl. BAG ausgeschiedenen Arzt gegründet worden ist, der seinen Vertragsarztsitz innerhalb des Versorgungsbereichs verlegt und seine Praxis sodann um einen zweiten Arzt erweitert hat. Der Anfechtungsberechtigung steht nicht entgegen, dass eine Genehmigung besonderer Versorgungsaufträge nach Anl. 9.1 BMV-Ä keinen vertragsarztrechtlichen Status vermittelt und der Arzt zum Zeitpunkt der Erteilung der Genehmigung bereits über eine Zulassung als Vertragsarzt verfügt hat, da der Versorgungsauftrag in der BAG verbleibt und der ausgeschiedene Arzt einen - bedarfsabhängigen - Neuantrag nach § 4 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 Anlage 9.1 BMV-Ä stellen muss.

Für den Versorgungsbereich Dialyse setzt ein **Statuswechsel** von einer **BAG zu einem MVZ** faktisch die Übernahme der bisherigen Versorgungsaufträge voraus, die standortbezogen in einer Praxis ungeachtet ihrer Rechtsform (Einzelpraxis, BAG, MVZ) erteilt werden und dort verbleiben, auch wenn ein **Arzt die Kooperation verlässt**. Deshalb muss ein Versorgungsauftrag grundsätzlich auch in einer Praxis verbleiben, wenn diese ihre **rechtliche Form der Kooperation ändert**, auch wenn damit Statusänderungen verbunden sind. Selbst wenn, wozu der 6. Senat des BSG neigt, die KV gehalten ist, den Versorgungsauftrag auch förmlich den geänderten Statusverhältnissen am jeweiligen Praxisstandort anzupassen, hätte das in erster Linie klarstellenden Charakter.

3. Keine Wettbewerbsansprüche von Nephrologen wegen Nebenbetriebsstätte

BSG, Urteil v. 15.03.2017 - B 6 KA 35/16 R

RID 18-02-68

BSGE = SozR 4-5540 Anl. 9.1 Nr. 12 = ZMGR 2017, 327 = GesR 2018, 107

Leitsatz: Eine entsprechende Anwendung der Vorschriften des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb zu **Schadensersatz- und Unterlassungsansprüchen** auf die **Rechtsbeziehungen von Leistungserbringern** nach dem SGB V untereinander kommt nur in Betracht, soweit dies zur Vermeidung verfassungsrechtlich nicht hinnehmbarer Rechtsschutzdefizite erforderlich ist.

4. Sachlich-rechnerische Berichtigung: Genehmigung eines Heil- und Kostenplans

BSG, Urteil v. 10.05.2017 - B 6 KA 9/16 R

RID 18-02-69

SozR 4-2500 § 106a Nr. 16 = ZMGR 2017, 388 = USK 2017-31

Leitsatz: Die **Genehmigung eines Heil- und Kostenplans** für Zahnersatz durch die Krankenkasse steht einer **Berichtigung der Abrechnung** des Zahnarztes entgegen, die darauf gestützt wird, dass im Heil- und Kostenplan erkennbar enthaltene Leistungen nicht dem Zahnersatz, sondern der Implantatversorgung zuzurechnen seien.

5. Schadensregress der Krankenkasse gegen Zahnärztin: Nachbesserung/Neuanfertigung

BSG, Urteil v. 10.05.2017 - B 6 KA 15/16 R

RID 18-02-70

SozR 4-5555 § 21 Nr. 3 = WzS 2017, 291 = ZMGR 2017, 394 = MedR 2018, 49 = USK 2017-34

Leitsatz: Die Festsetzung eines **Schadensregresses** gegen einen **Zahnarzt**, der bei mangelhafter zahnprothetischer Versorgung zur **Nachbesserung** bereit ist, setzt voraus, dass dem Versicherten die Fortsetzung der Behandlung bei diesem Zahnarzt nicht zumutbar gewesen ist; bezogen auf Behandlungszeiträume seit Einführung der Gewährleistung für Zahnersatz zum 1.1.1989 gilt das auch in Fällen, in denen eine **Neuanfertigung des Zahnersatzes** erforderlich ist.

6. Zulassungsrecht

a) Ermittlung eines Sonderbedarfs (Verhaltenstherapie in Berlin)

BSG, Urteil v. 28.06.2017 - B 6 KA 28/16 R

RID 18-02-71

BSGE = SozR 4-2500 § 101 Nr. 19 = GesR 2017, 788 = NZS 2018, 58

Leitsatz: Ein **hoher Versorgungsgrad** mit Ärzten bzw. Psychotherapeuten einer Fachgruppe in einem Planungsbereich schließt die Anerkennung eines **qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs** grundsätzlich nicht aus; maßgebend ist die **tatsächliche Versorgungslage** bezogen auf die spezielle Qualifikation, für die die Sonderbedarfszulassung begehrt wird.

b) Keine MVZ-Gründung durch Verlegung einer Anstellungsgenehmigung

BSG, Urteil v. 11.10.2017 - B 6 KA 38/16 R

RID 18-02-72

SozR 4-2500 § 95 Nr. 31

Leitsatz: 1. Ärzte, um deren Anstellung im Verfahren zwischen der Betreibergesellschaft eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) und dem Berufungsausschuss gestritten wird, sind zum Verfahren nicht notwendig **beizuladen**.

2. Ein **MVZ** kann nicht durch die **Verlegung von Stellen** angestellter Ärzte aus einem anderen MVZ derselben Betreibergesellschaft an einem neuen Standort **gegründet** werden.

c) Außenstelle eines ermächtigten Sozialpädiatrischen Zentrums

BSG, Beschluss v. 21.03.2018 - B 6 KA 62/17 B

RID 18-02-73

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Bayern**, Urt. v. 24.05.2017 - L 12 KA 186/15 - RID 17-04-42 wird zurückgewiesen.

Eine **Außen- oder Zweigstelle eines SPZ** ist **im Gesetz nicht vorgesehen**. Der Gesetzgeber hat auch im Zusammenhang mit der Einführung einer speziellen Ermächtigungsnorm für Außenstellen von Psychiatrischen Institutsambulanzen, § 118 IV SGB V, keine Veranlassung gesehen, eine entsprechende Regelung für SPZ zu treffen. Nach Sinn und Zweck der SPZ besteht insofern auch keine Regelungslücke, die eine analoge Anwendung von § 118 IV SGB V oder § 24 III Ärzte-ZV rechtfertigen würde. Es geht in erster Linie um ein Angebot von einerseits hochspezialisierten und andererseits umfassenden interdisziplinären Leistungen. Um ein Ineinandergreifen der unterschiedlichen Leistungen zu gewährleisten, ist, wie bereits der Begriff des „Zentrums“ verdeutlicht, auch eine räumliche Zusammenfassung des Leistungsangebots erforderlich.

Es kann **offenbleiben**, ob, wie das SG in Übereinstimmung mit LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.12.2014 - L 7 KA 102/13 - RID 15-02-63, juris Rn. 42 meint, die Leistungen auch **in nur gering entfernten Gebäuden** mit unterschiedlichen Anschriften erbracht werden können. Da zu jedem Zeitpunkt klar erkennbar sein muss, an welchem Ort und von welcher Person Leistungen zu Lasten der GKV erbracht werden, dürfte dies nur zulässig sein, wenn **alle Anschriften im Ermächtigungsbescheid** aufgeführt sind. Eine solche Konstellation ist jedoch nicht gegeben, wenn die beantragte Außenstelle sich **7,8 km vom Standort des SPZ entfernt** befindet. Eine räumliche Einheit kann danach nicht mehr angenommen werden, weil das Leistungsgeschehen von einem längeren Weg unterbrochen würde. Soweit am neuen Standort nicht nur einzelne Leistungen, sondern **sämtliche Leistungen eines SPZ** erbracht werden sollen, handelt es sich um eine Neugründung, für die nach allgemeinen Grundsätzen eine Ermächtigung zu beantragen und eine spezielle Bedarfsprüfung durchzuführen wäre.

d) Zulassungsentziehung: Falschabrechnung/Verständigung gem. § 257c StPO

BSG, Beschluss v. 17.01.2018 - B 6 KA 61/17 B

RID 18-02-74

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Bayern**, Urt. v. 28.06.2017 - L 12 KA 130/16 - RID 17-04-45 wird als unzulässig verworfen.

Sozialgerichte dürfen bei ihrer Feststellung, ob ein Arzt ein Delikt begangen und damit seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt und sich als ungeeignet für die vertragsärztliche Tätigkeit erwiesen habe, **bestandskräftige Entscheidungen anderer Gerichte** und auch die **Ergebnisse staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen** verwerten. Für die Frage nach einer Differenzierung bei einer **Verständigung nach § 257c StPO** bedarf es einer Begründung der Entscheidungserheblichkeit.

7. Keine Befugnis der Gesamtvertragsparteien zur Regelung der Notdienstvergütung

BSG, Urteil v. 28.06.2017 - B 6 KA 12/16 R

RID 18-02-75

SozR 4-2500 § 75 Nr. 19 = ZMGR 2017, 400

Leitsatz: 1. Eine **Vergütungspauschale**, die Vertragsärzten für die Teilnahme am organisierten **Notdienst** gewährt wird, darf **Krankenhäusern**, die eine Notfallambulanz betreiben, grundsätzlich nicht vorenthalten werden.

2. Die **Gesamtvertragspartner** können für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung eine zusätzliche Vergütung für den Notdienst außerhalb des bundesgesetzlich vorgegebenen Rahmens nicht wirksam vereinbaren.

8. Amtsentbindung nach Wegfall der Berufungsvoraussetzungen eines ehrenamtlichen Richters

BSG, Beschluss v. 13.03.2018 - B 1 SF 2/18 S

RID 18-02-76

juris

Nach § 47 S. 2 i.V.m. § 22 II, I 3 und § 17 II bis IV SGG ist ein **ehrenamtlicher Richter** von seinem Amt zu entbinden, wenn eine seiner **Berufungsvoraussetzungen** wegfällt (vgl. BSG, Beschl. v. 15.03.2012 - B 1 SF 1/12 S - Rn. 2; BSG, Beschl. v. 18.02.2013 - B 1 SF 1/13 S - Rn. 2). Zwar „kann“ nach § 22 I 3 SGG ein ehrenamtlicher Richter von seinem Amt entbunden werden, wenn eine Voraussetzung für seine Berufung im Laufe seiner Amtszeit wegfällt. Soweit die Voraussetzungen für eine Amtsentbindung vorliegen, liegt in ihrer Nichtdurchführung kein die Zurückverweisung oder Revision begründender Verfahrensmangel (§ 22 I 4 SGG). Bei der Auslegung dieser Normen berücksichtigt der erkennende Senat aber die verfassungsrechtliche Pflicht, den im Einzelfall zur Mitwirkung berufenen Richter so genau wie möglich zu bestimmen (vgl. BVerfG, Beschl. v. 08.04.1997 - 1 PBvU 1/95 - BVerfGE 95, 322 = juris Rn. 25 ff.).

Mit der **Beendigung der hauptberuflichen Tätigkeit als Vorsitzender des Vorstands der AOK** fallen die Voraussetzungen für die Berufung von Dr. P. zum ehrenamtlichen Richter weg. Denn er ist in dieser Eigenschaft als Mitglied des Vorstands einer Krankenkasse (§ 17 Abs. 4 i.V.m. § 47 S. 2 SGG) zum ehrenamtlichen Richter im Senat für Angelegenheiten des Vertragsarztrechts von den zuständigen Zusammenschlüssen der Krankenkassen gem. § 46 Abs. 2 SGG vorgeschlagen worden, ohne durch die Regelung in § 17 Abs. 2 und 3 SGG vom Amt des ehrenamtlichen Richters ausgeschlossen zu sein. Das Fortbestehen **vorzüglicher Sachkenntnisse** oder auch **persönliche Wertschätzung** haben gegenüber dem formalen Kriterium des Wegfalls einer Voraussetzung für die Berufung zum ehrenamtlichen Richter im Senat für Angelegenheiten des Vertragsarztrechts zurückzutreten.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode

a) Drohender einseitiger Sehverlust/Serumaugentropfen aus Eigenblut

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 01.03.2018 - L 5 KR 215/17

RID 18-02-77

Revision anhängig: B 1 KR 8/18 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 2 Ia; GG Art. 2 II 1

Leitsatz: Eine wertungsmäßig einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Krankheit vergleichbare Erkrankung i.S.d. § 2 Abs. 1a SGB V liegt bei drohendem einseitigem Sehverlust nicht vor.

SG Koblenz, Urt. v. 31.08.2017 - S 1 KR 579/16 - verurteilte die Bekl., die der Kl. entstandenen Kosten für die Beschaffung autologer Serumaugentropfen in Höhe von 3.500,33 zu erstatten und die zukünftig entstehenden Kosten zu übernehmen. Das **LSG** wies die Klage ab.

b) Topische (lokale) Sauerstoff-Therapie

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 22.03.2017 - L 6 KR 24/16

RID 18-02-78

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 Ia, II, 13 III 1, 27 I 2 Nr. 3, 135 I

Leitsatz: Die **topische (lokale) Sauerstoff-Therapie** ist nicht identisch mit der Sauerstoff-Therapie in Druckluftkammern durch Einatmung von Sauerstoff. Für die ambulant durchgeführte topische Sauerstoff-Therapie besteht in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich kein Leistungsanspruch.

SG Dessau-Roßlau, Urt. v. 10.03.2016 - S 20 KR 170/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück, **BSG**, Beschl. v. 13.02.2018 - B 3 KR 10/18 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

c) Ambulante Liposuktion/Verschuldungskosten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 07.02.2018 - L 11 KR 189/17

RID 18-02-79

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 41/18 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 135 I; SGG § 192 I Nr. 2

Die **ambulante Liposuktion** gehört nicht zu den Leistungen, die die Krankenkassen grundsätzlich als Sach- oder Dienstleistungen zu erbringen haben.

Das Insistieren auf einer Entscheidung bei einer eindeutigen Rechtslage stellt eine **missbräuchliche Rechtsverfolgung** dar.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 30.01.2017 - S 43 KR 806/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück und erlegte der Kl. Kosten in Höhe von 225 € auf.

d) Optische Kohärenztomografie (OCT)

SG Berlin, Urteil v. 13.12.2017 - S 28 KR 2811/15

RID 18-02-80

Berufung anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 9 KR 32/18 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I, 28 I, 73c IV 2, 135 I

Leitsatz: Bei der **OCT** handelt es sich um eine **neue Behandlungs- und Untersuchungsmethode**, die - abgesehen von der Erbringung im Rahmen von Selektivverträgen nach § 73c Abs. 4 S. 2 SGB V in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung - wegen fehlender positiver Empfehlung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) noch nicht zum Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehört.

Dass der GKV-Spitzenverband erst im März 2015 einen **Antrag** auf Durchführung eines Bewertungsverfahrens beim **GBA** gestellt hat, begründet kein sog. **Systemversagen**, aufgrund dessen trotz fehlenden positiven Votums des GBA ein Leistungsanspruch bestehen könnte.

Eine Verpflichtung, einen Antrag auf Durchführung eines Bewertungsverfahrens für eine neue Behandlungs- und Behandlungsmethode zu stellen, besteht für antragsberechtigte Stellen erst dann, wenn sich die Antragsbefugnis zu einer **Antragspflicht** verdichtet hat, weil nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse eine positive Abschätzung des diagnostischen oder therapeutischen Nutzens der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode im Sinne des § 135 Abs. 1 Nr. 1 SGB V durch den GBA wahrscheinlich ist und im Übrigen eine positive Bewertung der Methode nicht aus anderen Gründen - etwa der fehlenden Wirtschaftlichkeit - ausgeschlossen erscheint (vgl. BSG, Urteil vom 12. August 2009, B 3 KR 10/07 R, BSGE 104, 95 = SozR 4-2500 § 139 Nr. 4, Rn. 26 m.w.N.). Dies war bei der OCT jedenfalls vor März 2015 nicht der Fall.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Cochlea-Implantation

SG für das Saarland, Urteil v. 14.07.2017 - S 23 KR 155/16

RID 18-02-81

juris

SGB V §§ 11 I Nr. 4, II 1, 13 IIIa, 27, 39, 108

Leitsatz: a. **Räumliches Hören** ist für das Sprachverständnis sowie für das Reagieren in Notsituationen und somit für den unmittelbaren Behinderungsausgleich von elementarer Bedeutung.

b. Ein vollständiges Gleichziehen mit einem gesunden Menschen ist beim **unmittelbaren Behinderungsausgleich** nicht erforderlich; es genügt ein möglichst vollständiger funktioneller Ausgleich.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. eine Operation in Gestalt einer Cochlea-Implantation rechts zu gewähren. Es ging zudem vom Vorliegen der Voraussetzungen nach § 13 IIIa SGB V aus.

3. Laserepilation bei Transidentität

SG Augsburg, Urteil v. 19.03.2018 - S 10 KR 30/18

RID 18-02-82

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 27 I 1; GG Art. 3 I

Leitsatz: Aufgrund des **Gleichbehandlungsgebots** besteht für Versicherte mit **Transidentität** kein weitergehender Anspruch auf dauerhafte Haarentfernung mittels **Laserepilation** an anderen Körperbereichen als Gesicht, Hals oder Händen.

Das **SG** wies die Klage ab.

4. Zahnärztliche Versorgung

a) Vollständige Kostenübernahme für Zahnersatz nach Tumorbehandlung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 29.06.2017 - L 5 KR 113/15

RID 18-02-83

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 55

§ 55 I SGB V räumt den Versicherten seit Januar 2005 nur noch einen Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen ein. Die **Versorgung mit Zahnersatz** ist in dieser Vorschrift abschließend geregelt. Davon gibt es grundsätzlich keine Ausnahmen.

Eine volle Kostenübernahme ist auch nicht unter Berücksichtigung der Rspr. des BVerfG und des BSG zum „**Aufopferungsgedanken**“ geboten. Die Entfernung der Backenzähne im Oberkiefer ist nicht Folge einer zwingenden rechtlichen Vorgabe, sondern der Erkrankung des Kl., die anders nicht optimal hätte behandelt werden können. Der Kl. hat kein Sonderopfer für die Gemeinschaft erbracht. In seinem Fall hat sich vielmehr das allgemeine Lebensrisiko verwirklicht.

Der Kläger begehrt die vollständige Kostenübernahme für eine prothetische Versorgung seines Oberkiefers. **SG Lübeck**, Urt. v. 29.06.2017 - S 33 KR 540/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück; **BSG**, Beschl. v. 07.02.2018 - B 1 KR 67/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

b) Begrenzter Zuschuss zu Zahnersatz

SG Bremen, Gerichtsbescheid v. 04.05.2016 - S 7 KR 2/15 WA

RID 18-02-84

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 52 II 1

Leitsatz: Krankenversicherte haben beim **Zahnersatz** keinen Anspruch auf die Übernahme von Kosten, die über die **doppelten Festzuschüsse** aus § 52 Abs. 2 S. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung hinausgehen.

c) Abbruch einer kieferorthopädischen Behandlung

LSG Thüringen, Beschluss v. 18.12.2017 - L 6 KR 585/17

RID 18-02-85

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27, 29 Abs. 4, 92; KFO-RL

Es wird auf die Vorinstanz verwiesen, wonach bei Patienten, die während der kieferorthopädischen Behandlung trotz Motivation und Instruktion **keine ausreichende Mitarbeit** zeigen, das kieferorthopädische Behandlungsziel neu bestimmt werden muss. Ggf. muss die Behandlung beendet werden. Der Rückzahlungsanspruch hinsichtlich des Versichertenanteils ist ausgeschlossen, wenn der **Versicherte den Abbruch der Behandlung zu verantworten** hat. Der Abbruch setzt weder eine bewusste Entscheidung oder eine auf den Abbruch gerichtete Willenserklärung noch ein Verschulden des Versicherten voraus. Auch die Motive des Versicherten für den Abbruch sind grundsätzlich unerheblich; es kommt allein auf das tatsächliche Unterlassen der planmäßigen Behandlung an. Vom Versicherten zu verantwortende Verzögerungen oder Versäumnissen von Behandlungen sind als von ihm zu verantwortender Abbruch der Behandlung zu werten, wenn sie dazu führen, dass die Behandlung nicht mehr (mit Aussicht auf Erfolg) fortgesetzt werden kann. Auch wenn die kieferorthopädische Behandlung wegen mangelnder Mitarbeit des Versicherten oder seines Erziehungsberechtigten oder wegen mangelnder Mundhygiene abgebrochen werden muss, ist der Erstattungsanspruch ausgeschlossen.

SG Meiningen, Urt. v. 24.01.2017 - S 16 KR 785/15 - wies die Klage der 1997 geb. Kl. ab, das **LSG** die Berufung zurück.

II. Stationäre Behandlung

Nach **BSG**, Urt. v. 24.04.2018 - **B 1 KR 10/17 R** - besteht kein Anspruch auf Versorgung mit einer **stationär durchgeführten Liposuktion**, da diese nicht den Anforderungen des **Qualitätsgebots** entspricht. Nach Wortlaut und Regelungssystem senkt auch die Norm des § 137c III SGB V nicht die Qualitätsanforderungen für den Anspruch auf stationäre Versorgung auf Methoden mit dem bloßen Potential einer Behandlungsalternative. Zweck der Ausrichtung der Leistungsansprüche der Versicherten am Qualitätsgebot ist es, im Interesse des Patientenschutzes und des effektiven Einsatzes der Mittel der Beitragszahler zu gewährleisten, dass eine nicht ausreichend erprobte Methode nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf. Das Gesetz garantiert zugleich mit der Sicherung des Qualitätsgebots die Gleichbehandlung der Versicherten. Es wäre vor dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 I GG) nicht zu rechtfertigen, würde der Gesetzgeber natürliche Personen zwar in gleicher Weise dem Versicherungs- und Beitragszwang der GKV unterwerfen, ihnen aber trotz gleicher Erkrankung und gleichem Anspruch auf Krankenbehandlung rechtlich unterschiedliche Chancen eröffnen, ihren Anspruch zu verwirklichen. Hierzu schafft das Gesetz für die Versicherten Versorgungsgarantien, die einheitlich ausdrücklich am Qualitätsgebot ausgerichtet sind. Das SGB V kennt keine gleichen Garantien für die Krankenbehandlung Versicherter mit Methoden, die lediglich das Potenzial einer Behandlungsalternative haben. Die Gerichte sind bei dieser klaren Gesetzeslage an einer Rechtsfortbildung contra legem gehindert. Soweit die **Gesetzesmaterialien** zu einem abweichenden Ergebnis führen, kommt dem **Gesetzeswortlaut**, dem Regelungssystem und dem Regelungsziel der Vorrang zu. Nach **BSG**, Urt. v. 24.04.2018 - **B 1 KR 13/16 R** - entspricht eine **stationäre Liposuktion** nicht den Anforderungen des Qualitätsgebots entsprechend den zu - vorstehend - **B 1 KR 10/17 R** entschiedenen Grundsätzen. Der Senat kann nicht abschließend entscheiden, ob die Klägerin einen Naturalleistungsanspruch auf die begehrten Liposuktionen aus einem Recht auf Teilnahme an dem **Erprobungsverfahren** nach der am 10.4.2018 in Kraft getretenen Richtlinie des GBA zur Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems hat. Hierzu bedarf es der Feststellung, dass die Klägerin die Einschluss- und nicht die Ausschlusskriterien erfüllt. Soweit die Zahl der geeigneten Bewerber für eine Teilnahme diejenige der Teilnahmepplätze übersteigt, besteht jedenfalls ein Anspruch auf ermessensfehlerfreie Berücksichtigung beim Auswahlverfahren.

1. Schlauchmagen-Operation

SG Trier, Urteil v. 27.02.2018 - S 3 KR 103/17

RID 18-02-86

juris

SGB V §§ 2 I 2, 12 I, 28 I, 137c

Bei einer **Adipositas** mit einem Body-Mass-Index von 46,9 kg/m² ist eine Behandlung mit dem Ziel der Gewichtsreduktion erforderlich, um das Auftreten von Folgeerkrankungen zu verhindern oder deren Verschlimmerung abzuwenden. Die durchgeführte **Schlauchmagen-Operation** entsprach auch dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Die Prüfung und Entscheidung darüber, ob eine im Krankenhaus angewandte Behandlungsmethode als wirksam und zweckmäßig einzuschätzen ist und damit dem geforderten Versorgungsstandard genügt, obliegt nicht den Krankenkassen oder den Gerichten, sondern **gemäß § 137c SGB V dem GBA**.

Bei der Prüfung der Notwendigkeit einer solchen Operation im Sinne der **Ultima Ratio** sind die Leitlinien der betreffenden medizinischen Fachgesellschaften zu berücksichtigen.

Es kann nur dann von einer **erfolgreichen Gewichtsreduktion** gesprochen werden, wenn es möglich ist, das reduzierte Gewicht über einen längeren Zeitraum zu halten.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.513,69 € zu zahlen.

2. Fettschürzenresektion

SG Osnabrück, Urteil v. 23.01.2018 - S 42 KR 182/16

RID 18-02-87

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 27 I 1

Es kann eine **Entstellung mit Krankheitswert** durch die Größe und das Erscheinungsbild der Fettschürze vorliegen.

Das SG verurteilte die Bekl., 5.712,00 € an die Kl. zu zahlen.

3. Liposuktion

SG Detmold, Urteil v. 02.02.2017 - S 3 KR 604/15

RID 18-02-88

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 11, 27 I, 39 I, 137c

Zur **Qualität und Wirksamkeit der Liposuktion** i.S.d. § 2 I 3 SGB V können keine zuverlässigen, wissenschaftlich nachprüfaren Aussagen gemacht werden. Eine Liposuktion im **stationären Bereich** gehört damit nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Anspruch auf eine **ambulant durchzuführende Liposuktion** besteht ebf. nicht. Bei der Liposuktion handelt es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Sinne des § 135 I 1 SGB V, für die es derzeit an einer positiven Empfehlung des GBA fehlt.

Ein Leistungsanspruch ergibt sich auch nicht aus einem sog. **Systemversagen**. Die Liposuktion wird gerade vom GBA beraten.

Das SG wies die Klage ab.

4. Kein Notfall bei auf größeren Umfang und Zeitaufwand angelegter Therapie

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 16.03.2018 - L 11 KR 112/18 B ER

RID 18-02-89

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 IIIa, 39

Ein **Notfall** besteht, wenn ein nicht vorhersehbarer, unmittelbar auftretender Behandlungsbedarf aus medizinischen Gründen eine sofortige Behandlung zur Beseitigung von Gefahren für Leib bzw. Leben oder zur Bekämpfung von - ansonsten unzumutbaren - Schmerzen erfordert und ein an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmberechtigter nicht rechtzeitig zur Verfügung steht (BSG, Beschl. v. 18.10.2010 - B 3 KR 12/10 B - juris u. 14.12.2006 - B 1 KR 114/06 - juris; LSG Hessen, Urt. v. 15.01.2009 - L 1 KR 255/07 - RID 09-03-136, juris; vgl. auch Senat, Urt. v. 28.01.2009 - L 11 KA 24/08 - RID 09-02-53, juris). Demgegenüber stellt eine - wie hier - von vornherein auf einen **größeren Umfang und Zeitaufwand angelegte Therapie** keine Notfallbehandlung dar (LSG

Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 26.10.2006 - L 16 B 50/06 KR ER - RID 06-04-117, juris), insb. wenn diesbezüglich ein Krankenhausaufnahmevertrag abgeschlossen wird. Allein der „unvermittelt“ auftretende Behandlungsbedarf kennzeichnet den Notfall (LSG Hessen a.a.O.).

SG Münster, Beschl. v. 20.02.2018 - S 6 KR 57/17 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

5. Operative Behandlung mit penisverlängernder Wirkung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.03.2018 - L 5 KR 3247/16

RID 18-02-90

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 39/18 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 27

Leitsatz: Die Größe eines funktionell nicht eingeschränkten männlichen Penis ist, jedenfalls soweit kein Mikropenis vorliegt, eine körperliche **Anomalie ohne Krankheitswert** im krankenversicherungsrechtlichen Sinne. Krankenkassen sind nicht verpflichtet, die Kosten der Entfernung einer **Bauchfettschürze** zu übernehmen, die deswegen durchgeführt werden soll, damit der Versicherte wieder in die Lage versetzt wird, seinen Penis sehen und greifen zu können. Die geltend gemachte anatomiebedingte Unfähigkeit, den Geschlechtsverkehr ausüben zu können bedingt auch im Lichte des Art. 6 GG keinen Anspruch auf Entfernung einer Bauchfettschürze.

SG Stuttgart, Urt. v. 17.03.2016 - S 16 KR 5889/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

III. Kostenerstattung

1. Verordnung einer Krankenhausbehandlung und Genehmigung der Krankenkasse

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 10.04.2018 - L 16 KR 705/17 B

RID 18-02-91

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 39 I; SGG § 73a I 1; ZPO § 114 I 1

Es kann weder als hinreichend in Rechtsprechung und Literatur geklärt angesehen werden, inwieweit eine Kostenerstattung bzw. ein Kostenfreistellungsanspruch im Rahmen stationärer Versorgung von einer **vorherigen Entscheidung der Krankenkasse** abhängt, wenn Versicherte und Krankenhaus nach vertragsärztlicher Verordnung **übereinstimmend von einer notwendigen Krankenhausbehandlung** im Sinne der §§ 27, 39 SGB V zu Lasten der zuständigen Krankenkasse ausgegangen sind, noch lässt sich nach dem bisherigen Ermittlungen im Verwaltungsverfahren feststellen, ob ein Sachleistungsanspruch der Kl. gegenüber der Bekl. bestanden hat.

Bei einem zur Krankenhausbehandlung **eingewiesenen Patienten** wird von einem Krankenhausarzt abgeklärt, ob und ggf. welche Art der Krankenhausbehandlung notwendig ist. Die Notwendigkeit der vollstationären Aufnahme ist unverzüglich von dem für die Behandlung verantwortlichen Krankenhausarzt zu überprüfen. Bei dieser Sach- und Rechtslage kann von der Versicherten nicht erwartet werden, dass sie vor Durchsetzung ihres gesetzlichen Behandlungsanspruchs eine **zusätzliche Genehmigung** seitens ihrer Krankenkasse einholt. Ohne diese wird ihr lediglich die Gefahr aufgebürdet, dass sie bei einem fehlenden Behandlungsanspruch gegenüber der Bekl. vom Krankenhausträger in Anspruch genommen werden kann. Dagegen ist es nicht gerechtfertigt, im Fall einer Einstandspflicht der Krankenkasse und der rechtswidrigen Inanspruchnahme durch den Krankenhausträger die Überprüfung Ersterer unter Hinweis auf die Verletzung des Beschaffungsweges auszuschließen.

SG Dortmund, Beschl. v. 05.09.2017 - S 68 KR 1058/17 - lehnte Prozesskostenhilfe ab, das **LSG** bewilligte für das Klageverfahren ratenfreie Prozesskostenhilfe unter Beordnung von Rechtsanwalt L.

2. Kostenzusage für Krankenhausbehandlung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 06.02.2018 - L 11 KR 1127/17

RID 18-02-92

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
BGB §§ 133, 157

Leitsatz: Beantragt ein Versicherter die Kostenübernahme für eine multimodale Schmerztherapie in einem nicht zugelassenen Krankenhaus (Privatklinik) und legt er auf Nachfrage der Krankenkasse die ärztliche Krankenhauseinweisung sowie einen Kostenvoranschlag der Klinik vor, erlässt die Krankenkasse mit der anschließend erfolgten Übersendung einer „**Kostenzusage für Krankenhausbehandlung**“ an den Versicherten diesem gegenüber einen Bewilligungsbescheid.

SG Karlsruhe, Urt. v. 21.02.2017 - S 3 KR 2927/16 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., dem Kl. Kosten für die Behandlung im Schmerztherapiezentrum B. M. in Höhe von 692,46 € zu erstatten.

Im Schreiben der Krankenkasse heißt es unter dem fettgedruckten Betreff „Kostenzusage für Krankenhausbehandlung“: „Wir bestätigen, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen vorliegen. Die Kosten werden bei Vorliegen der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung in Höhe der vertraglich vereinbarten Fallpauschale übernommen. Voraussetzung hierfür ist, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Versicherung bei der m. besteht und die Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt.“

3. Genehmigungsfiktion

a) Unbestimmter Antrag („Vorlesesystem“)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.01.2018 - L 11 KR 461/16

RID 18-02-93

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

Ein nach § 13 IIIa SGB V **fiktionsfähiger Antrag** ist inhaltlich hinreichend **bestimmt**, wenn sein Adressat objektiv in der Lage ist, den Regelungsgehalt des Verfügungssatzes zu erkennen und der Verfügungssatz ggf. eine geeignete Grundlage für seine zwangsweise Durchsetzung bildet. Dies ist nicht der Fall, wenn ein „Vorlesesystem“ unter Bezugnahme einer früheren Genehmigung beantragt wird, die übrigen Ausführungen hierzu aber in Widerspruch stehen.

SG Köln, Gerichtsbb. v. 17.05.2016 - S 34 KR 1084/14 - verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Vorlesesystem als Sachleistung zu versorgen. Im Übrigen wies es die Klage ab. Das **LSG** wies die Klage insgesamt ab.

b) Frist bei fehlendem Nachweis für Einschaltung des MDK

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 05.10.2017 - L 5 KR 375/16

RID 18-02-94

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 12/18 R
juris
SGB V § 13 IIIa; SGB X § 37 II

Kann der Erhalt einer Mitteilung über die **Einschaltung des MDK nicht nachgewiesen** werden, gilt die **Dreiwochenfrist** des § 13 IIIa 1 SGB V. Hinsichtlich der Unterrichtung über die Einschaltung des MDK kommt es auf die **Bekanntgabe** an den Versicherten bzw. dessen Prozessbevollmächtigten an. Für die Einhaltung der Dreiwochenfrist kommt es auf den Zeitpunkt der **Bekanntgabe des Verwaltungsakts** der Krankenkasse an (BSG, Urt. v. 11.07.2017 - B 1 KR 26/16 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 13 Nr. 36, juris Rn 29).

SG Trier, Gerichtsbb. v. 16.11.2016 - S 1 KR 95/16 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. die beantragte Magenbypassoperation als Sachleistung zu gewähren.

c) Ankündigung einer Prüfung/Nicht zugelassener Leistungserbringer

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 06.02.2018 - L 11 KR 3155/16

RID 18-02-95

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

Leitsatz: Teilt die Krankenkasse einer Versicherten (telefonisch und schriftlich) mit, dass die beantragte ambulante Liposuktion **keine Leistung der GKV** ist, **sichert** sie aber **gleichzeitig eine**

Prüfung zu, ob im konkreten Einzelfall nicht doch eine Kostenübernahme möglich ist, erlässt sie damit keinen den Eintritt einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V hindernden Ablehnungsbescheid.

Die Kl. begehrt die Kostenerstattung für drei von einem nicht zugelassenen Krankenhaus durchgeführte Liposuktionsbehandlungen im Bereich der Beine und der Oberarme in Höhe von 16.441,04 €. **SG Stuttgart**, Urt. v. 22.07.2016 - S 19 KR 2352/15 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten der selbst beschafften Liposuktion i.H.v. 16.441,04 € zu erstatten.

d) Beschaffung der Leistung vor Fristablauf

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 06.02.2018 - L 11 KR 2991/17

RID 18-02-96

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Leitsatz: Eine Versicherte kann sich nicht auf die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V berufen, wenn sie sich die **Leistung** (hier: Magenteilresektion) **bereits vor Ablauf von drei Wochen** nach der Antragstellung **selbst beschafft** hat.

Die Kl. begehrt die Erstattung von Kosten für eine chirurgische Magenteilresektion in Höhe von 8.095,32 €. **SG Stuttgart**, Gerichtsbb. v. 24.07.2017 - S 3 KR 2104/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

e) Erforderlichkeit: Arzneimittel im Rahmen eines Off-Label-Use

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 15.02.2018 - L 5 KR 218/17

RID 18-02-97

Revision anhängig: B 1 KR 9/18 R

juris

SGB V § 13 IIIa

Eine Leistung ist dann i.S.d. § 13 IIIa SGB V **erforderlich**, wenn der Berechtigte sie subjektiv für erforderlich halten darf. Das ist der Fall, wenn behandelnde Ärzte diese befürworten und keine Anzeichen für einen Rechtsmissbrauch vorliegen (BSG, Urt. v. 11.07.2017 - B 1 KR 26/16 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 13 Nr. 36, juris Rn. 20 ff.; BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33, juris Rn. 26 f). Eine Leistung liegt auch dann nicht außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie zwar nicht dem maßgeblichen Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, eine Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung jedoch ausnahmsweise in Betracht kommt (vgl. für neue Behandlungsmethoden LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 02.03.2017 - L 5 KR 277/16 - RID 17-02-118, juris Rn. 14, Revision zurückgewiesen durch BSG, Urt. v. 26.09.2017 - B 1 KR 6/17 R - juris), z. B. auch ein **Arzneimittel im Rahmen eines Off-Label-Use**.

SG Speyer, Gerichtsbb. v. 05.09.2017 verurteilte die Bekl., den Kl. entsprechend ärztlicher Verordnung mit dem Arzneimittel Fampyra zu versorgen, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

f) Positive Kenntnis vom Leistungsausschluss (Liposuktion)

SG Würzburg, Urteil v. 20.07.2017 - S 6 KR 259/16

RID 18-02-98

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 11, 13 IIIa, 27 I, 39 I, 137c

Eine stationäre **Liposuktion** zur Behandlung eines Lipödems gehört grundsätzlich nicht zum **Leistungsspektrum** der Gesetzlichen Krankenversicherung, weil die Qualität und Wirksamkeit dieser neuen Behandlungsmethode nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse gemäß § 2 I 3 SGB V entspricht. Ihre Qualität und Wirksamkeit ist bislang nicht durch den GBA gem. § 137c I 1 SGB V bestätigt worden und auch nicht unabhängig davon nach dem Maßstab der evidenzbasierten Medizin nachweisbar.

Derzeit kann nicht festgestellt werden, dass die Liposuktion das Potential einer **erforderlichen Behandlungsalternative** i.S.d. § 137c III SGB V bietet.

Eine **Genehmigungsfiktion** kann nicht eintreten, wenn der Versicherten positiv bekannt ist, dass die Liposuktionsbehandlung nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört.

Das **SG** wies die Klage ab. Nachgehend: **LSG Bayern** v. 23.01.2018 - L 20 KR 539/17 -.

g) Ausschluss der Genehmigungsfiktion für Leistungen im Ausland

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 31.01.2018 - L 11 KR 591/16

RID 18-02-99

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 IIIa, IV, 55, 56 I, 87 Ia, 135 I

Für eine **Behandlung im europäischen Ausland** kommt nur ein Anspruch nach § 13 IV SGB V in Betracht. Hierbei handelt es sich um einen Kostenerstattungsanspruch.

§ 13 IIIa SGB V findet keine Anwendung auf Ansprüche gegen Krankenkassen, die unmittelbar auf eine Geldleistung gerichtet sind (BSG-Rspr.). Der Ausschluss der **Genehmigungsfiktion** für **Leistungen im Ausland** ist weder europarechts- noch gleichheitswidrig.

SG Detmold, Urt. v. 07.07.2016 - S 3 KR 479/14 - verurteilte die Bekl., der Kl. weitere Kosten für die Zahnersatzversorgung in Höhe von 1.575,64 € zu erstatten, im Übrigen wies es die Klage ab. Das **LSG** wies auf Berufung der Bekl. die Klage ab.

h) Rücknahme einer fiktiven Genehmigung

aa) Bestehen des Leistungsanspruchs unbeachtlich

LSG Bayern, Urteil v. 22.02.2018 - L 4 KR 526/16

RID 18-02-100

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45 I

Die **Liposuktion** und **Mastektomie** sowie **Straffung der Brust** links liegt nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV.

Eine **Genehmigung** nach § 13 IIIa SGB V ist rechtmäßig, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind. (vgl. BSG, Urt. v. 07.11.2017 - B 1 KR 15/17 R - juris = KHE 2017/77). Unerheblich ist, ob die fingierte Genehmigung im **Widerspruch zum materiellen Recht** hinsichtlich der Voraussetzungen des mit dem ursprünglichen Leistungsantrag Begehrten steht. Auch die Regelung des § 13 IIIa SGB V gehört zum materiellen Recht. Sie hat nämlich materiell-rechtliche, genehmigte Leistungsansprüche zum Gegenstand. Eine Abkehr von der Regelung des § 45 I SGB X ist damit nicht zu rechtfertigen (vgl. BSG, Urt. vom 07.11.2017, a.a.O.).

SG München, Gerichtsbb. v. 10.10.2016 - S 29 KR 1786/15 - verurteilte die Bekl., dem Kl. die mit Schreiben vom 24.07.2015 beantragte und mit Fiktivbescheid vom 29.08.2015 genehmigte „Liposuktion und Mastektomie sowie Straffung der Brust links“ als Sachleistung zur Verfügung zu stellen, das **LSG** wies die Berufung zurück. Zur **Zulassung der Revision** führt das LSG aus, bei Verkündung des Urteils habe noch nicht festgestanden, ob der 3. Senat des BSG in seiner Sitzung am 15.03.2018 bzgl. der Frage der Zurücknahme fingierter Genehmigungen den Großen Senat des BSG anrufen würde.

bb) Keine Rücknahme möglich

SG München, Gerichtsbescheid v. 22.03.2018 - S 39 KR 1832/17

RID 18-02-101

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45

Eine **Rücknahme der fiktiv eingetretenen Genehmigung** aus materiell-rechtlichen Gründen nach § 45 SGB X ist nicht möglich.

BSG, Urt. v. 11.05.2017 - B 3 KR 30/15 R - BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 13 Nr. 34 (vorgesehen), juris Rn. 50 f., hat sich nur ähnlich einem obiter dictum geäußert („Allerdings neigt der erkennende 3. Senat - im Unterschied zum Urteil des 1. Senats des BSG vom 08.03.2016 [...] - zu der Auffassung, dass [...]“). Eine Festlegung ist mit der Neigung zu einer Auffassung nicht verbunden.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten einer stationären beidseitigen Mammareduktionsplastik entsprechend dem Antrag der Kl. zu übernehmen.

cc) Keine Rücknahme einer fiktiven Genehmigung

SG Aachen, Urteil v. 20.02.2018 - S 13 KR 476/17

RID 18-02-102

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KR 192/18 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45

Die **Rechtmäßigkeit** in Fällen einer **fiktiven Genehmigung** ist allein nach den tatbestandlichen Voraussetzungen des § 13 IIIa SGB V, nicht aber nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs zu beurteilen (BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33; LSG Saarland, Urt. v. 17.05.2017 - L 2 KR 24/15 - RID 17-03-156).

Das **SG** hob den Bescheid der Bekl. auf, soweit dadurch die fiktive Genehmigung des Antrags vom 28.03.2017 auf Versorgung mit Medizinal-Cannabisblüten „Pedanios 18/1“ aufgehoben und dieser Antrag für die Zeit ab 01.08.2017 abgelehnt worden ist.

dd) Keine besonderen Voraussetzungen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 13.03.2018 - L 11 KR 3154/17

RID 18-02-103

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa; SGB X § 45

Es widerspräche der Regelung des § 45 I SGB X, für die **Rücknahme** einer nach § 13 IIIa SGB V fingierten Genehmigung nicht auf deren **Voraussetzungen** abzustellen, sondern auf die Voraussetzungen des mit dem ursprünglichen Leistungsantrag Begehrten (BSG, Urt. v. 07.11.2017 - B 1 KR 24/17 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4 <vorgesehen> = KHE 2017/75 = GesR 2018, 237 = KrV 2018, 32).

Soweit BSG, Urt. v. 11.05.2017 - B 3 KR 30/15 R - BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 13 Nr. 34 (vorgesehen), Rn 50 auf die gesetzliche Regelung der Genehmigungsfiktion in **§ 42a VwVfG** Bezug nimmt und in dieser Vorschrift eine Generalnorm sieht, aus der sich auch im Hinblick auf die Aufhebbarkeit der Genehmigungsfiktion Erkenntnisse für die Auslegung des § 13 IIIa SGB V gewinnen lassen, wird dem nicht gefolgt.

Die vom ersten Senat des BSG vorgenommene Auslegung des § 13 IIIa 6 SGB V wird bestätigt durch die **Neuregelung** des § 18 SGB IX durch das **Bundesteilhabegesetz**, in die der Gesetzgeber eine an § 13 IIIa SGB V anknüpfende Regelung aufgenommen und in der Gesetzesbegründung ausdrücklich auf die Rechtsprechung zu § 13 IIIa SGB V Bezug genommen und weitere Hinweise zur Auslegung der Normen gegeben hat (vgl. Senatsbeschl. 20.02.2017 - L 11 KR 308/17 -).

SG Mannheim, Urt. v. 06.07.2017 - S 11 KR 933/17 - verurteilte die Bekl., der Kl. drei vollstationäre Straffungsoperationen (Abdominalplastik, Bruststraffung beidseits, Oberschenkelstraffung beidseits) als Sachleistung zu gewähren, das **LSG** wies die Berufung zurück.

IV. Arzneimittelversorgung

Nach BSG, Urt. v. 20.03.2018 - **B 1 KR 4/17 R** - sind intravenöse Immunglobuline (IVIG) für ein Antikörpermangelsyndrom bei Monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz (MGUS) nicht zugelassen. Für einen **Off-Label-Use** fehlt der erforderliche **Wirksamkeitsnachweis**. Der Senat kann mangels hinreichender Feststellungen nicht entscheiden, ob der Kläger Anspruch auf Versorgung mit IVIG-Fertigarzneimitteln nach den Grundsätzen **grundrechtsorientierter Auslegung** des Leistungsrechts hat. Die hierfür erforderliche **lebensbedrohliche Erkrankung** setzt voraus, dass sich der voraussichtlich tödliche Krankheitsverlauf innerhalb **eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit** nach den konkreten Umständen des Falles verwirklichen wird. Ferner darf **keine Standardtherapie** zur Verfügung stehen.

1. Versorgung mit cannabishaltigen Arzneimitteln

a) Aussicht auf spürbare positive Einwirkung auf Krankheitsverlauf

LSG Hessen, Beschluss v. 20.02.2018 - L 8 KR 445/17 B ER

RID 18-02-104

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 31 VI

Aus den vorliegenden Unterlagen ist nicht ersichtlich, welche **anderen Behandlungsversuche** mit Ausnahme von Sauerstoffgaben mit welchem Ergebnis durchgeführt wurden, insb. welche

Behandlung des Ast. orientiert an der Richtlinie „Clusterkopfschmerz und trigeminoautonome Kopfschmerzen“ stattgefunden hat.

Zudem fehlt es für einen Therapieversuch mit Cannaboiden bei Cluster-Kopfschmerzen an einer **ausreichenden Datenlage**. Gemäß § 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 SGB V muss eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome bestehen. Diese gesetzliche Formulierung ist weit gefasst und verlangt **keinen Wirksamkeitsnachweis** nach den Maßstäben evidenzbasierter Medizin. Vielmehr genügen schon (Wirksamkeits-)Indizien, die sich auch außerhalb von Studien oder vergleichbaren Erkenntnisquellen oder von Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften finden können (vgl. etwa BSG, Urt. v. 02.09.2014 - B 1 KR 4/13 R - SozR 4-2500 § 18 Nr. 9, juris Rn. 17 f.). Für die Fallgestaltungen des § 2 Ia SGB V, also bei lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden bzw. wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankungen, hat die Rechtsprechung dabei Differenzierungen im Sinne der Geltung abgestufter Evidenzgrade nach dem Grundsatz „je schwerwiegender die Erkrankung und hoffnungsloser die Situation, desto geringere Anforderungen an die ernsthaften Hinweise“ aufgestellt. Andererseits genügen **das subjektive Empfinden des Versicherten**, ggf. gestützt durch die entsprechende **Einschätzung oder Empfehlung behandelnder Ärzte oder deren Erfahrungen bei Behandlungen der in Rede stehenden Art im Einzelfall**, für sich **allein genommen nicht**. Vielmehr ist die **entsprechende ärztliche Prognose, auf Indizien gestützt, zu begründen** (BVerfGE 115, 25 ff., juris Rn. 66; eingehend BSG, Urt. v. 13.10.2010 - B 6 KA 48/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 30, juris Rn. 23 ff.). Erforderlich ist insoweit eine gewisse **Mindestevidenz** im Sinne des Vorliegens erster wissenschaftlicher Erkenntnisse, dass bei dem konkreten Krankheitsbild durch den Einsatz von Cannaboiden ein therapeutischer Erfolg zu erwarten ist.

Für die symptomatische Behandlung von **Cluster-Kopfschmerzen** fehlt es nach derzeitigem Ermittlungsstand an in dem dargelegten Sinne ausreichenden Indizien, dass durch den Einsatz von Medizinal-Cannabisblüten ein therapeutischer Erfolg zumindest möglich erscheint.

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 19.10.2017 - S 34 KR 724/17 ER - lehnte den Erlasses einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

b) Therapiehoheit des Vertragsarztes/Folgenabwägung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 29.03.2018 - L 1 KR 26/18 B ER

RID 18-02-105

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 31 VI; SGG § 86b

Besteht die Gefahr, dass ein Versicherter, der an Hämophilie A und HIV leidet, ohne die **Versorgung mit Cannabisblüten** bis zu der Beendigung des Hauptsacheverfahrens schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleidet, besteht ein vorläufiger Versorgungsanspruch, wenn die behandelnde Ärztin die Therapie mit Cannabis für alternativlos hält. In einem Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes kann kein Sachverständigengutachten eingeholt werden. Es kommt hinzu, dass der Gesetzgeber auch in materiell-rechtlicher Hinsicht bei der Entscheidung über die Verordnung von Cannabis die **Therapiehoheit des Vertragsarztes** stärken wollte, wie sich aus der Formulierung des § 31 VI 2 SGB V ergibt. Die Therapiehoheit des Arztes endet auch nicht wegen einer möglicherweise vorhandenen Suchtproblematik. Selbst insoweit bliebe es eine medizinische Entscheidung des behandelnden Arztes, ob die Gabe von Cannabis verantwortet werden kann, weil der Nutzen mögliche Nachteile überwiegt. Bei der vom Gericht danach allein vorzunehmenden **Folgenabwägung** ist dem Grundrecht auf Gesundheit und körperliche Unversehrtheit der Vorrang einzuräumen vor den möglicherweise eintretenden finanziellen Verlusten für die Krankenkasse im Falle einer (rechtskräftigen) Klageabweisung in der Hauptsache.

SG Berlin, Beschl. v. 20.12.2017 - S 89 KR 1983/17 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, v. 29.03.2018 bis zum 29.03.2019, längstens bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache, die Kosten für eine Versorgung des Ast. mit Cannabisblüten nach Vorlage einer entsprechenden ärztlichen Verordnung zu übernehmen. Im Übrigen wies es die Beschwerde zurück.

c) Keine Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung vor Genehmigung

LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss v. 26.02.2018 - L 5 KR 16/18 B ER

RID 18-02-106

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 31 VI; SGG § 86b II

Leitsatz: Ein Anspruch auf **Genehmigung** der Versorgung mit **cannabishaltigen Arzneimitteln** setzt nicht zwingend voraus, dass bereits eine **vertragsärztliche Verordnung** ausgestellt wurde (entgegen LSG Baden-Württemberg v. 19.09.2017 - L 11 KR 3414/17 ER-B - RID 17-04-102).

SG Mainz, Beschl. v. 22.12.2017 - S 7 KR 580/17 ER - lehnte den Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz ab, das **LSG** verpflichtete die Ag., den Ast. längstens bis zum Abschluss des erstinstanzlichen Hauptsacheverfahrens vorläufig mit dem cannabishaltigen Arzneimittel Dronabinol entsprechend vertragsärztlicher Verordnung zu versorgen.

d) Cannabis als Schmerzmittel vor Neufassung des § 31 VI SGB V

LSG Bayern, Urteil v. 14.12.2017 - L 4 KR 349/15

RID 18-02-107

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 13/18 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 Ia, 13 III, IIIa, 31

Leitsatz: Zur Frage der Erstattung verauslagter Kosten für Cannabis als Schmerzmittel vor Inkrafttreten der Neufassung des § 31 Abs. 6 SGB V.

SG Augsburg, Urt. v. 14.07.2015 - S 6 KR 378/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Festbetragsarzneimittel

a) Ausschöpfen der Arzneimittelalternativen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.08.2016 - L 16 KR 255/14

RID 18-02-108

Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31

Die Anspruchsvoraussetzungen eines Anspruchs auf eigenanteilsfreie Versorgung mit einem nur oberhalb des Festbetrags erhältlichen **Festbetragsarzneimittel** (hier: Arzneimittel Alvesco®, Festbetragsgruppe „Glucocortikoid, inhalativ, oral“ der Stufe 2, Gruppe 1) liegen nicht vor, wenn hinsichtlich eines anderen Wirkstoffs (hier: Budenosid) eine **Austestung** nicht erfolgt ist und wenn auch hinsichtlich der bereits getesteten weiteren, der einschlägigen Festbetragsgruppe unterfallenden Arzneimittel objektivierbare, d.h. nicht allein auf Angaben der Versicherten beruhende Befunde fehlen. Es müssen alle zum Festbetrag in Betracht kommenden Arzneimittelalternativen erfolglos ausgeschöpft sein.

SG Detmold, Urt. v. 19.02.2014 - S 5 KR 173/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Unzumutbarkeit der Testung weiterer Festbetragsmedikamente

SG für das Saarland, Urteil v. 12.12.2017 - S 23 KR 226/16

RID 18-02-109

juris
SGB V §§ 11 I, 12 II, 27, 31, 35

Leitsatz: Eine ausnahmsweise Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem **Medikament über dem Festbetrag** gemäß § 12 Abs. 2 SGB V für diese Medikamentengruppe kommt neben dem Fall, dass alle Festbetragsmedikamente ausgetestet wurden und zu erheblichen Nebenwirkungen geführt haben (vgl. BSG, Urt. v. 03.07.2012 - B 1 KR 22/11 R - BSGE 111, 146 = SozR 4-2500 § 35 Nr. 6) auch dann in Betracht, wenn mehrere, aber **nicht alle Festbetragsmedikamente getestet** wurden und eine **weitere Testung** dem Versicherten z.B. wegen der Stärke der Nebenwirkungen, den erheblichen Begleiterkrankungen und/oder seines Alters **nicht mehr zumutbar** ist.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. das über dem Festbetrag für die diesbezügliche Medikamentengruppe liegende Medikament Atacand zu gewähren.

3. Membranoproliferative Glomerulonephritis (MPGN-C3-Nephropathie): Seltenheitsfall

SG Nürnberg, Urteil v. 27.09.2017 - S 11 KR 489/13

RID 18-02-110

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 31 I

Bei einer **Membranoproliferativen Glomerulonephritis** (MPGN-C3-Nephropathie) liegt ein sog. **Seltenheitsfall** vor.

Bei einer MPGN-C3-Nephropathie handelt es sich um eine regelmäßig **tödliche** bzw. zumindest wertungsmäßig vergleichbare **Erkrankung** und besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Soliris im Rahmen eines Off-Label-Use.

Das **SG** stellte fest, dass die Bekl. bisher Eculizumab (Soliris) an die Kl. zu Recht geleistet hat und verurteilte die Bekl., die Kl. zukünftig mit Eculizumab (Soliris) zu versorgen, solange das Transplantat der Spenderniere funktionsfähig ist.

4. Therapieversuch mit dem Wirkstoff Rituximab bei sekundär progredienter Multipler Sklerose

SG Karlsruhe, Beschluss v. 04.04.2018 - S 10 KR 729/18 ER

RID 18-02-111

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 1a, 12 I, 27 I 2 Nr. 3 und § 33 I 1 SGB V spricht nur von der „Versorgung“ mit Hilfsmitteln,

Leitsatz: Für einen **Therapieversuch** mit dem **Wirkstoff Rituximab** bei sekundär progredienter **Multipler Sklerose** fehlt es an einer datenbasierten begründeten Erfolgsaussicht der Behandlung.

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

V. Hilfsmittel

Nach BSG, Urt. v. 15.03.2018 - **B 3 KR 4/17 R** - kann ein Versicherter die Übernahme von **Entsorgungskosten für** das ihm gewährte **Inkontinenzmaterial** nicht beanspruchen. Zwar gehört Inkontinenzmaterial bei Erwachsenen nicht zu den von der Leistungspflicht ausgeschlossenen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens (st. Rspr., z.B. BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 22 S. 129 f.). Aus den einschlägigen Rechtsgrundlagen für Hilfsmittel ergibt sich indessen nach Wortlaut, Gesetzessystematik, Entstehungsgeschichte sowie Sinn und Zweck kein Anspruch auf die Beteiligung der Krankenkassen an der Entsorgung. Der Wortlaut von § 27 I 2 Nr. 3 und § 33 I 1 SGB V spricht nur von der „Versorgung“ mit Hilfsmitteln, nicht von deren „Entsorgung“. § 33 I 4 SGB V a.F. nennt zwar ausdrücklich einzelne Nebenleistungen der Hilfsmittelversorgung, die Entsorgung aber nicht. Nach der Gesetzesbegründung zu § 27 SGB V (BT-Drs. 11/2237, S. 170) sollte dieser in Abkehr von der früheren Rechtslage den Leistungsinhalt „abschließend beschreiben“. Einen gesetzlichen oder übergesetzlichen Anspruch auf alles, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist, gibt es nicht. Die Rechtsprechung zu „hilfsmittelbezogenen Nebenleistungen im Rahmen des bestimmungsgemäßen Gebrauchs“ (z.B. Stromkosten für bestimmte Hilfsmittel) lässt sich für die Entsorgung von Inkontinenzmaterial nicht mit Erfolg heranziehen. Das Gesetz enthält zur Hilfsmittelversorgung sehr differenzierte Einzelregelungen, z.B. werden „zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel“ bei § 33 VIII 3 Halbs. 2 SGB V ausdrücklich genannt, jedoch nur (begünstigend) bei der Begrenzung der Höhe des Zahlungsbetrags. Die Entsorgung gebrauchter Inkontinenzmaterialien ermöglicht auch nicht erst den „bestimmungsgemäßen Gebrauch“ des Hilfsmittels, sondern es geht um Folgekosten für nicht mehr gebrauchsfähige Hilfsmittel. Die dafür anfallenden Kosten sind nicht derart hoch, dass dem Gesetzgeber eine Überschreitung seines weiten sozialpolitischen Gestaltungsspielraums angelastet werden müsste.

1. Rollstuhlzuggerät (Handbike) für Erwachsene

SG für das Saarland, Urteil v. 09.05.2017 - S 23 KR 869/15

RID 18-02-112

juris

SGB V §§ 11 I Nr. 4, 27 I 2 Nr. 3, 33, 34

Leitsatz: Die Möglichkeit der aktiven Mitwirkung an der eigenen Mobilität kann im Zusammenspiel mit der Erschließung des näheren Umfelds in Eigenregie unabhängig von der Hilfe Dritter die Gewährung eines **Rollstuhlzuggerätes (Handbike)** auch für Erwachsene begründen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., dem Kl. ein elektrounterstütztes Rollstuhlzuggerät (Handbike) gemäß Verordnung vom 12.06.2015 zu gewähren. Das SG ging ferner vom Vorliegen der Voraussetzungen nach § 13 IIIa SGB V aus.

2. Hörgeräteversorgung

a) Hörgerät wegen qualifizierter Arbeitsplatzanforderungen

LSG Bayern, Urteil v. 20.02.2018 - L 5 KR 213/15

RID 18-02-113

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33; SGB IX §§ 15 I 3 u. 4, 26 II Nr. 6, 31 I Nr. 3; SGB VI §§ 9, 15

Leitsatz: Ein Anspruch auf Versorgung mit einem **qualifizierten Hörgerät** besteht bei **besonderen Arbeitsplatzanforderungen**.

SG München, Urt. v. 26.02.2015 - S 18 KR 948/12 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. Kosten in Höhe von 4.869 € zu erstatten.

Aus den Gründen:

„(...) 26 aa) Wie die **Stellenbeschreibung** ("Funktionsbeschreibung und Kompetenzumfang") belegt, ist die Klägerin im **Personalmanagement als Mitarbeiterbetreuerin mit der Betreuung von Kunden und Mitarbeitern in allen Belangen** betraut. Dazu verfügt die Klägerin namentlich über hohe Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit und Belastbarkeit. Ihre Aufgaben umfassen insbesondere die disziplinarische Führung und Betreuung von Mitarbeitern, die Durchführung von Trainingsmaßnahmen, von Einzel- und Gruppencoachings, Recruiting, Mitarbeiter-, Kritik- und Entwicklungsgesprächen, die Teilnahme an Meetings und Großveranstaltungen.

27 bb) Um die hierfür erforderlichen Voraussetzungen zu erfüllen, stellen sich hohe Anforderungen an das gerichtete Sprachverstehen bei gleichzeitiger Sprache mehrerer Personen und verschiedenen Hintergrundgeräuschen im Raum.

28 In Gruppencoachings und bei Großveranstaltungen sind dabei Störgeräusche zu trennen von Gesprächen mit Einzelpersonen sowie mit Personengruppen. Geräusche aber auch Sprache treten dabei mehrdimensional auf, dh von sich auf die Klägerin zu-, aber auch von ihr wegbewegenden Tonquellen. Unterhaltungsmusik kann hinzutreten. Fremdsprachen, insbesondere Englisch mit den Lispellauten des "th" muss die Klägerin verstehen und sprechen.

29 Am Arbeitsplatz selbst in einem Großraumbüro sind als Dauergeräusche die Betriebsgeräusche der Klimaanlage sowie ein Dauergrundgeräusch vorhanden, was stets von mehreren Menschen ausgehend vorhanden ist. Als Geräuschquellen kommen hinzu die von den Mitarbeitern genutzten Telefone, Telefaxe und Drucker. Zeitgleich dazu finden mehrere Gespräche der Mitarbeiter untereinander, mit Kunden sowie am Telefon statt.

30 In diesen Geräuschkulissen bestehen Arbeit und Arbeitserfolg der Klägerin im Gespräch. Sie muss dabei Kommunikation und Teamfähigkeit vornehmlich im gesprächsweisen Kontakt mit Mitarbeitern und mit Kunden leben. Dabei können zeitgleich immer wieder Telefonate sowie Mehrpersonengespräche zu führen sein oder dazwischen- sowie hinzutreten. Das erfordert passives und aktives Zuhören und Verstehen der Klägerin auf höchsten Ebenen der menschlichen Kommunikation und Interaktion.

31 c) Diese Anforderungen kann die Klägerin allein mit den **Phonak-Geräten** erfüllen, weil nur diese **über mehrere Sondertechniken unter Einsatz einer besonderen Hard- und Software der Mehrmikrofontechnik zum Sprachverständnis** verfügen.

32 Nach den glaubhaften Angaben der Klägerin kann diese mit der Sondertechnik "Ultra-Zoom" die Stimmen von Personen gleichsam heranziehen und zugleich Nebengeräusche hinwegdämpfen. Mit "voice-zoom" kann sie Sprache besser verstehen und zugleich mit "Noise-Block" laute Geräusche ohne Bedeutung für die Sprachkommunikation unterdrücken. Mit Hilfe von "SoundRecover" sind die Konsonanten s und f sowie der englische Lispellaut "th" besser verständlich, weil hohe Frequenzen komprimiert und in für das klägerisch Resthörvermögen verständliche Bereiche konvertiert werden. Die Verständigung in Englisch zählt zu den erforderlichen Arbeitsanforderungen der Klägerin. Die zu unterscheidenden jeweiligen Geräusch-, Stimm-, Höhen- und Lautstärken-Volumina sowie -Richtungen kann die Klägerin dabei besonders in Sprachverständnis und Gesprächskompetenz umsetzen.

33 Dass diese ganz erheblichen Verständigungsvorteile am Arbeitsplatz durch die Phonak-Geräte besser erreicht werden, belegen die von der Leistungserbringerin Firma S. dokumentierten Testungen mehrerer Geräte. Entsprechende Testungen hat die Klägerin glaubhaft auch an ihrer Arbeitsstelle unter der maßgeblichen Mehrfach-Hörbelastung ausprobiert.

(...) 36 Denn weder der MDK noch Dr. K. haben die dargestellte berufliche Situation der Klägerin in ihre Überlegungen in erforderlicher Weise und Ausmaß einbezogen. Unberücksichtigt ist insbesondere geblieben, dass Nutzschall und Störschall in ihren jeweils unterschiedlichen Gestalten und Ausprägungen in den beruflichen Gesprächen der Klägerin voneinander getrennt werden müssen. Nicht hinreichend gewürdigt wurde namentlich, dass Vortragstätigkeiten gegenüber größeren Gruppen und die Leitung von Arbeitsgruppen als relevante besondere berufliche Anforderungen der Klägerin deutlich über die berücksichtigten Anforderungen bei alltäglichen Mehr-Personen-Gesprächen hinausgehen.

37 Zudem hat Dr. K. - aus Gründen der Beweissicherheit - die vorgenommenen Messungen unter Idealbedingungen getätigt. Er hat selbst eingeräumt, dass eine zuverlässige Testung der Hörgeräteleistung unter realen Arbeitsplatz- oder Störgeräuschbedingungen nicht möglich sind.

38 Schließlich ist dem Sachverständigen und dem MDK entgegenzuhalten, dass der dokumentierten, um (nur) wenige Mess-Einheiten erhöhten Hörverbesserung durchaus Relevanz zukommt, wenn der hier relevante Maßstab dargelegt wird. Insoweit haben zudem weder MDK noch der Sachverständige dargelegt, dass die Differenz um wenige Mess-Einheiten tatsächlich Mess-Toleranzen sind. Sie haben vielmehr die Verbesserung um wenige Mess-Einheiten als nicht entscheidungserheblich angesehen, weil diese nur einen Umfang hatte, welcher den üblichen Mess-Toleranzen entspricht. (...)"

b) Kein Unterschied zu Hörhilfen zum Festbetrag

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 29.03.2018 - L 11 KR 243/17

RID 18-02-114

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I

Hörhilfen zum Festbetrag sind ausreichend, wenn der Sachverständige feststellt, dass objektiv kein **Unterschied** zwischen den begehrten und den zuzahlungsfrei abgegebenen Geräten ausgemacht werden kann und die vom Kl. vorgebrachten Vorteile des begehrten Hörsystems in Form eines anderen Klangeindrucks nicht objektiv verglichen werden können, sondern abhängig vom subjektiven Empfinden des Hörgeräteträgers sind.

SG Münster, Urt. v. 24.10.2016 - S 9 KR 267/15 - juris wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Anordnungsgrund: Vorläufige Selbsttragung der Kosten

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 26.02.2018 - L 11 KR 827/17 B ER

RID 18-02-115

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I; SGG § 86b II

Ein **Anordnungsgrund** ist nicht glaubhaft gemacht worden, wenn trotz ausdrücklicher Nachfrage des Gerichts die Ast. nicht darlegt, nicht (vorläufig) selbst die **Kosten** für die begehrte Versorgung tragen zu können.

SG Münster, Beschl. v. 21.11.2017 - S 13 KR 898/17 ER - www.sozialgerichtsbarkeit.de lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

VI. Rehabilitation/Krankentransport/Häusliche Krankenpflege

1. Rehabilitation

a) Stationäre Rehabilitationsmaßnahme

aa) Ausschöpfen der ambulanten Maßnahmen

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 15.01.2018 - L 16 KR 592/17

RID 18-02-116

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 40

Sind die **vorrangig durchzuführenden ambulanten Maßnahmen** nicht ausgeschöpft, so besteht kein Anspruch auf eine **stationäre Rehabilitationsmaßnahme**. Alleine das Vorliegen einer **Schwerbehinderung** und auch eine Erkrankung rechtfertigen für sich genommen die Notwendigkeit einer stationären Reha-Maßnahme nicht.

SG Duisburg, Urt. v. 26.07.2017 - S 31 KN 250/16 KR - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.
BSG, Beschl. v. 28.02.2018 - B 1 KR 9/18 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

bb) Fehlende Ausschöpfung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten

SG Duisburg, Urteil v. 26.07.2017 - S 31 KN 250/16 KR

RID 18-02-117

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 11 II, 40

Sind die **ambulanten Behandlungsmöglichkeiten** nicht **ausgeschöpft**, bedarf es keiner stationären Rehabilitationsmaßnahme.

Das **SG** wies die Klage ab.

cc) Anspruch nach Versorgung mit Cochlea-Implantaten

SG Augsburg, Urteil v. 04.12.2017 - S 10 KR 171/16

RID 18-02-118

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 11 II, 40

Nach der Versorgung mit zwei **Cochlea-Implantaten** besteht ein Anspruch auf eine **stationäre Rehabilitationsmaßnahme**, wenn die erforderliche weitere Anpassung der Sprachprozessoren und Einstellung der Hörprogramme mit jeweils ausgiebiger Möglichkeit zur Erprobung in verschiedenen alltagsrelevanten Hörsituationen und engmaschiger audiologischer Kontrolle mit mehrfachen Nachführungen der Einstellungen nur im Rahmen einer stationären Reha-Maßnahme erfolgen kann.

Das SG verurteilte die Bekl., dem Kl. eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu gewähren.

dd) Keine Erstattung von Kosten einer Begleitperson

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.03.2018 - L 1 KR 339/17

RID 18-02-119

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 11, 13 I, III 2, 43 I, 60 V; SGB IX § 15 I 4

Berechnet nach einer Vergütungsvereinbarung nach § 111 V SGB V die Klinik für die medizinisch indizierte **Aufnahme einer Begleitperson** pro Fall keine gesonderten Kosten, dann ist die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson durch die **Vergütungspauschale abgegolten**.

In Fachkliniken ist üblicherweise ausreichendes **Fachbetreuungspersonal** vorhanden, um den Patienten ausreichend zu versorgen, so dass eine **Begleitperson nicht notwendig** ist.

SG Köln, Ur. v. 10.05.2017 - S 9 KR 388/15 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

b) Vorsorgemaßnahme für Mütter: Kinder als Begleitkinder

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 07.12.2017 - L 5 KR 130/17

RID 18-02-120

Revision anhängig: B 1 KR 4/18 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 23 I, 24 I 1

Die Voraussetzungen für (die Übernahme von Kosten für) die **Mitaufnahme von Kindern** im Rahmen von § 24 SGB V sind nicht explizit geregelt. Sowohl dem Wortlaut des Gesetzes als auch der Systematik lässt sich jedoch eindeutig entnehmen, dass es sich auch im Hinblick auf die Mitaufnahme von Kindern um einen einheitlichen Anspruch der Versicherten handelt und somit die daraus resultierenden Kosten ebenfalls grundsätzlich zum Anspruch des versicherten Elternteils gegen die Kasse gehören. Anhaltspunkte dafür, dass die Kosten für die Mitaufnahme von Kindern nur dann von der Kasse zu tragen sein sollen, wenn auch diese gesetzlich krankenversichert sind, liegen nicht vor. Die Entscheidung, ob die Vorsorgeleistung nur als Elternmaßnahme oder als Eltern-Kind-Maßnahme bewilligt wird, steht im pflichtgemäßen **Ermessen** der Krankenkasse.

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Bekl. die Kosten für zwei Kinder als Begleitkinder zu einer der Kl. bewilligten Vorsorgemaßnahme für Mütter tragen muss. SG *Gelsenkirchen*, Ur. v. 24.01.2017 - S 28 KR 704/16 - wies die Klage ab, das LSG verurteilte die Bekl., die Kl. über die Bewilligung der Maßnahme als Mutter-Kind-Maßnahme unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes neu zu bescheiden, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

2. Hubschrauber-Krankentransport von Kreuzfahrtschiff unter fremder Flagge

SG Duisburg, Urteil v. 25.11.2016 - S 17 KN 418/12 KR

RID 18-02-121

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III 1, 16 I 1 Nr. 1

In der gesetzlichen Krankenversicherung haben versicherte Mitglieder einer Krankenkasse keinen Anspruch auf eine Krankenbehandlung oder damit verbundener Transportkosten auf einem **Schiff unter fremder Flagge**. Es gilt insoweit nicht das **Territorialitätsprinzip**, sondern das **Flaggenprinzip**, wenn ein Schiff sich auf offenen Seegewässern befindet. Danach haben Passagiere

auf Seeschiffen unter deutscher Flagge – unabhängig von der Schiffspedition – einen Behandlungsanspruch, weil insoweit inländisches Recht fingiert wird. Für den umgekehrten Fall gilt folglich ausländisches Recht, wenn ein Seeschiff unter der Flagge eines ausländischen Staates auf offenen Gewässern segelt; dies ebenfalls unabhängig von der Schiffspedition. Denn insoweit unterstellt das Recht einen Auslandsaufenthalt, bei dem nach § 16 I 1 Nr. 1 SGB V der Anspruch auf Leistungen gegen die Krankenkasse ruht.

Die Kl. machen als Rechtsnachfolger Bergungskosten in Höhe von 12.514,88 € gegen die Krankenkasse aufgrund eines Hubschrauber-Krankentransports vom 12.05.2012 geltend. Das **SG** wies die Klage ab.

3. Häusliche Krankenpflege

a) Hauswirtschaftliche Versorgung und Verschlimmerung der Wunde (ER-Verfahren)

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 23.02.2018 - L 5 KR 20/18 B ER

RID 18-02-122

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 37; SGG §§ 86b II, III, 99 III Nr. 2

Einstweiliger Rechtsschutz kann **vor Abschluss des Verwaltungsverfahrens**, ausnahmsweise auch vor Antragstellung bei der Verwaltung, zulässig sein.

§ 99 SGG gilt auch in Verfahren auf einstweiligen Rechtsschutz.

Im **einstweiligen Anordnungsverfahren** kann nicht unberücksichtigt bleiben, dass nach dem Ende der hauswirtschaftlichen Versorgung eine Verschlimmerung der Wunde eingetreten ist. Eine behauptete Verbesserung der Situation nach Aufnahme der hauswirtschaftlichen Versorgung spricht für die Notwendigkeit dieser Leistung.

SG Lübeck, Beschl. v. 04.01.2018 - S 3 KR 731/17 ER - verpflichtete die Ag., vorläufig die Kosten für die hauswirtschaftliche Versorgung des Ast. entsprechend den Verordnungen der Hausärztin Dr. G in dem Zeitraum 23.10.2017 bis zur Entscheidung über den Widerspruch des Ast. zu übernehmen, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

b) Keine Vergütung für Haushaltsangehörige

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 31.01.2018 - L 11 KR 231/16

RID 18-02-123

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 37 III

Der Anspruch auf **häusliche Krankenpflege** besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann. Hierbei handelt es sich um eine konkrete Ausgestaltung des **Vorrangs der Eigenhilfe** vor der Inanspruchnahme von Hilfe durch die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten. Das Gesetz knüpft an familienrechtliche Fürsorge- und Unterhaltungspflichten sowie an sittliche Beistandspflichten unter zusammenlebenden Haushaltsangehörigen außerhalb des Familienverbundes im engeren Sinne an. Die gesetzliche Krankenversicherung wird auf diese Weise durch die familiäre Hilfe entlastet (BSG, Urt. v. 08.10.2014 - B 3 P 4/13 R - SozR 4-3300 § 14 Nr. 8). Unter Haushalt ist nach allgemeinem Sprachgebrauch die häusliche, wohnungsmäßige, familienhafte Wirtschaftsführung zu verstehen (BSG, Urt. v. 30.03.2000 - B 3 KR 23/99 R - BSGE 86, 101 = SozR 3-2500 § 37 Nr. 2 m.w.N.). Übernimmt der haushaltsangehörige Vater die Pflege, besteht kein Anspruch auf häusliche Krankenpflege. Anders als für die Pflegeleistungen nach dem SGB XI ist für die von Haushaltsangehörigen nach § 37 III SGB V erbrachten Leistungen keine Vergütung im Gesetz vorgesehen.

SG Köln, Urt. v. 19.01.2016 - S 34 KR 370/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 20.03.2018 - **B 1 KR 25/17 R** - ist bei einer Krankenhausbehandlung wegen einer primären fokalen Hyperhidrose die Hauptdiagnose nach der Nr. G90.41 (Autonome Dysreflexie als Schweißattacken) und nicht nach der Nr. R61.0 (Hyperhidrose, umschrieben) des ICD-10-GM 2009 zu kodieren und damit die höher vergütete DRG B06B anstatt der niedriger vergüteten DRG J10B abzurechnen. Als Hauptdiagnose war nämlich die Diagnose der Restklassen „sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems“ zu kodieren. Nach den Feststellungen des LSG waren deren Voraussetzungen

durch die Fehlsteuerung des Sympathikusnervs erfüllt. Symptomdiagnosen wie „Hyperhidrose, umschrieben“ kommen nur in Betracht, wenn keine genauere Diagnose möglich ist.

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

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Vollstationäre Krankenhausbehandlung: Entlassung am selben Tag

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.01.2018 - L 11 KR 1930/16

RID 18-02-124

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

Leitsatz: Bei Kindern im Alter bis zu ca. drei Jahren ist zur Untersuchung der Netzhaut zum Ausschluss eines Retinoblastoms eine **vollstationäre Krankenhausbehandlung** als notwendig i.S.v. § 39 SGB V zu betrachten. Dem steht nicht entgegen, dass bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus eine **Entlassung des Kindes noch am selben Tag geplant** ist.

SG Reutlingen, Urt. v. 13.04.2016 - S 1 KR 2492/15 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 850,83 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

b) Notwendigkeit stationärer Behandlung bei Alkoholabhängigkeitssyndrom

LSG Hamburg, Urteil v. 28.09.2017 - L 1 KR 27/16

RID 18-02-125

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

Vor allem bei **psychiatrischer Behandlung** - und um eine solche handelt es sich auch im Falle einer **Suchtbehandlung** - kann der Einsatz von krankenhausspezifischen Gerätschaften in den Hintergrund treten und allein schon die Notwendigkeit des kombinierten Einsatzes von Ärzten, therapeutischen Hilfskräften und Pflegepersonal sowie die Art der Medikation die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung ausschließen und eine **stationäre Behandlung** erforderlich machen. Bei einem erforderlichen komplexen Behandlungsansatz durch Zusammenwirken eines multiprofessionellen Teams unter fachärztlicher Leitung ist zu prüfen, ob ein solcher nach den Regeln der ärztlichen Kunst ambulant überhaupt realisierbar war und für den Versicherten in Anbetracht seines Gesundheitszustandes in zumutbarer Weise zur Verfügung gestanden hätte (BSG, Urt. v. 10.04.2008 - B 3 KR 19/05 R - BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 12).

Aufgrund einer bestehenden Depression und Borderlineerkrankung, zahlreicher vorangegangener Alkoholrückfallgeschehen und der psychosozialen Folgen, die der Alkoholkonsum bereits in dem noch recht jungen Leben hinterlassen hat, auch und gerade in Anbetracht des noch jugendlichen Alters und besonderen psychischen Risikofaktoren, kann es notwendig sein, eine **qualifizierte Entzugsbehandlung stationär** durchzuführen. Dabei kann auch der Umstand, dass die Versicherte überhaupt für eine Vermittlung in eine weiterführende Maßnahme in Betracht kam und hierfür motiviert war, von entscheidender Bedeutung sein. Vor diesem Hintergrund kann nicht gefordert werden, dass die Aufnahme in eine qualifizierte Entzugsbehandlung eine bestehende **Alkoholisierung** bei dem Versicherten voraussetzt. Ein erheblicher **Suchtdruck** ist vielmehr ausreichend.

SG Hamburg, Urt. v. 16.10.2015 - S 6 KR 1785/13 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.130,42 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

aa) Pharmakotherapie und Off-Label-Use

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 31.01.2018 - L 5 KR 2399/16

RID 18-02-126

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 137c

Leitsatz: Der **krankenversicherungsrechtliche Patientenschutz** verdrängt den **arzneimittelrechtlichen Patientenschutz** nicht, tritt zu diesem vielmehr hinzu; das gilt auch für die Arzneimittelversorgung der Versicherten in der stationären Krankenhausbehandlung.

Arzneimittel dürfen auch in der **stationären Krankenhausbehandlung** nur zulassungskonform und zulassungsüberschreitend nur bei Vorliegen der Voraussetzungen des **Off-Label-Use** angewendet werden, wobei es unerheblich ist, ob die Arzneimittelversorgung als (reine) Pharmakotherapie oder als (Teil einer) Behandlungsmethode (i.S.d. §§ 135, 137c SGB V) stattfindet.

Die Beteiligten streiten über die Abrechnung des Zusatzentgelts <ZE> 2009-63 für die Anwendung von Diboterminalfa. **SG Stuttgart**, Ur. v. 19.05.2016 - S 11 KR 4830/12 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.510,50 € zzgl. Zinsen zu zahlen, auf Widerklage der Bekl. die Kl., an die Bekl. 3.510,50 € zu zahlen, und wies im Übrigen die Widerklage ab. Das **LSG** wies auf Berufung der Bekl. die Klage der Kl. auf Zahlung eines Vergütungsbetrags von 3.510,50 € zzgl. Zinsen ab und wies die Berufung der Kl. zurück.

bb) Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt: Lungenvolumenreduktion

SG Aachen, Urteil v. 20.02.2018 - S 13 KR 344/16

RID 18-02-127

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 137c I

Eine **Lungenvolumenreduktion** mittels endoskopischer/bronchoskopischer Implantation von Ventilen kann mangels einer **Ausschlussentscheidung des GBA** nach § 137c I 2 SGB V zu Lasten der GKV erbracht werden (entgegen BSG, Ur. v. 21.03.2013 - B 3 KR 2/12 R - BSGE 113, 167 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 6). Der grundsätzlichen Auffassung des BSG, Ur. v. 19.12.2017 - B 1 KR 17/17 R - (Terminbericht) zum Anwendungsbereich von § 137c SGB V ist nicht zu folgen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. 12.512,75 € nebst Zinsen zu zahlen.

Parallelverfahren:

SG Aachen, Urteil v. 20.02.2018 - S 13 KR 349/16

RID 18-02-128

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 1 KR 216/18 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

cc) Methode der bronchialen Thermoplastie: Keine Ausschlussentscheidung des GBA

SG Aachen, Urteil v. 24.04.2018 - S 13 KR 83/17

RID 18-02-129

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 137c

Die bei der Krankenhausbehandlung angewandte Methode der **bronchialen Thermoplastie** erfüllt die Voraussetzungen **nach § 137c III SGB V**. Mangels einer **Ausschlussentscheidung des GBA** nach § 137c I 2 SGB V kann sie zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden und ist von ihr zu vergüten. BSG, Ur. v. 19.12.2017 - B 1 KR 17/17 R - BSGE (vorgesehen) = SozR 4 (vorgesehen) = GesR 2018, 244, juris Rn. 23 ist lediglich der Auffassung, dass die Regelung in § 137c III 3 SGB V erst am 23.07.2015 für die Zukunft in Kraft getreten ist. Soweit allerdings das BSG mit seiner Feststellung („An diesem Grundsatz hat die Einführung des Abs. 3 in § 137c SGB V nichts geändert“) zum Ausdruck bringen wollte, dass es an BSG, Ur. v. 21.03.2013 - B 3 KR 2/12 R - BSGE 113, 167 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 6 festhält, vermag die Kammer einer solchen grundsätzlichen Auffassung des BSG zum **Anwendungsbereich von § 137c SGB V** im Hinblick auf die Gesetzesbegründung nicht zu folgen.

Das **SG** wies die Widerklage (erhoben nach Anerkennung der Klageforderung wegen fehlender Aufrechnungserklärung) ab.

d) Mindestmenge von komplexen Eingriffen am Organsystem Pankreas

SG Aachen, Urteil v. 06.03.2018 - S 14 KR 207/17

RID 18-02-130

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 136b, 137

Der Begriff der „**personellen Neuausrichtung**“ diktiert nicht das Vorliegen einer mit Personaländerungen verbundenen strukturellen, fachlich-inhaltlichen Neuausrichtung des für die Erbringung von einer Mindestmengenregelung erfassten Leistungsbereiches eines Krankenhauses. Vielmehr genügt auch ein (sich ggfs. zeitlich streckender) Wechsel des Personals, sofern er für die Leistungserbringung und die Erwartung der Fallzahlen von zentraler Bedeutung ist. Dies ist regelmäßig etwa beim Weggang und fachlich gleichwertigen Ersatz des- oder derjenigen Operateure der Fall, die zuvor für das Erreichen der Mindestmenge verantwortlich gezeichnet haben. Der maximal 24-monatige Übergangszeitraum beginnt mit dem Zeitpunkt der Neueinstellung.

Das SG verurteilte die Bekl., der Kl. 15.830,83 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab.

e) Prüffristen

aa) Beginn der Verzinsung bei Aufrechnungsfällen

SG Braunschweig, Urteil v. 23.01.2018 - S 54 KR 370/14

RID 18-02-131

juris

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

Leitsatz: Zum Beginn der Verzinsung bei Aufrechnungsfällen in Krankenhausabrechnungstreitigkeiten.

Das SG gab der Klage teilweise statt.

bb) Überschreiten der 4-wöchigen Frist zur Vorlage der Unterlagen keine Ausschlussfrist

SG Lüneburg, Urteil v. 22.02.2018 - S 9 KR 192/15

RID 18-02-132

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

§ 7 II PrüfV 2014 kann nicht dahingehend ausgelegt werden, dass bei Überschreiten der **4-wöchigen Frist** zur Vorlage der Unterlagen ein endgültiger Verlust des Anspruchs eintritt. Die Verknüpfung eines materiellen Rechtsverlusts mit einer Frist bedürfte – so sie denn überhaupt zulässig wäre – wegen der erheblichen Folgen einer eindeutigen Regelung.

Das SG verurteilte die Bekl., der Kl. einen Betrag in Höhe von 1.144,41 € sowie Zinsen zu zahlen.

cc) Keine Ausschlussfristen durch PrüfV

SG Kassel, Urteil v. 14.02.2018 - S 12 KR 171/17

RID 18-02-133

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 Vereinbarung einer - hier unterstellten - **Ausschlussfrist** für eine nachträgliche Rechnungskorrektur in der zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossenen Prüfverfahrensvereinbarung ist **unzulässig**.

Das SG verurteilte die Bekl., der Kl. 1.166 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

dd) Materiell-rechtliche Ausschlussfrist zur Vorlage der Krankenhausunterlagen

SG Reutlingen, Urteil v. 14.03.2018 - S 1 KR 2084/17

RID 18-02-134

juris

SGB V § 275 I Nr. 1; KHG § 17c

Leitsatz: 1. Eine **Verfristung** nach § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV führt zu einem **Anspruch einer Krankenkasse** gegen einen Krankenhausträger auf Erstattung bereits geleisteter Vergütung.

2. Dieser **Erstattungsanspruch** ergibt sich aus dem Institut des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs.

3. Auch ohne ausdrückliche Benennung handelt es sich bei der Frist in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV zur Vorlage von Unterlagen an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung um eine **materiell-rechtliche Ausschlussfrist**.

4. § 17c Abs. 2 KHG enthält eine ausreichende **Ermächtigungsgrundlage** für die Vereinbarung einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV.

Das **SG** verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die kl. Krankenkasse 4.163,93 € nebst Zinsen zu zahlen.

ee) Septorhinoplastik/Keine Präklusion gerichtlicher Ermittlung durch PrüfvV

SG Detmold, Urteil v. 16.11.2017 - S 24 KR 836/16

RID 18-02-135

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27, 39, 275 ff.; KHG § 17b

Bei einer **Septorhinoplastik** ist eine **stationäre Behandlung notwendig**, weil es sich um einen komplexen Eingriff an den inneren und äußeren Teilen der Nase handelt. Dies gilt insb. für eine Rezidiv-Operation, bei der eine erhöhte Wundinfektion und Blutungsneigung besteht.

Aus der **PrüfvV** folgt weder eine **Präklusion** in medizinisch-tatsächlicher Hinsicht noch eine eingeschränkte Amtsermittlung durch das Gericht, wenn die dort genannten Fristen nicht eingehalten wurden. Die Inhalte der PrüfvV sind nach § 2 Abs. 2 PrüfvV für die Krankenkassen, den MDK und die zugelassenen Krankenhäuser zwar unmittelbar verbindlich. Diese Verbindlichkeit bezieht sich aber nur auf das Prüfungsverfahren selbst, nicht auf ein sich hieran anschließendes Gerichtsverfahren. Ohne ausdrückliche Rechtsgrundlage kann die Amtsermittlungspflicht des Gerichts nicht eingeschränkt werden.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.846,19 € nebst Zinsen zu zahlen.

f) Keine Einleitung einer MDK-Prüfung: Präklusionswirkung auf medizinische Einwendungen

SG Stuttgart, Gerichtsbescheid v. 01.02.2018 - S 18 KR 5146/16

RID 18-02-136

juris

SGB V §§ 39, 109 IV 2 u. 3, 112 II 1 Nr. 1, 275 Ic, 301; KHG § 17b; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1

Wenn die Krankenkasse es unterlassen hat, eine **MDK-Prüfung** einzuleiten, ist eine **Präklusionswirkung** in Hinblick auf mögliche **medizinische Einwendungen** eingetreten. Die Prüfung beschränkt sich dann auf den Sachverhalt, wie er sich aus den nach § 301 I SGB V übermittelten Daten darstellt. Lässt sich diesen Daten lediglich entnehmen, dass bei Adipositas-Erkrankung eine vollstationäre Behandlung durchgeführt wurde und eine Aufnahme in der allgemeinen Chirurgie erfolgte, dann ist von einer Erforderlichkeit der stationären Behandlung auszugehen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.667,81 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

g) Keine controllingorientierte schematische Krankenhausabrechnungsprüfungen

LSG Bayern, Urteil v. 16.01.2018 - L 5 KR 403/14

RID 18-02-137

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 109, 275 Ic, 283

Leitsatz: Die Krankenkassen sind nicht berechtigt, controllingorientierte schematische Krankenhausabrechnungsprüfungen durchzuführen.

SG Regensburg, Gerichtsb. v. 25.08.2014 - S 14 KR 448/13 - wies die Klage mangels Vorverfahrens als unzulässig ab. Das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. 1.731,04 € nebst Zinsen zu zahlen. Das LSG weist abschließend auf das dreistufige Prüfverfahren hin. Keinen dieser Prüfwege habe die Bekl. beschritten. Wie sich aus den o.g. sozialgerichtlichen Streitigkeiten in mehreren Bundesländern zum identischen Vorgehen ergebe, habe die Bekl. vielmehr bundesweit eine Nachschau durchgeführt und mit Massenschreiben vom 14.10.2013 Abrechnungsrügen versandt. Mit gleich lautenden Texten habe sie schematisch unter Fristsetzung mit

Kürzungsandrohung weitere Angaben eingefordert. Die Bekl. habe damit eine Prüfung durchgeführt, die weder von den gesetzlichen Regelungen noch von den in der Rspr. entwickelten Möglichkeiten umfasst sei.

h) Vergütungsanspruch des Krankenhauses trotz Operation durch „falschen Arzt“

SG Aachen, Urteil v. 06.02.2018 - S 13 KR 262/17

RID 18-02-138

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 1 KR 136/18 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I, 69 I 3, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b I 3; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I Nr. 1; BGB §§ 812 ff.

Ein Krankenhaus hat einen **Vergütungsanspruch** gegen eine Krankenkasse, auch wenn die abgerechneten operativen Eingriffe durch einen Arzt mit einer **fälschlich erteilten Approbation** durchgeführt werden. Dies gilt jedenfalls dann, wenn der „falsche Arzt“ regelmäßig nicht allein operiert, sondern noch ein anderer „echter“ Arzt assistiert, sodass schon vor diesem Hintergrund die Frage, ob es sich um eine „ärztliche Behandlung“ handelt, zu bejahen ist, und wenn darüber hinaus zum Zeitpunkt der Operationen der Mitarbeiter tatsächlich eine echte – wenn auch erschlichene – Approbationsurkunde vorweisen kann. Die Tatsache, dass die Rücknahme diese Urkunde von Beginn an unwirksam werden lässt, gilt nur gegenüber dem „falschen Arzt“, nicht aber im Verhältnis zwischen Krankenhaus und den Krankenkassen.

Eine Rückforderung der Vergütungen ist **unbillig**, wenn die Behandlungen im Ergebnis den Regeln der Kunst entsprochen und die Krankenkassen damit gegenüber ihren jeweiligen Versicherten die geschuldeten Leistungen erbracht haben. Aus diesem Grund sind auch etwaige Schadensersatzansprüche nicht gegeben.

Das SG wies die Klagen der Krankenkassen ab.

i) Verjährung

aa) Hemmung der Verjährungsfrist bei Unkenntnis über Krankenkasse des Patienten

LSG Hamburg, Urteil v. 21.01.2016 - L 1 KR 46/15

RID 18-02-139

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 69, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b; KHEntgG § 9 I 1 Nr. 1; BGB § 199 I Nr. 2

Die **Verjährungsfrist beginnt** im Bereich von Krankenhausabrechnungen im Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen entsprechend § 45 I SGB I nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch entstanden ist, ohne dass es auf die Fälligkeit des Anspruches ankommt. Der **Vergütungsanspruch** für die Krankenhausbehandlung und der daraus abgeleiteten Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse gegenüber dem Leistungserbringer Krankenhaus **entstehen** unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes.

Gibt ein Versicherter eine falsche Krankenkasse an, dann wird der Beginn der Verjährungsfrist gem. § 199 I Nr. 2 BGB gehemmt, wonach die regelmäßige Verjährungsfrist erst mit dem Schluss des Jahres beginnt, in dem 1. der Anspruch entstanden ist und 2. der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

SG Hamburg, Urt. v. 05.05.2015 - S 28 KR 1318/12 - verurteilte die beigel. Krankenkasse zur Zahlung der Klagforderung, das **LSG** wies die Berufung zurück.

bb) Verjährungsfrist im Krankenhausabrechnungsstreit: Dreijahresfrist

SG Speyer, Urteil v. 16.02.2018 - S 13 KR 286/16

RID 18-02-140

juris

SGB V § 69 I 3; BGB §§ 195, 199 I Nr. 2, 812 I 1

Leitsatz: Für **Vergütungsforderungen von Krankenhäusern** gegen Krankenkassen gilt auf Grund der Verweisung in § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V die regelmäßige **Verjährungsfrist von drei Jahren** nach § 195 BGB. Gleiches gilt für **Erstattungsansprüche** von Krankenkassen gegen Krankenhausträger (Anschluss an SG Mainz, Urteil vom 04.06.2014 - S 3 KR 645/13 -, Rn. 41 ff.; SG Mainz, Urteil vom 11.01.2016 - S 3 KR 349/15 - Rn. 26 ff.; SG Speyer, Urteil vom 23.01.2017 - S 19

KR 521/16 -, Rn. 24 ff.; entgegen u.a. BSG, Urteil vom 12.05.2005 - B 3 KR 32/04 R; BSG, Urteil vom 21.04.2015 - B 1 KR 11/15 R -, Rn. 13; BSG, Urteil vom 23.06.2015 - B 1 KR 26/14 R -, Rn. 44).

Gerichte können auf Grund ihrer Funktion im verfassungsmäßig vorgegebenen System der Gewaltenteilung entgegen der bestehenden Rechtslage keinen **Vertrauensschutz** auf eigene oder fremde (obergerichtliche) **Rechtsprechung** einräumen (Anschluss an SG Mainz, Urteil vom 11.01.2016 - S 3 KR 349/15 - Rn. 73 ff.; SG Speyer, Urteil vom 23.01.2017 - S 19 KR 521/16 -, Rn. 43).

Für den **Beginn der Verjährungsfrist** nach § 199 Abs. 1 Nr. 2 BGB in Bezug auf einen Anspruch aus § 812 Abs. 1 Satz 1 Var. 1 BGB reicht die Kenntnis bzw. grob fahrlässige Unkenntnis des Umstands aus, dass eine Leistung im Sinne einer auf bewusste und zweckgerichtete Vermögensmehrung gerichteten Zuwendung erfolgt ist. Die Kenntnis bzw. grob fahrlässige Unkenntnis der Rechtsgrundlosigkeit der Leistung ist nicht erforderlich (Anschluss an SG Mainz, Urteil vom 11.01.2016 - S 3 KR 349/15 -, Rn. 87 ff.).

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. 773,54 € zu zahlen.

2. Teilstationäre Behandlung bei einer Depression als komorbide Erkrankung

LSG Hamburg, Urteil v. 24.01.2018 - L 3 KR 89/16

RID 18-02-141

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Geht es nicht um die isolierte Behandlung einer depressiven Störung, sondern erschwert die **Depression als komorbide Erkrankung** die Behandlung der Adipositas, da durch sie insb. die Motivation und das Durchhaltevermögen in Bezug auf eine Therapie erheblich gestört werden, kann ein teilstationäres Setting mit engmaschigem Therapiekonzept und Konzentration der verschiedenen Maßnahmen an einem Ort deutlich besser geeignet sein, um derartige Störungen rechtzeitig zu erkennen und ihnen zeitnah zu begegnen, als dies bei einer ambulanten Therapie der Fall sein könnte. Dabei kann gerade der Umstand, dass bei ambulanten Therapiemaßnahmen verschiedene Therapieorte aufgesucht werden müssen, bei einer aufgrund der Depression bestehenden Antriebsstörung ein nicht unerhebliches Risiko für den Erfolg der Therapie darstellen.

SG Hamburg, Urt. v. 03.06.2016 - S 38 KR 216/13 - juris verurteilte die Bekl., den Betrag von 4.298,85 € nebst Zinsen an die Kl. zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

3. Fallpauschalen

a) Implantierung einer modularen Endoprothese

LSG Saarland, Urteil v. 28.02.2018 - L 2 KR 100/15

RID 18-02-142

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 35/18 B

juris

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

Leitsatz: 1. Bei der **Implantierung einer modularen Endoprothese** ist der Zusatzcode des OPS 2013 5-829.K dann nicht zu verwenden, wenn neben den Modulen des Schafts und des Halses allein eine metallische Verbindungsschraube eingesetzt wird.

2. Eine solche Schraube ist kein „**metallisches Einzelbauteil**“ i.S.d. OPS 2013 5-829.K.

SG für das Saarland, Gerichtsb. v. 03.11.2015 - S 1 KR 620/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Implantation von alloplastischem Knochenersatz

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 13.03.2018 - L 11 KR 865/17

RID 18-02-143

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: Das Prinzip der monokausalen Kodierung wird nicht verletzt, wenn das Krankenhaus die Prozeduren 5-794.kh und 5-785.3h OPS 2011 nebeneinander abrechnet. Insoweit handelt es sich um

eine **Kodierung mehrerer selbständiger Prozeduren**. Die **Implantation von alloplastischem Knochenersatz** (5-785) ist kein üblicher und vorhersehbarer Teil einer offenen Reposition einer Mehrfragmentur (5-794), sondern eine darüber hinausgehende, nicht vorhersehbare Maßnahme (sog. **Atypik**).

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer Krankenhausbehandlung und insbesondere, ob 2011 die OPS-Prozedur 5-785.3h neben der OPS-Prozedur 5-794.kh kodiert werden durfte. **SG Karlsruhe**, Urt. v. 26.01.2017 - S 9 KR 4200/15 - verurteilte den bekl. Krankenhausträger, an die kl. Krankenkasse 5.135,36 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

c) Spongiosatransplantation zur Füllung eines Spalts

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 11.05.2017 - L 16 KR 523/14

RID 18-02-144

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Nach der Rechtsprechung des BSG können im Grundsatz **medizinische Feststellungen** im Zusammenhang mit stationären Krankenhausbehandlungen auch auf **Zeugenaussagen** der behandelnden Krankenhausmitarbeiter gestützt werden (vgl. BSG, Urt. v. 16.12.2008 - B 1 KN 3/08 KR R - BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 15 u. v. 10.04.2008 - B 3 KR 14/07 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 14, B 3 KR 20/07 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 15, B 3 KR 19/05 R - BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 12).

Iatrogen in OPS 5-784: **Kochentransplantation** und -transposition bedeutet lediglich durch den Arzt verursacht und enthält nicht den Sinn „durch fehlerhaftes ärztliches Handeln herbeigeführt. Die Abgrenzung von „iatrogen geschaffen“ und „zugangsbedingt“ zur „therapeutischen“ Transplantation im Hinweis zum OPS 5-784.0 muss sich daran orientieren, ob die **Spongiosa-Plastik** zur Behandlung eines vor dem Eingriff bestehenden Defekts (denkbar z.B. bei einer bestehenden Pseudarthrose) „therapeutisch“ erfolgt oder ob der Knochendefekt erst im Zuge der Operation durch ärztliches Handeln herbeigeführt wird und in der Regel notwendig zu ihr gehört. Nur im ersteren Fall soll über die Codierung des OPS 5-784.0 zusätzliches/höheres Entgelt zu beanspruchen sein.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 03.07.2014 - S 11 KR 210/13 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das **LSG** verurteilte den bekl. Krankenhausträger, der Kl. 1.007,77 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen (bzgl. der Zinsen) die Klage ab.

d) Behandlung einer oder mehrerer Komplikationen eines Diabetes mellitus

LSG Thüringen, Urteil v. 28.11.2017 - L 6 KR 1002/14

RID 18-02-145

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Wird eine Versicherte nicht zur Behandlung der **Grunderkrankung Diabetes mellitus**, aber zur Behandlung einer oder mehrerer **Komplikationen** in das Krankenhaus aufgenommen, so ist der Diabetes mellitus als **Haupt-**, nicht als **Nebendiagnose** zu kodieren.

SG Nordhausen, Urt. v. 06.05.2014 - S 19 KR 1411/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

e) Setzen eines weiteren Shunts bei dialysepflichtiger Niereninsuffizienz

LSG Saarland, Urteil v. 28.02.2018 - L 2 KR 66/16

RID 18-02-146

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: 1. Wird bei einem Versicherten wegen **dialysepflichtiger Niereninsuffizienz** im Rahmen eines stationären Aufenthaltes im Krankenhaus ein **Shunt** gesetzt und muss nach einiger Zeit wegen Verschlusses in unmittelbarer Nähe ein **neuer Shunt** gesetzt werden, ist die Hauptdiagnose (HD) des neuen stationären Aufenthaltes nicht ICD-10 N 18.5 (chronische Nierenkrankheit Stadium 5), sondern die Komplikations-HD T 82.5 (mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen).

2. In diesem Fall hat die **Komplikation** die **stationäre Aufnahme** nach den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2015 unter D 002 F veranlasst. Selbst wenn bei der Erstanlage eines Shunts

die HD die chronische Nierenkrankheit wäre, war der folgende stationäre Aufenthalt wegen der Komplikation erforderlich.

3. Der Auffassung der Krankenkasse und des MDK, der „alte“ Shunt sei nicht behandelt worden, sondern ein „neuer“ gesetzt, ist zu entgegnen, dass nicht eine **Prozedur** im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes über die HD entscheidet, sondern die **Diagnose**, nämlich der Zustand des Patienten bei der Aufnahme. Dieser war geprägt durch einen nicht funktionsfähigen Shunt und damit eine Komplikation.

SG für das Saarland, Gerichtsb. v. 26.10.2016 - S 1 KR 717/15 - verurteilte die Bekl., der Kl. 2.189,99 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

f) Auslegung der Prozedurcodes bei Vereinbarung einer positiven Strukturprüfung

SG Osnabrück, Urteil v. 14.02.2018 - S 34 KR 576/16

RID 18-02-147

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 275

Leitsatz: Einigen sich Krankenhaus und Krankenkasse in einer Entgeltvereinbarung darauf, die Abrechenbarkeit eines Prozedurcodes von einer **positiven Strukturprüfung** durch den MDK abhängig zu machen, so sind nur die medizinisch-tatsächlichen Feststellungen für die Beteiligten und das Gericht bindend. Die **Auslegung der Prozedurcodes** ist nicht Sache des MDK, sondern der Gerichte.

Eine **24-stündige Anwesenheit der Behandlungsleitung** im Sinne des OPS 8-98f (2015) ist nicht erforderlich.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.024,28 € nebst Zinsen zu zahlen.

g) Hauptdiagnose Gallenblasenstein

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 07.11.2017 - L 11 KR 795/16

RID 18-02-148

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 109 IV

Leitsatz: Wird ein Patient, der an einem Herpes Zoster leidet, stationär behandelt und wird wenige Tage nach der Aufnahme in das Krankenhaus eine schwerste gangränöse Cholezystitis mit drohender Perforation festgestellt, ist als **Hauptdiagnose** H80.00 (**Gallenblasenstein** mit akuter Cholezystitis, ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion) zu kodieren und nicht B02.2B (Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems).

SG Freiburg, Gerichtsb. v. 01.02.2016 - S 5 KR 1813/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

h) Intensivmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-980.x)

SG Braunschweig, Urteil v. 24.01.2018 - S 40 KR 591/13

RID 18-02-149

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Nicht nur die Kodierrichtlinien, sondern auch die (jährlich neu festgelegten) **OPS Beschreibungen** sind wörtlich **auszulegen**.

An keiner Stelle findet sich im OPS Katalog Version 2009 (auch nicht später) ein Vermerk, wonach sonstige **multimodale Komplexbehandlungen** (8-98), insb. aber auch intensivmedizinische Komplexbehandlungen (Basisprozedur) (8-980) von bestimmten „Strukturvoraussetzungen“ abhängig sind. Es kann deshalb nur davon ausgegangen werden, dass OPS 8-980 bereits dann abgerechnet werden kann, wenn die dort genannten **Mindestmerkmale** während der konkreten Behandlungsdauer vorgelegen haben.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 54.640,48 € nebst Zinsen zu zahlen.

i) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

LSG Bayern, Urteil v. 25.01.2018 - L 4 KR 614/16

RID 18-02-150

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Ein **kurzer Gang zur Toilette** stellt eine **Unterbrechung des Monitorings** im Rahmen des OPS 8-981.1 dar, die jedoch als unschädlich im Rahmen der Abrechnung über den OPS 8-981 anzusehen ist. Die OPS-Regelung ist dahingehend auszulegen, dass nur eine (medizinisch) relevante Unterbrechung schädlich ist.

SG Regensburg, Urt. v. 13.10.2016 S 2 KR 303/16 verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.326,82 € nebst Zinsen zu bezahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

j) Behandlung einer Hyperhidrose (Krankhaftes Schwitzen)

SG München, Urteil v. 21.12.2017 - S 15 KR 844/17

RID 18-02-151

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Bei Behandlung einer **Hyperhidrose** mittels der Resektion des Ganglions L4 muss die Kodierung R61.0 gewählt werden. In diesem Falle wird die DRG J10B und nicht die DRG B17C angesteuert.

Die **Durchtrennung einer Nervenbahn** behebt nicht die Störung der autonomen Regelungen, sondern bewirkt lediglich, dass die elektrischen Impulse nicht an die Empfänger - die Schweißdrüsen - weitergegeben werden. Damit ist die Störung als solche aber nicht tangiert, d.h. wenn die Nervenbahnen wieder verbunden würden, so würde das übermäßige Schwitzen wieder auftreten. Anders ist nicht zu erklären, dass Patienten nach entsprechenden Operationen gerichtsbekannt häufig über vermehrt **auftretendes Schwitzen an anderen Körperregionen** klagen. Entsprechend wurde bereits von Versicherten in der erkennenden Kammer die Bezahlung einer Operation eingeklagt, die die Durchtrennung der Nervenfasern wieder rückgängig machen soll, weil entweder der versprochene Erfolg nicht eingetreten ist oder weil sich die Problematik des übermäßigen Schwitzens an andere Stelle verlagert hat.

Das **SG** wies die Klage ab.

k) Beatmung eines Frühgeborenen

LSG Bayern, Urteil v. 13.03.2018 - L 5 KR 504/15

RID 18-02-152

Revision anhängig: B 1 KR 13/18 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = www.gesetze-bayern.de

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

Leitsatz: Die HFNC-Beatmung Frühgeborener unter 1.500 g ist als künstliche Beatmung i.S.d. DKR (2009) 1001h zu kodieren und abzurechnen.

SG München, Urt. v. 01.10.2015 - S 2 KR 1501/13 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß zur Zahlung in Höhe von 9.150,41 €, das **LSG** wies die Berufung zurück.

4. Aufwandspauschale

a) Aufrechnungsverbot: Keine Zulassung der Berufung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 30.10.2017 - L 16 KR 780/16 NZB

RID 18-02-153

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 275 I c; SGG § 144

Dass das im Landesvertrag vereinbarte **Aufrechnungsverbot** in einem Fall, in dem es um die Aufrechnung gegen einen Vergütungsanspruch - Aufwandspauschale - des klagenden Krankenhauses geht, greift, ist durch die Rspr. des LSG Nordrhein-Westfalen geklärt. Es liegt ferner auf der Hand und bedarf keiner weiteren Klärung, dass es unter Berücksichtigung von Sinn und Zweck des Aufrechnungsverbots nicht auf die Rechtsnatur des Gegenanspruchs der Krankenkasse (Rückforderung einer Aufwandspauschale) ankommt.

SG Dortmund, Urt. v. 29.08.2016 - S 40 KR 994/15 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Nichtzulassungsbeschwerde der Bekl. zurück.

b) Erstattungsanspruch der Krankenkasse nach Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 15.02.2018 - L 5 KR 251/17

RID 18-02-154

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 275 Ic

Leitsatz: 1. Hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine **Aufwandspauschale** gezahlt, obwohl deren Voraussetzungen nicht vorlagen, hat sie grundsätzlich einen **öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch** gegen das Krankenhaus.

2. Der Erstattungsanspruch ist nur unter besonderen Voraussetzungen **verwirkt**.

SG Speyer, Urt. v. 16.1.2017 - S 7 KR 231/15 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 300 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das **LSG** ließ die Berufung der Bekl. durch Beschl. v. 20.11.2017 zu und wies die Klage ab.

c) Rückwirkungsverbot und Verbot treuwidrigen Verhaltens

SG Reutlingen, Urteil v. 14.03.2018 - S 1 KR 3632/16

RID 18-02-155

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 275 Ic

Einem Erstattungsbegehren einer Krankenkasse für im Jahr 2012 geleistete Aufwandspauschalen steht das **Rückwirkungsverbot** entgegen, da zu diesem Zeitpunkt die „neue“ Rechtsprechung des 1. Senats des BSG noch nicht ergangen war. Eine rückwirkende Anwendung der „neuen“ Rechtsprechung auf die hier vorliegenden, abgeschlossenen Sachverhalte ist unzulässig (echte Rückwirkung). Zum anderen steht dem Erstattungsbegehren auch das sich aus dem Grundsatz von Treu und Glauben ergebende **Verbot treuwidrigen Verhaltens** entgegen.

Das **SG** wies die Klage der Krankenkasse gegen den Krankenhausträger ab.

d) Keine Rückforderung bei Anzeige als Rechnungsprüfung nach § 275 Ic SGB V

SG Kassel, Urteil v. 24.01.2018 - S 12 KR 252/17

RID 18-02-156

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 275 Ic

Eine Krankenkasse kann sich nicht nachträglich darauf berufen, die Prüfung durch den MDK habe der **sachlich-rechnerischen Richtigkeit** gegolten, wenn der MDK auf Veranlassung der Krankenkasse die Rechnungsprüfung sowohl intern als auch nach Aktenlage gegenüber dem betroffenen Krankenhaus ausdrücklich als **Rechnungsprüfung nach § 275 Ic SGB V** anzeigt und durchführt und die Krankenkasse anschließend auf entsprechende Inrechnungstellung der Aufwandspauschale, d.h. auf eine unter ausdrücklicher Bezugnahme auf § 275 Ic SGB V erfolgte Rechnungsstellung, diese auch ohne jeglichen Vorbehalt „anstandslos“ ohne „wenn und aber“ als solche bezahlt, die Krankenkasse also selbst davon ausgegangen ist, eine die Aufwandspauschale nach § 275 Ic SGB V auslösende Rechnungsprüfung in Auftrag gegeben zu haben (vgl. z.B. **SG Kassel**, Urt. v. 04.05.2016 - S 12 KR 72/16 - RID 16-03-157; **SG Mainz**, Urt. v. 08.09.2015 - S 14 KR 427/14 - RID 16-01-174 u. - S 14 KR 56/12 - RID 16-01-173).

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. 1.800 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

e) Aufrechnungsverbot/Rückforderung verstößt gegen Treu und Glauben

SG Duisburg, Urteil v. 10.11.2017 - S 9 KR 736/15

RID 18-02-157

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3, 275 Ic

In § 15 IV 2 des nordrhein-westfälischen Sicherstellungsvertrages besteht ein konkludentes vertragliches **Aufrechnungsverbot** für Rückforderungen wegen sachlicher Beanstandungen. Insoweit können Krankenkassen Rückzahlungsansprüche nur klageweise geltend machen (vgl. **LSG Nordrhein-**

Westfalen, Urt. v. 03.06.2003 - L 5 KR 205/02 - RID 03-04-111; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.05.2004 - L 5 KR 197/03 - RID 04-03-151 und zuletzt LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.12.2016 - L 1 KR 358/15 - RID 17-01-145). Die BSG-Rspr. steht dem nicht entgegen. Die **Aufrechnung mit einer Aufwandspauschale** gegen einen Vergütungsanspruch eines Krankenhauses fällt unter das Aufrechnungsverbot des Sicherstellungsvertrages (vgl. hierzu: LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 30.10.2017 - L 16 KR 78/16 NZB -).

Wenn eine Krankenkasse eine sachlich-rechnerische Prüfung in Auftrag gibt und in Kenntnis der Vornahme einer solchen Prüfung, die nicht den Regelungen des § 275 SGB V unterfällt, sondern nach der BSG-Rspr. einem eigenen Prüfregime folgt, dennoch die auf der Grundlage von § 275 I 3 SGB V geforderte Aufwandspauschale vorbehaltlos begleicht, steht einer **späteren Rückforderung der Grundsatz von Treu und Glauben**, wie er in § 814 BGB zum Ausdruck kommt, entgegen.

Das SG verurteilte die bekl. Krankenkasse, an die Kl. einen Betrag von 300 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies die Widerklage ab.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

BSG, Urt. v. 03.05.2018 - **B 3 KR 13/16 R** - ist eine **Auskunftsverpflichtung für den Zeitraum Januar 2013 durch die gesetzliche Ermächtigung des § 129 Vc 4 SGB V a.F. nicht gedeckt**. Die Regelung ermächtigt nicht zum detaillierten Auskunftsverlangen des Bekl. gegenüber der Kl. zu den acht im Einzelnen aufgeführten Punkten, insb. zum Verlangen einer Aufstellung sämtlicher gewährter oder noch zu gewählender Einkaufsvorteile und zur Vorlage von anonymisierten Rechnungskopien. Die Befugnis zum konkreten Auskunftsverlangen kann aus rechtsstaatlichen und datenschutzrechtlichen Gründen nicht in die Regelung hineininterpretiert werden. Der **Bestimmtheitsgrundsatz** gebietet, dass das Handeln der Verwaltung bei grundrechtsrelevanten Vorschriften messbar und in gewissem Ausmaß voraussehbar und berechenbar ist. Ebenso problematisch erweist sich die Rechtsposition des Bekl. im Lichte des **Sozialdatenschutzes**, wie er einfachgesetzlich im Schutz von Betriebsgeheimnissen zum Ausdruck kommt (vgl. § 35 IV SGB I, § 67 I 2 SGB X). Einschränkungen des Rechts auf **informationelle Selbstbestimmung** sind - auch in Bezug auf die Erhebung von Daten (vgl. § 67a SGB X) - Grenzen gesetzt (vgl. auch die Rspr. des Senats in BSGE 115, 40 = SozR 4-2500 § 302 Nr. 1). Selbst bei anonymisierten Daten einer nur übersichtlichen Zahl der Kundenbeziehungen zu einem einzelnen pharmazeutischen Wirkstoff ist die Gefahr von Rückschlüssen auf einzelne Kunden nicht von der Hand zu weisen. Für das gewonnene Ergebnis sprechen schließlich auch die Gesetzesmaterialien zur erst ab 13.05.2017 geltenden Neufassung des § 129 Vc SGB V. Nach BSG, Urt. v. 03.05.2018 - **B 3 KR 9/16 R** - ist ein pharmazeutisches Unternehmen, das Arzneimittel auf den Markt bringt, die zu der Festbetragsgruppe gehören, gegen einen Festbetrags-Beschluss **klagebefugt**, auch wenn es nicht selbst Adressat der Allgemeinverfügung ist. **Festbeträge** bilden ein preisregulierendes Anreizsystem, mit dem Wettbewerbselemente in den Markt der GKV eingeführt werden, die dort wegen des Auseinanderfallens von Nachfrager und Kostenträger fehlen. Ihr wesentliches Ziel ist die Stärkung des Preiswettbewerbs. Eine mit der Herabsetzung des Festbetrags verbundene Wettbewerbsverzerrung kommt nur in Betracht, wenn der neue Festbetrag nicht mit den Marktrealitäten in Übereinstimmung zu bringen, eine wirtschaftliche Preisgestaltung nicht möglich ist und sich Anbieter deshalb so weit vom Markt zurückziehen, dass dadurch eine Einschränkung des Preiswettbewerbs zu befürchten ist. Die Festbeträge unterschreiten die Grenze der Wirtschaftlichkeit nicht, wenn die **die Untergrenze der Ein-Fünftel-Regelung** nach § 35 V 5 SGB V eingehalten wird und bei 20 Arzneimitteln, die zum herabgesetzten Festbetrag für die Versicherten zuzahlungsbefreit (§ 31 III 4 SGB V) bleiben, sich auch keine Hinweise darauf ergeben, dass dieser neue Festbetrag einen unerwünschten, den Wettbewerb schädigenden Kellertreppeneffekt auslösen könnte. Die **Daten des Berechnungsstichtags** waren - als die zwischenzeitlich ausgefallene Lieferfähigkeit des zur Berechnung des neuen Festbetrages maßgeblichen Arzneimittels wiederhergestellt war - nicht in der Weise überholt, dass eine willkürliche Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der Kl. zu befürchten war. Vielmehr zeigt die Wiederherstellung der Lieferfähigkeit eines zur Festbetragsgruppe gehörenden Arzneimittels, dass es sich nicht um einen endgültigen Marktabgang aus wirtschaftlichen Gründen handelte und dass Anhaltspunkte für eine wettbewerbschädigende Wirkung des Festbetrags gerade nicht gegeben waren. **Auf die Versorgungssicherheit der Patienten und die medizinischen Bedingungen für einen Wechsel zwischen verschiedenen Präparaten - d.h. auf die Rechte Dritter - kann sich die Klägerin als pharmazeutisches Unternehmen nicht berufen**. Deshalb ist es grundsätzlich unerheblich, ob aufgrund der Besonderheiten der betroffenen Arzneimittel Ordnungswechsel nach Möglichkeit vermieden werden. Vor diesem Hintergrund machte allein die zeitliche Verschiebung der Beschlussfassung auch **keine erneute Anhörung** erforderlich. Nach BSG, Urt. v. 03.05.2018 - **B 3 KR 10/17 R** - unterschreiten die herabgesetzten **Festbeträge** zur Festbetragsgruppe „Levothyroxin-Natrium“ nicht die **Grenze der Wirtschaftlichkeit**. Arzneimittel mit Wirkstärken, die seit der Herabsetzung nicht mehr zum Festbetrag erhältlich sind, bringt die Kl. nicht auf den Markt, sodass sie insoweit schon gar nicht am Wettbewerb teilnimmt und deshalb auch nicht in eigenen Rechten verletzt sein kann. Die Anpassung des Festbetrages wurde auch nicht willkürlich zu Unrecht, sondern im Hinblick auf eine „**veränderte Marktlage**“ eingeleitet, die sich an verschiedenen Faktoren zeigte. Zum Berechnungsstichtag war die **Untergrenze der Ein-Fünftel-Regelung** nach § 35 V 5 SGB V eingehalten. Die von der Kl. nicht näher dargelegten **Lieferschwierigkeiten** für einige Produkte boten keine Anhaltspunkte für einen verstärkten wirtschaftlich bedingten Rückzug von Anbietern. Auf eine möglicherweise enge therapeutische Breite des Wirkstoffs kann sich die Klägerin ebenso wenig berufen, wie auf die Frage, ob der Bekl. schon im Verwaltungsverfahren hinreichende Ermittlungen zu Lieferengpässen angestellt und dokumentiert hatte. Das **Stellungnahmeverfahren** hat der Bekl. ordnungsgemäß durchgeführt, und er hat die Stellungnahme der Klägerin in seine Entscheidung einbezogen. Nach BSG, Urt. v. 03.05.2018 - **B 3 KR 7/17 R** - besteht kein Anspruch auf Aufhebung des Festbetrags-Beschlusses, soweit das Arzneimittel medikinet® adult betroffen ist. Es liegt keine benachteiligende **Verfälschung des Preiswettbewerbs** vor. Das Recht auf gleiche Teilhabe an einem fairen Wettbewerb ist nicht wegen der

neuen Vermarktung eines bereits vorhandenen wirkstoffidentischen Arzneimittels verletzt. Die Zuordnung des Arzneimittels medikinet® adult zur Festbetragsgruppe „Methylphenidat Stufe 1, Gruppe 1“ ist revisionsrechtlich nicht zu beanstanden. Es bedurfte auch keiner Herausnahme dieses Arzneimittels aus der Festbetragsgruppe nach dessen Markteinführung im Jahr 2011. Der beigel. **GBA** ist seiner Pflicht als untergesetzlicher Normgeber nachgekommen, indem er mit Blick auf die erteilte Zulassung methylphenidathaltiger Arzneimittel zur Behandlung von ADHS bei Erwachsenen den bis dahin bestehenden Verordnungsausschluss für diesen Personenkreis - nach einer Übergangsregelung Mitte 2011 - endgültig im März 2013 durch Änderung der AM-RL (Anl. III Nr. 44 - Stimulantien) aufgehoben hat. Weitergehende Verfahrenserfordernisse, die zu Gunsten der Klägerin einzuhalten gewesen wären, ergeben sich weder aus dem Gebot effektiven Rechtsschutzes (Art. 19 IV GG) noch aus der Europäischen Transparenzrichtlinie (RL 89/105/EWG des Rates vom 21.12.1988, ABl. Nr. L 40 vom 11.02.1989).

1. Apotheken

a) Retaxierung: Nicht erkennbarer Verordnungsausschluss mangels Eintrag in Lauer-Taxe

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.02.2018 - L 1 KR 365/16

RID 18-02-158

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 23/18 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 129; AMG §§ 21, 141 IV

Für die Apotheke ist ein **Verordnungsausschluss** nicht zu erkennen, wenn Fertigspritzen-Sets (hier: Oxybutynin-Fertigspritzen) in der **Lauer-Taxe** nicht als nicht abgabefähiges Produkt gekennzeichnet sind. Eine über die im ALV geregelte Prüfung weitergehende Überprüfung auf Einschränkung verordnungsfähiger Arzneimittel gehört nicht zu den Pflichten des Apothekers.

SG Frankfurt (Oder), Gerichtsbb. v. 13.06.2016 - S 4 KR 127/16 WA - verurteilte die bekl. Krankenkasse antragsgemäß, an die Kl. 9.254,30 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung im Wesentlichen (Änderung bei den Zinsen) zurück.

b) Unverwendete Restmengen zytostatikahaltiger Injektionslösungen (sog. Verwurf)

SG Nürnberg, Urteil v. 15.12.2017 - S 21 KR 333/14

RID 18-02-159

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 129

Im Rahmen der **Abrechnungsprüfung** ist auch zu prüfen, ob ein **unvermeidbarer Verwurf** vorliegt, also insb. ob die Haltbarkeit überschritten ist.

Verwürfe sind unvermeidbar, sobald die **vereinbarte Zeitspanne abgelaufen** ist. Eine Apotheke darf einen Verwurf dann abrechnen, wenn das Arzneimittel innerhalb der vereinbarten Zeitspanne nicht mehr weiterverarbeitet werden kann. Auf anderslautende Zeitspannen in Fachinformationen oder sonstigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen kommt es nicht an. Mit der Angabe einer konkreten Zeitspanne haben die Vertragspartner für die Abrechnung fiktive Haltbarkeiten für die Abrechnung definiert (vgl. **SG Würzburg**, Urt. v. 14.04.2016 - S 17 KR 260/14 - RID 16-03-165).

Das **SG** gab der Klage im Wesentlichen statt und verurteilte die Bekl., 3.308,12 € zu zahlen, im Übrigen wies es die Klage ab.

c) Krankenhausapotheke: Ärztliche Verordnung notwendig

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.01.2018 - L 11 KR 3798/16

RID 18-02-160

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 129a

Leitsatz: Die Abgabe von Arzneimitteln durch die **Krankenhausapotheke** im Rahmen einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus durch ermächtigte **Krankenhausärzte** bedarf einer **ärztlichen Verordnung**. Der Träger des Krankenhauses erwirbt für die abgegebenen Arzneimittel einen Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse nur, wenn die Verordnung von der verschreibenden Person unterschrieben ist.

Die Beteiligten streiten über die Retaxierung von Zytostatika-Verordnungen in Höhe von insgesamt 11.459,12 €. **SG Reutlingen**, Urt. v. 07.09.2016 - S 1 KR 1093/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

d) Keine Auskunftspflicht über die Einkaufspreise des Lohnherstellers

SG Berlin, Urteil v. 08.01.2018 - S 81 KR 1905/12

RID 18-02-161

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 35 IV, 36a, 129, 217e I 5; SGG § 85 II; GG Art. 12 I

Leitsatz: 1. Der GKV-Spitzenverband kann den **Auskunftsanspruch** nach § 129 Abs. 5c Satz 4 SGB V a.F. (i.d.F. des AMNOG vom 22.12.2010, BGBl. I, S. 2262) gegen den Inhaber einer **Apotheke** durch **Verwaltungsakt** geltend machen (Anschluss an Bayerisches LSG, Urteil vom 24. Mai 2016 - L 5 KR 442/13 - RID 16-04-171, juris Rn. 73 ff.; SG Reutlingen, Urteil vom 20. Januar 2016 - S 1 KR 2979/12 - RID 16-01-179, juris Rn. 35 ff.; SG Duisburg, Urteil vom 11. April 2017 - S 39 KR 670/12 - RID 18-01-130, juris Rn. 56 ff.; SG Leipzig vom 26. Januar 2016 - S 8 KR 174/13 -, entgegen SG München, Urteil vom 26. September 2013 - S 2 KR 904/13 -, n.v.).

2. Die Auskunftspflicht der Apotheke nach § 129 Abs. 5c Satz 4 SGB 5 a.F. (i.d.F. des AMNOG vom 22.12.2010, BGBl. I, S. 2262) erstreckt sich nicht auf die **Einkaufspreise** der für sie tätigen **Lohnhersteller** (Anschluss an Bayerisches LSG, Urteil vom 24. Mai 2016 - L 5 KR 442/13 -, juris Rn. 98; SG Reutlingen, Urteil vom 20. Januar 2016 - S 1 KR 2979/12 -, juris Rn. 47 ff.; SG Duisburg, Urteil vom 11. April 2017 - S 39 KR 670/12 -, juris Rn. 63 ff.; entgegen SG Leipzig, Urteil vom 26. Januar 2016 - S 8 KR 174/13 -, n.v.).

Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid auf, soweit die Kl. auch zur Auskunft über die Einkaufspreise der für sie tätigen Lohnhersteller verpflichtet wird, und wies im Übrigen die Klage ab.

e) Erstattung von Umsatzsteuer

aa) Pflicht zur Korrektur der Umsatzsteuerfestsetzung nur bei vertraglicher Vereinbarung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.01.2018 - L 11 KR 1723/17

RID 18-02-162

Revision anhängig: B 1 KR 5/18 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 129a; BGB §§ 398 ff., 812; AO § 164

Leitsatz: Die Krankenkassen haben keinen Anspruch gegen den Träger eines Krankenhauses auf **Erstattung von Umsatzsteuer**, die sie für in den Jahren 2008 bis 2011 individuell hergestellte und an ihre Versicherten im Rahmen ambulanter Behandlungen verabreichte Arzneimittel und Arzneimittelzubereitungen gezahlt haben, wenn und solange die **Zahlung** der Umsatzsteuer durch den Krankenhausträger an das **Finanzamt** auf einer unter dem Vorbehalt der Nachprüfung erfolgten Steuerfestsetzung (§ 164 AO) beruht. Die Frage, ob der Krankenhausträger eine vertragliche Nebenpflicht verletzt, ist nach der Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der Selbstveranlagung zu beurteilen. Eine Pflicht des Krankenhausträgers zur Korrektur der Umsatzsteuerfestsetzung im Falle einer rückwirkend entfallenden Umsatzsteuerpflicht besteht nur, wenn dies zwischen ihm und der Krankenkasse ausdrücklich **vereinbart** wurde.

SG Stuttgart, Ur. v. 19.04.2016 - S 9 KR 7250/14 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.01.2018 - L 11 KR 4621/16

RID 18-02-163

Revision anhängig: B 3 KR 1/18 R

juris

bb) Keine Erstattungspflicht der Umsatzsteuer nach Abführung an Finanzamt

SG für das Saarland, Urteil v. 13.12.2017 - S 1 KR 1235/14

RID 18-02-164

juris

SGB V § 129a; BGB §§ 812 I, 814, 818 III, 819

Leitsatz: Zur Frage der Erstattungspflicht der Umsatzsteuer im Verhältnis zwischen Krankenhausträger und gesetzlicher Krankenkasse für in der **Krankenhausapothek** hergestellte Zytostatika.

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

cc) Lieferung einer Krankenhausapothek an anderes Krankenhaus

SG Itzehoe, Urteil v. 10.08.2017 - S 20 KR 29/17

RID 18-02-165

juris

SGB V § 129a; ApoG §§ 11, 14; SGB X § 61; BGB § 812

Leitsatz: 1. Wenn eine **Krankenhausapothek** ein **anderes Krankenhaus** mit anwendungsfertigen Zytostatikazubereitungen für die dort behandelten gesetzlich versicherten Patienten beliefert und diese im eigenen Namen mit den Krankenkassen abrechnet, kommt ein Bereicherungsanspruch der **Krankenkassen** gegen das belieferte Krankenhaus nicht in Betracht.

2. Die Krankenhausapothek leistet die anwendungsfertigen Zytostatikazubereitungen unmittelbar an die **Versicherten** und nicht an das Krankenhaus, mit dem ein Versorgungsvertrag nach § 14 Abs. 3 ApoG a.F. besteht.

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von in den Jahren 2009, 2010 und 2011 gezahlter Umsatzsteuer. Das **SG** wies die Klage der Krankenkasse gegen die Trägerin eines Krankenhauses ab.

2. Arzneimittelhersteller/Arzneimittelimporteure

a) Erprobung neuer Untersuchungsmethoden (DiaPat®-CC Tests, Nachweis Gallengangskarzinom)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.01.2018 - L 1 KR 151/14 KL

RID 18-02-166

Revision anhängig: B 1 KR 11/18 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 135, 137e

Aus der Zweistufigkeit des Verfahrens bzgl. der Erprobung einer Methode lässt sich ableiten, dass es sachlich nicht gerechtfertigt ist, die **Anforderungen an die Annahme des Antrags** allzu hoch anzusetzen. Allein aus der Annahme eines Antrags ergibt sich nämlich noch nicht die Verpflichtung zur Durchführung einer Erprobung.

Für die an einen **hinreichenden Nachweis** zu stellenden **Anforderungen** ist davon auszugehen, dass der Verfahrensordnung des Beklagten nicht ausdrücklich zu entnehmen ist, welchen Validitäts-Anforderungen die von einem Hersteller vorgelegten Studien genügen müssen, um das hinreichende Potenzial einer neuen Methode belegen zu können. Die Verfahrensordnung verlangt lediglich, dass die vorliegenden wissenschaftlichen Unterlagen so aussagefähig sind, dass auf ihrer Grundlage eine Studie geplant werden kann, die eine Bewertung des Nutzens der Methode auf einem ausreichend sicheren Erkenntnisniveau erlaubt. Wenn das ausreichend sichere Erkenntnisniveau demnach erst durch die Erprobungsstudie erreicht werden soll, kann es nicht schon Voraussetzung dafür sein, dass mit einer Erprobung überhaupt begonnen werden kann. Die abschließende **Feststellung des Nutzens** einer Untersuchungsmethode ist das mögliche Ergebnis einer Erprobungsregelung, nicht aber schon ihre Voraussetzung.

Es reicht für die Bejahung eines **hinreichenden Potenzials** auch die auf dem **Wirkprinzip** beruhende Annahme aus, dass eine diagnostische Methode sich in den ihr zugeordneten Anwendungsbereichen als erfolgreich erweisen kann, wenn das Wirkprinzip als solches durch die Praxis bereits bestätigt worden ist. Sofern nach dem theoretischen Prinzip die **Übertragbarkeit** der Wirkung einer neuen Untersuchungsmethode **auf einen weiteren Anwendungsbereich** nahe liegt, fehlt das hinreichende Potenzial für diesen Anwendungsbereich nur, wenn sich auch unter den Bedingungen, unter denen eine neue Untersuchungsmethode bisher erprobt worden ist, noch keine nachweisbare Funktionalität gezeigt hat.

Bei Bejahung eines hinreichenden Potenzials hat der Bekl. unter Abwägung mit anderen Methoden und unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel nach pflichtgemäßem Ermessen zu **entscheiden**, ob er eine Erprobungsrichtlinie in Bezug auf die kombinierte Proteomanalyse des Gallensekrets und des Urins zur Erkennung eines Gallengangskarzinoms beschließt. Diese Frage ist zurzeit noch nicht spruchreif, weil der Bekl. den von dieser neuen Methode zu erwartenden Nutzen noch nicht mit dem Nutzen verglichen hat, der von der Anwendung anderer Methoden zu erwarten ist, deren Erprobung ebf. in Frage steht. Bei der Neubescheidung ist nicht nur der durch die Erprobung der Methode der Klägerin entstehende besondere **Aufwand** zu berücksichtigen, sondern auch der von ihr für die Versicherten zu erwartenden **Nutzen**.

Das **LSG** verpflichtete den Bekl., den Antrag der Kl. auf Erlass einer Richtlinie zur Erprobung der Proteomanalyse BPA/UPA zur Bestimmung des Gallengangskarzinoms - CC – als add-on-Diagnostik unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden.

b) Schiedsspruch: Anforderungen an einen Nutzenbewertungsbeschluss

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.01.2018 - L 1 KR 295/14 KL

RID 18-02-167

Revision anhängig: B 3 KR 2/18 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 35a, 85, 92 I, 130b; ZPO § 265 II; AMG § 78 IIIa

Leitsatz: Veräußert ein **pharmazeutisches Unternehmen** die Vertriebsrechte an einem Arzneimittel, liegt im Rechtsstreit auf Aufhebung eines Schiedsspruches nach § 130b Abs. 4 SGB V ein Fall **gesetzlicher Prozessstandschaft** nach § 265 Abs. 2 ZPO vor.

Ein Schiedsspruch nach § 130b Abs. 4 SGB V ist aufzuheben, wenn der ihm zu Grunde liegende **Nutzenbewertungsbeschluss** des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 35a Abs. 3 SGB V rechtswidrig ist.

Zu den **Anforderungen an einen Nutzenbewertungsbeschluss** nach § 35a Abs. 3 SGB V.

Das **LSG** hob auf Klage eines pharmazeutischen Unternehmens den Schiedsspruch (bzgl. des Arzneimittels Constella® 290 mg Hartkapseln mit dem Wirkstoff Linaclotid) auf.

c) Schiedsstelle nach § 130b V SGB V: Keine Nachholung unterbliebener Anhörung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.02.2018 - L 1 KR 376/14 KL

RID 18-02-168

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 130b; SGB X §§ 24, 41

Eine Schiedsstelle nach § 130b V SGB V hat einen Arzneimittelhersteller zu von kassenseitig zur Verfügung gestellten Daten, die nicht Gegenstand der Vertragsverhandlungen waren, **anzuhören**.

Die **Verletzung des Gebotes zur Gewährung rechtlichen Gehörs** vor Erlass eines Schiedsspruches nach § 130b SGB V ist einer **Heilung** nach § 41 SGB X **nicht zugänglich**. Denn ein eigenes Verfahren für die Heilung ist nicht vorgesehen und die besonderen Verfahrensvorschriften sind als abschließende Normierung der von der Schiedsstelle zu beachtenden Verfahrensweise anzusehen. Dann kann für die Möglichkeit einer Heilung von Verfahrensfehlern nicht ergänzend auf das allgemeine Verwaltungsverfahren zurückgegriffen werden. Bei einem Schiedsverfahren ist die gerichtliche Kontrolle weitgehend auf die ordnungsgemäße Einhaltung der Verfahrensvorschriften beschränkt. Damit wäre nicht vereinbar, die Effektivität dieser Kontrolle durch die Möglichkeit einer nachträglichen Korrektur von Verfahrensfehlern noch weiter einzuschränken. Möglich erscheint lediglich, dass entsprechend den für die Gerichte geltenden Vorschriften über eine Anhörungsrüge (vgl. etwa § 178a SGG) der verfahrensfehlerhaft ergangene Schiedsspruch aufgehoben und erneut in eine Schiedsverhandlung eingetreten wird.

Das **LSG** hob den Schiedsspruch der Bekl. v. 08.09.2014 in der Gestalt des Beschl. v. 16.06.2015 zur Festsetzung des Vertragsinhalts für das Arzneimittel Stribild auf.

d) Unterlassungsanspruch eines Arzneimittelvertriebs gegen Prüfungsstelle

SG Dortmund, Beschluss v. 15.02.2018 - S 52 KA 139/17 ER

RID 18-02-169

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106; SGG §§ 51, 86b II

Für ein Unterlassungs- und Auskunftsbegehren eines Vertriebs von Arzneimitteln gegen die Prüfungsstelle sind die **Sozialgerichte** sachlich **zuständig**.

Es besteht ein öffentlich-rechtlicher **Unterlassungsanspruch** eines **Arzneimittelvertriebs** gegen Äußerung der **Prüfungsstelle** im Rahmen einer Maßnahme der Wirtschaftlichkeitsprüfung gem. § 106 SGB V und damit im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Handelns. Dieser allgemein anerkannte öffentlich-rechtliche Anspruch auf zukünftige Unterlassung einer getätigten Äußerung setzt voraus, dass ein rechtswidriger hoheitlicher Eingriff in grundrechtlich geschützte Rechtspositionen oder

sonstige subjektive Rechte des Betroffenen erfolgt ist und die konkrete Gefahr der Wiederholung droht (BVerwG, Beschl. v. 11.11.2010 - 7 B 54/10 - juris Rn. 14).

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

e) Pharmazeutischer Unternehmer: Parallelvertreiber und Parallelimporteure

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.01.2018 - L 1 KR 77/15 KL

RID 18-02-170

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 35a, 135b

Pharmazeutischer Unternehmer i.S.d. § 35a SGB V und des § 130b SGB V ist nicht lediglich der Originalhersteller des Arzneimittels. Ohne die Einordnung auch von **Parallelvertreibern und Parallelimporteuren** als pharmazeutische Unternehmer könnte ansonsten jeder Originalhersteller durch die Wahl des Vertriebsweges die gesetzliche Regelung umgehen.

Das LSG wies die Klage gegen den Schiedsspruch der Bekl. ab.

f) Keine Klagebefugnis eines Konkurrenten gegen Rabattbefreiung

LSG Hessen, Beschluss v. 22.01.2018 - L 8 KR 441/17 B ER

RID 18-02-171

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 130a; SGG §§ 86a, 86b I 1 Nr. 1; AEUV Art. 108 III 3

Leitsatz: 1. Der Antrag eines pharmazeutischen Unternehmens an das Sozialgericht, die **sofortige Vollziehung** eines Bescheids des Bundesamts für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle über die vorläufige Befreiung von dem Herstellerrabatt nach § 130a Abs. 4 S. 3 SGB V anzuordnen, ist zulässig.

2. Ein pharmazeutisches Unternehmen ist in Bezug auf einen Bescheid, mit dem einem **Marktkonkurrenten** die **vorläufige Befreiung von dem Herstellerrabatt** nach § 130a Abs. 4 S. 3 SGB V gewährt wird, in aller Regel **nicht klagebefugt**.

3. Eine **Klagebefugnis** ergibt sich insbesondere nicht aus Art 108 Abs. 3 AEUV.

SG Wiesbaden, Beschl. v. 01.11.2017 - S 17 KR 320/17 ER - ordnete auf Antrag der Ast., Importeurin für EU-Arzneimittel, die sowohl Kliniken und den Arzneimittelgroßhandel als auch Apotheken im Direktgeschäft beliefert, Marktanteil in Deutschland ist für den Monat Mai 2017 mit 6,87 % ausgewiesen, die sofortige Vollziehung von Ziff. 2 des Bescheides der Ag. (Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle) an. Das LSG wies die Beschwerde der Beigel. (größter deutscher Arzneimittelimporteur mit einem Marktanteil von zuletzt rund 24 %) zurück.

3. Hilfsmittelerbringer

a) Hilfsmittelverzeichnis: Aufnahme von Laufrädern

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.02.2018 - L 1 KR 56/14

RID 18-02-172

Revision anhängig: B 3 KR 5/18 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 33, 134

Laufräder können **Hilfsmittel** im Sinne der Krankenversicherung sein. Eine Benutzung von Laufrädern durch gesunde Jugendliche oder Erwachsene kommt – im Gegensatz zur Verwendung von Tretrollern – praktisch nicht vor. Aus der **Überschneidung mit Einsatzmöglichkeiten** auch bei kleineren Kindern kann nicht abgeleitet werden, dass die Laufräder allgemein als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen wären.

Ein **therapeutischer Nutzen** der von dem Kl. hergestellten Laufräder ist nicht nachgewiesen. Hinreichend nachgewiesen ist der **medizinische Nutzen** der Laufräder aber für den Bereich des **mittelbaren Behinderungsausgleichs**. Insoweit ergibt sich der medizinische Nutzen bereits aus der Funktionstauglichkeit. Aus den eingereichten Unterlagen und Verordnungen ergibt sich die Möglichkeit von Fällen, in denen bei Rheumapatienten trotz grundsätzlich erhalten gebliebener Gehfähigkeit zur Schonung der Gelenke oder bei Kleinwüchsigkeit die Verwendung eines Laufrades angezeigt erscheint, um den Versicherten den Nahbereich zu erschließen, der über den Umfang eines Grundbedürfnisses nicht hinausgeht. Darüber hinaus kann es bei Vorliegen besonderer Umstände, etwa zur Sicherstellung der Erreichbarkeit der behandelnden Ärzte, auch erforderlich sein, die

Mobilität der Versicherten im Rahmen der Grundbedürfnisse in einem über den üblichen Nahbereich hinausgehenden Umfang sicherzustellen.

SG Berlin, Urt. v. 11.12.2013 - S 210 KR 991/11 - wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete den Bekl., die Laufräder Leochrima HTL 16/12 und HTL 20/12 in das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V aufzunehmen.

b) Kein sozialgerichtlicher Rechtsweg bei Ausschreibungen gesetzlicher Krankenkassen

LSG Bayern, Beschluss v. 21.03.2018 - L 5 KR 81/18 B ER

RID 18-02-173

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 69 III, 127 I 6

Leitsatz: Europaweite Ausschreibungen gesetzlicher Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber unterliegen der Sonderzuweisung des § 69 Abs. 3 SGB V. Der **Rechtsweg zu den Sozialgerichten** ist auch hinsichtlich der Frage der Zweckmäßigkeit einer Ausschreibung nach § 127 Abs. 1 S. 6 SGB V nicht eröffnet.

SG München, Beschl. v. 01.02.2018 - S 3 KR 1800/17 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

c) Kein Rechtsweg zur Sozialgerichtsbarkeit in Vergaberechtsstreitigkeiten/Keine Verweisung

SG Frankfurt a. M., Beschluss v. 29.01.2018 - S 34 KR 1089/17 ER

RID 18-02-174

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 69 III, 127 I; SGG § 51 I Nr. 2, III; GWB §§ 99, 103, 107

Der **Rechtsweg** zu den Gerichten der **Sozialgerichtsbarkeit** ist in Vergaberechtsstreitigkeiten nicht gegeben. Die Frage, ob § 127 I 6 SGB V, damit also sozialrechtliche Gründe der Ausschreibung entgegenstehen, unterliegt nicht der Rechtsprechung der Sozialgerichte (vgl. OLG Düsseldorf, Beschl. v. 21.12.2016 - VII-Verg 26/16 - juris).

Eine **Verweisung** scheidet aus, weil es sich bei der **Vergabekammer** nicht um ein **Gericht** handelt.

Das **SG** lehnte den Antrag ab, im Wege der einstweiligen Anordnung die Ag. zu verpflichten, die Ausschreibung der Versorgung mit Hilfsmitteln zur Stomaversorgung der Produktgruppe 29 und den ggf. in diesem Zusammenhang erforderlichen Inkontinenzhilfen der Produktgruppe 15 gem. § 127 I SGB V gem. der Bekanntmachung der Ag. v. 03.11.2017 zu unterlassen, hilfsweise, für den Fall der Zuschlagserteilung, der Ag. zu untersagen, ihre Versicherten gem. der vorgenannten Ausschreibung zu versorgen.

4. Häusl. Krankenpflege/Qualitätssichernde Regelung: Ständige Verantwortung einer Pflegefachkraft

LSG Hamburg, Urteil v. 22.06.2017 - L 1 KR 39/15

RID 18-02-175

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 132a; BGB §§ 812 ff., 823 II; StGB § 263

Ein Verstoß gegen **qualitätssichernde Regelungen** stellt nicht nur einen Verstoß gegen bloße Ordnungsvorschriften dar, sondern lässt den **Vergütungsanspruch** entfallen und rechtfertigt damit grundsätzlich die Erstattung einer bereits geleisteten Vergütung. Dies gilt für eine zentrale Bestimmung eines Vertrages nach § 132a SGB V, wonach der Leistungserbringer sicherstellt, dass die angebotenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege unter **ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft** erbracht werden. Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt, wenn der Pflegedienst bewusst so organisiert wird, dass die einzelnen, als stille Gesellschafter der GbR verbundenen Pflegekräfte möglichst eigenständig und unbeaufsichtigt die Pflege an den Versicherten organisieren und durchführen.

Die Beteiligten streiten über die Rückzahlung bereits geleisteter Zahlungen an den Pflegedienst A für häusliche Krankenpflege im Zeitraum 01.10.2006 bis 05.06.2009. Der Pflegedienst A wurde im Jahr 1995 gegründet und der Bekl. wurde im Jahr 1996 Gesellschafter des Pflegedienstes. Im Jahr 2002 schloss der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. mit dem Pflegedienst einen Vertrag gem. § 132a SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege. In diesem Vertrag, der gemäß § 2 auch für die Kl. zu 1) bis 5) als Mitglieds-kassen galt, ist u.a. geregelt, dass die angebotenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege unter

ständiger Verantwortung einer Pflegekraft nach § 17 (des Vertrages) zu erbringen sind. **SG Hamburg**, Urt. v. 16.04.2015 - S 2 KR 1409/10 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte den Bekl., an die Kl. zu 1) 51.085,89 €, an die Kl. zu 2) 36.409,51 €, an die Kl. zu 3) 54.984,32 €, an die Kl. zu 4) 6.943,57 € und an die Kl. zu 5) 455,56 € nebst Zinsen zu zahlen. BSG, Beschl. v. 17.01.2018 - B 3 KR 43/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde des Bekl.

5. Kollektivvertrag über Versorgung mit Hebammenhilfe: Abwehrrecht/Mindestgröße

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.01.2018 - L 1 KR 316/13

RID 18-02-176

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 134a, 134f

§ 134a SGB V schließt durch die vorgenommene Aufgabenzuweisung ein **subjektiv-öffentliches Recht der maßgeblichen Berufsverbände** ein, von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu Verhandlungen herangezogen zu werden. Zwar gibt § 134a SGB V keinen Anspruch auf einen Vertragsschluss, die in § 134a I SGB V genannten Parteien schulden einander aber jedenfalls den ernsthaften Versuch, zu einer Einigung über die nach Auffassung der Beteiligten zu regelnden Fragen zu kommen. Das Recht der maßgebenden Berufsverbände und der Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Verhandlungen schließt ein **Abwehrrecht** gegen die **Teilnahme eines nicht maßgeblichen Berufsverbandes** an den Verhandlungen ein. Nach der Konzeption des Gesetzes soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den maßgeblichen Berufsverbänden nur einen Vertrag vereinbaren.

Für die Frage, ob ein Verband im Sinne des § 134a SGB V als **maßgeblicher Berufsverband** der Hebammen anerkannt werden kann, kommt es nicht wesentlich auf den Inhalt der für einen ganz anderen Bereich erlassenen Patientenbeteiligungsverordnung an. Vielmehr müssen die Voraussetzungen vor dem Hintergrund der den maßgeblichen Berufsverbänden durch das Gesetz übertragenen **Aufgaben und Funktionen** und unter Berücksichtigung der sich aus der bisherigen Vertragspraxis ergebenden **Gebräuche** bestimmt werden. Unmittelbar aus dem Gesetz lässt sich ableiten, dass ein Berufsverband zunächst einen gewissen **Einfluss in der Öffentlichkeit** erlangt haben muss. Er muss ferner eine **hinreichende Zahl von Hebammen vertreten**. Es kann nicht mehr als die Repräsentation von **5 %** derjenigen Berufsangehörigen verlangt werden, für welche der zu schließende Vertrag Geltung erlangen würde.

Eine hinreichende Repräsentation der durch den Vertrag potenziell betroffenen Hebammen kann sich nicht dadurch ergeben, dass er sich auf die **Vertretung der Hausgeburtshebammen** beschränkt. Es ist nach § 134a SGB V Aufgabe der Berufsverbände, vertragliche Regelungen für alle das Berufsfeld der Hebammen betreffenden Bereiche mitzugestalten.

SG Berlin, Urt. v. 11.09.2013 - S 81 KR 1172/13 - RID 14-02-191 verurteilte den bekl. **Spitzenverband Bund der Krankenkassen**, mit dem **Kl.** - dem größten deutschen Berufsverband der Hebammen, er setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen und vertritt die wirtschaftlichen Interessen von über 18.000 Hebammen bundesweit - in Vertragsverhandlungen zum Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach 134a I 1 SGB V nebst seinen Anlagen derzeit ohne Beteiligung des **Beigel. zu 1)** - dieser 2008 gegründete Verband sieht sich als Berufsverband der auf Hausgeburten praktizierenden Hebammen und versteht sich als Berufsvertretung, die sich ausschließlich für die Erhaltung und Förderung der außerklinischen Hausgeburt einsetzt - zu treten. Das **LSG** wies die Berufung des Beigel. zu 1) zurück und wies die Widerklage ab.

6. Krankentransportleistungen: Kein Anspruch auf Vergütungsvereinbarung

SG Detmold, Beschluss v. 13.02.2018 - S 22 KR 1085/17 ER

RID 18-02-177

Beschwerde anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR169/18 ER -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 133; SGG § 86b II

Die Krankenkassen sind nicht verpflichtet, eine entsprechende **Vergütungsvereinbarung** mit privaten Krankentransportunternehmern zu treffen bzw. hierüber zu verhandeln. Soweit der Gesetzgeber auf eine hoheitliche Festsetzung der Vergütung, etwa durch eine Schiedsstelle, verzichtet, gibt er zu erkennen, dass auch eine gerichtliche Festsetzung einer angemessenen Vergütung ausscheidet. Es hat lediglich eine Kontrolle zu erfolgen, ob die Krankenkassen die Grenzen des ihnen eingeräumten Verhandlungsspielraums missbrauchen und den Leistungserbringern Konditionen aufzwingen, die mit

ihrer Stellung als öffentlich-rechtlich gebundene Träger unvereinbar sind (st. BSG-Rspr., vgl. BSG, Urt. v. 20.11.2008 - B 3 KR 25/07 R - SozR 4-2500 § 133 Nr. 3 m.w.N.).

Ob ein Unternehmen eine bestimmte Leistung **wirtschaftlich erbringen** kann, hängt von zahlreichen Faktoren ab. In Anbetracht des Umstandes, dass andere Unternehmer entsprechende Leistungen zu entsprechenden Vergütungssätzen erbringen, fehlt ein Hinweis dafür, dass es der Ast. unzumutbar ist, an den bisher vereinbarten Preisen festgehalten zu werden bzw. auf das Angebot der Ag. einzugehen.

Das **SG** lehnte den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ab.

7. Praxiskliniken können keinen Versorgungsvertrag abschließen

SG Mainz, Urteil v. 17.10.2017 - S 14 KR 649/13

RID 18-02-178

juris

SGB V §§ 108 Nr. 3, 109, 115 II Nr. 1, 122, 211a, 212

Leitsatz: Praxiskliniken (§ 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V) können keinen **Versorgungsvertrag** abschließen, da der Gesetzgeber sie nicht als Krankenhaus ausgestaltet hat, sondern als zugleich ambulante und stationäre Einrichtung mit Wurzeln im vertragsärztlichen Sektor. Die Festlegung eines im Land Rheinland-Pfalz geltenden dreiseitigen Vertrages nach § 115 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, dass Praxiskliniken eines solchen Vertrages bedürfen, verstößt gegen zwingendes Bundesrecht.

Der einheitliche **Verwaltungsakt**, mit dem der Abschluss eines Versorgungsvertrages abgelehnt wird, kann nicht auch im Namen des **Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.** ergehen, da dieser insoweit nicht **Beliehener** ist. Das Verwaltungsverfahren kann durch einen ermächtigten Landesverband oder den ermächtigten vdek im Namen aller Beteiligter oder durch koordinierte, im Wesentlichen gleichlautende Verwaltungsakte abgeschlossen werden. Dies gilt auch für den Widerspruchsbescheid, wobei sich bei getrennten, im Wesentlichen gleichlautenden Widerspruchsbescheiden keine besonderen Fragen der Bevollmächtigung stellen.

Die verfassungsrechtliche Frage der **Mischverwaltung** stellt sich bei einem gesetzlich geforderten einheitlichen Verwaltungsakt, an dem Krankenkassen im Aufsichtsbereich des Bundes und im Aufsichtsbereich des Landes beteiligt sind, nicht, wenn die Entscheidung konsensual getroffen wird (§ 211a S. 1 SGB V). Es handelt sich dann lediglich um ein „acting in concert“, das dem föderalen Bundesstaat vielfach eigen ist.

Die Kl. wurde 1997 als ambulantes Operationszentrum mit den Schwerpunkten Gynäkologie, HNO und Proktologie gegründet. Sie ist seither eine Privatklinik nach § 30 GewO mit der Möglichkeit, die Patienten im medizinischen Bedarfsfall auch über Nacht zu betreuen. Sie nahm ab 2004 an der integrativen Versorgung teil. Im August 2012 beantragte sie erfolglos bei den rheinland-pfälzischen Landesverbänden der Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen e.V. den Abschluss eines Versorgungsvertrages bezogen auf sieben vorhandene Betten in zwei Doppel- und drei Einzelzimmern als Praxisklinik. Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid insoweit auf, als der Ausgangsbescheid auch im Namen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. erging. Im Übrigen wies es die Klage ab.

8. Keine Entschädigung für Dolmetscher- und Übersetzertätigkeiten

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 30.01.2018 - L 4 KR 147/14

RID 18-02-179

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27 I S. 2 Nr. 1, 28 I

Die **Tätigkeit eines Dolmetschers** ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Abrechnungsfähige ärztliche Behandlungen sind nur solche, die der Arzt selbst ausführt. **Tätigkeiten von Hilfspersonen** sind nur dann abrechenbar, wenn sie unmittelbar zur ärztlichen Behandlung zählen und vom Arzt fachlich überwacht und angeleitet werden. Es kommt nicht darauf an, ob die Tätigkeit eines Dolmetschers im weitesten Sinne der ärztlichen Behandlung dient oder ob sie hierfür gar notwendig ist, da diese Tätigkeit nicht in ärztlicher Kontrolle oder Verantwortung liegt. Hieran ändert es auch nichts, wenn die Tätigkeit ärztlich befürwortet oder angeordnet wird. Es besteht insoweit auch **keine (planwidrige) Gesetzeslücke**, die im Wege der Rechtsprechung geschlossen werden kann.

SG Hannover, Urt. v. 31.01.2014 - S 10 KR 617/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

Nach BSG, Urt. v. 20.03.2018 - **B 1 A 1/17 R** - stellt die Aufsichtsbehörde bei der Prüfung einer Vergütungserhöhung für den Vorstandsvorsitzenden einer Krankenkasse gesetzeskonform auf den Durchschnitt von Krankenkasse vergleichbarer Größe gezahlter Vorstandsvergütungen ab und sieht einen Aufschlag hierauf vor, um dem Einschätzungsspielraum der Krankenkasse Rechnung zu tragen. Zu Unrecht berücksichtigte sie dabei jedoch lediglich die Grundvergütung und nicht **alle Vergütungsbestandteile, wie z.B. Prämien und Altersversorgung**. Die **Grenzlinien** sind zudem im **Arbeitspapier selbst klar zu umschreiben, etwa mit bestimmten Prozentsätzen der Abweichung von der Trendlinie**. Der Prüfung ist außerdem das Verhältnis der Vergütung zum **Aufgabenbereich des Vorstandsmitglieds - nicht der Krankenkasse** - zugrunde zu legen. Der **Arbeitgeberanteil zur gesetzlichen Rentenversicherung** ist dagegen nicht einzubeziehen, da er im Rechtssinne keine Vergütung des Vorstandsmitgliedes ist.

1. Werturteile in sozialmedizinischen Stellungnahmen

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 04.12.2017 - L 11 KR 2870/16

RID 18-02-180

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 275; GG Art. 34

Leitsatz: Ansprüche auf Unterlassung und Widerruf von Erklärungen, die von einem **Arzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)** in einer sozialmedizinischen Stellungnahme abgegeben wurden, richten sich **gegen die Organisation** und nicht gegen den einzelnen Arzt.

Werturteile in sozialmedizinischen Stellungnahmen müssen das Gebot der Sachlichkeit wahren (vgl. BVerwG, Beschl. v. 11.11.2010 - 7 B 54/10 - NVwZ 1990, 54 = juris).

SG Freiburg, Urt. v. 12.07.2016 - S 6 KR 1146/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Erstattungsansprüche

a) Kosten für medizinische Rehabilitationsleistung und gesetzliche Rentenversicherung

LSG Bayern, Urteil v. 16.01.2018 - L 5 KR 601/15

RID 18-02-181

Revision anhängig: B 1 KR 6/18 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 11 II, 40; SGB I § 39 I; SGB VI §§ 12 I Nr. 2, 15 III; SGB X §§ 32 II Nr. 3, 48 I 1, 86, 102 I, 103 I, 104 I, 105 I; SGB IX §§ 7, 14

Leitsatz: Ein **erstangegangener Rehaträger** kann keine **Erstattungsansprüche** gegenüber einem anderen Leistungsträger geltend machen, wenn seine **Zuständigkeit** nach Leistungsbewilligung, aber vor Leistungserbringung wegfällt und er trotz Kenntnis bzw. Kennenmüssen seiner Unzuständigkeit die Leistung erbringt.

b) Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.01.2018 - L 11 KR 1279/17

RID 18-02-182

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 11; SGB VII § 8; SGB X § 105

Leitsatz: Verunglückt ein Arbeitnehmer unter ungeklärten Umständen nicht an seinem Arbeitsplatz, an dem er zuletzt eine betriebliche Arbeit verrichtet hat (hier: Unkrautjäten auf dem erdbedeckten Dach eines Tanklagers), sondern durch einen Sturz fünf bis sieben Meter von seinem Arbeitsplatz entfernt vom Dach eines unmittelbar angrenzenden fremden Betriebes, steht er nicht mehr unter dem **Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung**.

SG Mannheim, Urt. v. 19.12.2012 - S 2 KR 2460/10 - wies die Klage der BG ab, das **LSG** verurteilte die bekl. Krankenkasse, an die Kl. 3.485,26 € zu zahlen.

c) Private Auslandskrankenversicherung: Keine Erstattung von Geldleistungen

LSG Bayern, Urteil v. 05.12.2017 - L 5 KR 508/17

RID 18-02-183

Revision anhängig: B 1 KR 7/18 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
BGB §§ 426, 677 ff., 812; VVG § 78

Leitsatz: Eine **private Auslandskrankenversicherung** hat keinen Anspruch gegen eine gesetzliche Krankenkasse auf **Erstattung von Geldleistungen**, die Versicherten für Krankenbehandlungen im Ausland gewährt wurden.

SG München, Gerichtsbs. v. 04.07.2017 - S 55 KR 2334/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

d) Irrtum über Beginn der Mitgliedschaft und Ausstellung einer Versichertenkarte

LSG Bayern, Urteil v. 27.02.2018 - L 5 KR 224/14

RID 18-02-184

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 5 I, 173; SGB X § 105

Leitsatz: Die **Gerichte** sind nicht ermächtigt, ihre eigene materielle Gerechtigkeitsvorstellung an die Stelle derjenigen des Gesetzgebers zu setzen; vielmehr ist es ihre Aufgabe, den vom Gesetzgeber festgelegten Sinn und Zweck eines **Gesetzes** zur Geltung zu bringen oder eine planwidrige Regelungslücke zu füllen

Die Beteiligten streiten in einem Musterverfahren gem. § 114a SGG um die Kostenträgerschaft für eine zahnärztliche Vergütung einer Behandlung des Versicherten TM. TM kündigte am 10.12.2009 „zum 28.02.2010“ die Mitgliedschaft bei der Bekl., um Mitglied der Kl. zu werden. Die Bekl. bestätigte diese Kündigung wegen der gesetzlichen Mindest-Bindungszeit von 18 Monaten jedoch erst mit Wirkung zum 30.04.2010. Die Wahlrechtserklärung des TM zu Gunsten der Kl. datierte vom 21.01.2010 und sollte zum 01.03.2010 Wirkung entfalten. Der Arbeitgeber des TM ging von einem Kassenwechsel zum 01.03.2010 aus und erstattete die beitragsrechtlichen Arbeitgebermeldungen für die Zeit 01.03.2010 bis 30.04.2010 gegenüber der Kl., welche dieser für die zuständige Einzugsstelle hielt. Tatsächlich waren die gesetzlichen Voraussetzungen für einen Mitgliedschaftswechsel des TM von der Bekl. zur Kl. erst zum 30.04./01.05.2010 erfüllt. Im Nachhinein erstellte der Arbeitgeber die entsprechenden Meldekorrekturen am 04.05.2010 sowie 25.06.2010. Die Kl. war von einem früheren Mitgliedschaftswechsel ausgegangen und stellte am 29.01.2010 eine Krankenversicherungskarte für TM aus. Dieser nahm am 16.04.2010 zahnärztliche Leistungen des Zahnarztes in Anspruch. In der Abrechnung des Quartals II/10 vergütete die Beigel. dem Zahnarzt zu Lasten der Kl. 117,64 €. Ein Erstattungsverlangen der Kl. blieb ohne Erfolg. **SG München**, Urt. v. 09.04.2014 - S 2 KR 10/11 - wies die Klage ab. Die Kl. habe dem TM eine Krankenversicherungskarte ausgegeben. Damit müsse sie sich als zuständiger Träger für die zahnärztlichen Leistungen behandeln lassen. Die Kl. sei ausstellende Behörde und damit verantwortlich für die Richtigkeit der auf der Krankenversicherungskarte mit dem Auge und elektronisch lesbaren Daten. Das **LSG** verurteilte die bekl. Krankenkasse, der kl. Krankenkasse 117,64 € zu erstatten. Die Regelungen zur Versicherungspflicht in §§ 5 ff SGB V seien bindend. Sie stellten auf die Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen ab, hier die Beschäftigung des TM. In gleicher Weise regelten §§ 173 ff., 186 ff. SGB V bindend die Voraussetzungen der Wahl einer Krankenkasse, den Kassenwechsel sowie Mitgliedschaft einschließlich Beginn und Ende. Keine einzige dieser zwingenden Normen nehme an irgendeiner Stelle auf die Gesundheits-/Krankenversichertenkarte Bezug oder benenne sie als Voraussetzung einer Mitgliedschaft. Die klare Normenstruktur verbiete es, eine Erweiterung im Wege richterlicher Rechtsfortbildung vorzunehmen.

e) Leistung an KZV trotz Unzuständigkeit

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 23.03.2018 - L 9 KR 493/15

RID 18-02-185

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB X § 105

Leitsatz: Leistet eine (hier: unzuständige) Krankenkasse u.a. für die ambulante (zahn)ärztliche Behandlung einer Versicherten die Zahlung an die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung, so liegt hierin keine „Sozialleistung“ im Sinne von § 105 Abs. 1 Satz 1 SGB X (Anschluss an BSG, Urteil vom 24. November 1998, B 1 KR 21/96 R - SozR 3-1300 § 104 Nr. 14).

SG Potsdam, Urt. v. 07.10.2015 - S 35 KR 426/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Zuweisungen für Krankengeld aus Gesundheitsfonds im Jahresausgleich 2013

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 09.11.2017 - L 16 KR 739/14 KL

RID 18-02-186

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGb V § 269; RSV §§ 31, 41

Was nach BSG, Urt. v. 25.10.2016 - B 1 KR 11/16 R - SozR 4-2500 § 269 Nr. 1 für die Zuweisungen für die Ausgaben für **Auslandsversicherte** in den Festlegungen vom 29.09.2014 gilt, die von den spezifisch morbiditätsorientierten Grundsätzen des § 31 Abs. 4 RSV abweichende Regelungen für den Jahresausgleich (§ 41 RSV) treffen, um die insoweit entstandene tatsächliche Kostenlast zu ermitteln und auszugleichen, trifft auch für die Zuweisungen für **Leistungen für Krankengeld** (§ 29 Nr. 4 RSV) zu, weil dieses als Entgeltersatzleistung ebenfalls nicht morbiditätsorientiert ist. Verfassungsrechtlichen Bedenken bestehen nicht.

Das LSG wies die Klage ab.

4. Enthebung vom Amt des Vorstands: Sitzungen des Verwaltungsrats öffentlich

LSG Hamburg, Urteil v. 20.07.2017 - L 1 KR 24/15

RID 18-02-187

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGb IV §§ 33 III 2, 63 II 1

Gemäß § 63 II 2 Halbs. 1 i.V.m. § 33 III 2 SGb IV sind die **Sitzungen des Verwaltungsrats** einer Krankenkasse **zwingend öffentlich**. Bei der **Enthebung vom Amt des Vorstands** handelt es sich nicht um eine „personelle Angelegenheit“. Vorwürfe, die bei der Beratung über eine „unehrenhafte“ Absetzung typischerweise im Raum stehen und erörtert werden, namentlich der Vorwurf der groben Amtspflichtverletzung, der Unfähigkeit zur ordnungsgemäßen Geschäftsführung und der Umstand des Vertrauensentzugs durch den Verwaltungsrat reichen nicht aus, um die **Öffentlichkeit auszuschließen**. Es müssten besondere Umstände hinzutreten, deren öffentliche Beratung das allgemeine Persönlichkeitsrecht selbst eingedenk der überragenden Bedeutung des Öffentlichkeitsgebots verletzen würde (Anschluss an LSG Hamburg, Beschl. v. 04.07.2013 - L 1 KR 39/13 B ER - RID 16-04-179).

Der **Vertrauensentzug** darf und soll keine Handhabe zur Entlassung unbequemer Mitglieder des Vorstandes sein. Wann ein Vertrauensentzug **objektivierbar gerechtfertigt** ist, lässt sich nicht formelhaft bestimmen. Er wird regelmäßig begründet sein, wenn vorwerfbare Fehlverhaltensweisen des Mitgliedes des Vorstandes von erheblichem Gewicht vorliegen, die als solche gegen die Rechtsordnung verstoßen, also etwa Verstöße gegen die Amtspflichten, vertragsbrüchiges oder deliktisches Verhalten. Dem Verwaltungsrat ist es verwehrt, den Vertrauensentzug auf Gründe zu stützen, die mit der Ausübung des Vorstandsamtes nichts zu tun haben, wie etwa politische Differenzen zwischen dem Vorstand und Mitgliedern des Verwaltungsrates.

SG Hamburg, Urt. v. 25.09.2014 - S 48 KR 1219/10 - gab der Klage statt, das LSG wies die Berufung zurück.

5. Zustimmung zu einem Vorstandsdiensvertrag: Vergütung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 19.01.2018 - L 4 KR 4301/15 KL

RID 18-02-188

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGb IV §§ 35a, 41 IV 3, 69 II, 87 I, II; GG Art. 12 I, 19 IV 1

Leitsatz: 1. Bei der Entscheidung über die Erteilung der Zustimmung zu einem Dienstvertrag eines Vorstandes einer Krankenkasse ist die **Aufsichtsbehörde** auf eine **Rechtskontrolle** beschränkt.

2. Maßgebliches Kriterium für die **Angemessenheit der Vergütung** eines Vorstands einer Krankenkasse ist die **Größe der Krankenkasse**. Dabei ist auf die Zahl der Mitglieder und nicht auf die Zahl der Versicherten abzustellen.

3. Ob die Vergütung des Vorstands einer Krankenkasse im Verhältnis zur Größe der Krankenkasse als angemessen zu beurteilen ist, ergibt sich aus dem **Vergleich** mit den Vergütungen des Vorstandes anderer Krankenkassen gleicher Größe.

4. Nicht zustimmungsfähig sind eine Regelung in einem Vorstandsdiensvertrag, die zur Anpassung der Vergütung eine **dynamische Verweisung** enthält, sowie eine Regelung, die Vergütung bis zum **Ablauf der Bestellungsperiode** weiterzuzahlen, obwohl das Vorstandsamt beendet ist.

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

X. Verfahrensrecht

1. Beruflich bedingter Verhinderungsgrund

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 14.12.2017 - L 5 KR 11/16

RID 18-02-189

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
ZPO § 227 I

Leitsatz: 1. Ist einem **früheren Terminverlegungsantrag** aus **beruflich bedingtem Verhinderungsgrund** bereits einmal stattgegeben und der Kläger rechtzeitig über einen neuen Verhandlungstermin informiert worden, muss das Gericht über einen **erneuten Verlegungsantrag** einen Tag vor dem neuen Verhandlungstermin wegen beruflicher Verhinderung nicht vorab entscheiden oder dem Betroffenen einen Hinweis geben, dass der Verhandlungstermin stattfinden werde.

2. Die Erhebung der **Verjährungseinrede** nach § 27 Abs. 2 S. 1 SGB IV bedarf der Ermessensbetätigung durch den Sozialleistungsträger.

SG Lübeck, Gerichtsb. v. 18.12.2015 - S 33 KR 300/13 - wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete die Bekl., den Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden, und wies die weitergehende Berufung zurück.

2. Rechtsweg: Erstattungsansprüche einer privaten Versicherung

LSG Bayern, Beschluss v. 29.01.2018 - L 5 KR 452/17 B

RID 18-02-190

www.sozialgerichtsbarkeit.de
GVG § 17a; SGG § 51 I Nr. 2

Der **Rechtsweg** zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist für einen Streit um **Erstattungsansprüche einer privaten Versicherung** gegen eine **gesetzliche Versicherung**, wobei beide Versicherungen gegenüber dem Versicherten auf der Basis von unterschiedlichen Rechtsverhältnissen unter bestimmten Voraussetzungen leistungs verpflichtet sein können, eröffnet.

SG München, Beschl. v. 21.06.2017 - S 2 KR 2321/16 - erklärte sich für sachlich unzuständig und verwies den Rechtsstreit an das Amtsgericht Kassel, das **LSG** erklärte den Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit für zulässig.

3. Streitwert: Stufenklage zwischen privater Auslandsrankenversicherung und Krankenkasse

LSG Bayern, Beschluss v. 27.02.2018 - L 4 KR 583/17 B

RID 18-02-191

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
GKG §§ 40, 44, 52, 66 VI; SGG § 197a

Leitsatz: 1. Der **Streitwert** bei einer Klage zwischen einer **privaten Auslandsrankenversicherung** und einer gesetzlichen **Krankenkasse**, gerichtet auf Auskunft und Kostenerstattung, richtet sich regelmäßig nach dem in der zweiten Stufe geltend gemachten **Zahlungsanspruch**.

2. Eine **Reduzierung** auf 10 v.H. wegen eines entsprechenden Mittelwerts bei der Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen findet nicht statt.

3. Durch die Geltendmachung der Leistung in Form einer **Stufenklage** ergibt sich **keine Minderung** des Streitwerts, z.B. auf ein Viertel.

SG München, Beschl. v. 29.08.2017 - S 39 KR 2232/16 - setzte den Streitwert auf 1.709,91 € fest, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

4. Festsetzung eines Ordnungsgeldes gegen Sachverständigen

LSG Sachsen, Beschluss v. 16.03.2018 - L 1 KR 66/18 B

RID 18-02-192

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG § 118 I 1; ZPO § 411

Leitsatz: Die Festsetzung eines Ordnungsgeldes nach § 411 Abs. 2 Satz 1 ZPO setzt voraus, dass der **Sachverständige zwei Fristen versäumt** hat: zuerst die gemäß § 411 Abs. 1 ZPO in der Beweisordnung oder in einem späteren gerichtlichen Schreiben gesetzte Frist zur Übermittlung des schriftlichen Gutachtens und zum zweiten die nach § 411 Abs. 2 Satz 2 ZPO gesetzte Nachfrist.

SG Leipzig, Beschl. v. 18.01.2018 - S 8 KR 224/12 - setzte gegen den Bf. ein Ordnungsgeld in Höhe von 1.000 € fest, das **LSG** hob den Beschl. auf.

5. Keine Fortführung einer Untätigkeitsklage nach Erlass des Widerspruchsbescheids

LSG Hessen, Urteil v. 14.12.2017 - L 8 KR 530/16

RID 18-02-193

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG §§ 88, 98

Eine **Untätigkeitsklage** findet mit **Erlass des Widerspruchsbescheids** ihre **Erledigung**. Für eine Fortführung der Untätigkeitsklage fehlt es am **Rechtsschutzbedürfnis**.

Eine **Umdeutung** der Untätigkeitsklage in eine **Anfechtungs- und Leistungsklage** nach Erlass des Widerspruchsbescheides verbietet sich, wenn der Kl. bereits Klage erhoben hat.

SG Frankfurt a. M., Gerichtsbb. v. 28.11.2016 - S 34 KR 256/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück, **BSG**, Beschl. v. 14.02.2018 - B 1 KR 1/18 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

6. Unbestimmter Antrag zur Übernahme der Kosten für das Erlernen der Gebärdensprache

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 05.04.2018 - L 11 KR 651/17 B ER

RID 18-02-194

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG § 86b II; SGB V § 32

Rechtsschutzbedürfnis ist nur dann gegeben, wenn die begehrte gerichtliche Eilentscheidung dem Antragsteller einen **tatsächlichen oder rechtlichen Vorteil** bringt. Das ist nicht der Fall für den Antrag, die Kosten für das Erlernen der Gebärdensprache im Rahmen eines Hausgebärdensprachkurses in gesetzlicher Höhe und Laufzeit zu übernehmen. Würde dem Eilantrag stattgegeben und die Ag. vorläufig verpflichtet, die Kosten für das Erlernen der Gebärdensprache im Rahmen eines Hausgebärdensprachkurses „in gesetzlicher Höhe“ zu übernehmen, bliebe offen, in welchem Umfang und für welche Laufzeit Kosten zu übernehmen sind. Damit wäre dem Ast. nicht geholfen. Gegen eine - grundsätzlich zulässige - Umdeutung des Antrags in einen zulässigen Antrag sprechen mehrere Gesichtspunkte.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 14.09.2017 - S 8 KR 739/17 ER - lehnte den Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Kostenerstattung: Genehmigungsfiktion

a) Liposuktion in Privatklinik und ordnungsgemäße Abrechnung

BSG, Urteil v. 11.07.2017 - B 1 KR 1/17 R

RID 18-02-195

SozR 4-2500 § 13 Nr. 37 = USK 2017-38 = ZMGR 2018, 51 = PaPfleReQ 2018, 35 = KHE 2017/63

Leitsatz: 1. Berechtigte dürfen sich die ihnen **fiktiv genehmigten Leistungen** in einer **Privatklinik** zulasten ihrer Krankenkasse selbst verschaffen, wenn sie deren Gewährung später abgelehnt hat.

2. Berechtigte können von ihrer Krankenkasse nicht Erstattung von Kosten selbst beschaffter ärztlicher Leistungen beanspruchen, mit denen sie mangels **ordnungsgemäßer Abrechnung** nicht belastet sind.

b) Bestimmtheit/Sachleistungsanspruch/Leistungsklage/Vollstreckungstitel (Bariatrische Operation)

BSG, Urteil v. 11.07.2017 - B 1 KR 26/16 R

RID 18-02-196

BSGE = SozR 4-2500 § 13 Nr. 36 = KrV 2017, 207 = KHE 2017/37 = SuP 2018, 36 = USK 2017-25

Leitsatz: 1. Ein Versicherter beantragt bei seiner Krankenkasse hinreichend bestimmt eine Leistung, die ohne zeitgerechte Entscheidung als genehmigt gilt, wenn das **Behandlungsziel klar** ist.
2. Gilt ein Leistungsantrag eines Versicherten an seine Krankenkasse als genehmigt, erwächst ihm hieraus ein **Naturalleistungsanspruch** entsprechend dem **fingierten Leistungsbescheid**.
3. Ein Versicherter kann für eine ihm durch Genehmigungsfiktion zuerkannte Naturalleistung mit der allgemeinen **Leistungsklage** einen **Vollstreckungstitel** erstreiten, um sein Recht auf die vertretbare Handlung zu vollstrecken.

c) Fristverlängerung (Liposuktion bei Lipödem)

BSG, Urteil v. 07.11.2017 - B 1 KR 7/17 R

RID 18-02-197

juris

Parallelverfahren zu BSG, Urt. v. 26.09.2017 - B 1 KR 8/17 R - RID 18-01-152.

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

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

2. Beziehungen zu Krankenhäusern: Kodierung nicht vollendeter oder unterbrochener Prozeduren

BSG, Urteil v. 26.09.2017 - B 1 KR 9/17 R

RID 18-02-198

SozR 4-5562 § 9 Nr. 7 = KRS 2018, 53

Leitsatz: Erbringt ein Krankenhaus eine **Prozedur unvollständig**, darf es ungeachtet des Ressourcenverbrauchs nur die erbrachte **Teilleistung kodieren**, wenn es für diese einen Operationen- und Prozedurenschlüssel gibt und ein spezifischer Operationen- und Prozedurenschlüssel für die unvollendete Prozedur nicht vorhanden ist.

3. Apotheken: Verhängung einer Vertragsstrafe nicht mittels Verwaltungsakt

BSG, Urteil v. 29.06.2017 - B 3 KR 16/16 R

RID 18-02-199

BSGE = SozR 4-2500 § 129 Nr. 12

Leitsatz: Krankenkassen haben auf Pflichtverstöße gestützte rahmenvertraglich vorgesehene **Vertragsstrafen** gegenüber **Apothekern** wegen Fehlens eines Subordinationsverhältnisses zwischen den Rahmenvertragspartnern im Wege einer **Leistungsklage** und **nicht durch Verwaltungsakt** geltend zu machen.

4. Häusl. Krankenpflege: Unterbliebene Durchführung des Schiedsverfahrens/Antragsberechtigung

BSG, Urteil v. 29.06.2017 - B 3 KR 31/15 R

RID 18-02-200

BSGE = SozR 4-2500 § 132a Nr. 11

Leitsatz: 1. Die Durchführung eines **Schiedsverfahrens** im Bereich der **häuslichen Krankenpflege** ist keine Sachurteilsvoraussetzung vor Erhebung der allgemeinen (echten) **Leistungsklage**.

2. Einzelne ambulante Pflegedienste sind im Bereich der häuslichen Krankenpflege **antragsberechtigt**, einen **Schiedsspruch** herbeizuführen.

5. Verfahrensrecht: Übergehen eines Antrags auf Bewilligung einer Reiseentschädigung

BSG, Beschluss v. 19.12.2017 - B 1 KR 38/17 B

RID 18-02-201

juris

SGG §§ 62, 160 II Nr. 3; GG Art. 103 I

Auf die Beschwerde des Kl. wird **LSG Hessen**, Urt. v. 09.02.2017 - L 1 KR 107/16 ZVW - aufgehoben und die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückverwiesen.

Das Übergehen des Antrags auf **Bewilligung einer Reiseentschädigung** zur - anders nicht möglichen - Teilnahme an der mündlichen Verhandlung stellt bei einem mittellosen und nicht rechtskundig vertretenen Kl. eine Versagung rechtlichen Gehörs dar (vgl. BSG, Beschl. v. 11.02.2015 - B 13 R 329/13 B - juris Rn. 11).

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Widerruf der Approbation

aa) Widerruf und Berufsverbot nach § 70 StGB

VG Berlin, Urteil v. 17.01.2018 - 14 K 176.15

RID 18-02-202

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Dem auf die Unwürdigkeit gestützten Widerruf der Approbation steht nicht entgegen, dass das Landgericht ein beschränktes und befristetes **Berufsverbot nach § 70 StGB** verhängt hat. Die Approbationsbehörde ist nicht an die diesbezügliche Beurteilung durch das Landgericht gebunden. Sie darf allerdings in den Fällen, in denen das Strafgericht im Rahmen einer Maßregel zur Frage der weiteren Berufsausübung bereits Stellung genommen hat, nur tätig werden, soweit der Zweck im Strafverfahren noch nicht erreicht worden und im Sinne eines „**Überhangs**“ tatübergreifender Aspekte noch zusätzlich eine berufsrechtliche Reaktion erforderlich ist. Dafür kommt es maßgeblich darauf an, ob das Strafgericht im Rahmen der Prüfung des Berufsverbots den Sachverhalt unter berufsrechtlichen Gesichtspunkten erschöpfend gewürdigt, alle bedeutsamen Aspekte bereits geprüft und damit die maßgeblichen berufsrechtlichen Erwägungen im Kern vorweggenommen hat (vgl. zum Vorstehenden BVerwG, Urt. v. 28.04.2010 - BVerwG 3 C 22.09 - juris Rn. 22 m.w.N.; BVerwG, Urt. v. 14.02.1963 - BVerwG I C 98.62 - juris Rn. 11). Dies ist hier im Hinblick auf die für die Beurteilung der Unwürdigkeit maßgeblichen Gesichtspunkte nicht der Fall. Das Landgericht hat zur Begründung des Berufsverbots auf die schwerwiegende Verletzung von Berufspflichten durch den Kläger abgestellt und daraus geschlossen, dass er zur Ausübung des Berufs des Arztes in den vom Gericht benannten Fachrichtungen charakterlich nicht geeignet sei. Es hat sich hingegen nicht mit der für die Feststellung der **Unwürdigkeit** entscheidenden Frage befasst, ob das **Vertrauen der Öffentlichkeit in den Berufsstand** nachhaltig erschüttert würde, wenn das Verhalten des Klägers für den Fortbestand seiner Approbation folgenlos bliebe.

LG Berlin verurteilte nach **BGH**, Urt. v. 07.07.2011 - 5 StR 561/10 - BGHSt 56, 277 = juris und **BGH**, Beschl. v. 16.08.2012 - 5 StR 238/12 - NJW 2012, 2898 = juris den Kl. wegen Körperverletzung mit Todesfolge zu einer Freiheitsstrafe von fünf Jahren und sechs Monaten und verbot es ihm für die Dauer von vier Jahren, die Tätigkeit eines niedergelassenen Chirurgen, Sportmediziners und Arztes im Rettungsdienst auszuüben. **BGH**, Beschl. v. 10.04.2014 - 5 StR 51/14 - verwarf die Revision als unbegründet. Das Landesamt für Gesundheit und Soziales **widerrief die Approbation** des Kl. als Arzt und forderte ihn auf, die Approbationsurkunde zurückzugeben. Das **VG** wies die Klage ab.

bb) Überlassen von Methadon im Rahmen der Take-Home-Vergabe

VG Köln, Urteil v. 13.03.2018 - 7 K 7010/15

RID 18-02-203

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; BtMG §§ 3, 5, 13

Die in einem **rechtskräftigen Strafurteil** getroffenen tatsächlichen und rechtlichen Feststellungen können regelmäßig zur Grundlage der gerichtlichen Beurteilung der Widerrufsvoraussetzungen gemacht werden, soweit sich nicht gewichtige Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit solcher Feststellungen ergeben.

Einem **Arzt** ist es generell verboten, seinen Patienten **Betäubungsmittel** aus seinem Praxisbestand **zur freien Verfügung mitzugeben**. Die Mitgabe von Methadon und L-Polamidon unterliegt als „Abgabe“ der Erlaubnispflicht des § 3 BtMG. Die Take-Home-Vergabe ist weder ein Verabreichen noch ein Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch, das dem Arzt unter bestimmten Voraussetzungen nach § 13 I 1 BtMG gestattet ist. § 13 II BtMG findet in Fällen, in denen die Voraussetzungen für eine Take-Home-Verschreibung nach § 5 VIII Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung gegeben sind

und der Arzt anstelle des Apothekers das Substitutionsmittel ausgibt, keine analoge Anwendung, weil keine Regelungslücke besteht.

Der 1955 geb. Kl. wendet sich gegen den Widerruf seiner ärztlichen Approbation. In der Vergangenheit behandelte er aufgrund einer Genehmigung der KV zwischen 2006 und 2009 100 Patienten im Rahmen der **Methadonsubstitution** zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen. Darüber hinaus führte er an ca. 300 weiteren Patienten Substitutionsbehandlungen durch, die er sich privatärztlich im Wege der Selbstzahlung vergüten ließ. Im Rahmen der Überwachung des Verkehrs mit Betäubungsmitteln im März 2008 stellte die Amtsapothekerin Unregelmäßigkeiten bei der Dokumentation und Abgabe von Betäubungsmitteln an Substitutionspatienten fest. U.a. ist dem Inspektionsbericht zu entnehmen, dass der Kl. im Februar 2008 ca. 80 % der 400 Substitutionspatienten Methadon bzw. L-Polamidon in Vordosierung zum Eigengebrauch überlassen hatte. Auf eine **Anklageerhebung** der Staatsanwaltschaft wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz hin ordnete die Bezirksregierung mit Bescheid vom 12.11.2010 das **Ruhen der Approbation** des Kl. an. Dem Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage gab **VG Köln** durch Beschl. v. 21.12.2010 - 7 L 1832/10 - statt. **VG Köln**, Urt. v. 24.04.2012 - 7 K 7253/10 - RID 12-03-205 wies die Klage ab. **OVG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 19.07.2013 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück. Zuvor hatte **LG Bonn**, Urt. v. 14.01.2013 - 21 KLS 36/10 - wegen unerlaubter Abgabe von Betäubungsmitteln in 705 Fällen sowie unerlaubter Abgabe von Betäubungsmitteln an eine Minderjährige in 31 Fällen zu einer **Gesamtfreiheitsstrafe** von einem Jahr und neun Monaten verurteilt, die zur Bewährung ausgesetzt wurde. Nach den Feststellungen der Kammer überließ der Kl. zwischen Juli 2006 und Februar 2009 Patienten Methadon sowie L-Polamidon im Rahmen der Take-Home-Vergabe. Dabei gab er die Ersatzstoffe unmittelbar aus seinem Praxisbestand zur selbständigen und eigenverantwortlichen Einnahme außerhalb der Praxisräumlichkeiten, teilweise für einen Zeitraum von mehreren Tagen, mit. Darin sah die Strafkammer einen Verstoß gegen § 29 I 1 Nr. 1 Var. 7 BtMG. **BGH**, Beschl. v. 27.05.2014 - 2 StR 354/13 - RID 14-03-173 hob das Urt. teilweise auf. **LG Bonn**, Urt. v. 02.09.2014 - 23 KLS 19/14 - verurteilte den Kl. auf der Grundlage des rechtskräftig gewordenen Schuldspruchs der unerlaubten Abgabe von Betäubungsmitteln in 705 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und drei Monaten, deren Vollstreckung sie zur Bewährung aussetzte. **BGH**, Beschl. v. 11.06.2015 - 2 StR 515/14 - änderte das Urteil dahingehend, dass er - ohne die Gesamtstrafe anzutasten - in 19 Fällen eine abweichende Einzelstrafe festsetzte. Die weitergehende Revision wurde verworfen. Die Bezirksregierung **widerrief** im Oktober 2015 die **ärztliche Approbation**. Die Ruhensanordnung bleibe bis zur Bestandskraft des Widerrufs bestehen, und die Approbationsurkunde werde einbehalten. Das **VG** wies die Klage ab.

Nach Entzug der Genehmigung durch die KV ordnete **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 01.07.2009 - L 11 B 8/09 KA ER - RID 09-03-42 die aufschiebende Wirkung der Klage (S 33 KA 49/09 SG Düsseldorf) mit der Maßgabe an, dass die vom Kl. vertragsärztlich durchzuführenden Substitutionsbehandlungen auf 50 Fälle begrenzt werden. **BVerfG**, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 27.10.2009 - 1 BvR 1876/09 - RID 10-01-32 hob den LSG-Beschl. auf.

b) Ruhen der Approbation

aa) Vorläufiger Rechtsschutz: Fehlender Nachweis der gesundheitlichen Eignung

VGH Bayern, Beschluss v. 19.01.2018 - 21 CE 17.1646

RID 18-02-204

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 6 II; VwGO § 123 I

Eine Anordnung des Ruhens der Approbation als Ärztin im **Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes** kann nicht aufgehoben werden, wenn der Gutachter eine erneute Begutachtung in zwei Jahren mit dem Hinweis empfohlen hat, dass die Ast. in dieser Zeit regelmäßig **Drogen und Medikamentenabstinenz nachweisen** solle, eine Abstinenz aber lediglich für einen zusammenhängenden Zeitraum von 18 Monaten gutachterlich überprüft wurde. Damit fehlt es für den nach § 6 II BÄO erforderlich **Nachweis**, dass die Ast. in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des ärztlichen Berufs wieder geeignet ist.

bb) Alkoholabhängigkeit

VG Bayreuth, Urteil v. 20.01.2016 - B 4 K 14.503

RID 18-02-205

juris

BÄO §§ 3 I Nr. 3, 6 I Nr. 2

Eine wesentliche Voraussetzung für die Eignung zur Ausübung des ärztlichen Berufes trotz **Alkoholabhängigkeit** ist die **kontinuierliche Alkoholabstinenz**. Ist dies nicht der Fall, kann das **Ruhen der Approbation** angeordnet werden.

cc) Sexuell übergriffiges Verhalten gegenüber Auszubildenden

VG Ansbach, Beschluss v. 27.03.2018 - AN 4 S 18.00492

RID 18-02-206

juris

BÄO § 6 I Nr. 1; VwGO § 80 V

Die Verwaltungsbehörden und -gerichte sind nicht grundsätzlich gehindert, die in **staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren** oder **strafgerichtlichen Verfahren** gewonnenen **Erkenntnisse und Beweismittel** – auch schon vor einer Verurteilung – einer eigenständigen Überprüfung im Hinblick darauf zu unterziehen, ob sich daraus hinreichende Grundlagen für approbationsrechtliche Maßnahmen ergeben. Dies gilt uneingeschränkt auch für Akten eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens, das nicht zur Anklageerhebung geführt hat, weil insoweit ein gesetzliches Verwertungsverbot nicht besteht (BVerwG, Beschl. v. 28.04.1998 - 3 B 174.97 - juris Rn. 4), und deshalb erst recht für Erkenntnisse aus einem Ermittlungsverfahren, in dem – wie hier – Anklage erhoben wurde. Eine strafrechtliche Verurteilung mit einer umfassenden Beweisaufnahme ist nicht erforderlich.

Die dem Ast. zur Last gelegten Straftaten wurden gegenüber **Auszubildenden** begangen. Dabei hat der Ast. nicht nur den Umstand ausgenutzt, dass die Auszubildenden in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis zu ihm standen, sondern auch im Rahmen von medizinischen Untersuchungen sowie einer angeblichen Studie die Straftaten begangen. Demnach befanden sich die Auszubildenden auch in einer Patientensituation. Von einem Arzt ist jedoch zu erwarten, dass er das sexuelle Selbstbestimmungsrecht seiner Auszubildenden (§ 14 I Nr. 5 BBiG) und Patienten (§ 7 I 1 BO Bayern) respektiert und diesbezüglich alles unterlässt, was strafrechtliche Relevanz hat.

Wenn ein Arzt mehrfach gegenüber Auszubildenden sexuell übergriffig wird, so ist dies ein Umstand, der die **Unwürdigkeit** des Arztes begründet.

2. BGH: Pfändungsschutz im Insolvenzverfahren nach Freigabe der selbständigen Tätigkeit

BGH, Beschluss v. 25.01.2018 - IX ZA 19/17

RID 18-02-207

juris

InsO §§ 35 II 1, 36 I 1, 100; ZPO § 850i I 1

Leitsatz: 1a. Gibt der Insolvenzverwalter die **selbständige Tätigkeit des Schuldners frei**, steht dem Schuldner für Forderungen aus seiner selbständigen Tätigkeit, die von der Freigabe der selbständigen Tätigkeit umfasst sind, im Verhältnis **zur Masse kein Pfändungsschutz** für sonstige Einkünfte zu.

1b. Pfändungsschutz für sonstige Einkünfte kann für Zahlungen auf Forderungen des Schuldners aus dessen selbständiger Tätigkeit, die zwar erst nach Freigabe der selbständigen Tätigkeit des Schuldners beglichen werden, die aber in die Masse fallen, im Hinblick auf die nach der Freigabe vom Schuldner begründeten **Neuverbindlichkeiten** nicht gewährt werden.

2. Kann der Schuldner seinen Unterhalt und den seiner Familie nicht aus seiner freigegebenen selbständigen Tätigkeit erwirtschaften, kann er **Unterhaltsansprüche** weiterhin gegen die Insolvenzmasse geltend machen.

3. Rückzahlung von Privatentnahmen durch ausgeschiedenes Mitglied einer Praxis

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 12.01.2017 - 3 U 169/13

RID 18-02-208

juris

BGB §§ 705 ff.

Leitsatz: Zur Auslegung einer im Rahmen der **Auseinandersetzung** einer GbR getroffenen **Schiedsgerichtsabrede**.

4. Berufspflichten/Psychotherapeutin in Ausbildung: Abstinenzgebot

VG Gießen (BerufsG für Heilberufe), Urteil v. 31.05.2017 - 21 K 5016/15.Gl.B

RID 18-02-209

MedR 2018, 122

PsychThG § 1; HeilBerG Hessen §§ 22, 25; PsychTh-APrV § 3

Leitsatz (MedR): 1. Der Landesgesetzgeber darf die **Auszubildenden** im letzten Stadium der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dem **Kammerrecht unterwerfen**, da hierfür ein berechtigtes Bedürfnis in Anbetracht der Verantwortung gegenüber dem Patienten, die die Auszubildenden tragen, und des Schutzes der Patienten und des Ansehens des Berufsstandes besteht.

2. Das **Abstinenzgebot** betrifft den Kernbereich der beruflichen Tätigkeit eines Psychotherapeuten und stellt eine besonders wichtige Regelung zum Schutz der Patientinnen und Patienten dar.

3. Ungeachtet dessen, ob die Initiative zu der Beziehung von einem Patienten ausgegangen ist, ist die **Therapeutin** für einen Verstoß gegen das Abstinenzgebot **verantwortlich**, denn im Verhältnis Therapeutin zu Patient trifft allein die Therapeutin die Verantwortung für ein berufsethisch einwandfreies Vorgehen.

5. Strafrecht/Ordnungswidrigkeitenrecht

a) Sexueller Übergriff auf eine Klinikmitarbeiterin: Kein strafrechtliches Berufsverbot

LG Bamberg, Urteil v. 07.12.2017 - 33 KLS 1105 Js 520/17

RID 18-02-210

juris

StGB §§ 47, 177

Die Eingangsvoraussetzungen der Sicherungsmaßregel des Berufsverbots gemäß § 70 I StGB sind nicht erfüllt. Da das - überdies „lediglich“ einmalig festgestellte - strafrechtlich relevante Fehlverhalten des Angeklagten - Verurteilung zu 120 Tagessätzen wegen sexuellen Übergriffs auf eine Klinikmitarbeiterin - in **keinem inneren Zusammenhang** mit der **Verrichtung seiner ärztlichen Tätigkeit gegenüber Patienten** steht, fehlt es offenkundig an den **Voraussetzungen für ein strafrechtliches Berufsverbot**. Aus Sicht der Kammer spricht auch mit Blick auf die im Rahmen des Strafverfahrens gewonnenen Erkenntnisse nichts gegen die weitere **Ausübung der Tätigkeit als praktizierender Arzt** durch den Angeklagten. Insbesondere waren **Patienten** von dem festgestellten Fehlverhalten des Angeklagten in keiner Weise betroffen, geschweige denn hierdurch gefährdet. Bei dem Angeklagten handelt es sich vielmehr um einen fachlich hervorragend qualifizierten und außerordentlich engagierten Facharzt. Unter dem Eindruck des Strafverfahrens dürfte ein zukünftiges grenzüberschreitendes sexualbezogenes Verhalten des Angeklagten gegenüber Mitarbeiterinnen nicht zu erwarten sein.

b) Unzureichende hygienische Aufbereitung von endoskopischem Zusatzinstrumentarium

OLG Celle, Beschluss v. 22.12.2017 - 3 Ss (OWi) 259/17

RID 18-02-211

juris

MPBetreibV §§ 4 II, 8, 13 Nr. 13

Leitsatz: 1. Ordnungswidrig handelt, wer die **Aufbereitung** von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten (hier: **endoskopisches Zusatzinstrumentarium**) nicht mit geeigneten validierten Verfahren durchführt. Dagegen handelt nicht ordnungswidrig, wer die gemeinsame **Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)** am Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten (KRINKO-Empfehlung) beachtet, da in diesem Fall eine ordnungsgemäße Aufbereitung von Medizinprodukten gesetzlich vermutet wird.

2. Wird die **KRINKO-Empfehlung**, der kein Gesetzesrang zukommt, **nicht beachtet**, und die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten nicht mit geeigneten validierten Verfahren durchgeführt, wirkt sich nicht die

Nichtbeachtung der KRINKO-Empfehlung, sondern die Nichtbeachtung der Anforderungen der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) strafbegründend aus - ein Verstoß gegen den Grundsatz nulla poena sine lege liegt nicht vor.

3. Ist ein Betroffener in einem Bußgeldverfahren im **Hauptverhandlungstermin** vor dem Amtsgericht nicht durch einen mit nachgewiesener Vollmacht versehenen Verteidiger **vertreten**, so wird das Urteil in seiner Abwesenheit verkündet. Dies gilt auch dann, wenn sein zur Verteidigung, nicht aber zur Vertretung bevollmächtigter Verteidiger den Termin wahrnimmt.

6. Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 05.02.2018 - 13 A 3045/15

RID 18-02-212

juris

MPBetreibV § 8 I; MPG §§ 14, 28

Die von der kl. BAG niedergelassener Gastroenterologen bisher erbrachten Nachweise der Wirksamkeit des Reinigungsverfahrens hinsichtlich der von ihr verwendeten flexiblen Endoskope entsprechen nicht 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, so dass zu Gunsten der Kl. die Vermutung der ordnungsgemäßen Aufbereitung gemäß § 8 II 1 (früher wortgleich § 4 II 1) MPBetreibV nicht greift. Eine den gesetzlichen Vorgaben des § 8 I MPBetreibV genügende Aufbereitung lässt sich auch nicht auf andere Weise feststellen. Die daher nicht ordnungsgemäße Aufbereitung der flexiblen Endoskope stellt eine drohende Gefahr gemäß § II 1 MPG dar. Die Anordnung einer Restproteinbestimmung zur Beseitigung dieser Gefahr ist ermessensfehlerfrei erfolgt.

7. Genehmigungspflicht zur Herstellung eines Wirkstoffs tierischer Herkunft

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 13.03.2018 - 9 S 1071/16

RID 18-02-213

juris

AMG §§ 2 I, 4 XIX, 13; GG Art. 12 I, 79 I Nr. 19

Leitsatz: Das „**Ärzteprivileg**“ des § 13 Abs. 2b Satz 1 AMG erfasst auch dann nicht die - nach § 13 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 AMG grundsätzlich erlaubnispflichtige - **Herstellung eines Wirkstoffs tierischer Herkunft** durch den Arzt, wenn diese nur Zwischenschritt im Rahmen der ärztlichen Herstellung des Arzneimittels ist.

8. Ärztebewertungsportal

a) BGH: Besondere Präsentation zahlender Kunden ohne Offenlegung

BGH, Urteil v. 20.02.2018 - VI ZR 30/17

RID 18-02-214

juris

BDSG §§ 4 I, 29 I 1 Nr. 1, 35 II 2 Nr. 1; BGB §§ 823 II, 1004; GG Art. 1 I, 2 I, 5 I

Leitsatz: Zur Zulässigkeit der Erhebung, Speicherung und Übermittlung von personenbezogenen Daten im Rahmen eines **Arztsuche- und Ärztebewertungsportals** im Internet (www.jameda.de), wenn der Portalbetreiber seine Stellung als „neutraler“ Informationsmittler verlässt.

b) Internetpreisvergleichsportal für augenärztl. Leistungen: Hinweis auf Provisionsvereinbarungen

LG Berlin, Urteil v. 09.11.2017 - 52 O 15/17

RID 18-02-215

juris = WRP 2018, 373

UWG § 5a II

Der Betreiber eines **Internetpreisvergleichsportals** für **augenärztliche Leistungen** muss darauf hinweisen, dass auf dem Portal nur Augenärzte aufgeführt sind, mit denen der Betreiber eine

Provisionsvereinbarung abgeschlossen hat. Es kommt nicht darauf an, dass diese Information von demjenigen, der sich mit den AGB auseinandersetzt, aus denselben entnommen werden kann. Der Verbraucher wird sich in der Regel mit ihnen nicht auseinandersetzen.

9. Verwendung der Meinungsäußerung eines anonym auftretenden Arztes in TV-Bericht

LG Frankfurt a. M., Beschluss v. 28.07.2017 - 2-03 O 271/17

RID 18-02-216

juris

BGB §§ 823, 1004; GG Art. 1 I, 2 I

Leitsatz: 1. Gibt ein **anonym auftretender Arzt** in einem TV-Bericht erkennbar einen **Erklärungsversuch** für eine **Behördenentscheidung** ab, liegt hierin eine **Meinungsäußerung**.
2. Zum **Zu-Eigen-Machen** von anonym wiedergegebenen Äußerungen.

10. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Werbung für chirurgisch-ästhetische Operationen mit „kostenloser Beratung“

OLG Hamburg, Beschluss v. 09.11.2017 - 3 U 183/15

RID 18-02-217

juris = Magazindienst 2018, 131

HeilMWERB § 1 I Nr. 2, 7 I

Eine **Werbung für chirurgisch-ästhetische Operationen** mit der **Ankündigung „kostenlose Beratung“** verletzt § 7 I HWG. Es kommt nicht darauf an, in welchem Umfang tatsächlich kostenlos beraten wird. Auch kommt es nicht auf eine Branchenüblichkeit der unentgeltlichen Erbringung von Beratungsleistungen plastischer Chirurgen an. Vielmehr ist entscheidend, wie der angesprochene Verkehr die streitgegenständliche Anzeige versteht.

b) Verwendung des Begriffes „Praxisklinik“ für Zahnarztpraxis

LG Essen, Urteil v. 08.11.2017 - 44 O 21/17

RID 18-02-218

juris

UWG § 5

Die Verwendung des Begriffes „**Praxisklinik**“ durch einen Zahnarzt setzt nicht voraus, dass auch stationäre Behandlungen vorgenommen werden. Damit wird eine **ambulante Einrichtung** beschrieben („Praxis“), in der **operative Eingriffe** vorgenommen werden („Klinik“).

OLG Hamm, Urt. v. 08.05.2018 - 4 U 161/17 - gab der Berufung der Wettbewerbszentrale statt (s. Pressemitteilung juris), Revision anhängig: BGH - I ZR 58/18 -).

c) Werbung für CoolSculpting

OLG Celle, Beschluss v. 04.01.2018 - 13 U 114/17

RID 18-02-219

juris

MPG § 6; UWG §§ 5, 8 III Nr. 2

Die Werbung für eine **Kryolipolysebehandlung mit der Methode CoolSculpting** ist **gesundheitsbezogen**. Der Werbende hat die in Werbeaussagen angepriesene **Wirksamkeit** zu beweisen (hier verneint).

11. Honorarvertrag über honorarärztliche Tätigkeit und Allgemeine Geschäftsbedingungen

OLG Naumburg, Urteil v. 08.12.2016 - 1 U 100/16

RID 18-02-220

juris
BGB § 305 I

Leitsatz: Die Vertragsbestimmung in einem Honorarvertrag zwischen einem Facharzt und einem Krankenhausträger, wonach Ansprüche aus der honorarärztlichen Tätigkeit des Facharztes „von beiden Parteien innerhalb von drei Monaten nach Vertragsbeendigung geltend gemacht werden [müssen]; andernfalls sind sie verwirkt“, ist keine vom Krankenhausträger verwendete **Allgemeine Geschäftsbedingung** i.S.v. § 305 Abs. 1 BGB, wenn der **Vertragstext von einer Vermittlungsagentur** stammt, bei der der klagende Facharzt geführt wurde, und dem klägerischen Vorbringen nicht zu entnehmen ist, dass der Krankenhausträger im Zeitpunkt des Vertragsschlusses die Absicht hatte, den Vertragstext auch im Verhältnis zu Dritten zu verwenden. In diesem Fall kann von einer Vertragsaufbereitung und einer Vorlage zur Unterschrift durch den Krankenhausträger – und damit von einem „Stellen“ der Klausel durch den Krankenhausträger – keine Rede sein, wenn beiden Vertragsparteien der Vertragstext von der Vermittlungsagentur zur Prüfung und Unterschrift übersandt worden war. Dem Umstand der letztendlich durch den Krankenhausträger erfolgten Zahlung einer „Vermittlungsprovision“ an die Vermittlungsagentur kommt bei der Bewertung des „Stellens“ der Vertragsbedingungen keine rechtserhebliche Bedeutung zu.

12. Insolvenz: Nach Freigabe der Praxis kein Geld aus Insolvenzmasse

LG Köln, Beschluss v. 04.05.2017 - 1 T 99/17

RID 18-02-221

juris
InsO §§ 35 II, 36

Nach Sinn und Zweck der Freigabe gemäß § 35 II InsO scheidet nach diesem Zeitpunkt ein Antrag nach den § 36 I 2 InsO, § 850i I ZPO aus. Denn durch die **Freigabeerklärung des Insolvenzverwalters** wird die bisher insolvenzbefangene gewerbliche Tätigkeit des Schuldners mit Wirkung für die Zukunft wieder in vollem Umfang der Verwaltungs- und Verfügungsbefugnis des Schuldners unterstellt. Dieser Gegenstand wird **insolvenzfrees bzw. verfahrensfrees Vermögen**. Durch die Einfügung der Regelungen in die §§ 35 II, III InsO soll einerseits die Insolvenzmasse vor den finanziellen Folgen einer etwaigen verlustbringenden selbständigen Tätigkeit des Schuldners geschützt und andererseits dem Schuldner die Möglichkeit einer solchen Tätigkeit außerhalb des Insolvenzverfahrens eröffnet werden. Mit Zugang der Freigabeerklärung des Insolvenzverwalters bei dem Schuldner treten auch deren Rechtswirkungen ein; insb. sind dadurch die Erträge aus der selbständigen Tätigkeit aus dem Haftungsverband der Insolvenz entlassen. Dies bedeutet aber gerade, dass der Schuldner über die Erträge aus seiner selbständigen Tätigkeit wieder frei verfügen kann und es insoweit keines Antrags auf Belassung gemäß den § 36 I 2 InsO, § 850i I ZPO mehr bedarf. Hinzu kommt, dass auch Folge der Freigabe ist, dass die danach entstehenden Verbindlichkeiten keine Masse-, sondern **(Neu-)Verbindlichkeiten des Schuldners** sind. Es ist zwischen den beiden den jeweiligen Gläubigern zur Verfügung stehenden Haftungsmassen zu trennen: Den **Alt-/Insolvenzgläubigern** steht die Insolvenzmasse zur Verfügung, den **Neugläubigern** der Neuerwerb nach der Freigabe, wobei denkbar wäre, dass ein zusätzliches zweites Insolvenzverfahren über dieses Vermögen des Schuldners eröffnet wird. Eine Vermischung dieser beiden Sphären ist aber nicht zulässig. Durch eine **weitere Belassung von Geldern aus der Insolvenzmasse** an den Schuldner zur Fortführung seiner freigegebenen selbständigen Tätigkeit und Sicherstellung der grundsätzlich nur den Neugläubigern als Haftungsmasse zur Verfügung stehenden Einkünfte würde eine solche Vermischung aber eintreten.

13. Sozialversicherungspflicht

a) Zulassungsrechtlich kein Status als „freier Mitarbeiter“ (Psychologische Psychotherapeutin)

LSG Hessen, Urteil v. 08.05.2017 - L 8 KR 199/15

RID 18-02-222

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 5 I Nr. 1; SGB IV § 7 I

Die Tätigkeit einer **psychologischen Psychotherapeutin für einen Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie** als **Praxisassistentin und Psychotherapeutin** unterliegt als abhängiges Beschäftigungsverhältnis der Sozialversicherungspflicht in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung. Entscheidend ist die Einbindung in den Praxisbetrieb, die Organisationsstruktur und die Arbeitsabläufe und das fehlende unternehmerische Risiko. Diese liegt vor, wenn die Tätigkeit in den Praxisräumen des Arbeitgebers im Wesentlichen fremdbestimmt organisiert ist und dem Zweck der vom Arbeitgeber betriebenen Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie dient.

Zulassungsrechtlich ist der **Status als „freier Mitarbeiter“** in einer anderen Praxis nicht vorgesehen (BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 7/09 R - BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4) mit der Folge, dass entweder der Arzt/Psychotherapeut selbst eine Zulassung besitzt oder angestellt ist auf der Grundlage eines Arbeitsvertrags.

BSG, Beschl. v. 23.01.2018 - B 12 KR 55/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde des Kl. als unzulässig.

b) Bereitschaftsdienst im Krankenhaus regelmäßig abhängige Beschäftigung

LSG Bayern, Urteil v. 22.03.2018 - L 7 R 5059/17

RID 18-02-223

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 R 31/18 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 7, 7a

Leitsatz: Bereitschaftsdienst im Krankenhaus ist regelmäßig **abhängige Beschäftigung** des diesen Dienst leistenden Arztes.

c) Abhängige Beschäftigung: Tätigkeit einer Anästhesistin im OP-Saal

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.01.2018 - L 1 KR 441/15

RID 18-02-224

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 KR 19/18 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = KrV 2018, 84

SGB IV § 7; SGB III § 25 I 1

Aus der Möglichkeit nach § 2 KHEntgG, nicht angestellte Ärzte einzusetzen, folgt noch nicht, dass ein **Krankenhaus** über die Zuordnung einer ärztlichen Tätigkeit zum Typus der abhängigen Beschäftigung beliebig entscheiden könnte, ohne an die überkommenen Abgrenzungsmerkmale gebunden zu sein.

Für die Annahme einer **abhängigen Beschäftigung** spricht, dass die Kl. (Fachärztin für Anästhesie) schon nach den Regelungen des Honorarvertrags nicht völlig frei von der Verpflichtung war, **inhaltliche Vorgaben** zu beachten, die ihr in Bezug auf ihre Tätigkeit gemacht wurden.

Letztlich ist die Tätigkeit eines **Anästhesisten in einem OP-Saal** schon von der Sache her geprägt durch das arbeitsteilige Zusammenwirken im Team, das durch das Krankenhaus zusammengestellt wird. Das Team steht nicht unter der fachlichen Leitung des Anästhesisten. Daraus hat die bisherige Rechtsprechung der Landessozialgerichte - soweit ersichtlich - übereinstimmend den Schluss gezogen, dass bei einer solchen Tätigkeit der Sache nach eine abhängige Beschäftigung vorliegt.

Für die Annahme einer abhängigen Beschäftigung spricht weiter, dass die Kl. kein **Unternehmerrisiko** trug.

d) Honorararzt mit Stundenvergütung von 85 €

SG Hannover, Urteil v. 10.01.2018 - S 14 R 32/16

RID 18-02-225

juris

SGB V § 257; SGB IV § 7 I; KHEntgG §§ 1 I, 2 III

Leitsatz: 1. Auch bei selbständig tätigen **Honorarärzten** erfolgt die Zuordnung zum Typus der Beschäftigung/Selbständigkeit auf der Grundlage einer alle Umstände des Einzelfalles würdigenden **Gesamtabwägung**.

2. Bei selbständig tätigen Honorarärzten ist unter Berücksichtigung von § 2 Abs. 3 KHEntgG eine **Eingliederung in den Krankenhausbetrieb** unabdingbar.

3. Nicht das Vorliegen einer **Stundenvergütung**, sondern allein deren **Höhe** ist bei reinen Dienstleistungen ein sicheres **Indiz** für die Abgrenzung der Beschäftigung von der selbständigen Tätigkeit (BSG, Urt. v. 31.03.2017 - B 12 R 7/15 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2400 § 7 Nr. 30).

4. Beim Fehlen wirtschaftlicher oder tatsächlicher Abhängigkeiten einer Vertragspartei von der anderen kann das von den Vertragsparteien **vertraglich Vereinbarte** zur Einordnung zum Typus der Selbständigkeit/Beschäftigung herangezogen werden.

e) Bereitschaftsarzt in einer Geriatrischen Rehabilitationsklinik

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 12.12.2017 - L 6 R 255/15

RID 18-02-226

Revision anhängig: B 12 R 2/18 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV §§ 7 I, 7a I 1; SGB VI § 1 S. 1 Nr. 1

Die Tätigkeit als **Bereitschaftsarzt in einer Geriatrischen Rehabilitationsklinik** wird **selbständig** ausgeübt, wenn ein Vertrag über eine freie Mitarbeit geschlossen wird und sich aus dem **Honorarvertrag** ergibt, dass es bei der freien Mitarbeit um ärztliche Tätigkeiten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes in der Geriatrischen Rehabilitationsklinik handelt, der Arzt frei in seiner Entscheidung ist, die ihm angebotenen Bereitschaftsdienste zu übernehmen oder abzulehnen und keine Verpflichtung zur Bereitschaftsdienstleistung besteht, d.h. der Arzt selbst bestimmen kann, an welchen Tagen er (es handelt sich um ca. einen Bereitschaftsdienst im Monat außerhalb der üblichen Arbeitszeit) tätig sein möchte und für die tatsächlich geleistete Arbeit ein Honorar in Höhe von 25 € pro Stunde geschuldet ist.

f) Ärztin für Palliativmedizin im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

SG Kassel, Urteil v. 24.01.2018 - S 12 KR 390/17

RID 18-02-227

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV § 7a

Es kann bei **Honorarärzten** nicht unberücksichtigt bleiben, ob die **Vergütung** insgesamt nicht erfolgsbezogen ist und der Arzt letztlich weit überwiegend auch kein eigenes **Kapital** einzusetzen hat. Selbst eine - wie auch hier vorliegende - Überbürdung des Risikos, bei krankheits- oder urlaubsbedingten Ausfällen kein Entgelt zu erhalten, spricht nur dann für Selbstständigkeit, wenn dem auch eine größere Unabhängigkeit oder höhere Verdienstchancen gegenüberstehen, wovon hier - ausgehend von üblichen Arzthonoraren - jedoch nicht ausgegangen werden kann.

Die **Einbindung** einer **Ärztin für Palliativmedizin** im Rahmen der **spezialisierten ambulanten Palliativversorgung** in den Betrieb ergibt sich insoweit bereits aus der unauflösbaren, mit allen sich aus dem Leistungserbringungsrecht ergebenden Verpflichtungen verbundenen Einbindung der Tätigkeit in das auf gesetzlicher Grundlage beruhende öffentlich-rechtliche Vertragswerk nach § 37b SGB V i.V.m. § 132d SGB V.

g) Betriebsärztin als freie Mitarbeiterin

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 06.02.2018 - L 11 R 4499/16

RID 18-02-228

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV § 7a

Leitsatz: Eine **Betriebsärztin** kann ihre Tätigkeit als freie Mitarbeiterin ausüben.

h) Medizinisch-technische Röntgenassistentin

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 30.08.2017 - L 8 R 962/15

RID 18-02-229

Revision anhängig: B 12 R 3/18 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV § 7a I

Eine **medizinisch-technische Röntgenassistentin** (MTRA) in einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Nuklearmedizin unterliegt der **Versicherungspflicht** in der gesetzlichen Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung, wenn die Arztpraxis mit sämtlichen in ihrer Praxis untersuchten Patienten einen Behandlungsvertrag abschließt, die ihr übertragene Aufgabe - wie auch bei festangestellten MTRAnen - per se auf die Ausführung einer aus dieser vertraglichen Verpflichtung resultierenden Teilleistung beschränkt ist, nämlich die Erstellung der MRT-Untersuchung und sie zur Erbringung dieser Teilleistung auf die Nutzung der durch die Arztpraxis zur Verfügung gestellten Infrastruktur angewiesen ist.

14. Arbeitsrecht

a) BAG: Wirksamkeit einer Altersgrenzenklausel in MVZ-Anstellungsvertrag

BAG, Urteil v. 25.10.2017 - 7 AZR 632/15

RID 18-02-230

juris
SGB VI § 6 I; HeilBerG Bremen § 6 I; AGG §§ 1, 7, 10

Regelungen über die Beendigung von Arbeitsverhältnissen aufgrund von **Altersgrenzen** unterliegen der arbeitsgerichtlichen Befristungskontrolle. Sie bedürfen eines sie rechtfertigenden Sachgrunds i.S.d. § 14 I TzBfG. Eine auf das Regelrentenalter abstellende Altersgrenzenregelung kann nicht nur in Kollektivnormen, sondern auch in **Individualverträgen** getroffen werden und sachlich gerechtfertigt sein. Die Anbindung an eine rentenrechtliche Versorgung bei Ausscheiden durch eine Altersgrenze ist Bestandteil des Sachgrunds. Die Wirksamkeit der Befristung ist allerdings nicht von der konkreten wirtschaftlichen Absicherung des Arbeitnehmers bei Erreichen der Altersgrenze abhängig. Die **Absicherung durch eine Regelaltersrente der Ärzteversorgung** reicht aus.

b) Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin (PiA): Kein Vergütungsanspruch

LAG Köln, Urteil v. 13.10.2017 - 4 Sa 930/16

RID 18-02-231

juris
PsychThG § 7; BGB § 612 I; PsychTh-APrV § 2

Leitsatz: 1. Wird ein **unentgeltliches Praktikum** vereinbart, kann in entsprechender Anwendung von § 612 Abs. 1 BGB ein Vergütungsanspruch bestehen, auch wenn die Anwendung des Berufsbildungsgesetzes (§ 26 in Verbindung mit § 17 Abs. 1 Satz 1 BBiG) durch § 7 PsychThG ausgeschlossen ist.

2. Werden Leistungen erbracht, die im Rahmen der praktischen Tätigkeit im Sinne des § 2 PsychTh-APrV nicht geschuldet und nur gegen Zahlung der üblichen **Vergütung** zu erwarten sind, erfolgt die Vergütung dieser höherwertigen Dienste entsprechend § 612 Abs. 1 BGB.

3. Einzelfallentscheidung im Anschluss an BAG, Urteil vom 10.02.2015 - 9 AZR 289/13 (Erbringung nicht geschuldeter Dienste im vorliegenden Fall verneint).

ArbG Aachen, Urt. v. 26.04.2016 - 5 Ca 4871/14 - wies die Klage auf Entgelt für Tätigkeiten, die die Kl. während ihrer praktischen Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (PiA) erbracht hatte, ab, das **LAG** die Berufung zurück.

c) Überörtliche BAG: Unterzeichnung einer Kündigung

LAG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 01.12.2017 - 2 Sa 964/17

RID 18-02-232

juris

BGB §§ 126 I, 626

Leitsatz: Unterzeichnet für eine Vertragspartei ein Vertreter die Erklärung, muss dies in der Urkunde durch einen das **Vertretungsverhältnis** anzeigenden Zusatz hinreichend deutlich zum Ausdruck kommen. Unterschreibt für eine GbR nur ein Mitglied ohne einen Vertreterzusatz, so ist regelmäßig nicht auszuschließen, dass vorgesehen war, auch das andere Mitglied oder die anderen Mitglieder sollten die Urkunde unterschreiben und dass deren Unterschrift noch fehlt.

15. Ausschluss aus einer Genossenschaft wegen pflichtwidriger Abrechnung

OLG Brandenburg, Urteil v. 28.12.2017 - 6 U 40/16

RID 18-02-233

Revision anhängig: BGH - II ZR 37/18 -

juris

SGb V § 73c; GenG § 68 I 1

Die **pflichtwidrige Abrechnung** von **nicht persönlich erbrachten Leistungen** (hier: Katarakt-Operationen), die unberechtigte Entgegennahme von **Zuzahlungen** sowie die Weigerung der Mitwirkung an der **Aufklärung** zeigen ein Verhalten, das mit den Belangen der bekl. Genossenschaft nicht vereinbar ist und einen Ausschluss auch nach § 9 Ziff. 1 lit e) der Satzung rechtfertigt. Jedenfalls bei einer Gesamtschau der dargelegten Ausschlussstatbestände ist der Ausschluss auch nicht **unverhältnismäßig**.

16. Entschädigung als Zeuge oder Sachverständiger

a) Schriftliche Auskunft: Außergewöhnlich umfangreiche Leistung

SG Karlsruhe, Beschluss v. 31.01.2018 - S 1 KO 316/18

RID 18-02-234

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

JVEG §§ 4 I 1, 10 I Anl. 2 Nr. 202, 203

Leitsatz: Die **schriftliche Auskunft** eines **sachverständigen Zeugen** im Umfang einer Textseite stellt keine „außergewöhnlich umfangreiche Leistung“ dar.

Kein Anspruch auf Entschädigung einer **Kopie** für die **eigenen Unterlagen** des sachverständigen Zeugen.

b) Aufwendungsersatz für apparatetechnische Untersuchungen

SG Detmold, Beschluss v. 06.11.2017 - S 2 SF 206/17 E

RID 18-02-235

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

JVEG §§ 8, 10, 12

Der **Vergütungsanspruch eines medizinischen Sachverständigen** stellt sich im JVEG mehrteilig dar. Für technische Untersuchungen, für die es keine spezielleren Bestimmungen gibt, stellt § 12 JVEG eine Auffangnorm für den Aufwendungsersatz dar. Die Vergütung des Sachverständigen richtet sich für die eigentliche Erstellung des Gutachtens nach Zeitaufwand. Als weiteres sieht das JVEG für den medizinischen Bereich sodann eine Honorierung in § 10 JVEG für bestimmte häufige Aufwendungen in pauschalierter Weise vor. Und schließlich stellt das JVEG für die Vergütung sonstiger untersuchungstechnischer Maßnahmen klar, dass nach § 10 II 2 letzter Halbsatz JVEG im Übrigen die Bestimmungen der §§ 7 und 12 JVEG unberührt bleiben.

Unter **Kosten** nach § 12 I 2 JVEG, dort Nr.1, sind die **Aufwendungen** zu verstehen. Hier wird letztlich lediglich der allgemeine Rechtsgedanke des Aufwendungsersatzes des Auftragsrechts

konkretisiert. Es gibt keinen vernünftigen Grund, dem Sachverständigen die Aufwendungen für notwendige apparatetechnische Untersuchungen nicht zu erstatten. Diese Aufwendungen sind in Höhe der einschlägigen Ziffern der GOÄ für die reine apparatetechnische Untersuchung zu erstatten.

c) Honorierung eines Befundberichts und außergewöhnlich umfangreiche Leistung

LSG Thüringen, Beschluss v. 16.01.2018 - L 1 JVEG 1593/15

RID 18-02-236

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

JVEG §§ 4 VIII, 10 I, 12 I, 19

Für eine naturgemäß nur selten vorliegende **außergewöhnlich umfangreiche Leistung** nach Nr. 201 der Anlage 2 zu § 10 I JVEG kann der **Umfang der Ausführungen** nur als Indiz herangezogen werden; in der Hauptsache ist auf das Ausmaß der für die Erstellung des Befundscheins erforderlichen und ersichtlichen **Arbeit** abzustellen, sofern sie durch die gerichtliche Anforderung gedeckt ist.

d) Überprüfung des Zeitaufwands eines gerichtlichen Sachverständigen: Toleranzgrenze 15 %

LSG Thüringen, Beschluss v. 14.02.2018 - L 1 JVEG 1189/16

RID 18-02-237

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

JVEG §§ 4 I, 8 I

Die **erforderliche Zeit** ist nach einem abstrakten Maßstab zu ermitteln, der sich an dem erforderlichen Zeitaufwand eines **Sachverständigen** mit durchschnittlicher Befähigung und Erfahrung bei sachgemäßer Auftragserledigung mit durchschnittlicher Arbeitsintensität orientiert. Zu berücksichtigen sind die Schwierigkeiten der zu beantwortenden Fragen unter Berücksichtigung der Sachkunde auf dem betreffenden Gebiet, der Umfang des Gutachtens und die Bedeutung der Streitsache. Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die Angaben des Sachverständigen über die tatsächlich benötigte Zeit richtig sind, wenn sich diese in einem gewissen Toleranzbereich bewegen. Die **Toleranzgrenze beträgt 15 v.H.** Werden die üblichen Erfahrungswerte allerdings um mehr als 15 v.H. überschritten, ist eine Plausibilitätsprüfung anhand der Kostenrechnung und der Angaben des Sachverständigen durchzuführen. Werden die üblichen Erfahrungswerte nicht um mehr als 15 v. H. überschritten, findet keine Plausibilitätsprüfung anhand der Kostenrechnung und der Angaben des Sachverständigen statt.

Für ein Gutachten zur **Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung** ist der Stundensatz nach der Honorargruppe M 2 (75 €) zuzunehmen.

e) Aufwand für Testdiagnostik

LSG Thüringen, Beschluss v. 23.03.2018 - L 1 JVEG 866/15

RID 18-02-238

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

JVEG § 8

Eine **Testdiagnostik** kann nicht nach den Grundsätzen der GOÄ abgerechnet werden, weil Nr. 857 und 856 nicht im Abschnitt O der Anlage zur GOÄ enthalten sind (§ 10 II JVEG). Allerdings kann der erforderliche **Zeitaufwand** für die durchgeführten Testungen nach § 9 I JVEG erstattet werden. Ein Ersatz für die verwandten **Testformulare** als besondere Aufwendungen nach § 12 I 2 Nr. 1 JVEG kann nur nach Vorlage von Rechnungen erfolgen.

17. Ärztekammer

a) Beitragserhebung: Bildung von Rücklagen erforderlich

VG Bayreuth, Urteil v. 13.12.2017 - B 4 K 16.446

RID 18-02-239

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

HKG Bayern Art. 15

Bei der Betrachtung der Haushaltszahlen ist zu beachten, dass das grundsätzliche Verbot der Vermögensbildung die Bildung von **Rücklagen** nicht ausschließt, sie aber an einen sachlichen Zweck im Rahmen zulässiger Kammertätigkeit bindet. Rücklagen dienen dazu, zukünftigen Finanzierungsbedarf und Handlungsbedarf abzusichern, sie sind für eine geordnete Haushaltsführung erforderlich.

Zweckgebundenen Rücklagen von weniger als 2,3 % der Gesamtausgaben sind nicht unverhältnismäßig.

Eine **Betriebsmittelrücklage**, die Zahlungsengpässen vorbeugen soll, dient der Aufrechterhaltung einer ordentlichen Kassenwirtschaft ohne Inanspruchnahme von Krediten und ist sachgerecht. 1,5 bzw. 1,8 % des Gesamthaushalts sind nicht unangemessen hoch.

Pflichtmitglieder einer Kammer können die Zahlung der Beiträge nicht mit der Begründung verweigern, die **Kammer überschreite ihren Aufgabenbereich**. Der Beitrag besteht nämlich nicht aus einzelnen Teilbeträgen für bestimmte Aufgaben oder Aufwendungen der Kammer, sondern durch ihn soll vielmehr ihre gesamte Tätigkeit finanziert werden. Der Kammerbeitrag kann daher nicht mit der gebotenen Bestimmtheit einer einzelnen Tätigkeit zugeordnet werden, auch wenn in der Gewinn- und Verlustrechnung der Beklagten darin die einzelnen Ausgabenansätze enthalten sind.

b) Beitragserhebung: Bildung von Rücklagen im Ermessen der Kammer

VG Würzburg, Urteil v. 11.12.2017 - W 7 K 17.295

RID 18-02-240

juris

HeilKG Bayern § 15 II

Ob und in welcher Höhe eine Ärztekammer **Rücklagen** bildet, liegt in ihrem Ermessen.

Das **Äquivalenzprinzip** fordert, dass die Höhe der Beiträge nicht im **Missverhältnis** zu dem Vorteil steht, den sie abgelten soll, und dass einzelne Mitglieder im Verhältnis zu anderen **nicht übermäßig hoch belastet** werden dürfen. Nicht erforderlich ist hingegen, dass der Beitrag einen **unmittelbaren wirtschaftlichen Vorteil** ausgleicht, der sich bei dem Kammermitglied messbar niederschlägt. Der durch die Tätigkeit einer Kammer für Heilberufe vermittelte Nutzen kann nicht konkret festgestellt und bemessen, sondern weitgehend nur vermutet werden (vgl. OVG Lüneburg, Urt. v. 15.06.2010 - 8 LC 102/08 - juris; BVerwG, Urt. v. 26.01.1993 - 1 C 33.89 - BVerwGE 92, 24 = Buchholz 430.3 Kammerbeiträge Nr. 23; BVerwG, Urt. v. 10.09.1974 - 1 C 48.70 - juris <nur Ls.> = Buchholz 418.0 Ärzte Nr. 23).

II. Arzthaftung

1. BGH/Verzicht auf Sachverständigengutachten: Eigene Sachkunde/Hinweis

BGH, Beschluss v. 09.01.2018 - VI ZR 106/17

RID 18-02-241

juris

ZPO § 286; GG Art. 103 I

Leitsatz: 1. Der Tatrichter darf, wenn es um die Beurteilung einer Fachwissen voraussetzenden Frage geht, auf die Einholung eines **Sachverständigengutachtens** nur verzichten, wenn er entsprechende eigene besondere Sachkunde auszuweisen vermag. Zudem muss der Tatrichter, wenn er bei seiner Entscheidung eigene Sachkunde in Anspruch nehmen will, den Parteien zuvor einen entsprechenden **Hinweis** erteilen (im Anschluss an Senat, Beschlüsse vom 8. März 2016, VI ZR 243/14, juris Rn. 12 und vom 13. Januar 2015, VI ZR 204/14, NJW 2015, 1311 Rn. 5).

2. Dies gilt auch, wenn der Tatrichter auf ein Sachverständigengutachten verzichten will, weil er es auf der Grundlage **eigener Sachkunde** für ungeeignet hält (im Anschluss an Senat, Urteil vom 6. November 1984, VI ZR 26/83, VersR 1985, 86).

2. Behandlungsfehler

a) Aufdeckung von Nebenerkrankungen bei lebensbedrohlicher Erkrankung (Sepsis)

OLG Dresden, Urteil v. 11.01.2018 - 4 U 831/17

RID 18-02-242

juris

BGB §§ 280, 630a, 823 I

Leitsatz: 1. Bei einem Patienten, der an einer **lebensbedrohlichen Erkrankung** (hier: Sepsis) leidet, ist der **Nutzen diagnostischer Maßnahmen** zur Aufdeckung von Nebenerkrankungen mit den **Belastungen** für den Patienten abzuwägen.

2. Bei einer **Spondylodiszitis** handelt es sich um ein **seltenes Krankheitsbild** mit unspezifischen Symptomen. Es entsprach zumindest im Jahr 2009 nicht dem medizinischen Standard, bei der Behandlung einer Sepsis Untersuchungen zum Ausschluss einer Spondylodiszitis vorzunehmen, auch wenn es sich hierbei um eine typische Sekundärkomplikation handelt.

b) Verschlechterung eines potenziell lebensbedrohlichen Zustands durch Behandlungsfehler

OLG Köln, Teilurteil v. 12.07.2017 - 5 U 144/16

RID 18-02-243

juris

BGB § 823 I

Der Kl. steht kein Anspruch auf **Schmerzensgeld** gegen das Krankenhaus zu, weil sich ihr verstorbener Ehemann, als er - nach ihrem Vorbringen - infolge eines ärztlichen Behandlungsfehlers eine lebensgefährliche Peritonitis erlitt, **bereits** in einem **potenziell lebensbedrohlichem Zustand befand**. Der Patient hatte bei Durchführung einer Koloskopie eine Darmperforation erlitten, deren möglicherweise fehlerhafte Behandlung zu einer weiteren Verschlechterung seines Gesundheitszustands durch Auftreten einer Peritonitis geführt hat. Ein solcher Fall, bei dem ein bereits potenziell lebensbedrohlicher Zustand eines Patienten durch einen ärztlichen Behandlungsfehler weiter verschlechtert wird, wird nicht mehr vom Schutzzweck der verletzten Normen erfasst.

c) Absehen von einer Thromboseprophylaxe

OLG Hamm, Urteil v. 30.05.2017 - 26 U 156/16

RID 18-02-244

juris

BGB § 823

Bei einem kleineren Weichteilschaden und vorhandener Mobilität jedenfalls mittels Gehhilfen besteht ein niedriges Thromboserisiko, bei dem es sogar gar nicht ratsam ist, eine **Thromboseprophylaxe** durchzuführen. Der Arzt muss selbst eine Entscheidung über die Verordnung einer solchen Prophylaxe treffen und dabei auch deren **Risiken abwägen**. Es kann gewichtige Nebenwirkungen geben, und zwar in Form von Blutungen, Allergien und Leberschäden, so dass im Rahmen einer Prophylaxe immer ein Kontrollblutbild erstellt werden muss, um schwerwiegende Nebenwirkungen rechtzeitig zu erkennen. Besteht keine besonderen Dispositionen für die Prophylaxe, kann von ihr abgesehen werden. Eine **Besprechung mit dem Patienten** darüber ist nicht erforderlich, wenn es keine Indikation für die Prophylaxe gibt.

d) Offene Biopsie anstatt einer Stanzbiopsie

OLG Hamm, Urteil v. 09.01.2018 - 26 U 21/17

RID 18-02-245

juris

BGB §§ 280 I, 611, 823

Die **offene Biopsie** kann bei der Größe des Tastbefundes (hier: 6 mm und voroperierte Brust) medizinisch vertretbar sein. Es kann dann von einer **Stanzbiopsie** abgesehen werden. Die offene Biopsie gibt bei einem derartigen Befund unabhängig von Ultraschall und der Erfahrung des Behandlers die größere diagnostische Sicherheit.

e) Arthroskopie mit Nachresektion des Außenmeniskus

OLG Köln, Urteil v. 26.07.2017 - 5 U 152/15

RID 18-02-246

juris
BGB § 823 I

Ein **Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie** handelt fehlerhaft, wenn er den posteriomedialen Zugang im Kniegelenk in einem Zug mit einem scharfen Skalpell anlegt, obwohl sich in dem hinteren Bereich des Kniegelenks, in dem der posteriomediale Zugang zur Entfernung des freien Gelenkkörpers angelegt wird, gefährdete Strukturen befinden, d.h. die Vena saphena magna und der Nervus saphenus.

f) Geburtsschädigung/Verjährung/Schmerzensgeld

KG Berlin, Urteil v. 11.12.2017 - 20 U 19/14

RID 18-02-247

juris = PaPfleReQ 2018, 41
BGB §§ 195, 199 I

Das Landgericht hat es zu Recht als erwiesen angesehen, dass die Kl. fehlerhaft versorgt worden ist (Befunderhebungsfehler), weil es unterlassen wurde, bereits bei ihrer Aufnahme eine akute Zustandsdiagnostik mittels Blutgasanalyse, Monitoring von Herzfrequenz und Atmung oder zumindest durch Messung der Sauerstoffsättigung in die Wege zu leiten. Ein grober Behandlungsfehler liegt vor, wenn im Hinblick auf die Gesamtumstände (schlechter Zustand der Kl., die von der behandelnden und einweisenden Kinderärztin auf dem Überweisungsschein vermerkte Diagnose – „Chronische obstruktive Lungenkrankheit ..., akute Exazerbation...Dyspnoe“ –, die weitere Mitteilung der behandelnden Kinderärztin auf dem Überweisungsschein, dass die „massive Tachydyspnoe“ – Schnellatmung – durch die Sultanol Inhalation „kaum besser“ geworden war, es liege ein Sauerstoffmangel vor) es als völlig unverständlich anzusehen ist, ohne vorherige Diagnostik und Feststellung der Sauerstoffsättigung eine **Inhalationstherapie mit Sultanol** einzuleiten, denn Sultanol ist im Falle eines Sauerstoffmangels und ohne normale Herzaktivität **kontraindiziert**, weil es hierdurch zu einem weiteren Ansteigen der Herzaktivität kommen kann.

Dem Patienten als medizinischem Laien muss sich bei einem **negativen Ausgang ärztlicher Bemühungen** noch nicht der Gedanke aufdrängen, dass dieses in einem **behandlungsfehlerhaften Geschehen** seine Ursache hat, auch wenn sich der Patient aufgrund des für ihn negativen medizinischen Ergebnisses veranlasst sieht, die Frage, ob es zu einem Behandlungsfehler gekommen ist, aufzuwerfen und klären zu lassen.

Die Begründung der Bekl., die Kl. habe keine Erinnerung an ihr Leben vor den streitgegenständlichen Geschehnissen (und somit – das will die Beklagte wohl damit zum Ausdruck bringen – nicht das Empfinden eines einschneidenden Bruchs in der Vita) ist nicht stichhaltig, da der Kl. vielmehr durch die mit ihr lebende Zwillingsschwester tagtäglich ihre Einschränkungen im Vergleich zu dieser vor Augen geführt werden. Ein **Schmerzensgeld** von 500.000 € kann angemessen sein.

g) Heterologe Insemination mit „falschem“ Sperma

OLG Hamm, Urteil v. 19.02.2018 - 3 U 66/16

RID 18-02-248

juris
BGB 253 II, 611, 630f, 823 I; GG Art. 1 I, 2 I

Leitsatz (juris): Der Anspruch auf Herausgabe von Behandlungsunterlagen gibt kein Recht auf **Einsicht in eine Kartei mit Samenspendern**. Ein Arzt ist grundsätzlich nicht verpflichtet, einem Patienten gegenüber die Richtigkeit und Vollständigkeit überreichter Behandlungsunterlagen an Eides statt zu versichern. Trägt eine **mit „falschem“ Sperma**, weil nicht vom richtigen Samenspender stammend, durchgeführte **heterologe Insemination** zu einer körperlich-psychischen Belastung der Mutter bei, kann der Mutter ein **Schmerzensgeldanspruch** gegen den für die Insemination verantwortlichen Arzt zustehen. Zum Anspruch eines Kindes, von dem für die Insemination verantwortlichen Arzt Auskunft über die Identität seines Vaters zu erhalten.

h) Verbrennungen durch MRT-Untersuchung/Schmerzensgeld

AG Köln, Urteil v. 28.02.2018 - 144 C 143/15

RID 18-02-249

www.sozialgerichtsbarkeit.de
BGB § 823 I

Bei einer **MRT-Untersuchung** ist ein sog. **padding** durchzuführen. Dabei werden, um Patienten vor möglichen **Verbrennungen** zu schützen, entsprechende Körperteile, durch geeignetes **Isolationsmaterial** wie Schaumstoff getrennt. Es ist nicht ausreichend, dem Patienten nur zu sagen, er solle die Arme hinlegen und sich nicht bewegen.

Ein **Schmerzensgeld** für Verbrennungen 2. Grades an Hüften und Daumen beidseitig mit einem Durchmesser von 1 - 1,5 cm in Höhe von 1.500 € ist angemessen.

i) Rettungsdienst in Nordrhein-Westfalen: Fehlende kausale Pflichtverletzung

OLG Hamm, Urteil v. 21.03.2017 - 26 U 157/16

RID 18-02-250

juris
BGB § 823

Der **Rettungsdienst** in Nordrhein-Westfalen ist nach §§ 2 I, 6 RettG NRW öffentlich-rechtlich ausgestaltet. In diesem Fall ist Anspruchsgegner der verantwortliche Träger des Rettungsdienstes.

Eine Haftung des Bekl. zu 1) als Träger des Rettungsdienstes gemäß § 839 BGB i.V.m. Art. 34 GG, § 6 RettG NRW scheitert daran, dass die Kl. eine **kausale Pflichtverletzung** des Bekl. zu 2) als diensttuendem Notarzt nicht zu beweisen vermochte.

j) Totaler Krankenhausaufnahmevertrag Operation durch bestimmten Arzt

OLG Saarbrücken, Urteil v. 11.04.2018 - 1 U 111/17

RID 18-02-251

juris
BGB §§ 280 I, 611, 823 I

Leitsatz: 1. Ein **gesetzlich versicherter Patient** erklärt sich bei einem **totalen Krankenhausaufnahmevertrag** im Regelfall mit der Behandlung durch alle diejenigen Ärzte einverstanden, die nach dem internen Dienstplan zuständig sind.

2. Wenn der Patient ausschließlich in die **Operation durch einen bestimmten Arzt** einwilligen will, obgleich er keinen entsprechenden Arztzusatzvertrag abgeschlossen hat, muss er dies **eindeutig zum Ausdruck bringen**. Der von einem Patienten geäußerte Wunsch oder seine subjektive Erwartung, von einem bestimmten Arzt operiert zu werden, reichen für die Annahme einer auf eine bestimmte Person beschränkten Einwilligung nicht aus (Anschluss BGH, Urteil vom 11. Mai 2010, VI ZR 252/08, VersR 2010, 1038).

k) Kein besonderer „Chefarztstandard“

OLG Köln, Beschluss v. 22.01.2018 - 5 U 101/17

RID 18-02-252

GesR 2018, 175
BGB §§ 280 I, 630a

Leitsatz (GesR): Ein **Chefarztstandard**, der in medizinischer Hinsicht über den für den Begriff des Behandlungsfehlers maßgeblichen **Facharztstandard** hinausgehen würde, existiert nicht.

S. auch den Hinweisbeschl. des OLG v. 27.11.2017 - 5 U 101/17 - juris.

l) Haftung des Krankenhausträgers für alkoholkranken Belegarzt/Schmerzensgeld

LG Münster, Urteil v. 01.03.2018 - 111 O 25/14

RID 18-02-253

juris
BGB §§ 249, 253, 278, 280

Beschwerden, wie Nacken-, Kopf- und Armschmerzen stellten in erster Linie degenerativ bedingte Verschleißveränderungen dar und begründen keine **OP-Indikation**.

Die **Dokumentation** der **Aufklärung** begründet kein Indiz für eine vollständige Aufklärung.

Ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 250.000 € ist angemessen, wenn durch die Operation eine einseitige betonte Teilschädigung des Rückenmarks eingetreten und die Kl. seitdem weitestgehend auf die Benutzung eines Rollstuhls angewiesen ist. Es besteht eine Blasen- und Mastdarminkontinenz. Der Rumpf ist taub, ebenso das linke Bein, auf der rechten Körperseite bestehen Schmerzen. Rechts besteht eine Fußheberschwäche. Aufgrund von Spastiken im rechten Arm und im rechten Bein erhält die Kl. seit Jahren vierteljährlich Botox-Spritzen. Die rechte Hand ist gelähmt. Die Kl. ist körperlich schwach und nicht in der Lage, selbständig aus dem Bett zu kommen und sich zu waschen. Sie unterliegt der Pflegestufe II. Ihre Stimme ist geschädigt. Es besteht die Notwendigkeit regelmäßiger Ergotherapie.

Auch im Fall eines **gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrags** bei **belegärztlicher Behandlung** kann ein direkter vertraglicher und deliktischer Anspruch gegen den Krankenhausträger wegen eigenen (Organisations-)Verschuldens bestehen. Ein Krankenhausträger darf grundsätzlich keine belegärztliche Tätigkeit ermöglichen, von der er aufgrund eigener Erkenntnisse annehmen muss, dass sich diese schädigend für Patienten auswirken könnte. Zweifel, ob ein praktisch tätiger **Neurochirurg** wegen einer **Alkoholproblematik** noch die erforderliche Eignung besitzt, bestehen, wenn konkrete Auffälligkeiten gegeben und wenn zweimalige Entzugsbehandlungen bekannt sind.

3. Aufklärung/Einwilligung

a) Lebensverlängernde Behandlung als ärztlicher Behandlungsfehler (PEG-Sonden-Ernährung)

OLG München, Urteil v. 21.12.2017 - 1 U 454/17

RID 18-02-254

juris

BGB §§ 280, 611, 823, 1901a ff.

Die Folge der **Nichtaufklärbarkeit** der Frage, ob sich der Betreuer bei gehöriger Information durch den Hausarzt für oder gegen die Fortsetzung der Sondenernährung entschieden hätte und der Patient dann möglicherweise bereits im Januar 2010 verstorben wäre, trifft den Arzt.

Auch wenn die einschlägigen Richtlinien dem Arzt insoweit einen **Ermessensspielraum** eröffnet haben, bedeutet das keine Entbindung von der Pflicht des Behandlenden zur **Aufklärung** des Patienten, vielmehr erforderte die vorliegende Situation mit zweifelhafter Indikationslage gerade eine besonders gründliche Erörterung.

Die aus der schuldhaften Pflichtverletzung durch den Arzt - möglicherweise - resultierende **Lebens-** und gleichzeitig **Leidensverlängerung** des Patienten stellt grundsätzlich einen nach den §§ 249 ff. BGB ersatzfähigen **Schaden** dar. Wenn nach Beweislastregeln zu unterstellen ist, dass der Betreuer den Patienten hätte sterben lassen, weil der Tod für ihn eine Erlösung gewesen wäre, muss das auch schadensrechtlich so gesehen werden.

Ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 40.000 € ist angemessen.

LG München I, Ur. v. 18.01.2017 - 9 O 5246/14 - RID 17-02-250 wies die Klage ab, das **OLG** verurteilte den bekl. Hausarzt, an den Kl. (Sohn und Erbe des verstorbenen Patienten) ein Schmerzensgeld in Höhe von 40.000 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Neues Operationsverfahren (Netzimplantat bei Senkungsoperation)/Schmerzensgeld

OLG Hamm, Urteil v. 23.01.2018 - 26 U 76/17

RID 18-02-255

juris

BGB §§ 249, 253, 280, 823

Leitsatz: 1. Wählt der Arzt eine **Neulandmethode**, hat er den Patienten über diesen Umstand sowie über die alternativen Behandlungsmethoden **aufzuklären**.

2. Es bedarf einer besonderen Aufklärung über die Neulandmethode, wenn diese noch **keine Standardmethode** darstellt.

3. Bei einem neuen Operationsverfahren (**Netzimplantat bei Senkungsoperation**) ist die Patientin ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass unbekannte Komplikationen auftreten können.

4. Bei Auftreten einer persistierenden Schmerzhaftigkeit der Scheide kann ein **Schmerzensgeld** von 35.000,- EUR angemessen sein.

c) Aufklärungspflichtige Behandlungsalternative

OLG Köln, Urteil v. 13.03.2017 - 5 U 78/16

RID 18-02-256

juris

BGB §§ 253 II, 280 I, 823 I, 831 I, 844

Eine **aufklärungspflichtige Behandlungsalternative** setzt zwingend voraus, dass - bei unterschiedlichen Chancen und Risiken der jeweiligen Behandlung - eine medizinische Gleichwertigkeit gegeben ist. **Gleichwertigkeit** ist zu bejahen, wenn beide Behandlungen gleichermaßen medizinisch indiziert sind. Daran fehlt es hier für eine sofortige Operation mit anschließender Radiochemotherapie gegenüber einer neoadjuvanten Radiochemotherapie mit anschließender Tumorresektion.

d) Entzündungsreaktion mit Heilwirkung und Nebenwirkungen/Schmerzensgeld

LG Freiburg, Urteil v. 23.02.2018 - 1 O 297/15

RID 18-02-257

juris

BGB §§ 630d II, 630e

Vor **Verabreichung eines Arzneimittels** (hier: Dithranol), das zu einer gewünschten **Entzündungsreaktion mit Heilwirkung** führt, aber in ca. jedem fünften bis zehnten Fall zu einem Brennen, starken Rötungen und Schmerzen führen kann, was im Regelfall nach ein bis zwei Tagen, in schweren Fällen aber auch erst nach mehreren Tagen abklingt, die Wirkung und Intensität ist dabei vergleichbar einem Sonnenbrand, schwerere Nebenwirkungen wie Verbrennungen zweiten Grades, allergische Reaktionen etc. sind hingegen nicht zu erwarten, ist über die **Nebenwirkungen aufzuklären**. Bereits das bewusste Hervorrufen einer Entzündungsreaktion stellt einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Patienten dar. Hinzu tritt, dass jede Entzündungsreaktion mit **Schmerzen** verbunden sein kann. Das Risiko des Eintritts einer Verbrennung ersten Grades, also Rötungen, Brennen und Schmerzen ist mit 10-20 % bereits für sich genommen **nicht geringfügig**. Ein **Schmerzensgeld** von 900 € ist angemessen.

e) Risikoaufklärung über Komplikationen einer Knieprothesen-Operation/Häufigkeitsdefinitionen

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 20.02.2018 - 8 U 78/16

RID 18-02-258

juris

BGB § 630e; ZPO § 286 I

Leitsatz: Etwaige verbale Risikobeschreibungen (gelegentlich, selten, sehr selten etc.) in ärztlichen Aufklärungsbögen müssen sich nicht an den **Häufigkeitsdefinitionen** des Medical Dictionary for Regulatory Activities (MedDRA), die in Medikamentenbeipackzetteln Verwendung finden, orientieren.

f) Implantation einer Hüft-Totalendoprothese bei Rheumaerkrankung

OLG Köln, Urteil v. 10.01.2018 - 5 U 104/15

RID 18-02-259

juris

BGB § 823

Bei einer an **Rheuma** erkrankten Patientin ist vor einer **Implantation einer Hüft-Totalendoprothese** darüber aufzuklären, dass sie bei der zementfreien Variante das rechte Bein nach der Operation nur teilbelasten darf und dass sie für den Fall, dass sie aufgrund ihrer Rheuma-Erkrankung eine Teilbelastung möglicherweise nicht würde umsetzen können, für einen Zeitraum von etwa sechs Wochen im Rollstuhl würde sitzen müssen.

g) Hinweis auf das Risiko einer Re-Operation ausreichend

OLG Dresden, Beschluss v. 04.01.2018 - 4 U 1079/17

RID 18-02-260

juris
BGB § 630f I

Leitsatz: 1. Der Hinweis auf das **Risiko einer Re-Operation** reicht für eine Aufklärung „im Großen und Ganzen“ aus; eines Hinweises darauf, dass die Gefahr eines Fehlschlags der Primäroperation besteht, bedarf es nicht.

2. Vor der Behandlung einer **Thoraxwandhernie** ist auch nicht darüber aufzuklären, dass die Gefahr einer Dislokation des eingesetzten Prolenenetzes besteht.

Das **OLG** wies mit Beschl. v. 06.02.2018 - 4 U 1079/17 - die Berufung d. Kl. zurück.

h) Abdominale Hysterektomie und Femoralisschädigung

OLG Dresden, Urteil v. 27.03.2018 - 4 U 1457/17

RID 18-02-261

juris
BGB §§ 630e, 630h, 823

Leitsatz: 1. Eine echte **Wahlmöglichkeit**, über die der Patient vor einer relativ indizierten Operation aufzuklären ist, stellt die **konservative** oder rein abwartende **Behandlung** nur dann dar, wenn begründete Aussicht besteht, dass hiermit mehr als nur eine kurzzeitige Beschwerdelinderung erreicht werden kann.

2. Im Rahmen der **Risikoaufklärung** ist nur über ein dem Eingriff anhaftendes spezifisches Risiko dauerhafter Lähmungen gesondert aufzuklären; lediglich vorübergehende Lähmungserscheinungen sind mit dem Hinweis auf „**Nervverletzungen**“ ausreichend beschrieben. Erleidet der Patient nur eine vorübergehende Lähmung, kann er sich daher auch dann nicht auf eine unzureichende Risikoaufklärung berufen, wenn die gebotene Aufklärung über dauerhafte Lähmungserscheinungen unterblieben ist.

i) Abwarten statt operativer Entfernung des Plazentarestes/Schmerzensgeld (Verlust Gebärmutter)

LG Regensburg, Urteil v. 18.05.2017 - 4 O 5/15

RID 18-02-262

VersR 2017, 1411
BGB §§ 31, 253, 278, 280, 421, 611, 823 I

Besteht die Möglichkeit, statt der **operativen Entfernung des Plazentarests** abzuwarten, ob der vorhandene Plazentarest sich **von selbst löst**, ist hierüber aufzuklären. Dass die abwartende Methode zum Zeitpunkt des Eingriffs im Jahre 2011 **nicht zum Facharztstandard** zählte, steht der Notwendigkeit, über diese Alternative aufzuklären, nicht entgegen.

Bei der Bemessung der Höhe des **Schmerzensgeldes** spielte neben den Beschwerden der Kl. insb. die Tatsache eine entscheidende Rolle, dass weiterer Kinderwunsch der Kl. unerfüllbar geworden ist. Ein Schmerzensgeld in Höhe von 35.000 € ist angemessen

4. Maßgebliche Kenntnis für Verjährungsbeginn

OLG Köln, Urteil v. 26.07.2017 - 5 U 117/16

RID 18-02-263

juris
BGB §§ 195, 199 I, 204 I Nr. 1

Die für den **Verjährungsbeginn** maßgebliche **Kenntnis** einer Abweichung vom ärztlichen Standard kann sich nicht nur aus einem Sachverständigengutachten ergeben. Vielmehr sind **alle Umstände des Einzelfalls** zu berücksichtigen. Ein Gutachten kann danach für die Vermittlung der Kenntnis erforderlich sein. Diese kann sich aber auch aus anderen Umständen ergeben. Die Kenntnis kann auch aus der **Kenntnis eines von anderen** (hier: der Töchter) **geführten Prozesses** herrühren.

BGH, Beschl. v. 27.03.2018 - VI ZR 322/17 - juris wies die Beschwerde der Kl. gegen die Nichtzulassung der Revision zurück.

5. Vergleich mit Gesamtwirkung

OLG Köln, Urteil v. 27.09.2017 - 5 U 18/17

RID 18-02-264

juris

BGB §§ 253, 280, 423, 823 I, 831

Ein zwischen dem Gläubiger und einem anderen Gesamtschuldner vereinbarter **Erlass** wirkt nach § 423 BGB auch für die übrigen Schuldner, wenn die Vertragsschließenden das ganze Schuldverhältnis aufheben wollten. Entsprechendes gilt für den Abschluss eines **Vergleichs**. Ob ein Vergleich eine **Gesamtwirkung** haben soll, ist durch Auslegung des Vertrags zu ermitteln. Im Zweifel kommt einem Vergleich mit einem Gesamtschuldner grundsätzlich keine Gesamtwirkung zu. Eine Gesamtwirkung kann aber angenommen werden, wenn sich aus dem Vergleich ausdrücklich oder den Umständen nach ergibt, dass der Gläubiger den Willen hatte, auch gegenüber dem nicht am Vergleich beteiligten Gesamtschuldner auf weitergehende Ansprüche zu verzichten und ihn deshalb nicht mehr in Anspruch zu nehmen (BGH, Urt. v. 22.12.2011 - VII ZR 7/11 - BGHZ 192, 182, juris Rn.11, 21 f.).

6. Sachverständige

a) Heranziehung eines Sachverständigengutachtens in Schlichtungsverfahren

OLG Brandenburg, Beschluss v. 09.05.2017 - 12 U 260/16

RID 18-02-265

juris = MedR 2018, 128

BGB §§ 249, 253, 276, 278, 280, 611, 823; 831

Der Tatrichter kann von der Einholung eines zusätzlichen gerichtlichen Sachverständigengutachtens absehen, wenn ihm ein früher erstattetes Gutachten über die Beweisfrage vorliegt, wie eben unter Umständen ein **medizinisches Sachverständigengutachten in einem Schlichtungsverfahren**, welches alle maßgebenden Fragen umfassend und überzeugend beantwortet (vgl. z.B. BGH NJW 1987, 2300, juris Rn. 9). Dabei können sämtliche auf Veranlassung der Schlichtungsstelle eingeholte oder selbst abgegebene **medizinische Stellungnahmen** einheitlich als Urkunde verwertet werden, wenn sie von entsprechend medizinisch ausgebildeten Ärzten stammen, die in einem neutralen Verhältnis gegenüber sämtlichen am Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien stehen, sofern diese Stellungnahmen gerade auch der medizinisch-fachlichen Beantwortung und Klärung von im konkreten Schlichtungsverfahren maßgebenden Fragen dienen sollten. Insoweit macht es keinen Unterschied, ob der bestellte Schlichtungsgutachter nochmals auf Einwände und Nachfragen der am Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien sachverständig erwidert oder - statt seiner - die **Schlichtungsstelle** selbst, wenn und soweit an der Stellungnahme der Schlichtungsstelle auch Personen mitwirken, die kraft ihrer Ausbildung über hinreichende medizinische Fachkenntnisse verfügen, um - wie der Schlichtungsgutachter selbst - sach- und fachgerecht sowie kompetent zu den Einwendungen und Fragen der Parteien Stellung beziehen zu können, da sämtliche sachverständige Angaben durch neutrale Dritte in einem Schlichtungsverfahren als eine einheitliche medizinische Bewertung verstanden werden müssen, bei der die zeitlich spätere Stellungnahme die vorhergehende lediglich ergänzt und keine eigene, vom vorhergehenden Gutachten losgelöste, weitere gutachterliche Stellungnahme darstellen soll.

b) Hoheitliche Tätigkeit eines ärztlichen Sachverständigen im Verwaltungsverfahren

OLG Köln, Beschluss v. 28.08.2017 - 5 U 12/17

RID 18-02-266

juris

BGB § 839 I 2

Durch die BGH-Rspr. ist geklärt, dass ein **ärztlicher Sachverständiger** in Fällen, in denen eine Behörde oder ein Sozialleistungsträger ihn zur Vorbereitung des Erlasses eines Verwaltungsaktes mit der Untersuchung und Begutachtung einer Person beauftragt hat, hoheitliche Aufgaben wahrnimmt. Dabei hat der BGH ausdrücklich eine Unterscheidung zwischen dem in einem **Verwaltungsverfahren** beauftragten ärztlichen Sachverständigen und dem **gerichtlichen Sachverständigen** vorgenommen, der nicht **hoheitlich** tätig wird.

Auf den Umstand, dass für Berufsgenossenschaften nicht mehr die Vorschriften der RVO, sondern die des SGB VII und des SGB X anwendbar sind, kann es schon deshalb nicht ankommen, weil der BGH nicht auf Besonderheiten der RVO abgestellt hat.

c) Selbständiges Beweisverfahren: Ergänzung der Beweisfragen

OLG Dresden, Beschluss v. 01.02.2018 - 4 W 81/18

RID 18-02-267

juris
ZPO §§ 142 I, 485 II, 572

Leitsatz: 1. Gegen die Ablehnung der **Anordnung einer Urkundenvorlegung** ist auch im **selbständigen Beweisverfahren** kein Rechtsmittel gegeben (Anschluss BGH, Beschluss vom 29. November 2016, VI ZB 23/16).

2. Eine Beweisaufnahme zu Fragen, die sich ohne medizinische Kenntnisse unschwer **aus den Behandlungsunterlagen entnehmen lassen**, kommt auch im selbständigen Beweisverfahren nicht in Betracht.

7. Bestimmung der örtlichen Zuständigkeit des Gerichts bei Krankheitsschub

OLG Köln, Beschluss v. 31.07.2017 - 5 W 9/17

RID 18-02-268

juris
ZPO § 32

Wird ein Patient nach seinem Vortrag vor dem Hintergrund einer gesicherten Multiple Sklerose-Diagnose in einer Reha-Einrichtung vorstellig, um eine Basis-Behandlung gegen diese Erkrankung durchzuführen, wird ihm dies jedoch unter Hinweis auf eine nicht hinreichend gesicherte Diagnose verweigert und kommt es drei Tage später - zu Hause - zum Ausbruch eines massiven neuen Schubs seiner Erkrankung, so ist im **Krankheitsschub** ein **Primärschaden** zu sehen, der maßgeblich für die Bestimmung der **örtlichen Zuständigkeit des Gerichts** ist. Die Frage des Erfolgsortes darf nicht davon abhängen, ob eine mehr oder minder abstrakte Risikoerhöhung im Hinblick auf den gesundheitlichen Zustand eines ohnehin **vorerkrankten Patienten** eingetreten ist, sondern muss einen **klaren und fassbaren Ansatzpunkt** haben, nämlich das aus medizinischer Sicht zu bestimmende Ausbrechen der Erkrankung bzw. des Krankheitsschubes, was regelmäßig mit dem Auftreten der entsprechenden Symptome einhergehen wird.

8. PKH: Fehlende Erfolgsaussicht

OLG Naumburg, Beschluss v. 14.12.2016 - 1 W 52/16 (PKH)

RID 18-02-269

juris
BGB § 823 I; ZPO § 114 I

Leitsatz: Auch unter Berücksichtigung der herabgesetzten Anforderungen an die Darlegung anspruchsbegründender Tatsachen in Arzthaftungssachen fehlt es an der hinreichenden **Erfolgsaussicht** einer beabsichtigten Klage auf Schadensersatz gegen einen Krankenhausträger, wenn sich das Vorbringen des schwerst vorgeschädigten Antragstellers (hier: erlittene schwere Kohlenmonoxidvergiftung) darauf beschränkt, es sei „davon auszugehen“, dass die Behandlung im Krankenhaus „unzureichend“ gewesen sei, „ggfs.“ habe nicht die Kohlenmonoxidvergiftung den wachkomatösen Zustand des Antragstellers hervorgerufen, sondern eine behandlungsfehlerhafte Sedierung im Krankenhaus. Das gilt jedenfalls dann, wenn ein vom Antragsteller mit dem Prozesskostenhilfeantrag vorgelegtes Privatgutachten zu dem Ergebnis gelangt, ärztliche Sorgfaltspflichtverletzungen seien nicht festzustellen, namentlich stellten sich die Sedierung als fehlerfrei und das Wachkoma als eine unmittelbare Folge der Kohlenmonoxidvergiftung dar.

9. Zahnärztliche Behandlung

a) Aufklärung über Verlaufskontrollen bei Leukoplakie nicht Aufgabe des MKG-Chirurgen

OLG Köln, Urteil v. 28.02.2018 - 5 U 124/16

RID 18-02-270

juris
BGB § 823 I

Aufgrund einer klinisch diagnostizierten **Leukoplakie** besteht eine eindeutige medizinische Indikation zu regelmäßigen **Verlaufskontrollen** der Mundschleimhaut in einem Untersuchungsintervall von sechs Monaten wegen der Unsicherheit hinsichtlich der Vorhersehbarkeit einer malignen Transformation von Mundschleimhautveränderungen, d.h. der Weiterentwicklung zum Mundkrebs. Die Vorsorgeuntersuchung der Mundschleimhaut ist einschl. der Aufklärung grundsätzlich dem **Zuständigkeitsbereich des Zahnarztes** zuzuordnen, nicht dem des Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen.

b) Patientenablehnung der Eingliederung/Frühkontakte/Schienentherapie

LG Wuppertal, Urteil v. 16.01.2018 - 5 O 450/15

RID 18-02-271

juris
BGB § 823 I

Ein Behandlungsfehler durch eine **unterlassene endgültige Eingliederung einer Krone** liegt nicht vor, wenn die Patientin mehrfach auf das Erfordernis einer endgültigen Eingliederung hingewiesen, diese aber immer abgelehnt wird.

Grundsätzlich kann es immer zu **Frühkontakten** kommen, wenn ein **Zahnersatz** erstmalig eingegliedert wird. Erst wenn Frühkontakte ohne weitere zahnärztliche Eingliederungsmaßnahmen, wie Abschleifen und Beschleifen, belassen werden, wäre dies fehlerhaft.

Eine **Schienentherapie** dient der Therapie von Muskelverspannungen und ist nicht dazu geeignet, einen möglicherweise nicht richtigen Zusammenbiss, der eine prothetische Ursache hat, zu beseitigen. Erst nach Beseitigung des Frühkontakts ist ggfs. eine Aufbissschienentherapie durchzuführen.

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Ausnutzung eines vorangegangenen wettbewerbswidrigen Verhaltens (Knochenzement I)

BGH, Urteil v. 16.11.2017 - I ZR 161/16

RID 18-02-272

juris
UWG §§ 3 I, 3a, 17 II; ZPO § 308 I

Leitsatz: Knochenzement I

1. Ein auf § 3a UWG i.V. mit § 17 UWG gestützter Unterlassungsanspruch unter dem Gesichtspunkt des Verbots der **Fruchtziehung** aus einer **vorangegangenen Verletzung von Betriebsgeheimnissen** erfasst nicht den Vertrieb und die Bewerbung von Produkten, die zwar Nachfolgeprodukte von unter Verletzung von Betriebsgeheimnissen hergestellter Produkte sind, selbst aber nicht unter Verletzung von Betriebsgeheimnissen hergestellt werden.

2. Die ist nicht per se, sondern nur dann nach der wettbewerbsrechtlichen Generalklausel gemäß § 3 Abs. 1 UWG unzulässig, wenn sie unmittelbar mit dem vorangegangenen Wettbewerbsverstoß zusammenhängt und ihrerseits die Voraussetzungen einer unlauteren geschäftlichen Handlung im Sinne von § 3 Abs. 1 UWG erfüllt.

3. Ein auf Naturalrestitution gerichteter **Schadensersatzanspruch** wegen Verletzung von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen kann allenfalls darauf gerichtet sein, dem Schädiger die Benutzung des unbefugt erlangten oder verwerteten Geschäfts- oder Betriebsgeheimnisses zu verbieten.

b) Behauptung einer Spitzenstellung (Knochenzement II)

BGH, Urteil v. 16.11.2017 - I ZR 160/16

RID 18-02-273

juris

UWG §§ 3 I, 3a, 5 I, 5a I, 17 II

Leitsatz: Knochenzement II

1. Mit der **Behauptung einer Spitzenstellung** verbindet der Verkehr regelmäßig die Erwartung, dass der Anbieter in der Lage ist, nach den maßgeblichen Kriterien von Qualität, Service und Preis für den Käufer besonders attraktive Produkte anzubieten. Dass das Unternehmen eine in der Werbung herausgestellte Spitzenstellung nicht (allein) durch eigene Leistung bei der Entwicklung oder dem Vertrieb eines besonders wettbewerbsfähigen Produkts, sondern unter **Verletzung von Betriebsgeheimnissen eines Wettbewerbers** erreicht hat, stellt der Verkehr erfahrungsgemäß nicht in Rechnung.

2. Bewirbt der Anbieter ein neues Produkt unter **Hinweis auf** die in der Vergangenheit mit einem anderen Produkt erworbene **Marktführerschaft**, ist das Verschweigen dieses Umstands deshalb im Regelfall geeignet, eine unrichtige Vorstellung über die Leistungsfähigkeit des Anbieters hervorzurufen und damit die Entschließung des Publikums über den Erwerb des beworbenen Nachfolgeprodukts im Sinne von § 5a Abs. 1 UWG in unlauterer Weise zu beeinflussen.

c) Durchführung eines neuen Konformitätsbewertungsverfahrens bei Parallelimport

BGH, Urteil v. 01.06.2017 - I ZR 152/13

RID 18-02-274

juris = WRP 2017, 1094 = Magazindienst 2017, 814 = GRUR 2017, 938 = Pharma Recht 2017, 452 = MPR 2017, 168

UWG § 3a; EGRL 79/98 Art. 8, 9, 11; ZPO §§ 33 I, 256 II, 542 II 1, 802, 927 II

Leitsatz: Teststreifen zur Blutzuckerkontrolle II

1. Der **Parallelimporteuer** eines Produkts zur Eigenanwendung für die Blutzuckerbestimmung, das die CE-Kennzeichnung trägt und von einer benannten Stelle einer **Konformitätsbewertung** unterzogen worden ist, ist nicht verpflichtet, eine neue Bewertung vornehmen zu lassen, mit der die Konformität der Kennzeichnung und der Gebrauchsanweisung dieses Produkts wegen ihrer Übersetzung in die Amtssprache des Einfuhrmitgliedstaats bescheinigt werden soll (im Anschluss an EuGH, Urteil vom 13. Oktober 2016, C-277/15, GRUR Int. 2016, 1149 Rn. 52 = WRP 2017, 161 - Servoprax/RDD; Aufgabe von BGH, Urteil vom 12. Mai 2010, I ZR 185/07, GRUR 2010, 756 Rn. 11 = WRP 2010, 1020 - One Touch Ultra).

2. Unterlassungsansprüche, Auskunfts- und Schadensersatzansprüche sowie Ansprüche auf Abmahnkostenersatz hängen nicht in einer Weise voneinander ab, die die Erhebung einer **Zwischenfeststellungsklage** gemäß § 256 Abs. 2 ZPO zulässt (Ergänzung zu BGH, Urteil vom 2. Mai 2002, I ZR 45/01, BGHZ 150, 377, 383 - Faxkarte; Urteil vom 31. Mai 2012, I ZR 45/11, GRUR 2012, 949 Rn. 36 = WRP 2012, 1086 - Missbräuchliche Vertragsstrafe).

3. Gegenüber einer nach vorausgegangenem Verfügungsverfahren erhobenen Hauptsacheklage kann im Wege der **Widerklage** ein **Antrag auf Aufhebung der einstweiligen Verfügung** verfolgt werden.

4. Bei einer nach Erlass einer einstweiligen Verfügung erhobenen Hauptsacheklage liegt der für die Zulässigkeit einer **Hilfswiderklage** auf Aufhebung der einstweiligen Verfügung im Falle der Abweisung der Hauptsacheklage gemäß § 33 Abs. 1 ZPO erforderliche Sachzusammenhang regelmäßig vor.

5. Mit der **Revision** kann die **Aufhebung einer einstweiligen Verfügung** im Wege der (Eventual-)Widerklage nicht begehrt werden.

2. Apotheken

a) Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)

aa) Konkurrentenklage: Defekturarzneimittel eines Apothekers (Harnstoffkapseln)

BVerwG, Beschluss v. 22.02.2018 - 3 B 69.16

RID 18-02-275

juris

VwGO § 42 II; AMG §§ 1, 21; GG Art. 2 I, 12 I, 14 I, 19 IV

Auf Nichtzulassungsbeschwerde gegen *OVG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 22.09.2016 - 13 A 2378/14 - RID 17-01-272 wird die Revision zugelassen.

Das Revisionsverfahren wird dem BVerwG voraussichtlich Gelegenheit zur Klärung der Frage geben, ob der **Inhaber einer Arzneimittelzulassung** gemäß § 42 II VwGO befugt ist, die einem wettbewerbsrechtlichen Unterlassungsanspruch entgegenstehende Feststellung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte **anzufechten**, dass ein vergleichbares Arzneimittel, das von einem Apotheker hergestellt wird, nicht der Zulassungspflicht unterliegt (§ 21 II Nr. 1, IV AMG). Zudem bietet das Revisionsverfahren voraussichtlich Gelegenheit zu einer weitergehenden Klärung von Inhalt und Reichweite des Grundrechtsschutzes der **unternehmerischen Berufstätigkeit** am Arzneimittelmarkt unter dem Gesichtspunkt der Teilhabe am Wettbewerb.

bb) Konkurrentenwiderspruch gegen Feststellungsbescheid/Einstweiliges Anordnungsverfahren

BVerwG, Beschluss v. 22.02.2018 - 3 VR 1.17

RID 18-02-276

juris

VwGO § 80b II

Das OVG hat in tatsächlicher Hinsicht festgestellt, dass die von der **Inhaberin einer zentralen Zulassung** für das Arzneimittel „Helicobacter Test INFAI“ mit dem alleinigen Wirkstoff 13C-Harnstoff (Ast.) vorgelegten **Umsatzzahlen** nicht auf eine durch den angefochtenen Bescheid, mit dem festgestellt wurde, dass die beigel. Apotheke für die von ihr hergestellten 13C-Harnstoffkapseln gemäß § 21 II Nr. 1 AMG keine arzneimittelrechtliche Zulassung benötigt, herbeigeführte **Wettbewerbsveränderung** schließen lassen. Tritt dem die Ast. nicht entgegen, dann ist nicht erkennbar, dass der angefochtene Bescheid ihre unternehmerische Tätigkeit im Sinne eines spürbaren wirtschaftlichen Schadens beeinträchtigt hat.

b) Berufspflichten

aa) Zytostatikalösungen aus in Deutschland nicht verkehrsfähigen Fertigarzneimitteln

LandesberufsG für Heilberufe Münster, Urteil v. 23.11.2017 - 13 A 1126/15.T

RID 18-02-277

juris

HeilBerG NRW §§ 76 III, 92 IIa; StGB § 263 I, III Nr. 1

Gemäß § 76 III HeilBerG sind für die Entscheidung im **berufsgerichtlichen Verfahren** die **tatsächlichen Feststellungen** des **strafgerichtlichen Urteils** bindend, wenn nicht das Berufsgerecht für Heilberufe einstimmig die Nachprüfung beschließt. Das Berufsgerecht ist nicht an einen rechtskräftigen **Strafbefehl des Amtsgerichts** gebunden. Es ist Sache des Berufsgerechts zu prüfen, welche rechtlichen Folgerungen sich aus einem festgestellten Sachverhalt ergeben. Der Gesetzgeber schließt auch nach Sinn und Zweck der Vorschrift nur die erneute Beweiserhebung aus. Darüber hinaus gilt die Bindungswirkung nach dem eindeutigen Wortlaut sowie nach Sinn und Zweck des § 76 III HeilBerG nur für strafgerichtliche Urteile, nicht aber für Strafbefehle.

Eine Apothekerin hat sich nicht dadurch des Betrugs strafbar gemacht, dass sie **Zytostatikalösungen**, die sie aus in Deutschland nicht verkehrsfähigen Fertigarzneimitteln zubereitet hat, gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen wie solche abgerechnet hat, die aus in Deutschland oder zentral in der EU zugelassenen Fertigarzneimitteln hergestellt worden sind. Die maßgeblichen Verkehrskreise waren vielmehr der zur Tatzeit - September 2005 bis August 2007 - in pharmazeutischer Praxis und

Rechtsprechung wohl einhellig vertretenen Meinung, dass Zytostatika-Zubereitungen, die regelmäßig aus Fertigarzneimitteln als Ausgangsstoffen hergestellt werden, als Rezepturarzneimittel anzusehen seien. Als solche durften sie auch bei Verwendung eines hier nicht zugelassenen Fertigarzneimittels zu ihrer Herstellung abgerechnet werden. Die Herkunft der verwendeten Fertigarzneimittel war für die Krankenkassen als Erklärungsempfänger der Abrechnungen ohne Belang. Es durften die Preise zugrunde gelegt werden, die in der – anhand entsprechender zugelassener Präparate berechneten – Lauer-Taxe genannt waren. Selbst bei einer Offenlegung der Einkaufsvorteile hätten den gesetzlichen Krankenkassen keine Abschläge auf die vom Apotheker geltend gemachten Erstattungsansprüche zugestanden. Erst mit der AMG-Novelle vom 17.07.2009 hat der Gesetz- und Verordnungsgeber festgelegt, dass eine Berechnung anhand der tatsächlichen Einkaufspreise vorzunehmen ist (vgl. § 129 Vc SGB V), und ist nunmehr nach den Abrechnungsbestimmungen Voraussetzung einer Abrechenbarkeit von parenteralen Zubereitungen, dass für ihre Herstellung nur in Deutschland zugelassene und verkehrsfähige Fertigarzneimittel verwendet worden sind.

Eine Apothekerin handelt **ohne Täuschungsvorsatz**, wenn sie vom Bestehen eines sozialrechtlichen Erstattungsanspruchs gegenüber den Krankenkassen ausgeht.

bb) Fehlerhafte Abgabe eines Arzneimittels

BerufsG für Heilberufe Münster, Urteil v. 18.10.2017 - 17 K 5288/17.T

RID 18-02-278

juris

HeilBerG NRW § 29 I; BO Apotheker Westfalen-Lippe

Im **berufsgerichtlichen Verfahren** sind nach § 76 III HeilBerG NRW die tatsächlichen Feststellungen eines **strafgerichtlichen Urteils** bindend, wenn nicht das Berufsgerecht für Heilberufe einstimmig die Nachprüfung beschließt.

Das Gebot gemäß § 17 V 1 ApBetrO, nur der **ärztlichen Verschreibung** entsprechende Arzneimittel abzugeben, gehört zu den Kernpflichten des Beschuldigten als Apotheker. Es liegt ein fahrlässiger Verstoß gegen die Berufspflichten vor, wenn ein Apotheker den gebotenen **Abgleich** zwischen der ärztlichen Verschreibung und dem abgegebenen Arzneimittel nicht vornimmt.

Die Berufsgerichte haben mit ihren Maßnahmen den „**berufsrechtlichen Überhang**“ der Straftaten zu erfassen.

c) Versandapotheke: Telefonische Beratungsmöglichkeiten

OLG Karlsruhe, Urteil v. 09.02.2018 - 4 U 87/17

RID 18-02-279

juris

ApBetrO § 17 IIa Nr. 7; BGB § 312q II Nr. 2

Nach § 17 IIa 1 Nr. 7 ApBetrO besteht die Verpflichtung, Bestellkunden auf die **telefonische Beratungsmöglichkeit** unter Mitteilung von Verbindungsmöglichkeit und Beratungszeiten hinzuweisen. Damit soll dem Betreiber einer Versandapotheke die Schaffung einer der Beratungsmöglichkeit im stationären Arzneimittelhandel vergleichbaren Informations- und Beratungsmöglichkeit aufgegeben werden. Jede weitere **Kostenbelastung** ist unzulässig, welche die Entscheidungsfreiheit des Kunden, sich beraten zu lassen, unmittelbar oder mittelbar zu beschränken geeignet ist. Auch geringfügige Gebühren ohne Zeitlimit sind als in diesem Sinne unzulässig anzusehen. Auch der Höhe nach üblichen Festnetzgebühren oder üblichen Mobilfunkgebühren entsprechende Kosten bedeuten gegenüber den weit verbreiteten Flatrates Mehrkosten und sind geeignet, Bestellkunden aus diesem Grund oder im Fall geringer oder erschöpfter Prepaid-Handy-Guthaben von der Inanspruchnahme der Hotline abzuhalten.

d) Verbot von „Video-Apotheken“

LG Mosbach, Urteil v. 21.12.2017 - 4 O 35/17 KfH

RID 18-02-280

juris

UWG §§ 3, 3a, 8 III Nr. 2; AMG § 43; ApoG § 11a

Unter den weit auszulegenden Begriff des **Versandhandels** fällt jedoch nicht die Abholung von Arzneimitteln von einem Ort, wo diese gelagert sind und von dem aus der Kunden sie wenige Augenblicke zuvor angefordert hat.

Vor einer Abgabe der Arzneimittel an Verbraucher hat eine **stichprobenartige Sinnesprüfung** - Aussehen, Geruch, Geschmack - der Fertigarzneimittel stattzufinden. Die rein visuelle Kontrolle, die ein Videoberater vornehmen kann, ist nicht ausreichend. Der Verstoß gegen § 12 I ApBetrO erfüllt den Tatbestand von §§ 3, 3a UWG.

Die Beseitigung einer Unklarheit durch **Änderung des Rezeptes** und Abzeichnung der Änderung muss vor der Abgabe des Medikaments erfolgen.

Das **Abzeichnen des Rezepts** muss bei der Abgabe des Arzneimittels erfolgen.

e) 1-Euro-Gutschein keine spürbare wettbewerbsrechtliche Beeinträchtigung

KG Berlin, Urteil v. 15.03.2018 - 5 U 97/15

RID 18-02-281

Revision anhängig: BGH - I ZR 60/18 -

juris = A&R 2018, 86

HeilMWerbG § 7 I 1; AMG §§ 2, 78 III; UWG § 3

Die Gewährung eines **1-Euro-Gutscheins** bei Kauf eines Rx-Arzneimittels verstößt gegen das HeilMWerbG, ist aber keine spürbare **wettbewerbsrechtliche Beeinträchtigung**.

LG Berlin, Urt. v. 13.05.2015 - 97 O 12/15 - RID 15-04-244 verurteilte die Bekl., es zu unterlassen, im geschäftlichen Verkehr Kunden, die ein Rezept für ein rezeptpflichtiges, preisgebundenes Arzneimittel einlösen, einen Einkaufsgutschein über einen Euro zu gewähren. Das **KG** wies die Klage ab.

f) Rückerstattung der Umsatzsteuer (Zytostatika-Versorgung)

aa) Bruttopreisabrede/Verpflichtung zur Vertragsanpassung

OLG Schleswig, Urteil v. 20.12.2017 - 4 U 69/17

RID 18-02-282

juris

BGB § 812 I; VVG §§ 86, 194

Ein Wille, den Preis in jedem Fall, d. h. unabhängig vom Anfall der Umsatzsteuer, verlangen zu dürfen, lässt sich dem Ausweis eines Preises als „**Gesamt-Brutto-Preis**“ nicht entnehmen. Ein Festpreis wird damit nicht vereinbart.

Fehlt eine Regelung, ob und inwieweit sich der Rechnungsbetrag für die Arzneimittel reduziert, wenn auf die Leistungen keine Umsatzsteuer zu entrichten ist, dann ist nach § 313 II BGB eine **Anpassung** des Gewollten an die Wirklichkeit vorzunehmen. Es ist davon auszugehen, dass die von der Apotheke nicht zu zahlende Umsatzsteuer gegenüber dem Versicherungsnehmer nicht geltend gemacht worden wäre, wenn die fehlende Umsatzsteuerpflicht bekannt gewesen wäre.

LG Kiel, Urt. v. 16.06.2017 - 8 O 95/17 - RID 18-01-240 wies die Klage einer privaten Krankenversicherung ab, das **OLG** verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die Kl. 7.621,41 € nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Pflicht zur Rückerstattung von Umsatzsteuer für Zytostatika-Zubereitungen

LG Duisburg, Beschluss v. 15.05.2017 - 5 S 12/17

RID 18-02-283

juris

BGB § 812 I 1; UStG §§ 4 Nr. 14, 14c I

Ohne besondere Vereinbarung ist davon auszugehen, dass der Leistungsempfänger zur Zahlung von **Umsatzsteuer** nur insoweit verpflichtet ist, wie der Leistende auch einen steuerbaren Umsatz hatte. Ein in einem Krankenhaus ambulant behandelter Patient bzw. aus übergegangenem Recht dessen

Krankenversicherung hat gegen das Krankenhaus, das in Unkenntnis der später ergangenen Rechtsprechung des BFH (Urt. v. 24.09.2014 - V R 19/11 - RID 15-01-297) für die entgeltliche Abgabe von individuell zubereiteten Zytostatika steuerrechtlich zu Unrecht Umsatzsteuer entrichtet hat, unter dem Gesichtspunkt **ungerechtfertigter Bereicherung** gemäß § 812 Abs. 1 S. 1 1. Alt. BGB einen Anspruch auf **Rückzahlung** der entrichteten Umsatzsteuer.

3. Genehmigung zum Anbau von Cannabis für Eigenbedarf

a) Kein Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken für Eigenbedarf

VG Köln, Urteil v. 05.02.2018 - 7 K 3308/15

RID 18-02-284

juris

BtMG § 3 II

Der **Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken für den Eigenbedarf** von Patienten liegt grundsätzlich **nicht mehr im öffentlichen Interesse**. Der **Gesetzgeber** hat nunmehr ein **anderes Verfahren vorgegeben**, mit dem die Versorgung schwerkranker Patienten mit Cannabis erfolgen soll. Durch das Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften v. 06.03.2017 wurden neben den bereits vorhandenen wenigen Fertigarzneimitteln außerdem getrocknete Blüten aus staatlich kontrolliertem Anbau in Anlage III des Gesetzes aufgenommen und damit verschreibungsfähig. Außerdem haben gesetzlich Versicherte einen Anspruch gegen die Krankenkasse auf Erstattung der Kosten von cannabishaltigen Arzneimitteln erhalten (§ 31 VI SGB V). Ferner wurde erstmalig der Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken in Deutschland unter der Kontrolle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte gestattet (§ 19 IIa BtMG).

Die Anbauerlaubnis kann auch nicht neben der **ärztlichen Verschreibung auf Kassenrezept** erteilt werden. Das Änderungsgesetz sollte nach dem ausdrücklich erklärten Willen des Gesetzgebers auch dem Zweck dienen, die Erteilung einer Anbauerlaubnis in Zukunft überflüssig zu machen.

Es ist nicht ersichtlich, dass die neue Regelung **verfassungsrechtliche Bedenken** aufwirft und deshalb zur Deckung einer Regelungslücke weiterhin die Erteilung einer Anbauerlaubnis zulässig und rechtlich geboten wäre.

b) Keine Erlaubnis zum Erwerb von Cannabis nach gesetzlicher Neuregelung

VG Köln, Urteil v. 05.02.2018 - 7 K 2096/15

RID 18-02-285

juris

BtMG § 3 II

Der **Erwerb von Cannabis zu medizinischen Zwecken** für den Eigenbedarf von Patienten mittels einer Erlaubnis des BfArM liegt grundsätzlich nicht mehr im öffentlichen Interesse, da **andere Wege zur Versorgung** des Patienten geregelt sind. Nach der Rechtsprechung vor der Gesetzesänderung bestand ein öffentliches Interesse an der Versorgung einzelner schwer kranker Patienten mit Cannabis, wenn hierdurch die Heilung oder Linderung der Beschwerden möglich war und dem Betroffenen keine gleichwirksame und für ihn erschwingliche Therapiealternative zur Verfügung stand. Durch das Gesetz vom 06.03.2017 wurden neben den bereits vorhandenen wenigen Fertigarzneimitteln außerdem getrocknete Blüten aus staatlich kontrolliertem Anbau in Anlage III des Gesetzes aufgenommen und damit verschreibungsfähig. Außerdem haben gesetzlich Versicherte einen Anspruch gegen die Krankenkasse auf Erstattung der Kosten von cannabishaltigen Arzneimitteln erhalten, § 31 VI SGB V.

Parallelverfahren:

VG Köln, Urteil v. 30.01.2018 - 7 K 7275/14

RID 18-02-286

juris

VG Köln, Urteil v. 30.01.2018 - 7 K 2118/15

RID 18-02-287

juris

c) Kein Schadensersatzanspruch gegen Bundesinstitut für Arzneimittel u. Medizinprodukte

VG Köln, Beschluss v. 04.12.2017 - 7 L 3672/17

RID 18-02-288

juris

VwGO § 123 I; BtMG § 3 II

Es besteht **kein Anspruch gegen das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte**, alle anfallenden **Kosten** für die **Versorgung mit getrockneten Cannabisblüten** zu bezahlen, bis die Krankenkasse die Kosten übernimmt. Für einen derartigen Zahlungsanspruch oder Schadensersatzanspruch ist keine Anspruchsgrundlage ersichtlich. Das Betäubungsmittelgesetz enthält keine spezielle Rechtsnorm, die einen derartigen Anspruch begründet. Für Amtshaftungsansprüche nach § 839 BGB i.V.m. Art. 34 S. 3 GG ist der Verwaltungsrechtsweg nicht eröffnet. Diese können nur vor den ordentlichen Gerichten verfolgt werden. Ein Folgenbeseitigungsanspruch besteht nicht, wenn sich nicht feststellen lässt, dass aufgrund der vor dem 10.03.2017 geltenden Rechtslage ein Anspruch auf die Erteilung der Anbauerlaubnis bestanden hätte, die somit rechtswidrig war.

4. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Wertgrenze für Zuwendungen an Apotheker

OLG Stuttgart, Urteil v. 22.02.2018 - 2 U 39/17

RID 18-02-289

juris

HeilmWerbG § 7

Für Zuwendungen an den **Verbraucher** hat der BGH eine Wertgrenze von 1 € definiert. Diese Wertgrenze gilt in gleicher Weise für die **Angehörigen der Fachkreise**.

b) Augenlaseroperation: Eignungsscheck als handelsübliche Nebenleistung

OLG München, Urteil v. 09.11.2017 - 29 U 4850/16

RID 18-02-290

juris = WRP 2018, 247

UWG § 3a; HWG § 7

Leitsatz (WRP): Ein im Rahmen einer **Augenlaseroperation** angebotener **Eignungsscheck** ist eine handelsübliche **Nebenleistung**, wenn er von so genannten **Patientenberatern** angeboten wird.

c) Werbung mit einem nicht zugelassenen Anwendungsgebiet (Schmerzmittel)

OLG Stuttgart, Urteil v. 08.06.2017 - 2 U 127/16

RID 18-02-291

juris = Magazindienst 2017, 780 = PharmR 2017, 345 = StoffR 2017, 201 = GRUR-RR 2018, 86

HeilmWerbG §§ 3a, 17; UWG §§ 5 I 1. 8 I

Eine Werbung für ein Medikament, das allein für die Anwendungsgebiete „leichte bis mäßig starke **Schmerzen** (wie Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, Regelschmerzen, schmerzhafte Beschwerden, die im Rahmen von Erkältungskrankheiten auftreten)“ sowie Fieber zugelassen ist, mit der Angabe „Eine Extraportion Vitamin C unterstützt das **Immunsystem**“ verstößt gegen § 3a HWG, da es danach verboten ist, für ein zulassungspflichtiges Arzneimittel ein nicht von der Zulassung erfasstes Anwendungsgebiet explizit zu nennen.

d) Wirksame Waffe gegen Orangenhaut

LG Bayreuth, Urteil v. 01.02.2018 - 13 HK O 44/17

RID 18-02-292

<http://www.gesetze-bayern.de> = juris

UWG §§ 3, 3a, 5, 8, 12; ZPO § 294 II; GVG § 184

Leitsatz: 1. **Werbeangaben**, die eine unmittelbare Auswirkung des beworbenen Produkts auf Funktionsweise, Substanz und Erscheinungsbild des menschlichen Körpers behaupten, sind nur zulässig, wenn sie gesicherter **wissenschaftlicher Erkenntnis** entsprechen.

2. Umstritten ist die Wirkung eines Verfahrens oder Produkts auch dann, wenn die wissenschaftliche **Lehrmeinung** davon ausgeht, dass es ein wirksames Verfahren oder Produkt nicht gibt.
3. Macht der Verfügungskläger glaubhaft, dass nach bisherigem Stand der Wissenschaft keine wirksame Methode gegen eine bestimmte körperliche Erscheinung (hier Dermopanniculosis deformans oder „Orangenhaut“) bekannt ist, muss der werbende **Verfügungsbeklagte glaubhaft** machen, dass dem von ihm beworbenen Produkt die in Anspruch genommene Wirkung auch tatsächlich zukommt; er kann sich nicht darauf beschränken darzulegen, dass ein mit seinem Produkt neu eingeführtes Verfahren noch nicht widerlegt worden ist.
4. Zur **Glaubhaftmachung** im einstweiligen Verfügungsverfahren sind **fremdsprachige Urkunden** nur geeignet, wenn das Gericht und alle Prozessbeteiligten diese verstehen und sich dazu einlassen können. Das Nachreichen einer Übersetzung oder deren Veranlassung durch das Gericht widerspricht dem Grundsatz der sofortigen Beweisaufnahme.

e) Unterlassungsanspruch nach den Grundsätzen des sog. ergänzenden Leistungsschutzes

OLG Hamburg, Urteil v. 21.09.2017 - 3 U 112/15

RID 18-02-293

juris

SGB V § 129; UWG §§ 3, 4 Nr. 9 Buchst. b, 8 I

Dass **Generika** nach **Ablauf eines arzneilichen Patents** unter Bezugnahme auf die Zulassungsunterlagen des Originalherstellers ohne dessen Zustimmung hergestellt werden können, ist dem Fachverkehr bekannt. Die Annahme lizenzrechtlicher Beziehungen zwischen den Parteien kommt daher allenfalls in Betracht, wenn der Verkehr annehmen könnte, dass es sich bei den Parteien um konzernverbundene Unternehmen handelt. Aber selbst im Bereich konzernverbundener Generikaunternehmen sind lizenzrechtliche Verbindungen eines solchen Unternehmens zum Originalhersteller nicht schon naheliegend. Denn auch derartige Generikaunternehmen bedürfen für die Herstellung und den Vertrieb von Generika grundsätzlich **keiner Zustimmung des Originalherstellers**.

Dass es auch **Tochterunternehmen eines Originalherstellers** gibt, die nach Ablauf des Patentschutzes zum Originalarzneimittel **Generika vertreiben**, begründet deshalb nicht schon die Annahme, der Fachverkehr könnte jeden Generikahersteller für ein möglicherweise mit dem Originalhersteller konzernverbundenes Unternehmen halten. Bloße Vermutungen allgemeiner Art genügen dafür nicht. Das muss vielmehr für den Verkehr aufgrund konkreter Anhaltspunkte für den konkreten Fall naheliegend sein.

f) Werbung für ein Lebensmittel und Krankheitsbezug

OLG Karlsruhe, Urteil v. 11.10.2017 - 6 U 59/16

RID 18-02-294

juris = Magazindienst 2018, 133

LFGB § 11 I Nr. 2; DiätV § 21 II Nr. 2; UWG §§ 3, 3a

Leitsatz: 1. Werden bei der **Werbung für ein Lebensmittel** in einem einheitlichen Newsletter neben dessen angeblichen Wirkungen auf Morbus Alzheimer und Demenz auch Wirkungen auf normale und alterstypische Gedächtnisprobleme behauptet, so können auch letztere Behauptungen in der Wahrnehmung des angesprochenen Verkehrs aufgrund von dramatischen Formulierungen und Darstellungen sowie als Folge des Gesamtzusammenhangs **Krankheitsbezug** aufweisen.

2. Vertiefen die angegriffenen Aussagen **Ängste**, übertreiben sie die **positiven Auswirkungen** bis hin zu **Wunderversprechungen** und machen sie Gebrauch von anderen klassischen Formen der Verbraucherwerbung, so ist eine solche werbliche Darstellung nicht nach § 21 Abs. 2 Nr. 2 DiätV erlaubt.

g) Angebot eines kostenlosen Blutzuckermessgerätes

OLG Dresden, Beschluss v. 08.01.2018 - 14 U 1047/17

RID 18-02-295

juris = PharmR 2018, 142 = WRP 2018, 483
UWG § 3a; HeilMWerbG § 7

Leitsatz (WRP): Hinsichtlich der Unzulässigkeit des Angebotes eines **kostenlosen Blutzuckermessgerätes** ist es ausreichend, wenn der **Empfänger** dieses als Geschenk ansieht. Der Verbraucher nimmt nicht grundsätzlich an, er werde diese Geräte von einem Sanitätshaus stets gratis erhalten.

h) Verbot von Werbeaussagen für Medizinprodukte zur Wiederherstellung von Sehvermögen

OLG Hamburg, Urteil v. 31.08.2017 - 3 U 117/16

RID 18-02-296

juris = BeckRS 2017, 128744 = PharmR 2018, 19
UWG §§ 3 I, 3a; HWG § 3 S. 2 Nr. 1

Leitsatz (BeckRS): 1. Wird im Rahmen einer Anzeige, mit der Studienteilnehmer gesucht werden, mit der Aussage „**Wiederherstellung von Sehvermögen mit dem System**“ geworben, handelt es sich unabhängig davon um eine gesundheitsbezogene Werbung, ob das beworbene System bei Schaltung der Anzeige schon zugelassen und damit auf dem Markt erhältlich war.

2. Kann der **Wirknachweis** eines Medizinproduktes anhand objektiv messbarer Ergebnisse geführt werden, ohne dass die Gefahr der Verzerrung der Studienergebnisse durch subjektive Empfindungen der Teilnehmer besteht, hat eine **Einzelfallprüfung** bezüglich des Nachweises der wissenschaftlichen Absicherung anhand vorgelegter Studien und weiterer Umstände zu erfolgen.

5. Beihilfe

a) Aufwendungen für ein Elektromobil: Voranerkennung/Grundbedürfnis

VG Köln, Urteil v. 15.12.2017 - 19 K 7797/16

RID 18-02-297

juris
BVO NRW § 4 I Nr. 10

Es besteht kein Anspruch auf eine Beihilfe zu den **Aufwendungen für ein Elektromobil** nach § 4 I Nr. 10 BVO NRW 2014, wenn das Elektromobil bereits **ohne die Voranerkennung** nach § 4 I Nr. 10 S. 9 BVO NRW 2014 erworben wurde.

Für die Auslegung des beihilferechtlichen Begriffs des **Hilfsmittels** kann auf den **wortgleichen Rechtsbegriff** für das Recht der **gesetzlichen Krankenversicherung** zurückgegriffen werden, weil der Beihilfevorschriftengeber mit der Verwendung des wortgleichen Rechtsbegriffs erkennbar die der gesetzlichen Krankenversicherung obliegenden Verpflichtungen in das Beihilferecht übernehmen wollte.

Ein **Elektromobil** ist nicht **beihilfefähig**, wenn im Vordergrund die Nutzung des Elektromobils als Fortbewegungsmittel im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung steht. Beihilfefähig ist nur ein Elektrorollstuhl, der es dem gehbehinderten Menschen erlaubt, im fußläufigen Bereich ähnlich wie gesunde Menschen im Alltag möglichst mobil zu sein.

b) Unzulässige Verweisung auf SGB V

BVerwG, Urteil v. 21.11.2017 - 5 C 2.16

RID 18-02-298

juris
BhV Berlin §§ 6 I, 7, 22 S. 3; SGB V § 35

Leitsatz: Die im Beihilferecht des Landes Berlin bis Januar 2017 geltende Regelung des § 22 Satz 3 LBhVO BE war nicht geeignet, die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für **Arzneimittel** im Wege einer **dynamischen Verweisung** auf die nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 35 SGB V festgesetzten Festbeträge wirksam zu begrenzen.

VG Berlin, Urt. v. 26.03.2015 - 36 K 319.14 - gab der Klage statt und verpflichtete den Bekl. antragsgemäß, dem Kl. weitere Beihilfe in Höhe von 31,76 € zu gewähren. **OVG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 09.12.2015 - OVG 7 B 13.15 - RID 16-01-351 wies auf Berufung des Bekl. die Klage ab. Das **BVerwG** wies die die Berufung des Bekl. zurück.

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. Privatbehandlung

a) Wahlarztvereinbarung

aa) Keine Individualvereinbarung bei formularmäßig verwendeten Stellvertretervereinbarungen

OLG Hamburg, Beschluss v. 27.03.2018 - 3 U 220/16

RID 18-02-299

juris

BGB §§ 242, 305 I 3, 613 S. 1

Ist im Wege einer Kette von 23 gleichartigen Vereinbarungen eine nachfolgende Dauerbehandlung der Patientin durch verschiedene Stellvertreter des Kl. ins Werk gesetzt worden, dann handelt es sich um ein Behandlungsregime, das darauf angelegt ist, die Behandlung einer konkreten Patientin ohne klar erkennbaren Verhinderungsgrund statt durch den **Wahlarzt** durch **nachgeordnete Stellvertreter** durchführen zu lassen. Eine **Individualvereinbarung** liegt damit nicht vor. Der Kl. hat sich damit entgegen der getroffenen Wahlleistungsvereinbarung offenkundig nicht verpflichtet gesehen, die Patientin stets selbst zu behandeln, sondern meint, aus seiner Sicht delegierbare ärztliche Leistungen unterhalb des von ihm erbringbaren Behandlungsniveaus durch seine Stellvertreter erbringen lassen zu können. Dem kl. Arzt ist es dann nach Treu und Glauben verwehrt, die Wahlleistungen abzurechnen, die er nicht persönlich erbracht hat.

Vorausgehend: Hinweisbeschl. v. 30.08.2016, juris

bb) Behandlung durch einen anderen Arzt

LG Siegen, Urteil v. 28.04.2017 - 2 O 329/14

RID 18-02-300

juris

BGB §§ 249, 278, 280, 630a, 823 I

Leitsatz: Wird in einer **Wahlarztvereinbarung** die Behandlung durch einen bestimmten Arzt zugesichert, so ist die **Behandlung durch einen anderen Arzt** rechtswidrig, wenn der Patient hierüber nicht belehrt wird und auch nicht einwilligt.

b) Entgeltbeschränkung auch für „Ausgründung“ eines Plankrankenhauses aus Privatklinik

OLG Saarbrücken, Urteil v. 20.12.2017 - 5 U 36/17

RID 18-02-301

Nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - III ZR 7/18 -

juris

KHG § 17 I 5; VVG § 192

Leitsatz: § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG begründet eine - wirksame - **Entgeltbeschränkung** auch für den Fall, dass die verbundene Einrichtung durch „Ausgründung“ eines öffentlich geförderten Plankrankenhauses aus einer zuvor bereits bestehenden Privatklinik entstanden ist (Anschluss OLG Karlsruhe, VersR 2017, 944).

c) Abrechnung belegärztlicher Leistungen mit privat zusatzversichertem GKV-Patienten

LG Osnabrück, Beschluss v. 02.11.2017 - 8 S 304/17

RID 18-02-302

juris
BMV-Ä § 18

Eine privatärztliche Abrechnung auf Basis der GOÄ kommt nur im Rahmen des privaten Behandlungsvertrages zwischen dem **Belegarzt** und dem jeweiligen **Patienten** in Betracht. Eine **privatärztliche Behandlung** von **gesetzlich krankenversicherten Patienten** darf dabei nur unter strengen Voraussetzungen erfolgen, die im Einzelnen in § 18 BMV-Ä festgehalten sind. § 41 IV BMV-Ä nimmt für die belegärztliche Behandlung ausdrücklich auf diese Regelung Bezug, so dass die Formvorschriften auch bei der Behandlung durch einen Belegarzt Anwendung finden.

d) Gebührenanspruch bei Operation einer Lidsenkung/Analogabrechnung

AG Nürnberg, Urteil v. 01.06.2017 - 37 C 1874/15

RID 18-02-303

juris = ZMGR 2017, 277
GOÄ §§ 4 IIa, 6 II; GOÄ Nr. 1284, 1304, 1306

Die **Orbitotomie** ist als selbstständige Teilleistung berechnungsfähig, da sie keinen notwendigen Bestandteil eines Eingriffs bei einer Lidsenkung darstellt.

Im Falle der operativen **Entfernung von Geschwülsten** aus der Augenhöhle ist jede entfernte Geschwulst abrechenbar. Daneben müssen auch eine sog. **Lidfurchendehiszens** und/oder eine **Oberliddermatochalasis** bei Korrektur aufgrund eigenständiger Indikation vergütet werden.

e) IMRT/IGRT-Bestrahlungen: Differenzierung der Abrechnung nach Ziff. 5855 GOÄ

LG Tübingen, Urteil v. 03.02.2017 - 8 O 65/14

RID 18-02-304

juris
GOÄ Ziff. 5855

Es gibt **zwei Klassen von IMRT/IGRT-Bestrahlungen**. Die **einfache Tangenten-IMRT** ist wegen der Nähe zur klassischen 3D-konformen Strahlenbehandlung in abrechnungstechnischer Hinsicht nicht der Ziff. 5855 GOÄ zuzurechnen, weil sie vom Aufwand her mit der intraoperativen Strahlenbehandlung nicht vergleichbar ist. Dagegen rechtfertigt die zweite Gruppe der **aufwendigen IMRT-Bestrahlung unter Bildkontrolle (IGRT)** die Analogabrechnung nach Ziff. 5855 GOÄ.

2. Private Krankenversicherung

a) Psychotherapeutische Leistungen in TCM-Klinik

OLG Hamm, Urteil v. 30.08.2017 - 20 U 137/16

RID 18-02-305

juris
BGB § 286

Leitsatz: Der private Krankenversicherer kann - wenn insoweit alle vertraglich vereinbarten Voraussetzungen vorliegen - verpflichtet sein, einzelne **psychotherapeutische Leistungen** zu erstatten, welche in einer TCM-Klinik (**Traditionelle Chinesische Medizin**) erfolgten.

b) Einsatz eines Femtosekundenlasers: Nr. 5855 GOÄ analog

AG Dortmund, Urteil v. 26.01.2018 - 412 C 1549/16

RID 18-02-306

juris
GOÄ Nr. 5855

Bei der einfachen manuellen **Kataraktoperation** ohne Vorbehandlung durch den **Femtosekundenlaser** ist ein Schnitt am Auge durchzuführen, der zu einer Hornhautverkrümmung führt bzw. zu einer Verschlimmerung einer bereits vorhandenen Hornhautverkrümmung. Durch den

Einsatz des Lasers wird dies vermieden. Allein dieser Behandlungserfolg weist die medizinische Notwendigkeit hinreichend aus.

Bei dem Einsatz des Femtosekundenlasers handelt es sich um eine eigenständige Leistung im gebührenrechtlichen Sinn, die mit der Gebührennr. **5855 GOÄ analog** abgerechnet wird.

c) Anerkenntnis durch Regulierungsschreiben eines Versicherers

AG Siegburg, Urteil v. 14.06.2016 - 128 C 102/15

RID 18-02-307

juris
AVB

In dem **Regulierungsschreiben eines Versicherers** liegt jedenfalls dann ein **Anerkenntnis** der Haftung (bzw. hier: der Einstandspflicht) dem Grunde nach, wenn die Einstandspflicht bzw. ihr Umfang zunächst im Streit stand. Durch dieses Schuldanerkenntnis sind dem Beklagten Einwendungen gegen die medizinische Notwendigkeit der Behandlungen abgeschnitten.

d) Begrenzung des Erstattungsumfanges für Physiotherapie auf Höchstsätze der GOÄ

LG Bonn, Urteil v. 14.02.2017 - 8 S 170/16

RID 18-02-308

juris
BGB §§ 305 ff.

Die Formulierung des § 4 Ziff. 1 lit. a) Teil II (TB/KK), welcher sich auf § 4 Abs. 1 Teil I (MB/KK) bezieht, lässt erkennen, dass sämtliche Versicherungsleistungen, **unabhängig von der Person des Behandlers**, der **Höhe nach** auf die GOÄ **beschränkt** sein sollen. Es wird ausdrücklich nicht danach unterschieden, ob die medizinische Leistung von einem Arzt oder einem sonstigem Mitglied eines medizinischen oder Heil-Berufes vorgenommen wird. Es steht dem Versicherungsnehmer frei, durch welchen Angehörigen eines medizinischen Berufes er die medizinische Behandlung vornehmen lassen möchte. Hinzu kommt, dass physikalisch-medizinische Leistungen i.S.d. GOÄ üblicherweise immer dann vorliegen, wenn sie von einem in eigener Praxis tätigen Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten ausgeführt werden, Leistungen i.S.d. GOÄ müssen nicht notwendig von einem Arzt erbracht werden.

e) Zahnärztliche Behandlung

aa) Abrechnung eines sog. 360°-Veneers/Falsche GOZ-Nr. in Gebührenvereinbarung

LG Stuttgart, Urteil v. 21.03.2018 - 4 S 200/17

RID 18-02-309

juris
GOZ §§ 2, 4 I; GOZ Nr. 2210

Durch den Einsatz von sog. **360°-Veneers** wird die Nr. 2210 und nicht 2220 GOZ erfüllt. Die GOZ unterscheidet nicht nach der Präparationsdicke, sondern nach der Präparationsform.

Wird eine zahnärztliche Leistung in einer **Gebührenvereinbarung** versehentlich mit einer **falschen GOZ-Nr.** angegeben, so ist die Gebührenvereinbarung nicht insgesamt unwirksam, sondern unter Zugrundelegung der zutreffenden Nr. (Punktzahl) wirksam.

bb) Eingliederung der Klebebrackets und Umformung des Ober- und Unterkiefers

AG Waiblingen, Urteil v. 31.08.2016 - 8 C 977/16

RID 18-02-310

juris
GOZ § 4 II

Die **Nr. 6100 GOZ** ist neben der **Nr. 6050 GOZ** ansetzbar. Nachdem die **Eingliederung der Klebebrackets** 649,60 € ausmachen, während die **Umformung des Ober- und Unterkiefers** zusammen, bei hohem Umfang, nur 116,42 € ausmachen, steht fest, dass diese spezielle Leistung, die mit besonderem Arbeitsaufwand verbunden ist und eben nicht typischerweise bei jeder Kieferumformung entsteht, sondern eben nur bei einer festen Spange, bei der Bewertung der Kieferumformung nicht berücksichtigt worden ist.

3. Beihilfe

a) ACP(Autologous Conditioned Plasma)-Therapie

VG Köln, Urteil v. 29.01.2018 - 19 K 4456/16

RID 18-02-311

juris

BVO NRW § 4

Im Dezember 2015 fehlte es der ACP(Autologous Conditioned Plasma)-Therapie zur Behandlung der TFCC-Läsion am linken Handgelenk an der allgemeinen **wissenschaftlichen Anerkennung**.

b) Voraussetzungen der Beihilfefähigkeit einer Psychotherapie

VG Bayreuth, Urteil v. 22.08.2017 - B 5 K 16.432

RID 18-02-312

juris

BhV Bayern §§ 7, 8, 9, 12

Die Anerkennung der **Beihilfefähigkeit einer Verhaltenstherapie** setzt voraus, dass der Behandler über die **notwendige Qualifikation** verfügt. Er muss ärztlicher Psychotherapeut oder psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation sein (§ 12 IV - VII BayBhV).

Zwar können **Diplom-Psychologen**, die psychotherapeutische Leistungen anbieten und über keine aktuelle Kassenzulassung verfügen, sowie Behandler mit anderen Ausgangsqualifikationen dem Grunde nach ebf. psychotherapeutische Leistungen anbieten. Voraussetzung hierfür ist eine Berufszulassung nach § 1 Heilpraktikergesetz. Die beihilferechtliche Anerkennung von ambulanten psychotherapeutischen Leistungen des genannten Personenkreises sowie von **Heilpraktikern** ist jedoch ausgeschlossen.

Parallelverfahren:

VG Bayreuth, Urteil v. 22.08.2017 - B 5 K 16.433

RID 18-02-313

juris

c) Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI): Selbstständiger Behandlungsversuch

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.01.2018 - 1 A 2044/15

RID 18-02-314

juris

BhV NRW § 8 IV

Leitsatz: Wird im Rahmen der **Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI)**, einer Behandlungsmethode der künstlichen Befruchtung, bei der Frau eine Vielzahl durch Stimulation gewonnener Eizellen entnommen, die dann sogleich mittels Injektion allesamt befruchtet, aber nach der Erzeugung von Embryonen und (teilweiser) Haltbarmachung durch Einfrieren (sog. Kryokonservierung) erst nach und nach zu unterschiedlichen Zeitpunkten in die Gebärmutter der Frau eingesetzt werden, so zählt jeder durch einen Embryotransfer abgeschlossene Behandlungsvorgang als **selbstständiger Behandlungsversuch**. Dieser Behandlungsversuch bestimmt zugleich den Begriff der Maßnahme, über den § 8 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 2 BVO NRW die Zahl beihilferechtlich berücksichtigungsfähiger Behandlungsversuche bindend begrenzt.

d) Heilkräutertherapie nach der Traditionellen Chinesischen Medizin

VG Bayreuth, Urteil v. 19.12.2017 - B 5 K 16.272

RID 18-02-315

juris

BhV §§ 22 II Nr. 3, 6 II

Eine **Heilkräutertherapie** nach der **Traditionellen Chinesischen Medizin** ist nicht beihilfefähig, wenn sich die Beihilfeberechtigte nicht bereits **ausreichend schulmedizinisch** hat **behandeln** lassen.

e) Wahlleistung eines Zweibettzimmers in Privatklinik

VG Bayreuth, Urteil v. 12.09.2017 - B 5 K 16.21

RID 18-02-316

juris

BG Bayern Art. 96 II 7; BhV Bayern § 28 II 2

Für die **Wahlleistung** eines **Zweibettzimmers** besteht kein Beihilfeanspruch nach § 28 II 2 Nr. 2 i.V.m. S. 1 BayBhV, wenn es sich um eine **Privatklinik** handelt und im **Vergleichsklinikum** das Zweibettzimmer **Standardleistung** ist und deshalb hierfür keine (zusätzlichen) Kosten entstehen. Dies verstößt nicht gegen Art. 3 I GG.

f) Rücknahme nach Vorlage einer manipulierten Arztrechnung

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 26.01.2018 - 2 S 1177/17

RID 18-02-317

juris

BGB § 818 III, IV; VwVfG BW § 48

Leitsatz: 1. Zur Verpflichtung des Beihilfeantragstellers, seine Aufwendungen durch Vorlage geeigneter **Belege nachzuweisen** (Fortführung von VGH Bad.-Württ., Urteil vom 16.11.2017 - 2 S 1276/17 - juris).

2. Im Anwendungsbereich des § 48 Abs. 2 Satz 4 LVwVfG Bad.-Württ. müssen besondere, atypische Gründe vorliegen, wenn die **Rücknahme** eines Verwaltungsaktes nur für die **Zukunft** angenommen oder von der Rücknahme ganz abgesehen werden soll. Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn der Unrechtsgehalt, der mit einem Fall des § 48 Abs. 2 Satz 3 LVwVfG typischerweise verbunden ist, wegen der Besonderheiten des Einzelfalles ausnahmsweise nicht vorliegt (hier verneint).

3. Zum Vorliegen „grober“ Fahrlässigkeit i.S.v. § 15 Abs. 2 Satz 2 LBesG bei der **Vorlage einer manipulierten Arztrechnung** zum Zwecke der Beihilfegewährung (Bestätigung und Fortführung von VGH Bad.-Württ., Urteil vom 16.11.2017 - 2 S 1276/17 - juris).

g) Verwendung von Formblättern/Wiedereinsetzung

VG Gera, Urteil v. 09.02.2018 - 1 K 1336/16 Ge

RID 18-02-318

juris

BhV Thüringen § 50; VwVfG Thüringen § 32

Leitsatz: 1. Wenn gesetzlich die Verwendung von **Formblättern** für die Antragstellung vorgesehen ist, führt ein Verstoß gegen eine solche Verpflichtung grundsätzlich zur Unzulässigkeit bzw. Unwirksamkeit des Antrags.

2. Dem Beihilfeberechtigten ist aus Fürsorgegesichtspunkten bei Versäumung der Frist des § 50 Abs. 9 Satz 1 ThürBhV im Einzelfall **Wiedereinsetzung in den vorigen Stand** zu gewähren, wenn die Voraussetzungen des § 32 ThürVwVfG hierfür vorliegen.

h) Antragsfrist bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 14.03.2018 - 5 LC 21/16

RID 18-02-319

juris

BBhV §§ 27, 38, 54 I 1, II 2

Leitsatz: Die Antragsfrist des § 54 Abs. 11 Satz 2 BBhV bezieht sich auch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Sinne des § 27 BBhV.

i) Keine Beiladung des (Zahn)Arztes in beihilferechtlicher Streitigkeit

VGH Bayern, Beschluss v. 08.02.2018 - 14 C 18.156

RID 18-02-320

juris

VwGO §§ 65 I, 121

Leitsatz: 1. Es bleibt offen, ob im Falle einer Beiladung des (Zahn)Arztes (oder des zwischenzeitlichen Forderungsinhabers) und des Unterliegens des Beihilfeberechtigten eine

Bindungswirkung des rechtskräftigen klageabweisenden verwaltungsgerichtlichen Urteils für den nachfolgenden Zivilprozess über die Berechtigung der Forderung bestehen würde.

2. Es entspricht jedenfalls pflichtgemäßer Ermessensausübung, in einer beihilferechtlichen Streitigkeit eine **Beiladung** des Rechnung stellenden (**Zahn**)**Arztes** (oder eines zwischenzeitlichen Forderungsinhabers) abzulehnen.

j) Zahnärztliche Behandlung

aa) Implantologische Leistungen

VGH Baden-Württemberg, Teilurteil v. 11.04.2018 - 2 S 2672/17

RID 18-02-321

juris

BhV BW §§ 5 I 1, 6 I Nr. 1

Leitsatz: 1. Bei der Bestimmung der Beihilfe für **implantologische Leistungen** nach § 5 Abs. 1 Satz 1 BVO i.V.m. Ziffer 1.2.4 Satz 2 der Anlage zur BVO ist eine **zweistufige Prüfung** anzustellen. Auf der ersten Stufe ist zu prüfen, ob es sich um ein beihilfefähiges oder ein nichtbeihilfefähiges Implantat handelt. Nur wenn letzteres der Fall ist, gelangt auf einer zweiten Prüfungsstufe die Kürzungsregelung nach Quoten gemäß Halbsatz 2 zur Anwendung.

2. Bei der Anwendung der **Kürzungsregelung** des Halbsatzes 2 der Ziffer 1.2.4 Satz 2 der Anlage zur BVO kommt es darauf an, auf welche Kieferhälften sich die Aufwendungen beziehen, die Gegenstand des Beihilfebegehrens sind.

bb) Antimikrobielle photodynamische Therapie

VG Köln, Urteil v. 10.11.2017 - 19 K 533/16

RID 18-02-322

juris

BVO NRW §§ 3 I, 4 I Nr. 1 S. 2

Eine sog. **antimikrobielle photodynamische Therapie** (PDT) zur Behandlung einer chronischen Parodontitis ist nicht beihilfefähig, da dieser Methode die wissenschaftliche Anerkennung fehlt.

cc) Adhäsive Aufbaufüllungen/Abgrenzung Nr. 2382 GOÄ und 4120 GOZ

VG Augsburg, Urteil v. 08.02.2018 - Au 2 K 17.1291

RID 18-02-323

juris

BBhV §§ 6 III 1, 15

Die zur Vorbereitung der Aufnahme einer Krone durchgeführten **adhäsiven Aufbaufüllungen** in Mehrschichttechnik für eine Stumpfrekonstruktion sind nach Nr. 2180 und 2197 GOÄ abzurechnen.

Zur **Abgrenzung der Nr. 2382 GOÄ und 4120 GOZ** gilt, dass im zahnärztlichen Bereich grundsätzlich nur die Gebührenziffer 4120 GOZ Anwendung findet. Denn die Nr. 2382 GOÄ bezieht sich ausweislich der Abschnittsbezeichnung („VII. Chirurgie der Körperoberfläche“) systematisch auf die Körperoberfläche und nicht etwa auf den Mundraum; überdies sind auch in der GOZ chirurgische Leistungen enthalten (siehe etwa GOZ 3000 ff.). Allenfalls in besonderen Einzelfällen, in denen ein über den Tatbestand der Nr. 4120 GOZ hinausgehender Leistungsinhalt gegeben ist, der auch nicht von einer sonstigen Gebührenziffer der GOZ umfasst ist, kann daher über § 6 Abs. 2 Nr. 5 GOZ ein ausnahmsweiser Ansatz der Nr. 2382 GOÄ gerechtfertigt sein, sofern deren Tatbestand – nicht nur Verlegen eines (vorhandenen) Schleimhautlappens, sondern zuvor auch Bildung des Schleimhautlappens – gegeben ist.

dd) Begrenzung der Beihilfefähigkeit für Material- und Laborkosten

VGH Bayern, Beschluss v. 07.02.2018 - 14 ZB 17.1297

RID 18-02-324

juris

BG Bayern Art. 96 III; BhV Bayern § 14

Die **Begrenzung der Beihilfefähigkeit** u.a. für Material- und Laborkosten nach § 14 BayBhV verstößt nicht gegen das verfassungsrechtlich verankerte **Fürsorgeprinzip**.

ee) Überschreiten des Schwellenwertes bei zahnärztlicher Liquidation

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 22.03.2018 - 5 LA 102/17

RID 18-02-325

juris

GOZ § 5; BhV Niedersachsen §§ 5 I 4, 49 I

Leitsatz: Die Frage, ob Besonderheiten es rechtfertigen, den **2,3-fachen Gebührensatz zu überschreiten** (vgl. § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ), unterliegt ebenso wie die behördliche Entscheidung darüber, ob die Aufwendungen angemessen im Sinne von § 5 Abs. 1 NBhVO sind, der uneingeschränkten **verwaltungsgerichtlichen Kontrolle**. Insoweit haben die zuständigen Beihilfefestsetzungsstellen und die Verwaltungsgerichte in einem sich gegebenenfalls anschließenden Rechtsstreit anhand der von dem jeweiligen Zahnarzt schriftlich niedergelegten Begründungen zu prüfen, ob mit diesen Begründungen solche Umstände nachvollziehbar gemacht worden sind, die eine Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen. Der vorherigen Einholung einer (zahn-)ärztlichen Stellungnahme oder eines Sachverständigengutachtens bedarf es nicht. Denn die zuständigen Beihilfefestsetzungsstellen und die Verwaltungsgerichte können die Frage, ob eine ärztliche Begründung geeignet ist, eine Überschreitung des Schwellenwertes zu rechtfertigen, selbst nach den insoweit von der Rechtsprechung entwickelten Maßstäben beantworten.

V. Verschiedenes

1. EuGH: Einstufung einer Software als Medizinprodukt

EuGH, Urteil v. 07.12.2017 - C-329/16

RID 18-02-326

juris

Richtlinie 2007/47/EG Art. 1

Art. 1 Abs. 1 und Art. 1 Abs. 2 Buchst. a der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über **Medizinprodukte** in der durch die Richtlinie 2007/47/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. September 2007 geänderten Fassung ist dahin auszulegen, dass **Software**, bei der eine der Funktionalitäten es ermöglicht, **Patientendaten zu nutzen**, um u. a. Kontraindikationen, Wechselwirkungen von Medikamenten und Überdosierungen festzustellen, in Bezug auf diese Funktionalität ein Medizinprodukt im Sinne dieser Bestimmungen darstellt, auch wenn diese Software nicht unmittelbar im oder am menschlichen Körper wirkt.

2. BVerfG: Unzulässige Vorlage/Unterbringung mit Zwangsbehandlung

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 06.03.2018 - 1 BvL 1/16

RID 18-02-327

juris

BGB a.F. § 1906 III; Art. 100

AG Hersbruck, Vorlagebeschl. v. 19.01.2016 - XVII 363/12 - ist unzulässig.
Das vorlegende Gericht kritisiert unter Bezugnahme auf Art. 3 I GG mit rein tatsächlichen Erwägungen zur fehlenden Sinnhaftigkeit einer „Drehtür-Psychiatrie“ die Gesetzeslage in Bezug auf die **Unzulässigkeit einer Behandlung der Betroffenen im Pflegeheim**. Dass und inwieweit diese aber gegen Verfassungsrecht verstoße, wird bis auf einen pauschalen Hinweis zur Ungleichbehandlung mit dauerhaft unterbringungsbedürftigen Patienten nicht dargelegt. Zudem wird nicht auf verfassungsrechtlicher Grundlage erörtert, inwiefern eine Ungleichbehandlung durch den Gesetzgeber einer Rechtfertigung zugänglich sein könnte. Hieran ändert auch der Verweis auf den Vorlagebeschluss des BGH (BGH, Beschl. v. 01.07.2015 - XII ZB 89/15 - FamRZ 2015, 1484; nachgehend BVerfG, Beschl. v. 26.07.2016 - 1 BvL 8/15 - BVerfGE 142, 313) nichts. Denn wie das vorlegende Gericht deutlich macht, unterscheidet sich die Konstellation der hiesigen Vorlage von jener der Vorlage des BGH.

3. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Zugewinnausgleich: Bewertung einer freiberuflichen Praxis zum Stichtag

BGH, Beschluss v. 22.11.2017 - XII ZB 230/17

RID 18-02-328

juris = FamRZ 2018, 174 = ZMGR 2018, 53
BGB §§ 1375 I, 1384

Leitsatz: Der **Bewertung einer freiberuflichen Praxis** zum Stichtag kann im Rahmen des **Zugewinnausgleichs** regelmäßig der Zeitraum der letzten drei bis fünf Jahre zugrunde gelegt werden. Eine Zwischenbilanz zum Stichtag ist grundsätzlich nicht erforderlich (im Anschluss an Senatsbeschluss vom 8. November 2017, XII ZR 108/16).

b) Unterbringung zur Durchführung der Heilbehandlung

BGH, Beschluss v. 17.01.2018 - XII ZB 398/17

RID 18-02-329

juris
BGB §§ 1906, 1906a

Leitsatz: 1. Ist **auszuschließen**, dass der Betroffene eine **Behandlung ohne Zwang** vornehmen lassen wird, ist die Genehmigung der **Unterbringung zur Durchführung der Heilbehandlung** nur zulässig, wenn die Voraussetzungen für die Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme im Sinn des § 1906 Abs. 3 BGB (seit 22. Juli 2017 § 1906a Abs. 1 Satz 1 BGB) vorliegen und diese nach § 1906 Abs. 3a BGB (seit 22. Juli 2017 § 1906a Abs. 2 BGB) rechtswirksam genehmigt wird (im Anschluss an Senatsbeschluss vom 31. Mai 2017, XII ZB 342/16, FamRZ 2017, 1422).

2. Die Genehmigung einer Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB ist auch **über die angeordnete Dauer einer Zwangsbehandlung hinaus** möglich, wenn der Tatrichter davon ausgehen kann, dass die notwendige Heilbehandlung auch in der Folgezeit sichergestellt ist. Dies kann der Fall sein, wenn zu erwarten ist, dass sich der Betroffene im Anschluss an die Zwangsbehandlung fortan freiwillig behandeln lässt oder eine weitere Zwangsbehandlung angeordnet werden kann (im Anschluss an Senatsbeschluss vom 30. Juli 2014, XII ZB 169/14, FamRZ 2014, 1694).

c) Anfechtung der Vaterschaft durch biologischen Vater

BGH, Beschluss v. 18.10.2017 - XII ZB 525/16

RID 18-02-330

juris = NZFam 2017, 1127 = FamRZ 2018, 41 = MDR 2018, 34 = NJW-RR 2018, 68
BGBEG Art. 19, 20; BGB § 1600 II; GG Art. 6 II 1; MRK Art. 8

Leitsatz: Zur **Anfechtung der Vaterschaft** durch den **biologischen Vater** bei bestehender sozial-familiärer Beziehung des Kindes zum rechtlichen Vater.

d) Geburtseintrag: Vaterschaft einer Mann-zu-Frau-Transsexuellen

BGH, Urteil v. 29.11.2017 - XII ZB 459/16

RID 18-02-331

juris = NZFam 2018, 80 = NJW 2018, 471 = MDR 2018, 151 = FamRZ 2018, 290 = StAZ 2018, 86
BGB §§ 1591, 1592; TSG § 11; PStG §§ 1 I 1, 21 I Nr. 4

Leitsatz: 1. Eine **Mann-zu-Frau-Transsexuelle**, mit deren konserviertem Spendersamen ein **Kind** gezeugt wurde, das nach rechtskräftiger Entscheidung über die Änderung der Geschlechtszugehörigkeit geboren worden ist, kann abstammungsrechtlich nur die **Vater- und nicht die Mutterstellung** erlangen (Fortführung des Senatsbeschlusses vom 6. September 2017, XII ZB 660/14, FamRZ 2017, 1855).

2. Eine von ihr gleichwohl erklärte Mutterschaftsanerkennung ist unwirksam.

4. Krankenhäuser

a) BAG: Vergütung der Umkleidezeit für weiße Kleidung eines Krankenpflegers

BAG, Urteil v. 06.09.2017 - 5 AZR 382/16

RID 18-02-332

BAGE 00 = AP Nr. 51 zu § 611 BGB Arbeitszeit = KRS 2018, 89 = PflR 2018, 146 = MDR 2018, 158 = NZA 2018, 180

BGB § 611

Leitsatz: Eine auffällige **Dienstkleidung** liegt auch vor, wenn der Arbeitnehmer aufgrund ihrer Ausgestaltung in der Öffentlichkeit einem bestimmten Berufszweig oder einer bestimmten Branche zugeordnet werden kann.

b) Kein Anspruch eines Bürgers auf bestimmte Krankenhausplanung

VG Freiburg, Beschluss v. 22.12.2017 - 3 K 11089/17

RID 18-02-333

juris

GG Art. 1 I, 2, 3 I, 20 I; KHG BW §§ 3 I, 4, 6 I 7, 7, 40; KHG § 6 Ia; SGB V § 136c III; VwGO § 123 I 2

Leitsatz: § 3 Abs. 1 und § 40 LKHG dienen allein dem **öffentlichen Interesse** an der Gewährleistung einer bedarfsgerechten Krankenversorgung der Bevölkerung und nicht auch dem **Schutz einzelner Bürger** als potentieller Patienten.

c) Krankenhausvergütung

aa) Mehrleistungsabschlag im Krankenhausrecht: Rechtsgrundlage/Vertrauensschutz

VG Darmstadt, Urteil v. 29.11.2017 - 3 K 1650/16.DA

RID 18-02-334

juris

KHEntgG § 4 IIa; GG Art. 2, 12, 14

Leitsatz: 1. § 4 Abs. 2a Satz 8 KHEntgG als **Rechtsgrundlage** für die Erhebung der **Mehrleistungsabschläge** ist **nicht verfassungswidrig**. Die Vorschrift entfaltet weder eine echte noch eine unechte Rückwirkung und verstößt auch nicht gegen die Art. 2, 3, 12, 14 GG.

2. Jede **Behandlung** stellt einen für sich abgeschlossenen Sachverhalt dar, der den gesetzlichen **Vergütungsregelungen** entsprechend zu entlohnen ist. In einen solchen Sachverhalt wird durch die Ausdehnung des Mehrleistungsabschlags gemäß § 4 Abs. 2a Satz 8 KHEntgG nicht nachträglich eingegriffen.

3. Indem § 4 Abs. 2a Satz 8 KHEntgG mit der Bezugnahme auf die Vereinbarung bestimmter (Mehr-)Leistungen in den Jahren 2013 und 2014 an Vorkommnisse aus der Vergangenheit anknüpft, wird lediglich ein früherer Sachverhalt, nämlich die Ausweitung des Behandlungsangebots durch Mehrleistungen, aufgegriffen und zum Anlass für neue Vergütungsregelungen in der Zukunft genommen. Ein **Schutz des Vertrauens** gegen Neuregelungen des Gesetzgebers als solche existiert nicht, so dass in einem solchen Vorgehen auch keine in besonderer Weise zu rechtfertigende (unechte) Rückwirkung zu sehen ist.

4. Darüber hinaus hat sich auch kein schutzwürdiges **Vertrauen** darauf bilden können, dass ab dem Jahr 2015 mit keinem gesetzgeberischen Tätigwerden bezüglich der **Mengensteuerung** im Krankenhausrecht zu rechnen sei.

bb) Bemessung des Mehrleistungsabschlags im Krankenhausrecht/Rückwirkung

VG Darmstadt, Urteil v. 29.11.2017 - 3 K 2062/16.DA

RID 18-02-335

juris

KHEntgG § 4 IIa; GG Art. 2 I, 12 I, 14 I, 20 III

Leitsatz: 1. § 4 Abs. 2a Satz 8 KHEntgG als Rechtsgrundlage für die Erhebung der **Mehrleistungsabschläge** ist **nicht verfassungswidrig**. Die Vorschrift entfaltet weder eine echte noch eine unechte Rückwirkung und verstößt auch nicht gegen die Art. 2, 3, 12, 14 GG.

2. Jede **Behandlung** stellt einen für sich abgeschlossenen Sachverhalt dar, der den gesetzlichen Vergütungsregelungen entsprechend zu **entlohnen** ist. In einen solchen Sachverhalt wird durch die

Ausdehnung des Mehrleistungsabschlags gemäß § 4 Abs. 2a Satz 8 KHEntgG nicht nachträglich eingegriffen.

3. Indem § 4 Abs. 2a Satz 8 KHEntgG mit der Bezugnahme auf die Vereinbarung bestimmter (Mehr-)Leistungen in den Jahren 2013 und 2014 an Vorkommnisse aus der Vergangenheit anknüpft, wird lediglich ein früherer Sachverhalt, nämlich die Ausweitung des Behandlungsangebots durch Mehrleistungen, aufgegriffen und zum Anlass für neue Vergütungsregelungen in der Zukunft genommen. Ein **Schutz des Vertrauens gegen Neuregelungen** des Gesetzgebers als solche existiert nicht, so dass in einem solchen Vorgehen auch keine in besonderer Weise zu rechtfertigende (unechte) Rückwirkung zu sehen ist.

4. Darüber hinaus hat sich auch **kein schutzwürdiges Vertrauen** darauf bilden können, dass ab dem Jahr 2015 mit keinem **gesetzgeberischen Tätigwerden** bezüglich der Mengensteuerung im Krankenhausrecht zu rechnen sei.

d) Fördermittel für eine Vergrößerung der Klinik

VG München, Urteil v. 21.03.2018 - M 9 K 16.5904

RID 18-02-336

juris

KHG §§ 8 I 1, 9 II Nr. 1; KHG Bayern Art. 13

Hier ist festzuhalten, dass die proportionale Erhöhung der **Mietförderung** nicht fortzuführen war, dass zuletzt zu Recht auf einen **Grund- und Bodenanteil** von 11,3 % abgestellt wurde, dass zuletzt zu Recht ein **AfA-Satz** von 3 % angewandt wurde, dass der **Kapitalwert** anteilig für 470 m² Nutzfläche anhand des klägerischen Gutachtens zu bestimmen war, dass ein **AfA-Abzug** gegenüber dem mittels Gutachten bestimmten Neubauwert zu erfolgen hatte und dass eine **Verzinsung** des Kapitalwerts von 2,5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz angemessen ist.

Eine zuvor praktizierte **proportionale Erhöhung der Förderbeträge** in Relation zur Bettenmehrung ist nicht fortzuführen, wenn keine Selbstbindung der Verwaltung kraft Verwaltungspraxis i.V.m. Art. 3 I GG oder aufgrund einer für die Zukunft bindenden Vereinbarung besteht.

e) Erstattungsfähigkeit von Absonderungskosten nach IfSG

VG Berlin, Urteil v. 14.03.2018 - 14 K 65.15

RID 18-02-337

juris

IfSG §§ 30, 69 I Nr. 10

Leitsatz: 1. Für eine **hoheitliche Inanspruchnahme** im Sinne des § 69 Abs. 1 Nr. 10 IfSG reicht es aus, dass sich die herangezogene Person einem ihr gegenüber mit hinreichender Deutlichkeit und Bestimmtheit geäußerten Willen der Gesundheitsbehörde unterordnet und die von dieser für erforderlich gehaltenen und gewünschten Maßnahmen vornimmt.

2. **Absonderungskosten** sind dann gemäß § 69 Abs.1 Nr. 10 IfSG erstattungsfähig, wenn die stationäre Unterbringung einer an Tuberkulose erkrankten Person nicht (mehr) aus individual-medizinischen Gründen, sondern (nur noch) aus seuchenpolizeilichen Gründen erfolgt.

f) Nothelferanspruch nur bis zur Kenntnis des Nichteintritts der Krankenkasse

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.02.2018 - L 23 SO 77/17

RID 18-02-338

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB XII § 25

Das sozialhilferechtliche Moment des **Eilfalles** im Sinne des § 25 SGB XII endet mit der **Kenntnis** des Sozialhilfeträgers von dem Bedarfsfall, die Kenntnis bildet die Zäsur für die sich ausschließenden Ansprüche des Nothelfers und des Hilfebedürftigen. Eine Beendigung des Eilfalls tritt ein, wenn dem Krankenhaus bekannt wird, dass die bisher als einstandspflichtig angenommene **Krankenkasse** die nicht unerheblichen **Kosten** der Behandlungen **nicht übernehmen** wird und andere einzusetzende Mittel nicht bekannt sind. Dass das Krankenhaus weiterhin einen entgegen der Mitteilung der Krankenkasse bestehenden Versicherungsschutz klären will, führt gerade nicht dazu, dass weiterhin von einem Eilfall im Sinne des § 25 SGB XII auszugehen ist. Die Möglichkeit des Aufwendungsersatzes für den Nothelfer nach § 25 SGB XII begründet nicht eine Stellung des

Sozialhilfeträgers als „Ausfallbürge“ (vgl. Senatsurt v. 29.11.2007 - L 23 SO 119/06 - juris Rn. 25) bezogen auf das Risiko des Krankenhausträgers, einen nicht solventen Patienten behandelt zu haben.

g) Fremdenverkehrsbeitrag für Vorsorge- und Rehabilitationskliniken

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 08.03.2018 - 2 S 2534/16

RID 18-02-339

juris

KAG BW §§ 11a II, 43 I; GG Art. 3 I

Leitsatz: 1. **Vorsorge- und Rehabilitationskliniken** mit einem hohen Anteil gesetzlich Versicherter dürfen bei der Erhebung eines **Fremdenverkehrsbeitrags** nicht in gleicher Weise mit einem Übernachtungsbeitrag belegt werden wie sonstige Beherbergungsbetriebe, da zwischen diesen Betriebsarten im Hinblick auf ihre fremdenverkehrsbedingte Vorteilslage erhebliche strukturelle Unterschiede bestehen.

2. Zur Kurtaxefähigkeit von Aufwendungen im Rahmen eines touristischen Verbunds (Bestätigung und Fortführung von VGH Bad.-Württ., Urteil vom 14.09.2017 - 2 S 2439/16 -, juris).

5. Krankenkassen

a) BVerwG: Befreiung von der Insolvenzsicherungsbeitragspflicht

BVerwG, Urteil v. 15.11.2017 - 8 C 17.16

RID 18-02-340

juris

SGB V § 155 I; BetrAVG § 17 II

Leitsatz: 1. Die **Befreiung von der Insolvenzsicherungsbeitragspflicht** nach § 17 Abs. 2 Alt. 2 BetrAVG setzt voraus, dass die juristische Person des öffentlichen Rechts als solche (an sich) kraft ausdrücklicher formell-gesetzlicher Regelung oder unmittelbar kraft höherrangigen Rechts **insolvenzunfähig** ist (Fortführung von BVerwG, Urteile vom 10. Dezember 1981 - 3 C 1.81 - BVerwGE 64, 248 <253 f.>, vom 14. November 1985 - 3 C 44.83 - BVerwGE 72, 212 <215 f.> und vom 4. Oktober 1994 - 1 C 41.92 - BVerwGE 97, 1 <3>).

2. Eine **insolvenzfähige Betriebskrankenkasse** wird mit Wirksamwerden ihrer **Schließung** (§ 155 Abs. 1 SGB V) nicht nach § 17 Abs. 2 Alt. 2 BetrAVG von der Insolvenzsicherungsbeitragspflicht befreit. Das **Äquivalenzprinzip** steht der Heranziehung der geschlossenen Krankenkasse zu Insolvenzsicherungsbeiträgen ebenfalls nicht entgegen.

b) Auskunftsanspruch der Presse gegenüber gesetzlicher Krankenkasse

VG München, Urteil v. 18.01.2018 - M 10 K 17.670

RID 18-02-341

juris

PresseG Bayern Art. 4; VwVfG Bayern Art. 25

Nach dem Bayerischen Pressegesetz hat eine Zeitung einen **Auskunftsanspruch** gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse.

6. Rettungsdienst/VergabeR: Kein pauschaler Ausschluss von Ärzten für Orthopädie vom Notdienst

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 07.02.2018 - VII-Verg 55/16

RID 18-02-342

GesR 2018, 196

GWB §§ 97 I 2, 122 IV; VgV § 46 I

Ein **pauschaler Ausschluss von Ärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie vom Notdienst** ist sachlich ungerechtfertigt. Beim Einsatz von Notärzten ist auf die **individuellen Kenntnisse** und Erfahrungen abzustellen. Schon das Gebot der Verhältnismäßigkeit (§ 97 I 2 GWB) fordert, dass vor einem generellen Ausschluss einer bestimmten Arztgruppe vom Rettungswesen eine **Einzelfallprüfung** vom öffentlichen Auftraggeber vorgenommen wird. Dieser hat die Vergabestellen mit den dafür notwendigen personellen und sachlichen Mitteln auszustatten.

7. Pflegeberufe: Versicherungspflicht

a) Versicherungspflicht: Gesundheits- und Krankenpflegerin in der ambulanten Pflege

LSG Bayern, Urteil v. 28.09.2017 - L 7 R 5028/16

RID 18-02-343

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV § 7a

Leitsatz: Zur Abgrenzung **abhängiger Beschäftigung** von **selbständiger Tätigkeit** im Pflegebereich.

b) Selbständige Intensiv-Krankenpfleger

LSG Bayern, Urteil v. 28.09.2017 - L 7 R 5059/16

RID 18-02-344

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV § 7a

Leitsatz: Zur Abgrenzung **abhängiger Beschäftigung** von **selbständiger Tätigkeit** bei **Intensiv-Krankenpflegern**.

c) Abhängige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von Pflegefachkräften

LSG Bayern, Urteil v. 09.05.2017 - L 7 R 5035/17

RID 18-02-345

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV § 7a

Leitsatz: Zur Abgrenzung **abhängiger Beschäftigung** von **selbständiger Tätigkeit** von **Pflegefachkräften**.

d) Abhängige Beschäftigung eines Krankenpflegers in Vertragskrankenhaus

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.03.2018 - L 4 R 4791/15

RID 18-02-346

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 107 I Nr. 2; SGB III § 25 I 1; SGB IV §§ 7 I, 7a, 8 I Nr. 2, 27 III Nr. 1; SGB VI § 1 S. 1 Nr. 1

Leitsatz: Zur abhängigen Beschäftigung eines **Krankenpflegers** in einem Vertragskrankenhaus.

e) Ambulante Pflegekraft bei Betreuung eines Wachkomapatienten

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 08.03.2018 - L 1 KR 347/16

RID 18-02-347

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV § 7

Eine **Pflegekraft**, die von einem **Pflege-Unternehmen**, das pflegerische Tätigkeiten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege übernimmt, bei einem **Wachkomapatienten**, der 24 Stunden am Tag versorgungsbedürftig ist, mit **3 fest angestellten Mitarbeitern** und **2 weiteren externen Mitarbeitern** ebf. als selbständige Mitarbeiterin eingesetzt wird, wird abhängig beschäftigt.

8. Zuwendungen einer kreisfreien Stadt an ein Alten-/Pflegeheim

OLG Nürnberg, Urteil v. 21.11.2017 - 3 U 134/17

RID 18-02-348

juris = NZBau 2018, 178 = GesR 2018, 196

AEUV Art. 107 I, 108 III; UWG §§ 3, 3a

Leitsatz: Zuwendungen einer kreisfreien Stadt an ein Alten-/Pflegeheim, das ein örtlich geprägtes Einzugsgebiet hat, Standardleistungen im Pflegebereich anbietet und dessen Bewohner nicht aus anderen Mitgliedstaaten, sondern nur aus der näheren Region stammen, stellen keine **staatlichen Beihilfen** im Sinne des Art 107 Abs. 1 AEUV dar. Es handelt sich um rein **lokale Fördermaßnahmen** ohne Auswirkungen auf den zwischenstaatlichen Handel.

9. Meisterzwang im Zahntechnikerhandwerk verfassungsgemäß

VG Regensburg, Urteil v. 30.11.2017 - RO 5 K 15.1955

RID 18-02-349

juris

HwO §§ 1, 7, 8

Die Zuordnung des **Zahntechnikerhandwerks** zur Anlage A der HwO (Nr. 37) und der daraus resultierende **Meisterzwang** begegnen **keinen verfassungsrechtlichen Bedenken**. Ebenso sind die Bestimmungen des MPG und der MPBetrV keine gegenüber den Vorschriften der Handwerksordnung vorrangig anzuwendenden Regelungen. Vor diesem Hintergrund hat die Bekl. zu Recht die Erteilung einer **Ausnahmebewilligung** nach § 8 I HwO abgelehnt, da ein hierfür erforderlicher Ausnahmefall, bei dem die Ablegung einer Meisterprüfung eine unzumutbare Belastung bedeuten würde, nicht vorliegt.

10. Heilpraktikererlaubnis

a) Kryolipolyse (Fettvereisung lokaler Fettpölsterchen) ist Heilbehandlung

VG Augsburg, Urteil v. 12.10.2017 - Au 2 K 16.1500

RID 18-02-350

juris

HeilprG §§ 1, 5; Landesstraft- und Verordnungsgesetz Bayern Art. 7 II

Bei der Anwendung der **Kryolipolyse (Fettvereisung lokaler Fettpölsterchen)** handelt es sich um eine über eine bloße kosmetische Behandlung hinausgehende **Heilbehandlung**, die ärztliche Fachkenntnisse erfordert und in der Lage ist, gesundheitliche Schäden zu verursachen. Ärztliche Fachkenntnisse sind hier bereits im Hinblick auf die Feststellung erforderlich, ob im Einzelfall mit einer Kryolipolyse-Behandlung begonnen werden darf.

b) Einsatz eines Lasergerätes zur Entfernung von Tätowierungen

VG Gelsenkirchen, Beschluss v. 22.12.2017 - 7 L 3157/17

RID 18-02-351

juris

Ordnungsbehördengesetz NRW § 14 I; HeilprG § 1 I; VwGO § 80 V

Leitsatz: Bei summarischer Prüfung sprechen gewichtige Gründe dafür, dass in der Anwendung eines Lasergerätes zur **Entfernung von Tätowierungen** ohne **Heilpraktikererlaubnis** ein Verstoß gegen § 1 Abs. 1 HPG zu sehen ist

c) Beschränkung auf das Gebiet der Chiropraktik

VG München, Urteil v. 18.01.2018 - M 27 K 17.693

RID 18-02-352

juris

HeilprG § 1 I; HeilprGDV § 1

Eine **Heilpraktikererlaubnis** kann auf das **Gebiet der Chiropraktik beschränkt** werden. Das Gebiet der Chiropraktik ist hinreichend ausdifferenziert und abgrenzbar.

Es bedarf keiner **Kenntnisprüfung**, wenn der Ast. über fünf Jahre hinweg zunächst den auf Chiropraktik spezialisierten Bachelor-Studiengang und dann den auf Chiropraktik spezialisierten Master-Studiengang an einer staatlich anerkannten privaten Hochschule im Bundesgebiet erfolgreich absolviert und hierzu die entsprechenden Nachweise vorgelegt hat.

11. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche

a) Untypische Körperschäden begründen keine positive Feststellung der Schadensursache

VG Köln, Urteil v. 23.01.2018 - 7 K 7538/16

RID 18-02-353

juris

ContStifG §§ 12 I, 13 II 1

Zwar trifft es zu, dass wegen der lückenhaften wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Embryonalentwicklung und der individuellen Unterschiede des menschlichen Körpers nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, dass auch **untypische Körperschäden durch Thalidomid verursacht** sein könnten. Dies genügt jedoch nicht dem **gesetzlichen Maßstab** des § 13 ContStifG. Hiernach ist eine **positive Feststellung** des Inhalts erforderlich, dass die Fehlbildungen in Verbindung mit der Einnahme von Thalidomid in der Schwangerschaft stehen können, dieser Zusammenhang also mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann. Ein wahrscheinlicher Zusammenhang mit einer Thalidomideinnahme liegt aber in der Regel nicht vor, wenn kein typisches, anhand einer Vielzahl von Fällen ermitteltes Schadensbild besteht. Denn eine atypische Ausprägung einer Extremitätenfehlbildung (Dysmelie) kann auch durch eine Vielzahl anderer Ursachen hervorgerufen werden, z.B. durch den Einfluss äußerer Faktoren - wie Viren, anderen Schadstoffen oder Medikamenten, Sauerstoffmangel des Embryos, ein Amniotisches-Band-Syndrom oder Fehlernährung in der Schwangerschaft - oder durch genetische Abweichungen.

b) Fehlbildungen müssen einer Thalidomidembryopathie entsprechen

VG Köln, Urteil v. 19.02.2018 - 7 K 5433/16

RID 18-02-354

juris

ContStifG §§ 12 I, 13 II 1

Die Gewährung von Leistungen nach dem ContStifG setzt voraus, dass die beschriebenen **Fehlbildungen** ihrem Erscheinungsbild nach einer **Thalidomidembryopathie** entsprechen. Zwar trifft es zu, dass wegen der lückenhaften wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Embryonalentwicklung und der individuellen Unterschiede des menschlichen Körpers nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, dass auch **untypische Körperschäden** durch Thalidomid verursacht sein könnten. Dies genügt jedoch nicht dem gesetzlichen Maßstab des § 13 ContStifG.

c) Keine Berücksichtigung von Folgeschäden einer Fehlbildung

VG Köln, Urteil v. 19.02.2018 - 7 K 10751/16

RID 18-02-355

juris

ContStifG §§ 12 I, 13 II 1

Die **Schwere des Körperschadens** wird durch die Medizinische Punktetabelle konkretisiert, die sich in Anlage 2 der Richtlinien des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für die Gewährung von Leistungen wegen Conterganschadensfällen vom 09.03.2017 findet. Bei der Bewertung des Schadens ist auszugehen vom Schweregrad der Fehlbildung, wie er **bei der Geburt** vorlag oder angelegt war, unter Berücksichtigung der zu erwartenden körperlichen Behinderung, § 7 II und § 8 II der Richtlinien. Eine Erhöhung oder Verminderung der Conterganrente bei einer Änderung der Körperfunktionsstörungen nach bestandskräftiger Entscheidung über den Antrag findet nicht statt, § 8 III 1 der Richtlinien. Hiermit ist in Übereinstimmung mit den Vorgaben des § 12 I ContStifG zum Ausdruck gebracht, dass Bezugspunkt der Schadensbewertung die bei Geburt bestehende oder wenigstens angelegte Fehlbildung ist. Hingegen sind **Folgeschäden einer Fehlbildung** - zum Beispiel die Verschlechterung von Körperfunktionen durch Verschleiß von geschädigten oder die Überlastung von gesunden Organen oder Schäden durch Untersuchungen und Behandlungen im Verlauf des Lebens - bei der Bewertung der Schwere des geburtsbedingten Körperschadens nicht zu berücksichtigen. Derartige Folge- und Spätschäden sollten nach dem Willen des Gesetzgebers durch die pauschale und deutliche Erhöhung der Conterganrenten, durch jährliche Sonderzahlungen und

durch die Bewilligung von Leistungen für „spezifische Bedarfe“ abgegolten werden, ohne die Punktebewertung im Einzelfall zu ändern.

d) Anerkennung einer Schwerhörigkeit nur bei bei Geburt angelegter Schwerhörigkeit

VG Köln, Urteil v. 19.02.2018 - 7 K 4585/13

RID 18-02-356

juris

ContStifG §§ 12 I, 13 II 1

Bezugspunkt der **Schadensbewertung** ist die bei **Geburt** bestehende oder wenigstens angelegte Fehlbildung. Hingegen sind Folgeschäden einer Fehlbildung - z.B. die Verschlechterung von Körperfunktionen durch Verschleiß von geschädigten oder die Überlastung von gesunden Organen oder Schäden durch Untersuchungen und Behandlungen im Verlauf des Lebens - bei der Bewertung der Schwere des geburtsbedingten Körperschadens nicht zu berücksichtigen.

Für die **Anerkennung einer Schwerhörigkeit** bedarf es Anhaltspunkte, aus denen sich der Schluss auf eine bei Geburt vorhandene oder angelegte mittelgradige Schwerhörigkeit ziehen lässt.

e) Höhere Leistungen wegen Schwerhörigkeit: Nachweis früher Schädigung

VG Köln, Urteil v. 20.03.2018 - 7 K 1711/16

RID 18-02-357

juris

ContStifG §§ 12 I, 13 II 1

Höhere Leistungen wegen einer Schwerhörigkeit können abgelehnt werden, wenn nicht dargelegt wird, dass bereits **in den Jahren nach der Geburt** eine Beeinträchtigung des Hörvermögens bestand.

12. Sozialrecht

a) Impfschadensrecht

aa) Fehlender Nachweis einer Primärschädigung im Sinne einer Impfkomplication

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 26.04.2017 - L 4 VJ 2/13 ZVW

RID 18-02-358

juris

BSeuchG §§ 51 I, 52 I 1; IfSG §§ 2 Nr. 11, 60 I 1

Fehlt es bereits am **Nachweis einer Primärschädigung** im Sinne einer Impfkomplication, so scheidet ein Anspruch auf Versorgung aus. Ob sich konkrete **andere Ursachen** für die bestehende dauerhafte Schädigung feststellen lassen oder nicht, ist dann unerheblich.

BSG, Beschl. v. 29.01.2018 - B 9 V 39/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

bb) Akute disseminierte Enzephalomyelitis nach einer Hepatitis A-Impfung

LSG Sachsen, Urteil v. 30.01.2018 - L 9 VE 25/14

RID 18-02-359

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 9 V 14/18 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

IfSG §§ 2 Nr. 11, 60

Leitsatz: Die Verursachung einer **Erkrankung an akuter disseminierter Enzephalomyelitis** (ADEM-Erkrankung) muss hinreichend wahrscheinlich auf die erfolgte **Hepatitis A-Impfung** zurückgeführt werden können. Bei **unklarer Verursachung** bzw. alternativer Verursachung durch eine andere Virusinfektion - hier: Zytomegalie - ist der Zusammenhang nicht hinreichend wahrscheinlich.

b) Blindengeld

aa) BVerfG: Absenkung des Landesblindengeldes in Schleswig-Holstein ab Januar 2011

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 01.02.2018 - 1 BvR 1379/14

RID 18-02-360

juris

GG Art. 1 I, 3 III, 20 I; BlindGG Schleswig-Holstein

Die Verfassungsbeschwerde lässt aber auch, soweit sie nicht auf das gerichtliche Verfahren als solches, sondern auf die gesetzliche **Festlegung der (geringeren) Höhe des Landesblindengeldes** ab dem 01.01.2011 gerichtet ist, einen Grundrechtsverstoß nicht erkennen.

bb) Keine analoge Anwendung des BlindG

LSG Bayern, Urteil v. 09.01.2018 - L 15 BL 10/17

RID 18-02-361

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

BlindG Bayern Art. 1; Verf Bayern Art. 92, 118, 118a; GG Art. 3, 20, 100

Leitsatz: 1. Einen Anspruch auf Blindengeld gemäß dem Bayerischen Blindengeldgesetz hat nur, wer **blind** oder **hochgradig sehbehindert** im Sinne von Art. 1 dieses Gesetzes ist.
2. Zur **Verfassungsmäßigkeit** des Bayerischen Blindengeldgesetzes.
3. Es kann hier offen bleiben, ob die durch das Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in innerstaatliches einfaches Bundesrecht transformierten völkerrechtlichen Regelungen der **UN-BRK** dem behinderten Menschen ein subjektiv-öffentliches Recht auf bestimmte Leistungen unabhängig von deren Ausgestaltung im sonstigen Bundesrecht einräumen.

c) Grundsicherung: Fahrkosten zur ambulanten Behandlung eines behinderten Kindes

SG Berlin, Urteil v. 18.01.2018 - S 179 AS 3988/16

RID 18-02-362

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB II § 21 VI

Leitsatz: **Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung eines behinderten Kindes** stellen einen **Mehrbedarf** nach § 21 Abs. 6 SGB II dar, wenn die Benutzung eines Pkw und die Begleitung durch ein Elternteil notwendig ist.

In pauschalierter Betrachtungsweise sind ab der ersten Fahrt entsprechend § 5 Abs. 1 **Bundesreisekostengesetz** (BRKG) 20 Cent je gefahrenen Kilometer anzusetzen (Anschluss an BSG, Urteil vom 04. Juni 2014 - B 14 AS 30/13 R - BSGE 116, 86 = SozR 4-4200 § 21 Nr. 18).

d) Sozialhilfe

aa) Keine sozialhilferechtliche Kostenübernahme für Normalbrille

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 31.08.2017 - L 8 SO 79/14

RID 18-02-363

Revision anhängig: B 8 SO 4/18 R

juris

SGB IX §§ 4, 5, 6, 14, 33; SGB V §§ 13, 27, 33

Leitsatz: 1. Ein Anspruch auf Kostenübernahme für die Anschaffung einer sog. **Normalbrille** (ohne Tönung, Entspiegelung und Gleitsicht) als sozialhilferechtliche Eingliederungshilfe besteht in der Regel nicht.

2. Für die Beurteilung, ob aufgrund einer **Sehbeeinträchtigung** eine Behinderung i.S. des § 2 Abs. 1 SGB IX vorliegt, ist nach dem ab dem 1. Januar 2009 geltenden versorgungsrechtlichen Bewertungssystem, der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10. Dezember 2008 (VersMedV, BGBl. I 2412), nicht die Sehleistung (ohne Brille), sondern in erster Linie die **korrigierte Sehschärfe** (mit Brille) maßgebend. Ist eine Sehschwäche wie z.B. eine Kurz- oder Weitsichtigkeit durch die Versorgung mit einer Sehhilfe ausgeglichen, besteht keine „Sehbeeinträchtigung“ und damit auch keine „Sehbehinderung“ mehr (vgl. BSG, Urt. v. 23.06.2016 - B 3 KR 21/15 R - SozR 4-2500 § 33 Nr.

49, juris Rn. 25, 26). Dies gilt entsprechend für die sozialhilferechtliche Bewertung einer Sehschwäche nach der Eingliederungshilfe-Verordnung.

3. **Eigenanteile** (Zuzahlungen) zu Brillen und Brillengläsern sind in den für das Jahr 2012 geltenden Regelbedarfen als Ausgaben aus dem Bereich der Gesundheitspflege (Abteilung 6 der EVS 2008) mit einem regelbedarfsrelevanten Gesamtbetrag von 15,55 € je Monat berücksichtigt worden.

4. Der Umstand, dass ein sozialrechtlicher Anspruch auf Kostenübernahme für die Anschaffung einer sog. Normalbrille (ohne Tönung, Entspiegelung und Gleitsicht) nicht besteht, verstößt nicht gegen die **Verfassung**.

bb) Versorgung mit Bifokalbrille nicht als Eingliederungshilfe

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 16.11.2017 - L 9 SO 88/14

RID 18-02-364

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I; SGB XII 53 I, 54 I; SGB IX §§ 26 ff.

Bei der Versorgung mit einer **Bifokalbrille** handelt es sich schon von vornherein gerade nicht um eine Leistung der **medizinischen Rehabilitation**, sondern um die Versorgung mit einem klassischen Hilfsmittel der gesetzlichen (und auch privaten) Krankenversicherung. Es besteht daher kein Anspruch auf **Eingliederungshilfe** in Form von Leistungen der medizinischen Rehabilitation gemäß § 54 I 1 SGB XII i.V.m. §§ 26 ff. SGB IX.

cc) Therapie-Dreirad

SG Dessau-Roßlau, Urteil v. 28.04.2017 - S 10 SO 6/14

RID 18-02-365

Berufung anhängig: LSG Sachsen-Anhalt - L 8 SO 28/17 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 33, 139

Es fehlt bei der **Verordnung eines „behinderten gerechtes Fahrrads“** wegen der „OS Amputation rechts nach AVK“ bereits an einer eindeutigen Bezeichnung des Hilfsmittels nach Maßgabe der oben Hilfsmittel-RL, da als „behindertengerecht“ diverse Arten von Fahrrädern in Betracht kommen können. Darüber hinaus ist bereits im Hinblick auf den Wortlaut der Verordnung nicht erkennbar, dass ein Therapie-Dreirad im Hinblick auf das linke Bein und eine dort weiterhin bestehende arterielle Verschlusskrankheit benötigt wird.

Die Beschaffung eines Therapie-Dreirads zum Erreichen verschiedener **Eingliederungsziele** ist nicht erforderlich, wenn andere Möglichkeiten als die Benutzung des Therapiedreirades zur Verfügung stehen.

Die **Genehmigungsfiktion** (§ 13 IIIa SGB V) gilt nicht für den Sozialhilfeträger – weder als erstangegangener noch als zweitangegangener Träger.

dd) Petö-Therapie: Medizinischer Leistungszweck im Vordergrund

LSG Hamburg, Urteil v. 12.03.2018 - L 4 SO 17/15

RID 18-02-366

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB XII 26, 33, 52 V, 54, 55 I 2 Nr. 3

Kommt es zu einer **Überschneidung von medizinischer und sozialer Rehabilitation**, ist die notwendige Zuordnung einer Maßnahme danach vorzunehmen, welcher Leistungszweck im Vordergrund steht bzw. den Schwerpunkt bildet. Auf den Leistungsgegenstand kommt es dagegen nicht an (BSG, Urt. v. 19.05.2009 - B 8 SO 32/07 R - BSGE 103, 171 = SozR 4-3500 § 54 Nr. 5, Rn. 17; BSG, Urt. v. 29.09.2009 - B 8 SO 19/08 R - SozR 4-3500 § 54 Nr. 6, Rn. 21 f.; LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 10.02.2016 - L 9 SO 59/13 - juris Rn. 72 ff.). Eine Wertung als Maßnahme der sozialen Rehabilitation kommt insb. dann in Betracht, wenn über die Zwecke der GKV hinausgehende Ziele verfolgt werden (vgl. BSG, Urt. v. 29.09.2009 - B 8 SO 19/08 R - aaO., Rn. 21 explizit zur Petö-Therapie mit dem Ziel der Erleichterung des Schulbesuchs - § 54 I 1 Nr. 1 SGB XII). Dient eine **Petö-Therapie** im Einzelfall zwar auch der Verbesserung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, steht dabei aber der medizinische Leistungszweck im Vordergrund (vgl. BSG, Urt. v. 03.09.2003 - B 1 KR

34/01 R - SozR 4-2500 § 18 Nr. 1), so ist sie allein der medizinischen Rehabilitation zuzuordnen (LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 27.02.2013 - L 4 SO 17/11 - juris).

13. Steuerrecht

a) Einkommensteuerrecht

aa) BFH: Nur tatsächlich gezahlte Krankenversicherungsbeiträge sind abziehbar

BFH, Urteil v. 29.11.2017 - X R 26/16

RID 18-02-367

juris
EStG § 10 I Nr. 3 S. 1

Leitsatz: 1. NV: Werden in einem **Versicherungstarif einer privaten Krankenkasse** sowohl Leistungen versichert, die der **Basisabsicherung** dienen, als auch nicht gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 3 Satz 1 Buchst. a Satz 3 EStG begünstigte **Wahlleistungen**, bedarf es einer **Aufteilung der Beiträge** auf der Grundlage der Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung (KVBEVO).

2. NV: Selbst wenn der so ermittelte Beitrag zur Basisabsicherung geringer sein sollte als ein vergleichbarer Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung bzw. als ein vergleichbarer Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a und Abs. 1c VAG a.F., sind lediglich die auf der Grundlage der KVBEVO ermittelten **Beiträge** zur Basisabsicherung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 3 Satz 1 Buchst. a Satz 3 EStG **abziehbar**.

3. NV: Zweifel an der Rechtmäßigkeit der **KVBEVO** bestehen nicht.

bb) Keine Steuerbefreiung für Tätigkeit als sog. Lehrarzt

FG Schleswig-Holstein, Urteil v. 07.03.2018 - 2 K 174/17

RID 18-02-368

juris
EStG § 3 Nr. 26

Vergütungen für eine Tätigkeit als sog. **Lehrarzt** in der praktischen Ausbildung von Studierenden der Medizin sind nicht nach § 3 Nr. 26 EStG steuerfrei. Es liegt keine begünstigte Nebentätigkeit vor, denn es fehlt an einer inhaltlichen, zeitlichen und organisatorischen Trennung der „hauptberuflichen“ Tätigkeit als Arzt und der „nebenberuflichen“ Tätigkeit als Lehrarzt.

b) Umsatzsteuerrecht

aa) BFH: Bemessungsgrundlage/Abschläge pharmazeutischer Unternehmer nach § 1 AMRabG

BFH, Urteil v. 08.02.2018 - V R 42/15

RID 18-02-369

juris
UStG § 17 I 1; EGRL 112/2008 Art. 90 I; AMRabG § 1

Leitsatz: **Abschläge pharmazeutischer Unternehmer** nach § 1 AMRabG mindern die **Bemessungsgrundlage** für die gelieferten Arzneimittel (Folgeentscheidung zum EuGH-Urteil Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG vom 20. Dezember 2017 C-462/16, EU:C:2017:1006).

bb) Ästhetisch-chirurg. Maßnahmen: Fehlende oder unzureichende Behandlungsdokumentation

FG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 05.12.2017 - 5 K 5266/15

RID 18-02-370

juris
UStG § 4 Nr. 14

Die nach der Rspr. erforderliche Feststellung, welche Zwecke mit ärztlichen Leistungen verfolgt werden, ist in vielen Fällen, bei denen sich die Zielsetzung bereits aus der Leistung selbst ergibt, unproblematisch. Anders ist es im Bereich **ästhetisch-chirurgischer Maßnahmen**, die sowohl Heilbehandlungszwecken als auch bloßen kosmetischen Zwecken dienen können. Im Bereich

ästhetisch-chirurgischer Maßnahmen kommt es daher auf eine **Einzelprüfung** an. Diese ist unter größtmöglicher Wahrung des zwischen Arzt und Patient bestehenden und auch durch § 84 I FGO i.V.m. § 102 I Nr. 3 Buchst. c AO geschützten Vertrauensverhältnisses vorzunehmen. Daher ist die gemäß § 76 I 1 und 2 FGO von Amts wegen erforderliche Sachverhaltsaufklärung auf der Grundlage anonymisierter Patientenunterlagen durchzuführen.

Eine Anerkennung einer Steuerfreiheit für überhaupt **nicht dokumentierte Behandlungen** scheidet von vornherein aus. Steuerfreiheit kommt ferner nicht in Betracht, wenn es an nachprüfbaren **detaillierten Angaben** der mit der jeweiligen Behandlung verfolgten therapeutischen oder prophylaktischen Zielsetzung fehlt.

cc) Herstellerrabatt für niederl. Versandapotheke u. Bemessungsgrundlage für inländ. KK

FG Münster, Urteil v. 13.03.2018 - 15 K 832/15 U

RID 18-02-371

juris

UStG § 10 I 3

Die von einem Arzneimittelhersteller gegenüber einer niederländischen Versandapotheke gemäß § 130a SGB V gewährten **Herstellerrabatte** sind nicht in die **Bemessungsgrundlage des innergemeinschaftlichen Erwerbes** der inländischen **Krankenkasse** als Entgelt von Dritter Seite i.S. des § 10 I 3 UStG einzubeziehen.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 08.05.2018. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
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 Termin: 16.05.2018	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: 16.05.2018	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
Richtigstellung eines RLV nach Reduzierung des Versorgungsauftrags	B 6 KA 65/17 R	Unter welchen Voraussetzungen darf das dem Vertragsarzt vor dem Abrechnungsquartal zugewiesene Regelleistungsvolumen in dem nach Ablauf des Abrechnungsquartals ergehenden Honorarbescheid geändert werden?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 25.10.2017 - L 5 KA 3809/15 -	17-04-8
Verminderung des RLV wegen Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung	B 6 KA 66/17 R	War die im Quartal 1/2009 vorgenommene Bereinigung des Regelleistungsvolumens nur bei den an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten rechtmäßig?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 25.10.2017 - L 5 KA 1251/14 -	17-04-5
Rückwirkende Änderungen des HVM	B 6 KA 1/18 R	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung befugt, rückwirkende Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (hier: Regelungen zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten) für Sachverhalte vor dem 1.1.2012 (hier: im Quartal I/2009) ohne eine Vereinbarung einseitig nur im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vorzunehmen?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 18.10.2017 - L 7 KA 18/14 -	18-01-3
Quotierung von Laboratoriumsuntersuchungen (Quartale I u. II/13)	B 6 KA 26/17 R	Ist die Quotierung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM-Ä in den Quartalen I und II/2013 rechtmäßig?	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	SG Marburg , Urt. v. 22.03.2017 - S 11 KA 27/15 -	17-03-2 17-03-3

		aus der Bemessung der EBM-Bewertung ausklammert?	- S 11 KA 26/15 -	
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
Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus (2008)	B 6 KA 67/17 R	Verstoßen die vom Bewertungsausschuss erlassenen Neuregelungen für die Vergütung von Leistungen im Notfalldienst im Jahr 2008 gegen höherrangiges Recht?	LSG Bayern , Urt. v. 08.02.2017 - L 12 KA 85/15 -	17-02-25 NZZ
Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen: Reichweite der Vereinbarung	B 6 KA 45/16 R Termin: 16.05.2018	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 Termin: 27.06.2018	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 NZZ
Beschränkung der Abtretung von Forderungen	B 6 KA 40/17 R Termin: 27.06.2018	Darf eine Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung in ihrer Abrechnungsordnung die Abtretung von Forderungen der Vertrags(zahn)ärzte gegen sie auf Kreditinstitute beschränken und im Übrigen ausschließen?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 16.06.2017 - L 5 KA 24/15 -	17-03-14 NZZ

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
Anfechtungsberechtigung: Ausscheiden aus einer überörtlichen BAG	B 6 KA 64/17 R	Zur Anfechtungsberechtigung in Bezug auf eine Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrags zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, wenn nach Auflösung einer auf dem Gebiet der Dialyse tätigen überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) die bisherigen Mitglieder ihre Tätigkeiten getrennt, aber im Übrigen unverändert an ihren jeweils beibehaltenen Vertragsarztsitzen fortsetzen.	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 09.08.2017 - L 3 KA 128/15 -	18-01-24
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 ermächtigten Krankenhausarztes	B 6 KA 50/17 R	Ist die Regelung einer Bereitschaftsdienstordnung, wonach ermächtigte Krankenhausärzte im Umfang von 0,25 eines Versorgungsauftrags am Bereitschaftsdienst teilnehmen, rechtmäßig?	LSG Hessen , Urt. v. 14.12.2016 - L 4 KA 18/15 -	17-01-33 NZB
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
	B 6 KA 3/18 R	Verstößt die Beschränkung der Zahl von Vorbereitungsassistenten durch die Richtlinien einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung zur Beschäftigung von Assistenten und Vertretern im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung gegen höherrangiges Recht, soweit sie bei Medizinischen Versorgungszentren nur einen Vorbereitungsassistenten für den zahnärztlichen Leiter vorsieht?	SG Marburg , Urt. v. 31.01.2018 - S 12 KA 572/17 -	18-01-25

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Übertragung der Prüfung auf Folgequartale/Bronchoskopie nach Nr. 09315 EBM	B 6 KA 63/17 R	Darf die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen einer sachlich-rechnerischen Berichtigung aus der Unrichtigkeit der Abrechnung von Leistungen in einem Quartal auf die Unrichtigkeit der Abrechnung dieser Leistungen auch in den Folgequartalen schließen? (Falls ja: unter welchen Voraussetzungen?)	LSG Baden-Württemberg , Beschl. v. 31.03.2017 - L 5 KA 3288/16 -	18-01-13 NZB
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Nebeneinanderabrechnung Ordinationskomplex/Gesprächsleistung	B 6 KA 44/17 R	Darf die als Abrechnungsvoraussetzung normierte Mindestzeit für den Arzt-Patienten-Kontakt von 20 Minuten für die Nebeneinanderabrechnung des Ordinationskomplexes und der Gesprächsleistung zu Lasten des Vertragsarztes in die Prüfung nach Tageszeitprofilen eingestellt werden?	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 Termin: 21.03.2018	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 17-04-20 NZB
Ort der Leistungserbringung: Zytologischer Arbeitsplatz	B 6 KA 61/17 R	Lässt die Zervix-Zytologie-Vereinbarung nach § 135 Abs 2 SGB 5 eine Erbringung vorbereitender Tätigkeiten an einem nicht von einer Genehmigung erfassten Ort zu?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 18.07.2017 - L 4 KA 17/15 -	17-04-18
Job-Sharing-Obergrenze: Eintritt in	B 6 KA 48/16 R	Wie ist die Begrenzung des Umfangs einer Arztpraxis zu berechnen, wenn ein Job-	LSG Baden-Württemberg ,	17-01-20

bestehende BAG	Termin: 24.01.2018	Sharing-Partner nicht in eine Einzelpraxis, sondern in eine bereits bestehende BAG eintritt?	Urt. v. 16.03.2016 - L 5 KA 3901/12 -	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 -	18-01-16 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 Termin: 16.05.2018	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
Krankenhaus-Notfallambulanz: Darlegungslast für Labor- und Röntgenleistungen	B 6 KA 68/17 R	Darf die Vergütung der von einem Krankenhaus erbrachten Notfallbehandlung davon abhängig gemacht werden, dass das Krankenhaus die Notwendigkeit der Notfallbehandlung im Einzelnen begründet und ist das Krankenhaus ggfs gehalten, diese Begründung bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens abzugeben?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 19.10.2017 - L 5 KA 1/17 -	18-01-19

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Beschränkung auf die Gruppe der Familienversicherten und 20 %-Quote	B 6 KA 17/16 R Termin: 24.01.2018 Erl. durch Vergleich	Darf ein Arzneimittelregress allein anhand der Verordnungswerte der Versichertengruppe "Familienangehörige" festgesetzt werden, wenn die Fallzahl dieser Gruppe 20 % der durchschnittlichen Gesamtfallzahl der Fachgruppe unterschreitet?	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 Termin: 21.03.2018	Gehören Impfleistungen zur vertragsärztlichen Versorgung, und ist eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ihrer Verordnung durch die Prüfungsgremien zulässig?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 07.03.2017 - L 4 KA 81/14 -	17-03-40

Zulassung und Ermächtigung

Fortführungsfähige Praxis in BAG: Tätigkeitsumfang des einzelnen Vertragsarztes/Vorverfahren	B 6 KA 46/17 R Termin: 27.06.2018	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 Termin: 16.05.2018	Kann ein Medizinisches Versorgungszentrum ein weiteres Medizinisches Versorgungszentrum gründen?	LSG Hessen , Urt. v. 30.11.2016 - L 4 KA 20/14 -	17-01-52
Auswahlentscheidung: Berücksichtigung der Tätigkeit nach aufgehobener sofortiger Vollziehung	B 6 KA 33/17 R Termin: 27.06.2018	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
Öffnung eines Planungsbereichs: „Konzeptwerbung“ nach § 103 IV 10 SGB V	B 6 KA 5/18 R	Ist die Regelung des § 103 Absatz 4 Satz 10 SGB V in der Fassung des GKV-VSG vom 16.7.2015 für das Zulassungsverfahren nach partieller Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen in einem bisher übersorgten Planungsbereich anwendbar?	LSG Bayern , Urt. v. 17.01.2018 - L 12 KA 12/17 -	18-02-28

Beschäftigung einer Ärztin in der fachinternistischen und hausärztlichen Versorgung	B 6 KA 62/17 R	Darf ein medizinisches Versorgungszentrum eine angestellte Ärztin auf jeweils einer halben Vertragsarztstelle mit einem Versorgungsauftrag in der fachinternistischen und der hausärztlichen Versorgung beschäftigen?	SG Hamburg , Urt. v. 27.09.2017 - S 27 KA 350/16 -	18-01-35
Umwandlung einer MVZ-Arztstelle nach Einstellung des Praxisbetriebs/Kein Teil der Insolvenzmasse	B 6 KA 27/16 R 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
Herausgabe einer Bürgschaftsurkunde nach Gesellschafterwechsel	B 6 KA 2/18 R	Kann der Gesellschafter einer GmbH, die ein medizinisches Versorgungszentrum betreibt, nach seinem Ausscheiden aus der Gesellschaft im Rahmen eines Gesellschafterwechsels die Rückgabe einer von ihm dem Zulassungsausschuss vorgelegten Bürgschaftsurkunde verlangen und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 08.11.2017 - L 3 KA 109/15 -	18-01-36
Übernahme einer Einrichtung nach § 311 SGB V durch Erbringer häuslicher Krankenpflege	B 6 KA 46/16 R Termin: 21.03.2018	Erfasst der in § 311 Abs 2 SGB 5 geregelte Bestandsschutz für bestimmte ärztlich geleitete Einrichtungen nur den Umfang der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung und sind im Übrigen insbesondere hinsichtlich der Trägerschaft die Regelungen für medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB 5 anzuwenden?	SG Potsdam , Urt. v. 28.09.2016 - S 1 KA 19/15 -	17-01-50
Zulassungsentziehung: Visuelles Ausspionieren der Praxisangestellten in ihrer Intimsphäre	B 6 KA 4/18 R	Verstößt ein Vertrags(zahn)arzt gegen seine vertrags(zahn)ärztlichen Pflichten, wenn er in den Schutzbereich der Intim- und Privatsphäre der Mitarbeiterinnen innerhalb ihres dienstlichen Bereichs eingreift (hier: Videobildaufnahmen in Umkleieräumen und Duschen)?	LSG Thüringen , Urt. v. 20.11.2017 - L 11 KA 807/16 -	18-02-34

Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV/ Pädiatrische Spezialambulanz/Hausarztzentrierte Versorgung

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 Termin: 27.06.2018	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: Krankenkassenanspruch?	B 6 KA 60/17 R Termin: 27.06.2018	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	B 6 KA 57/17 R	Findet der Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei Wahlen von Gremien der	SG Marburg ,	17-03-71

bei KV-Gremienwahlen		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?	Urt. v. 31.05.2017 - S 12 KA 100/17 -	
Hausarztzentrierte Versorgung	B 6 KA 44/16 R Termin: 21.03.2018	Verstößt der für den Bezirk der KV Bayern durch Schiedsspruch vom 13.2.2012 festgesetzte Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b Abs 4 S 1 SGB 5 gegen höherrangiges Recht?	LSG Bayern, Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 149/14 -	17-02-68
Hausarztzentrierte Versorgung: Geschiedster Vertrag/Aufsichtsverfügung	B 6 KA 59/17 R (alt: B 1 KR 27/17 R) Termin: 21.03.2018	Darf die Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse zur Umsetzung des von der Schiedsperson festgesetzten Vertrags zur Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung verpflichten, obwohl die Krankenkasse den Vertrag für rechtswidrig hält und dies gegenüber dem Vertragspartner gerichtlich geltend macht?	LSG Bayern, Urt. v. 04.04.2017 - L 5 KR 244/15 KL -	17-04-148

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: 18.05./16.05.2018. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 1. bzw. 3. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Ärztliche Behandlung				
Ambulante PET-CT-Untersuchung bei metastas. Sigmakarzinom	B 1 KR 29/17 R Termin: 24.04.2018	Zum Anspruch Versicherter auf eine PET-CT-Diagnostik nach § 2 Abs 1a SGB 5.	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.03.2017 - L 4 KR 215/14 -	17-04-72 NZB
Drohender einseitiger Sehverlust/Serumaugentropfen	B 1 KR 8/18 R	Ist ein drohender einseitiger Sehverlust wertungsmäßig mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Krankheit im Sinne des § 2 Absatz 1a SGB V vergleichbar?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 01.03.2018 - L 5 KR 215/17 -	18-02-77
Kostenerstattung				
Behandlung durch Podologen bei Systemmangel (eingewachsene Zehennägel)	B 1 KR 34/17 R	Kann eine im Anhang 1 des EBM (juris: EBM-Ä 2008) als nicht gesondert berechnungsfähig aufgeführte vertragsärztliche Leistung (hier: podologische Nagelspangenbehandlung) zur Überwindung eines Systemmangels (keine leistungsbereiten Vertragsärzte) ausnahmsweise auch bei einem fachkundigen nichtärztlichen Leistungserbringer (hier: bei einem staatlich geprüften und fachlich qualifizierten Podologen) zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen werden?	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 11.10.2017 - L 9 KR 299/16 -	18-01-77

Kostenerstattung trotz vorläufiger Übernahme der Kosten durch Einrichtungsträger	B 3 KR 8/17 R Termin: 04.07.2018	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) Zurücknahme	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/Frist: Unterrichtung über MDK	B 1 KR 20/17 R B 1 KR 21/17 R	Führt die Verletzung der Pflicht der Krankenkasse nach § 13 Abs 3a S 2 SGB 5, die Antragstellerin darüber zu unterrichten, dass sie eine gutachtliche Stellungnahme einholt, zur Geltung der 3-Wochenfrist des § 13 Abs 3a S 1 SGB 5?	LSG Hessen , Urt. v. 18.05.2017 - L 8 KR 159/16 - - L 8 KR 42/16 -	17-03-118 17-03-119
Genehmigungsfiktion/Frist: Fehlender Nachweis für Einschaltung des MDK	B 1 KR 12/18 R	Führt die Verletzung der Pflicht der Krankenkasse nach § 13 Absatz 3a Satz 2 SGB V, die Antragstellerin darüber zu unterrichten, dass sie eine gutachtliche Stellungnahme einholt, zur Geltung der 3-Wochenfrist des § 13 Absatz 3a Satz 1 Fall 1 SGB V?	Rheinland-Pfalz , Urt. v. 05.10.2017 - L 5 KR 375/16 -	18-02-94 NZB
Genehmigungsfiktion: Leistungen der medizinischen Rehabilitation/Aufhebung der Genehmigungsfiktion	B 3 KR 12/17 R Termin: 15.03.2018	Zur Auslegung des Ausnahmetatbestandes für beantragte, nicht rechtzeitig im Sinne des § 13 Abs 3a SGB 5 erbrachte "Leistungen der medizinischen Rehabilitation" (§ 13 Abs 3a S 9 SGB 5). Zur Frage der verfahrensrechtlichen Aufhebung der Genehmigungsfiktion beziehungsweise des fingierten Verwaltungsaktes und der Einbeziehung des Verwaltungsaktes in das sozialgerichtliche Verfahren.	LSG Bayern , Urt. v. 31.01.2017 - L 5 KR 471/15	17-02-133
Genehmigungsfiktion: Elektrorollstuhl Gegenstand der medizinischen Rehabilitation?	B 3 KR 3/18 R	Ist die Versorgung mit einem Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich eine Leistung der medizinischen Rehabilitation, die nicht vom Anwendungsbereich des § 13 Absatz 3a SGB V erfasst wird?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 12.12.2017 - L 16 KR 334/17 -	18-01-71 NZB
Genehmigungsfiktion: Arzneimittel im Rahmen eines Off-Label-Use	B 1 KR 9/18 R	Begründet eine mit Ablauf der Frist eingetretene Genehmigungsfiktion einen Naturalleistungsanspruch des Versicherten auf die Versorgung mit einem Arzneimittel im Rahmen des Off-label-use?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 15.02.2018 - L 5 KR 218/17 -	18-02-97
Kein Sachleistungsanspruch aufgrund der Genehmigungsfiktion (Therapiedreirad)	B 3 KR 4/16 R Termin: 15.03.2018	Zur Frage der Anwendung der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a SGB 5 auf Sachleistungsansprüche und der Begrenzung des Anspruchs nach § 13 Abs 3a S 6, 7 SGB 5 durch das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot.	LSG Hessen , Urt. v. 10.12.2015 - L 1 KR 413/14 -	16-01-118
Genehmigungsfiktion: Beschränkung auf Leistungskatalog der GKV (Liposuktion)	B 1 KR 33/17 R	Liegt eine Liposuktion für den Versicherten erkennbar offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung, so dass kein Raum für eine Genehmigungsfiktion (§ 13 Abs 3a SGB 5) ist?	LSG Baden-Württemberg , Beschl. v. 31.05.2017 - L 4 KR 4101/16 -	18-01-70 NZB
Genehmigungsfiktion: Unterschenkelprothese u. Reha-Leistung	B 3 KR 18/17 R Termin: 15.03.2018	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 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
Liposuktion: Maßstab der evidenzbasierten Medizin	B 1 KR 22/17 R Termin: 24.04.2018	Verlangt das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative im Sinne des § 137c Abs 3 SGB 5 die auf kontrollierte - nicht notwendig randomisierte - Studien gestützte	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 18.05.2017	17-03-127

	Anerkenntnis aufgrund des Eintritts einer Genehmigungsfiktion	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?	- L 5 KR 95/15 -	
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: 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
Ruhen des Anspruchs nach § 13 IIIa SGB V während Auslandsaufenthalts	B 1 KR 1/18 R	Kann ein Versicherter seinen infolge der Genehmigungsfiktion bestehenden Anspruch durch eine im (vertragslosen) Ausland selbst beschaffte Leistung (hier: Brust- und Bauchstraffungsoperation durch Abdominalplastik in der Türkei) realisieren oder ruht der Anspruch aus § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V aufgrund seines Aufenthalts im Ausland?	LSG Hessen , Urt. v. 09.11.2017 - L 1 KR 210/17 -	18-01-73
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 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 06.04.2017 - L 16 KR 202/16 -	17-03-155

Stationäre Behandlung

Liposuktion: Maßstab der evidenzbasierten Medizin	B 1 KR 13/16 R B 1 KR 10/17 R Termin: 24.04.2018	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
---	---	---	---	--------------------------------------

Auslandskrankenbehandlung

Arzneimittel

Immunglobuline bei monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz	B 1 KR 4/17 R Termin: 20.03.2018	Hat ein Versicherter, der unter einem Antikörpermangelsyndrom bei Monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz (MGUS) leidet, einen Anspruch auf intravenös zu verabreichende Arzneimittel mit dem Wirkstoff Immunglobulin außerhalb deren Indikationsgebietes, wenn aus der Grunderkrankung eine Schwächung des körpereigenen Abwehrsystems resultiert, die bei einer bereits eingetretenen Häufung schwerster Lungenentzündungen im Falle weiterer Infekte einen tödlichen Krankheitsverlauf bewirken kann, aber die Immunglobulingabe die Infektanfälligkeit reduziert? Ist eine Grunderkrankung, von der ein lebensbedrohliches Risiko ausgeht, bei dem aber nicht absehbar ist, dass es sich innerhalb eines kürzeren überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit realisiert, eine lebensbedrohliche Erkrankung?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 24.01.2017 - L 4 KR 456/14 -	17-02-138
--	--	--	--	-----------

Hilfsmittel/Heilmittel

Mehrkosten durch die Entsorgung von Inkontinenzmaterialien	B 3 KR 4/17 R Termin: 15.03.2018	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

Vorsorgemaßnahme für Mütter: Kinder als Begleitkinder	B 1 KR 4/18 R	Hat eine Versicherte einen Anspruch auf Mitaufnahme von privat versicherten Kindern zu der bewilligten Vorsorgemaßnahme nach § 24 SGB V gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenkasse?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.12.2017 - L 5 KR 130/17 -	18-02-120
--	---------------	--	--	-----------

Krankenhauskosten

Transkatheter-Aortenklappen- Implantation und Grundversorgung	B 1 KR 2/18 R	Hat ein zur akutstationären Grundversorgung zugelassenes Plankrankenhaus (hier: der Versorgungsstufe 1 in Bayern) einen Vergütungsanspruch für die Durchführung einer Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI) gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse?	LSG Bayern, Urt. v. 18.07.2017 - L 5 KR 102/14 -	18-01-107
Krankenhauseinweisung für stationäre Behandlung	B 1 KR 26/17 R Termin: 19.06.2018	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
Rückforderungsanspruch: Unterlassen der Prüfung der Behandlungsbedürftigkeit durch MDK	B 1 KR 35/17 R	Ist der Rückforderungsanspruch einer Krankenkasse nach Treu und Glauben ausgeschlossen, wenn sie die Erforderlichkeit einer stationären Aufnahme nicht unmittelbar nach der Behandlung prüft, obwohl das Krankenhaus zu der eigentlich ambulant durchführbaren Behandlung keine Angaben zum Grund der stationären Aufnahme gemacht hat?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.06.2017 - L 4 KR 40/16 - Urt. v. 25.04.2017 - L 4 KR 350/14 -	18-01-105 18-01-104
Teilstationäre Krankenhausbehand- lung: Abrechnung der Arzneimittel als Einzelmengen	B 1 KR 30/17 R Termin: 19.06.2018	Können bei einer teilstationären onkologischen Krankenhausbehandlung mit einem bestimmten Arzneimittel, die an verschiedenen Behandlungstagen erfolgt ist, die Mengen des verabreichten Medikaments als Einzelmengen abgerechnet werden?	LSG Saarland, Urt. v. 25.08.2017 - L 2 KR 5/16 -	18-01-123
Zusatzentgelt	B 1 KR 17/17 R Termin: 19.12.2017	Wie ist die Vereinbarung eines Zusatzentgelts gemäß § 6 Abs 2 KHEntG im Rahmen der Auslegung des Qualitätsgebots zu berücksichtigen, wenn das Krankenhaus eine neue Behandlungsmethode - hier Implantation von endobronchialen Nitinolspiralen zur Lungenvolumenreduktion - anwendet?	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 Termin: 20.03.2018	Ist bei einer Krankenhausbehandlung wegen einer primären fokalen Hyperhidrose die Hauptdiagnose nach der Nr G90.8 oder nach der Nr R61.0 des ICD-10-GM 2009 zu kodieren?	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
Anrechenbare Beatmungstunden	B 1 KR 40/17 R	Hat eine Krankenkasse, auch ohne Einverständnis des Versicherten, einen Anspruch auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen des Krankenhauses während des	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 22.11.2017	18-01-118

		Rechtsstreits über die Abrechnung der DRG A11C?	- L 5 KR 1284/16 -	
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
Gebiet „Chirurgie“: Implantation der Knie-TEP nach Krankenhausplan	B 1 KR 32/17 R Termin: 19.06.2018	Ist bei der Beurteilung des für die Feststellung des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses maßgeblichen Versorgungsauftrags nach dem Landeskrankenhausplan auf die jeweils im Zeitpunkt der streitigen Leistungserbringung gültige Weiterbildungsordnung abzustellen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 29.06.2017 - L 16 KR 711/15 -	18-01-113
OPS 8-98b: Zeitgrenze von 30 Minuten	B 1 KR 38/17 R B 1 KR 39/17 R Termin: 19.06.2018	Reicht es für die Abrechnung des OPS 8-98b aus, dass die Zeitgrenze von 30 Minuten für den Transport eines Patienten zu einem Kooperationspartner des behandelnden Krankenhauses nur bei Tageslicht eingehalten werden kann?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 23.11.2017 - L 5 KR 194/16 - - L 5 KR 90/16 -	18-01-126 18-01-125
Grundrechtsorientierte Leistungsgewährung bei abzulehnender Arzneimittelzulassung	B 1 KR 36/17 R	Besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Medikamenten, bei denen im Rahmen des Zulassungsverfahrens bereits Anhaltspunkte bestehen, dass eine Zulassung nicht erteilt werden würde und die Zulassung nicht weiter betrieben wird (hier: Avastin für die Indikation des rezidivierenden Glioblastoms)?	SG Chemnitz , Urt. v. 25.10.2017 - S 38 KR 2463/15	18-01-124
Feststellungsklage auf Feststellung der Verfahrenskostentragung	B 1 KR 3/18 R	Zur Zulässigkeit der Umstellung einer Klage auf Erstattung von Krankenhausvergütung auf einen materiellrechtlichen Kostenerstattungsanspruch. Keine Feststellungsklage auf Feststellung der Verfahrenskostentragung	LSG Hessen , Urt. v. 26.01.2017 - L 8 KR 400/14 -	18-01-143 NZB

Ambulante Versorgung

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

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
Pflicht zur Korrektur der Umsatzsteuerfestsetzung nur bei vertraglicher Vereinbarung	B 1 KR 5/18 R	Haben Krankenkassen einen Anspruch gegen eine Krankenhausapotheke auf Erstattung von Umsatzsteuer, die sie für individuell hergestellte und an ihre Versicherten im Rahmen ambulanter Behandlungen verabreichte Arzneimittel und Arzneimittelzubereitungen gezahlt haben?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 16.01.2018 - L 11 KR 1723/17 -	18-02-162
	B 3 KR 1/18 R	Haben Krankenkassen einen Anspruch gegen eine Krankenhausapotheke auf Erstattung von Umsatzsteuer, die sie für individuell hergestellte und an ihre Versicherten im Rahmen ambulanter Behandlungen verabreichte Arzneimittel und Arzneimittelzubereitungen (hier: Zytostatika-Zubereitungen) gezahlt haben, wenn und solange die Zahlung der Umsatzsteuer durch den Krankenträger an das Finanzamt auf einer unter dem Vorbehalt der Nachprüfung erfolgten Steuerfestsetzung (§ 164 AO) beruht?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 16.01.2018 - L 11 KR 4621/16 -	18-02-163
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

Arzneimittelhersteller: Erprobung neuer Untersuchungsmethode (DiaPat®-CC Tests, Nachweis Gallengangskarzinom)	B 1 KR 11/18 R	Zu den Anforderungen an die Annahme eines Antrags nach § 137e Absatz 7 SGB V auf Erprobung einer neuen Untersuchungsmethode (hier: Proteomanalyse des Gallensekrets und des Urins zur Erkennung eines Gallengangskarzinoms) bei in Fachkliniken behandelten Patienten mit einer primär sklerosierenden Cholangitis (PSC).	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 25.01.2018 - L 1 KR 151/14 KL -	18-02-166
Mischpreisbildung für Arzneimittel (Wirkstoff: Albiglutid)	B 3 KR 20/17 R Termin: 04.07.2018	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 Termin: 04.07.2018	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/Festbetragsfestsetzung: Vorübergehende Lieferschwierigkeiten	B 3 KR 9/16 R Termin: 03.05.2018	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) Termin: 03.05.2018	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
Festbetrag für „Levothyroxin-Natrium“	B 3 KR 10/17 R Termin: 03.05.2018	Zur Frage der Rechtmäßigkeit der Anpassung eines Festbetrages für Arzneimittel bei einem zwischenzeitlich eingetretenen Zeitablauf von mehreren Monaten zwischen dem Bewertungsstichtag und dem Wirksamwerden der Festbetragsanpassung einschließlich einer eingeschränkten Lieferfähigkeit des Produkts.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 24.02.2017 - L 1 KR 80/14 KL -	17-02-189
Abschlagspflicht für Insulinpräparate ohne Patentschutz und Generika/Wirkstoffgleichheit	B 3 KR 11/17 R	Gilt die Abschlagspflicht für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel nach § 130a Abs 3b SGB 5 auch für zwei in demselben biotechnologischen Herstellungsprozess produzierte und wirkstoffidentische Arzneimittel oder ist diese auf Generika und ihre Referenzarzneimittel begrenzt?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 14.12.2016 - L 9 KR 213/13 -	17-02-190
Reduzierung des Herstellerrabatts auf 6 % und Ertragssituation	B 3 KR 10/16 R	Unter welchen Voraussetzungen kann ein pharmazeutischer Unternehmer die Reduzierung des Herstellerrabatts von 16 auf 6 % beanspruchen?	LSG Hessen , Urt. v. 11.06.2015 - L 8 KR 88/12 -	16-03-170 NZB
Auskunftsanspruch der Krankenkassen	B 3 KR 13/16 R Termin: 03.05.2018	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

Hilfsmittelverzeichnis: Aufnahme von Laufrädern	B 3 KR 5/18 R	Zum Anspruch auf Aufnahme eines (Therapie-)Laufrads in das Hilfsmittelverzeichnis.	LSG Berlin-Brandenburg , Ur. v. 22.02.2018 - L 1 KR 56/14 -	18-02-172
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 , Ur. v. 13.05.2016 - L 4 KR 3332/15 -	16-03-174 NZB
Raumhöhe für physiotherapeutische Praxis	B 3 KR 16/17 R	Erfüllt ein Physiotherapeut auch dann die Voraussetzungen für eine Zulassung nach § 124 SGB 5, wenn die Raumhöhe seiner Praxis 2,50 m unterschreitet?	LSG Thüringen , Ur. 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 , Ur. v. 18.11.2015 - L 5 KR 2883/13 - LSG Baden-Württemberg , Ur. v. 21.02.2017 - L 11 KR 4278/15 -	16-01-185 17-02-200

Integrierte Versorgung

Krankenkassen

Elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild?	B 1 KR 31/17 R	Ist die Krankenkasse berechtigt, ein eingereichtes Lichtbild länger als zur Herstellung der elektronischen Gesundheitskarte erforderlich zu speichern?	LSG Baden-Württemberg , Ur. v. 23.11.2016 - L 5 KR 1768/16	17-04-145 NZB
Kosten für medizinische Rehabilitationsleistung und gesetzliche Rentenversicherung	B 1 KR 6/18 R	Hat der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung einen Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse nach § 14 Absatz 4 Satz 1 SGB IX oder §§ 102 ff SGB X, wenn der Versicherte nach Bewilligung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation einen Antrag auf Altersrente stellt (§ 12 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI-Sozialgesetzbuch Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung)?	LSG Bayern , Ur. v. 16.01.2018 - L 5 KR 601/15 -	18-02-181
Private Auslandskrankenversicherung: Erstattung von Geldleistungen	B 1 KR 7/18 R	Hat eine private Auslandskrankenversicherung einen Anspruch gegen eine gesetzliche Krankenkasse auf Erstattung von Geldleistungen, die sie Versicherten für Krankenbehandlungen im Ausland gewährt hat?	LSG Bayern , Ur. v. 05.12.2017 - L 5 KR 508/17 -	18-02-183
Spielraum zur Erhöhung der Vorstandsbezüge	B 1 A 1/17 R (alt: B 1 KR 23/17 R) Termin: 20.03.2018	Kann die Aufsichtsbehörde die Zustimmung zu einer Vergütungserhöhung für den Vorstandsvorsitzenden einer Krankenkasse verweigern, wenn die geplante Erhöhung die Trendlinie, die von der Aufsichtsbehörde unter Berücksichtigung aller gezahlten Vorstandsgehälter ermittelt wurde, um mehr als 30 Prozent überschreitet?	LSG Bayern , Ur. v. 21.03.2017 - L 5 KR 334/15 KL -	17-04-147

GBA

Sonstiges

Abgabepflicht für Mitarbeiter eines Ärzteblatts einer Ärztekammer	B 3 KS 3/15 R 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 , Ur. v. 16.06.2015 - L 4 R 183/10 -	16-01-251
Beschwerdewert	B 3 KR 14/17 R Termin: 04.07.2018	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 , Ur. v. 20.04.2017 - L 5 KR 175/16 -	17-04-154

Anhang III: Anhängige Rechtsfragen des Großen Senats und weiterer Senate

Stand: 05.03.2018. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen Großer Senat <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Verfahrensfragen				
Anforderungen an Begründung einer zugelassenen Revision	GS 1/17 (B 1 KR 3/17 R)	Muss die Begründung einer zugelassenen Revision, mit der keine Verfahrensmängel gerügt werden, Tatsachen bezeichnen, die den gerügten Mangel ergeben, insbesondere die in der angefochtenen Entscheidung getroffenen tatsächlichen Feststellungen angeben, um den Anforderungen der Regelung des § 164 Abs 2 S 3 SGG zu genügen? Erfordert die Begründung einer zugelassenen Revision, mit der keine Verfahrensmängel gerügt werden, nach der Regelung des § 164 Abs 2 S 3 SGG, dass sie die Gründe aufzeigt, die nach Auffassung des Revisionsklägers aufgrund einer Auseinandersetzung mit den Gründen der angefochtenen Entscheidung das Urteil unrichtig erscheinen lassen, ohne eigens Tatsachen zu bezeichnen, insbesondere ohne die in der angefochtenen Entscheidung getroffenen tatsächlichen Feststellungen anzugeben?	BSG , Beschl. v. 26.09.2017 - B 1 KR 3/17 R -	18-01-165