

## Rechtsprechungsinformationsdienst 18-03

<b>REDAKTION</b>	<b>9</b>
<b>EDITORISCHE HINWEISE</b>	<b>9</b>
<b>A. VERTRAGSARZTRECHT</b>	<b>10</b>
<b>I. Honorarverteilung</b>	<b>10</b>
1. Vergütung Quartal I/09 bis IV/11	10
a) Berücksichtigung einer Praxisbesonderheit (KV Hamburg)	10
b) Psychotherapeuten: Unzulässige Quotierung probatorischer und nicht antragspflichtiger Leistungen	11
2. Sonderregelung QZV: Fachgruppentypik und Häufigkeit der leistungserbringenden Praxen (I/12)	11
3. Psychotherapeutische Institutsambulanz: Beauftragungsvertrag und Vergütungserhöhung	12
4. Keine Aufhebung einer Fallwertzuweisung nach § 48 SGB X	12
5. Bekanntgabe eines Honorarbescheids gegenüber Insolvenzverwalter	13
6. Hinterlegung von Honorarzahungen	13
7. Unzulässigkeit einer Globalzession/Vollstreckungsschutz	13
<b>II. Sachlich-rechnerische Berichtigung</b>	<b>13</b>
1. Qualitätsprüfung: Anforderung nicht anonymisierter Patientendokumentation rechtswidrig	14
2. Plausibilitätsprüfung	14
a) Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Quartalsarbeitszeitprofil bei Teilzeitanstellung	14
b) Patientenbezogene Plausibilitätsprüfung: Fingierung einer rückwirkenden Vertretergenehmigung	15
c) Vertrauensschutz: Zweifache Berichtigung verschiedener Leistungen	15
3. Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten: Übergroße Psychotherapeutenpraxis	15
4. Verletzung der Fortbildungspflicht: Hinweispflicht/Aufhebung der Kürzung	16
5. Job-Sharing: Berechnung der Honoraranforderung in Gemeinschaftspraxis	16
6. Doppelabrechnung bei Teilnahme am Hausarztvertrag	17
7. Nr. 27320 (Elektrokardiographische Untersuchung) ist Teil der Notfallpauschale Nr. 01210 EBM	17
8. Notwendige Dokumentation eines Simultaneingriffs für Nr. 31108 EBM	18
9. Labordiagnostik der „neuen Influenza“	18
10. Postoperativer Behandlungskomplex	19
11. Rücknahme einer Honorarberichtigung nach Neuregelung der Notfallvergütungen	19
12. Vergütung für Behandlung in Notfallambulanz eines Krankenhauses trotz stationärer Aufnahme	20
13. Fehlende normative Grundlage im BMV-Z für Abrechnungs-Sammelerklärung bis Juni 2018	20
<b>III. Genehmigung/Arztregister/Notdienst</b>	<b>21</b>
1. Umdeutung eines Verwaltungsakts (Aufhebung der Genehmigung für künstliche Befruchtungen)	21
2. Feststellungsklage bzgl. Richtigkeit des Arztregisters	21
3. Notdienst	22
a) Ablehnung eines Vertretungswunsches	22
b) Keine Befreiung für Chefarzt mit vertragsärztlicher Zulassung	22
<b>IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz</b>	<b>23</b>
1. Arzneikostenregress	23
a) Verordnung nach unzulässiger Fernbehandlung	23
b) Verordnung von Defekturzneimittel	23
c) Verordnungs Ausschluss von Reboxetin (Edronax) (Anlage III Nr. 51 AM-RL)	23
aa) Besondere sozialrechtliche Dokumentationspflicht für Ausnahmefall	23
bb) Keine Vorlage der ärztlichen Dokumentation	24
cc) Geltung des Verordnungs Ausschlusses auch für Langzeitverordnungen	24
d) Sprechstundenbedarf	24
aa) Verordnung von Medizinprodukten (Mittel zur Kryotherapie) - Fehlende Entscheidung des GBA	24
bb) Einzelverordnung vorrangig (Fluspi-Ampullen, Opipramol und Pantoprazol)	25
2. Sonstiger Schaden: Hemmung der Verjährung bei zeitnaher Kenntnisnahme des Antrags	25
3. Zahnärzte	25
a) Statistische Durchschnittsprüfung: Vergleich zwischen Oral- und MKG-Chirurgen	25
b) Zahnersatz	26
aa) Unzumutbarkeit einer Neuanfertigung eines Zahnersatzes	26
bb) Möglichkeit zur Nachbesserung des Zahnersatzes	26
<b>V. Zulassungsrecht</b>	<b>27</b>

1. Sonderbedarfszulassung: Gesonderte fachärztliche Versorgung (Neurochirurgie)	27
2. Praxisnachfolge	28
a) Praxissubstrat/Behindertengerechter Zugang/Weiterbetrieb am bisherigen Ort	28
b) Strafrechtliche Verurteilung nach Tilgung/„Platzhalterfunktion“	28
c) Sofortige Vollziehung: Berücksichtigung der Interessen eines Beteiligten	28
3. Erhöhung des Beschäftigungsumfangs/Neueinstellung	29
4. Kein Nachbesetzungsverfahren bei Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung	29
5. Praxisverlegung: Ermittlung der Versorgungslage	29
6. Zulassungsentziehung	30
a) Falsche Abrechnung von Sonographien über mehrere Jahre	30
b) Verstoß gegen die Fortbildungspflicht: Verhältnismäßigkeit der Zulassungsentziehung	30
c) Keine Feststellung der Nichtigkeit einer Zulassungsentziehung	31
d) Anordnung der sofortigen Vollziehung durch Zulassungsausschuss	31
7. Ermächtigung	31
a) Feststellung des Umfangs der Ermächtigung einer psychiatrischen Institutsambulanz	31
b) Zuständigkeit der KV für Auslegung einer Ermächtigung (Einbeziehung von Tageskliniken)	32
<b>VI. Gesamtvergütung/Terminservicestellen/GBA</b>	<b>32</b>
1. Gesamtvergütung: Nichterfüllung der Fortbildungspflicht/Kein Anspruch der Krankenkasse	34
2. Terminservicestellen: Probatorische Sitzungen	34
3. GBA: Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	34
<b>VII. Verfahrensrecht/Kosten/Streitwert</b>	<b>35</b>
1. Einstweiliger Rechtsschutz bei Vollzug eines Verwaltungsakts durch andere Behörde	35
2. Kostenschuldnerschaft: Streit über höchstpersönliche Pflichten nach Insolvenzeröffnung	35
3. Streitwert	35
a) Festsetzung des Werts der anwaltlichen Tätigkeit im Vorverfahren	36
b) Zulassungssachen: Vorläufiger Rechtsschutz	36
<b>VIII. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen</b>	<b>36</b>
1. Heranziehung zur EHV/Kostenanteile/Beitragsklassen (Quartale III/12-II/13)	36
2. Antragserfordernis: Keine rückwirkende Bewilligung	37
<b>IX. Bundessozialgericht (BSG)</b>	<b>37</b>
1. BVerfG: Abrechnungsgenehmigung für MRT des Herzens nicht ohne spezielle Gebietsbezeichnung	37
2. Abrechenbarkeit belegärztlicher Leistung über Umfang der Anerkennung	38
3. Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung vor Leistungserbringung	38
4. Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen und Mindestpatientenzahlen	38
5. Eintragung einer Zulassungsentziehung in das Arztregister	39
6. Eingeschränkte Einzelfallprüfung einer einzelnen Leistung: Hochrechnung beschränkt auf Leistungsfälle	39
7. Anerkennung einer Praxisbesonderheit kein Gegenstand eines Sachverständigengutachtens	40
8. Zahnärztliche Behandlung: Unzumutbarkeit einer Nacherfüllung	40
9. Umwandlung einer MVZ-Arztstelle nach Einstellung des Praxisbetriebs/Kein Teil der Insolvenzmasse	41
10. Zweigpraxis: Keine Versorgungsverbesserung in nicht gesperrtem Versorgungsbereich	41
11. GBA: Ausschluss des Medizinprodukts Laxatan	42
<b>B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT</b>	<b>43</b>
<b>I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung</b>	<b>43</b>
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	43
a) Ambulante Liposuktion in OP-Zentrum bei Übernachtung in separater Privatklinik	43
b) CyberKnife-Technologie in 2012	43
c) Clear-Lensektomie und Excimer-Laser Korrektur der Augen bei Myopie und Astigmatismus in 2012	43
d) Dopplergestützte Hämorrhoidalarterienligatur	44
2. Keine telemedizinische kardiologische Überwachung (MyCareLink Patientenmonitor)	44
3. Zahnärztliche Versorgung: Implantologische Leistungen bei Erkrankung an Epilepsie	44
<b>II. Stationäre Behandlung</b>	<b>44</b>
1. Stationäre Krankenhausbehandlung in der Schweiz nicht ohne Zustimmung der Krankenkasse	45
2. Bariatriche Operation: Keine konservativen Behandlungsmöglichkeiten	45
3. Postbariatriche Operationen zur Behebung der Dysfunktionen	45
4. Hautfettschürzenresektion als notwendige Folge einer Magenverkleinerung	45
5. Stationäre Liposuktion: Kein allgemeiner Stand der medizinischen Erkenntnisse	46
6. Brustverkleinerungsoperation	46
a) Mammareduktionsplastik bei Rückenbeschwerden	46
b) Ausschöpfen konservativer Behandlungsmethoden	47
7. Ganzheitliche Therapie bei fortgeschrittener Krebserkrankung in Privatkrankenhaus	47

8. Keine Sterilisation zur Vermeidung einer weiteren Schwangerschaft aus medizinischen Gründen	48
9. Geschlechtsangleichende Operation in Privatkrankenhaus: Kein Anordnungsgrund	48
10. Keine gesonderte Vergütung für Operationsmittel	48
a) Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 51/18 B	48
<b>III. Kostenerstattung</b>	<b>48</b>
1. Genehmigungsfiktion	49
a) Bekanntgabe der Entscheidung innerhalb Frist erforderlich	49
b) Keine datumsgenaue Mitteilung/Bariatrische Operation ohne Teilnahme an Therapiekonzept	49
c) Fehlende Information über MDK-Stellungnahme/Kosten über Festbetrag	50
d) Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels	50
e) Versorgung mit Cannabis nicht ohne ärztliche Verordnung	50
f) Hilfsmittel	50
aa) Eingang beim Versicherten/Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich (hier: Hörgeräte)	50
bb) Hilfsmittel zum (unmittelbaren) Behinderungsausgleich unterliegen Genehmigungsfiktion	51
g) Fiktive Genehmigung von häuslicher Krankenpflege (Medikamentenherrichtung/-gabe)	51
h) Zahnersatz: Kein Anspruch auf Übernahme auch des Eigenanteils	51
2. Systemversagen: Unzureichende Unterstützung durch Krankenkasse (Psychotherapie)	52
3. Voraussetzung einer ordnungsgemäßen Abrechnung	53
<b>IV. Arzneimittelversorgung</b>	<b>53</b>
1. Off-Label-Use	53
a) „Last-line“-Therapie mit Bevacizumab (Avastin) und Irinotecan	53
b) Fampridin bei Episodischer Ataxie Typ II	53
2. Cannabishaltige Arzneimittel	54
a) BVerfG: Eilrechtsschutz/Vollprüfung und Folgenabwägung/Anlehnung an Rspr. zu § 2 Ia SGB V	54
b) Ablehnender Verwaltungsakt/Arzneimittelzulassung/Ausschluss alternativer Behandlung	54
c) Behandlung mit Cannabis-Blüten	55
d) Vertragsärztliche Verordnung/Folgenabwägung	55
3. Medikament Armour Thyroid ohne Zulassung	55
4. Nicht verschreibungspflichtiges apothekenpflichtiges Mistelpräparat Iscucin salicis	56
<b>V. Hilfsmittel/Heilmittel</b>	<b>56</b>
1. Elektrorollstuhl: Verkehrstauglichkeit des Versicherten	56
2. Fußheber-System	57
a) Aufwändiges Fußheber-System für MS-Erkrankte	57
b) Fußheber- und Oberschenkelssystem bei Multipler Sklerose	57
c) Neue Behandlungsmethode	57
3. Telefonklingelsender für Hörbehinderte	57
4. Elektrisch verstellbarer Betteinlegerahmen	58
5. Voraussetzungen einer Langzeitverordnung für Heilmittel (Krankengymnastik)	58
<b>VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege</b>	<b>58</b>
1. Rehabilitation	58
a) Keine stationäre Reha-Maßnahme bei ambulant erbringbaren Leistungen	58
b) Mutter-Kind-Maßnahme	58
aa) Kein Anspruch des Kindes bei privat versicherter Mutter	58
bb) Kein Kausalzusammenhang zwischen Krankheit u. familiärer Situation	59
c) Keine einstweilige Anordnung bei fehlender Verschlechterung des Gesundheitszustandes	59
2. Häusliche Krankenpflege (Medikamentengabe): Abgrenzung zur Eingliederungshilfe	59
<b>VII. Beziehungen zu Krankenhäusern</b>	<b>60</b>
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	60
a) Keine Notwendigkeit einer stationären Behandlung	60
b) Dauer der stationären Aufnahme für Cholangiopankreatikographie	61
c) Umfang des Versorgungsauftrags	61
aa) Innere Medizin umfasst Behandlung von geriatrischen Patienten	61
bb) Versorgungsauftrag für Implantation von Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)	61
d) Nachkodierung bei bereits erteilter Schlussrechnung	62
e) Aufrechnung: Genaue Benennung des Leistungsanspruchs	62
f) Prüffristen	62
aa) Prüfanzeige des MDK fristwährend	62
bb) Ungültigkeit einer Ausschlussfrist	63
2. Vorherige Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse von Versicherten	63
3. Fallpauschalen	63
a) Ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation	63
b) Beatmung mittels Nasen-CPAP	64

c) High-Flow-Beatmung zur Beatmungsentwöhnung	64
d) Beatmung eines Neugeborenen mit der High-Flow-nasal-cannula-Methode	64
e) Entwöhnung eines Neugeborenen vom mütterlichen Tabakkonsum	64
f) Kodierbarkeit der Nebendiagnose Z29.2 bei einem Frühgeborenen mit Infektionsverdacht	64
g) Voraussetzungen einer „Blutbank“ (OPS 8-98f)	65
h) Unterhalten einer „Blutbank“	65
i) Appendektomie	65
j) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Rspr. ohne Rückwirkungsverbot	66
k) Keine stationäre epidural gepulste Radiofrequenztherapie	66
l) Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentrat	66
m) Sphinkterplastik	66
n) Rituximab als Zusatzentgelt im Off-Label-Use bei autoimmunologischem Schleimhautpemphigoid	67
4. Aufwandspauschale	67
a) Keine Rückwirkung der BSG-Rspr.	67
b) Keine Rückforderung bereits gezahlter Aufwandspauschale	67
c) Keine Zulassung der Berufung nach Abweisung der Rückforderung einer Krankenkasse	68
<b>VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern</b>	<b>68</b>
1. Arzneimittelhersteller/Arzneimittelimporteure	69
a) Vereinbarung über einen festen Abgabepreis für Impfstoffe: Sozialrechtsweg/Zulässigkeit	69
b) Keine Verweisung an Vergabekammer	69
c) Rechtsweg für Klage aus Rabattvertrag	70
2. Schadensersatzanspruch wegen Verletzung eines vorvertraglichen Schuldverhältnisses (Sanitätshaus)	70
3. Abrechnung von Hebammenleistungen durch Hebammengemeinschaften	71
4. Privates Krankentransportunternehmen: Anspruch auf Entgeltvereinbarung	71
<b>IX. Angelegenheiten der Krankenkassen</b>	<b>72</b>
1. Aufsichtsrechtlicher Zuständigkeitsbereich für eine Innungskrankenkasse	72
2. Einzugsstelle: Schadensersatz nach erheblich verzögerter Beitragserhebung	72
3. Erstattungsanspruch: Erlernen der Gebärdensprache keine Krankenbehandlung	72
4. Keine aktive Prozessführungsbefugnis für Ersatzkassenverband	73
<b>X. Sonstiges/Verfahrensrecht</b>	<b>73</b>
1. Unterstützung der Krankenkasse bei einem Verdacht auf ärztliche Behandlungsfehler	73
2. Sachleistungsaushilfe	73
3. Kostentragung nach Erledigung	74
4. Keine neue Berufsfrist nach Zurücknahme eines Antrags auf Zulassung der Sprungrevision	74
<b>XI. Bundessozialgericht (BSG)</b>	<b>74</b>
1. Kostenerstattung	74
a) Kein finanzielles Risiko des Versicherten	74
b) Rücknahme der fingierten Genehmigung während des Revisionsverfahrens	75
2. Häusliche Krankenpflege: Seniorenresidenz als geeigneter Ort	75
3. Hilfsmittelverzeichnis: Keine Aufnahme des Speedy-Duo 2	75
4. Verfahrensrecht	75
a) Örtliche Zuständigkeit: Bestimmung der Schiedsperson durch die Aufsichtsbehörde	75
b) Sorgfaltspflichten eines Rechtsanwalts bei elektronischer Kalenderführung	75
<b>C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE</b>	<b>77</b>
<b>I. Ärztliches Berufsrecht</b>	<b>77</b>
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis	77
a) Widerruf der Approbation	77
aa) Verurteilung wegen Besitzes kinderpornographischer Schriften	77
bb) Sofortige Vollziehung: Sexueller Missbrauch/Berücksichtigung weiterer Fälle neben Strafurteil	77
b) Ruhen: Keine Abhängigkeitssituation bzw. Suchterkrankung bei transdermaler Opioidtherapie	77
c) Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs	78
2. Weiterbildung	78
a) Anerkennung einer gleichwertigen Weiterbildung (Zusatzbezeichnung Intensivmedizin)	78
b) Anerkennung nur durch zuständige Landesärztekammer	78
3. Eigenfetttransplantation: Arzneimittelrechtliche Erlaubnis erforderlich	79
4. Untersagung der Herstellung von Gefrierzellen zur sog. Gefrierzellentherapie	79
5. Berufspflichten	79
a) Vergütung für Dokumentationen von Anwendungsbeobachtungen	79
b) Verspätete Erstellung ärztlicher Zeugnisse/Werbeverbot	79
c) Eintragung „Arzt, Plastischer & Ästhetischer Chirurg“ auf Bewertungsportal	80
d) Verletzung des Distanzgebots durch Kinder- und Jugendpsychiater	80

e) Zeugnisverweigerungsrecht bei möglicher Strafverfolgung	80
<b>6.</b> Befreiung vom Notdienst: Nachweis einer erheblichen Einschränkung der Arbeitskraft	81
<b>7.</b> Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht	81
a) Unzulässigkeit einer Empfehlung eines bestimmten Orthopädienschuhtechnikmeisters ohne Nachfrage	81
b) CoolSculpting bzw. Kryolipolyse	81
c) Verwendung des Begriffes „Praxisklinik“ für Zahnarztpraxis	82
d) Zulässige Werbung eines Zahnarztes auf Homepage mit Preisangaben	82
<b>8.</b> Umfassende Schiedsklausel in BGB-Vertrag	82
<b>9.</b> Bindungswirkung einer (Bleibe)Zusage auf Zugang zu Intensivtherapiebetten	82
<b>10.</b> Kein Schadensersatz wegen Nichtabhaltens von unrechtmäßiger Abrechnungspraxis	83
<b>11.</b> Vergütungsumfang eines Anästhesisten bei Operation eines Durchgangsarztes nach SGB VII	83
a) Geplante Materialentfernung keine Notfallbehandlung	83
b) Nachweis durch dokumentierte Leistungserbringung	83
c) Nachfertigung weiterer Behandlungsunterlagen („schriftliche Lüge“)	84
d) Gemeinsam betriebene Praxisräume	84
e) Regelmäßige Arbeitsstätte: Mehrfacher Einsatz in Fremdpraxis	84
<b>12.</b> Arbeitsrecht	85
a) BAG: Eingruppierung und Einstufung nach dem TV-Ärzte Hessen	85
b) Honorararztvertrag als Klinikarzt	85
<b>13.</b> Sozialversicherungspflicht	85
a) Radiologe als Honorararzt	85
b) Konsiliararztvertrag einer Anästhesistin als selbständige Tätigkeit	86
c) Konsiliarärztliche Leistungen eines Anästhesisten (Honorararzt)	86
d) Selbstständige Tätigkeit eines Notarztes	87
e) Selbstständiger Zahntechniker in Zahnarztpraxis	87
<b>14.</b> JVEG: Elektrophysiologische und Schall messende Untersuchungen/Hirnstammaudiometrie	87
<b>15.</b> Rechtsschutz gegen Veröffentlichung von Leitlinien	87
<b>16.</b> Ärztebewertungsportal	88
a) Nachweis der Aufklärung/Beweislast für Behandlungsfehler	88
b) Zu-Eigen-Machen der Bewertung eines Nutzers/Beweislast für fehlenden Behandlungskontakt	88
<b>17.</b> Rücknahme einer Zuwendung zur Förderung der Niederlassung	88
<b>18.</b> Heranziehung einer Gemeinschaftspraxis zu Rundfunkbeiträgen	89
<b>19.</b> Ärztekammer	89
a) BSG: Abgabepflicht für Mitarbeiter eines Ärzteblatts	89
b) Keine Bildung von Rücklagen ohne sachlichen Zweck	89
<b>20.</b> Versorgungswerk	89
a) BFH: Auszahlung einer Kapitallebensversicherung aus Kapitalversorgung	89
b) Keine Freistellung von Kapitalertragsteuer und Solidaritätszuschlag	90
<b>II. Arzthaftung</b>	<b>90</b>
<b>1.</b> Bundesgerichtshof (BGH)	90
a) Aufklärungspflicht nur hinsichtlich bekannter Risiken/Hinweispflicht des Berufungsgerichts	90
b) Kein gesamtschuldnerischer Innenausgleichsanspruch des Krankenhauses gegen Honorararzt	90
c) Unterlassene Berücksichtigung eines belegten Parteivortrags	91
d) Frist zur Äußerung/Verweigerung der medizinisch gebotenen Maßnahmen durch den Patienten	91
e) Ausschöpfung der Frist zur Glaubhaftmachung des Wiedereinsatzgrundes	91
<b>2.</b> Behandlungsfehler	91
a) Beweiswert einer ordnungsgemäßen ärztlichen Dokumentation (Bypassoperation)	91
b) Befunderhebungsfehler durch Unterlassen weiterer Diagnostik	92
c) Unterlassen weiterer Diagnostik: Befunderhebungsfehler	92
d) Entfallen der Beweislastumkehr nach grobem Behandlungsfehler: Missachtung ärztl. Empfehlung	92
e) Haftungsbegründende Kausalität/Behandlungsnachweis/Hinzuziehung eines Urologen	92
f) Nichtuntersuchung nach Klagen über Schmerzen: Grober Behandlungsfehler	93
g) Durchgangsarzt: Keine MRT-Untersuchung nach schmerzhafter Verdrehung des linken Oberarms	93
h) Plattenosteosynthese nach Bruch des linken Oberarms: Beweis	93
i) Laparoskopische Operation bei einer Hernia incipiens in der rechten Leiste	93
j) Unterlassen der postoperativen Röntgenkontrolle nach Bruch des Schulterneben gelenks	94
k) Unvertretbarer Diagnoseirrtum: Fehlinterpretation von Röntgenaufnahmen	94
l) Übersehen eines septischen Schocks/Schmerzensgeld	94
m) Zu viele Injektionen eines Kortisonpräparats/Fehlerhafte Beratung/Schmerzensgeld	94
n) Kein Abdomen-Sonogramm bei abdominalen Beschwerden erforderlich	95
o) Grob fahrlässige Unkenntnis von Verwendung allergenen Implantats/Verjährung	95
p) Geburtsschaden: Linksseitige Armparese	95
q) Organisationspflichten eines niedergelassenen Gynäkologen bei CTG-Auswertung/Schmerzensgeld	95
r) Kein Nachfragen bei fehlendem Hinweis auf Schwangerschaft	96
s) Schadensersatzanspruch des - späteren - nichtehelichen Partners nach fehlerhafter Sterilisation	96
t) Nur maßvolle Anforderungen an Substantiierungspflicht	96
u) Einsatz eines Zahnimplantates/Nutzung über längeren Zeitraum	97

3. Aufklärung/Einwilligung	97
a) Beweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung nur durch Vernehmung des aufklärenden Arztes	97
b) Biopsie durch Assistenzärztin/Dokumentation vor Aufklärungsgespräch	97
c) Inhalt eines Aufklärungsgesprächs (Revisionsoperation einer Oberarmfraktur)	97
d) Risiko- oder Selbstbestimmungsaufklärung: Beweislast	98
e) Behandlungsalternative/Inhalt eines Aufklärungsgesprächs	98
f) Fehlender Hinweis auf Behandlungsalternativen: Ursächlichkeit für Schaden	98
g) Aufklärung bei einer Kombinationsoperation	99
h) Off-Label-Use bei Kind/Unzureichende Aufklärung über schwerwiegende Nebenwirkungen	99
i) Aufklärung vor einer Operation am Herzen	99
j) Stabilisierende Operation an der Lendenwirbelsäule/Streitgegenstand des Berufungsverfahrens	99
k) Hüftprothese: Adipositas/Infektionsrisiko	100
l) Koloskopie und Entfernung von Polypen	100
m) Explorative Laparoskopie	100
n) Aufklärung über AMH-Wert und ungewollte Schwangerschaft	100
o) Kein Schadensersatz nach Transfer befruchteter Eizellen	101
p) Behandlung mit Benzodiazepinen	101
4. Schutz der wirtschaftlichen Interessen des Patienten: Keine Kenntnis über Krankengeld notwendig	101
5. Kein Einsichtsrecht in Krankenhausakten wegen Hygienemängeln bei einer Operation	102
6. Sachverständige	102
a) Schadensersatz: Verwendung einer Lupenbrille im Jahr 2004	102
b) Auswertung der Behandlungsunterlagen nur in digitalisierter Fassung	102
7. Voraussetzungen für Wiederholung der Beweisaufnahme	102
8. Leistungsantrag auf Schmerzensgeld und Feststellungsantrag	103
9. Einsicht in Patientenakte nach Unterbringung in Psychiatrie: Streitwert	103
10. Prozesskostenhilfe: Voraussetzungen für Behandlungsfehlervorwurf/Haushaltsführungsschaden	103
<b>III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel</b>	<b>104</b>
1. Bundesgerichtshof (BGH)	104
a) Abgrenzung Arzneimittel/Medizinprodukt: Gefäßgerüst (Stent)	104
b) Keine Geltung des Preisrechts der Arzneimittelpreisverordnung für Einzelimportarzneimittel	104
2. Apotheken	104
a) „Video-Apotheke“ unzulässig	104
b) Keine Rezeptsammelstelle in einem Supermarkt	105
c) Pflicht einer Versandapotheke zur Vorratshaltung	105
d) Unterstützung durch nichtpharmazeutisches Personal: Vorbereitung der Arzneimittel zur Abgabe	105
e) Apothekerhaftung für Zytostatika-Zubereitung mit in Deutschland nicht zugelassenem Medikament	105
f) Kein Schadensersatzanspruch wegen fehlerhafter Bestellung eines Medikaments durch Angestellte	106
g) Rückerstattung der Umsatzsteuer (Zytostatika-Versorgung)	106
aa) Auslegung einer Nettopreisabrede/Einwand der Entreichung	106
bb) Bruttopreisvereinbarung: Keine Ausweisung der Umsatzsteuer	107
cc) Keine Bruttopreisabrede bei gesonderter Ausweisung der Umsatzsteuer	107
dd) Vertragsanpassung	107
ee) Vertragsanpassungsanspruch des Patienten bzw. seiner Versicherung	108
h) Information über die Versagung der GDP-Zertifizierung: Behördliche Verfahrenshandlung	108
i) Befreiung von der Rentenversicherungspflicht	108
aa) Approbationspflichtige Tätigkeit als Voraussetzung	108
bb) Keine approbationspflichtige Tätigkeit	108
3. Rabattverträge: Vergabe im sog. Drei-Partner-Modell	109
4. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht	109
a) Begriff der Kausaltherapie	109
b) Nachbeobachtungsstudien unzureichend zum Nachweis der Wirksamkeit	109
c) Angaben zu den pharmakodynamischen Eigenschaften	109
d) Werbung für Arzneimittel an Gynäkologenpraxis durch niederländische Versandapotheke	110
e) Zulässigkeit von Wirksamkeitsaussagen auf Verpackung von Arzneimitteln	110
f) Irreführung durch Wirksamkeitsaussagen für osteopathische Behandlungsmethoden	110
g) Fehlender Wirksamkeitsnachweis für Akupressur-Manschette/Vertrauliche Studie unzureichend	110
h) Fehlende wissenschaftliche Absicherung einer Werbeaussage für sog. Kinesio-Tapes	111
i) Anbringung des CE-Kennzeichens auf Verpackungen von Medizinprodukten	111
5. Vergabeverfahren Cannabisproduktion: Frist für Benennung eines Nachunternehmers	111
6. Produkthaftung für Hüftprothese	111
7. Beschränkung des Versicherungsschutzes auf Schadensereignisse in Frankreich (Brustimplantate)	112
8. Beihilfe	112
a) Alternativtherapie bei lebensbedrohlicher und regelmäßig tödlich verlaufender Krankheit	112
b) Ausschluss von Arzneimitteln der Homöopathie und Anthroposophie	112
c) Keine Apothekenpflicht/Nahrungsergänzungsmittel/Keine anerkannte Behandlungsmethode	113
d) Multifokallinsen anlässlich einer Katarakt-Operation	113
e) Keine weitere Beihilfe für Hörgeräte bei Festbetrag der gesetzlichen Krankenkasse	113

f) Anfallswarn- und Begleithund _____	113
<b>IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe _____</b>	<b>114</b>
1. Privatbehandlung _____	114
a) Bundesgerichtshof (BGH) _____	114
aa) Entgeltbindung von Privatkliniken _____	114
bb) Wahlleistungsvereinbarung/Kreis der liquidationsberechtigten Ärzte _____	114
b) Privatbehandlung durch Honorarvereinbarung _____	114
c) Selbsttragung der Kosten bei fehlendem Krankenversicherungsschutz _____	114
d) Fehlende schriftliche Information über voraussichtliche Kosten der Behandlung _____	115
e) Wahlleistungsvereinbarung: Behandlung durch Vertreter _____	115
f) Kein Anspruch des Patienten auf Auslassung eines Befundes im Entlassungsbericht _____	115
g) Abrechnung einer intensitätsmodulierten Strahlentherapie _____	115
h) Zahnärztliche Behandlung _____	116
aa) Keine Abrechnung nicht dokumentierter Leistungen _____	116
bb) Völlige Unbrauchbarkeit von sieben Implantaten aufgrund grob fehlerhafter Behandlung _____	116
cc) Zahnersatz: Kein Vergütungsanspruch bei erforderlicher Neuanfertigung _____	116
dd) Keine Unbrauchbarkeit eines Zahnersatzes bei mehrjährigem Tragen _____	117
ee) Zahnprothetik: Keine völlige Unbrauchbarkeit bei mehrjährigem Tragen _____	117
ff) Nutzung der Leistung/Delegation an Labor _____	117
2. Private Krankenversicherung _____	117
a) Notwendigkeit ambulanter Heilbehandlungen _____	117
b) Vorteile des Einsatzes eines Femtosekundenlasers _____	118
c) Einsatz eines Femtosekundenlasers bei Katarakt-Operation _____	118
d) Linsen-Extraktion in MVZ _____	118
e) Anspruch auf dendritische Zelltherapie _____	118
f) Keine Kinderwunschbehandlung bei alleiniger Anomalie des Partners _____	118
3. Beihilfe _____	119
a) Stationäre medizinische Behandlung in der Schweiz _____	119
b) Ärztliche Beratung umfasst auch Ausstellen von Verordnungen _____	119
c) Keine Kostenübernahme für Liposuktion bei einem Lipödem _____	119
d) Wechselstromtherapie (sog. EBS-Therapie) als nicht anerkannte Heilbehandlungsmethode _____	120
e) Kosten der Rufbereitschaft einer Hebamme _____	120
f) Beihilfe bei Sachleistungen einer gesetzlichen Krankenkasse (Brille) _____	120
g) Anspruch auf Wiedereinsetzung bei psychiatrischer Erkrankung _____	120
h) Zahnärztliche Behandlung _____	120
aa) Nr. 1010 und Nr. 1020 GOZ: Berechnungsfähigkeit „innerhalb eines Jahres“ _____	120
bb) Kieferorthopädische Behandlung Erwachsener: Besondere Umstände _____	121
cc) Keine Kieferorthopädie bei Unterbrechung der Beihilfeberechtigung _____	121
dd) Beihilfe für Material- und Laborkosten einer kieferorthopädischen Behandlung _____	121
ee) Sachleistungen gesetzlicher Krankenversicherungen bei Beamten _____	121
<b>V. Verschiedenes _____</b>	<b>122</b>
1. EuGH: Kirchliches Arbeitsrecht und Antidiskriminierung _____	122
2. Bundesverfassungsgericht (BVerfG) _____	122
a) Fixierung psychisch kranker Untergeblicher: Richtervorbehalt _____	122
b) Ausschluss der ambulanten Möglichkeit der Zwangsbehandlung (§ 1906a BGB) _____	123
c) Weitere Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach 20 Jahren _____	123
d) Eingeschränkte Verwertung persönlicher Aufzeichnungen im Maßregelvollzug _____	124
e) Darlegungsanforderungen an einen Klageerzwingungsantrag _____	124
3. Bundesgerichtshof (BGH) _____	125
a) Nachweis der Nichtursächlichkeit bei grob fahrlässiger Verletzung von Überwachungspflichten _____	125
b) Erneute Feststellungsklage nach rechtskräftiger Verpflichtung zum Ersatz künftiger Schäden _____	125
c) Feststellung einer Selbstgefährdung bei länger andauernder Unterbringung _____	125
d) Formulärmäßige Bestimmung über Verpflichtung der Heimbewohner zur Sicherheitsleistung _____	126
e) Zustellung an Betroffenen in psychiatrischem Krankenhaus _____	126
f) Zumutbare Vorkehrungen eines Einzelanwalts für einen Verhinderungsfall _____	126
4. BFH: Anforderungen an Wiedereinsetzungsantrag wegen Krankheit bzw. Handlungsunfähigkeit _____	126
5. Krankenhäuser _____	127
a) BSG: Nothelfer/Erstattung nur bis zur (möglichen) Unterrichtung des Sozialhilfeträgers _____	127
b) BGH: Hörfunksendungen in Patientenzimmern eines Krankenhauses _____	127
c) Verpflichtung zur Teilnahme an Kostenerhebung über InEK GmbH _____	128
d) Krankenhausplanung _____	128
aa) BVerwG: Unzureichende Bedarfsanalyse und Bescheidungsurteil _____	128
bb) BVerwG: Sicherstellung der ärztlichen Personalausstattung durch Kooperationspartner _____	128
cc) Betten einer Hochschulklinik und allgemeine Krankenversorgung _____	129
e) Kündigung eines Versorgungsvertrags eines Plankrankenhauses _____	129
f) Krankenhausförderung _____	129

aa) Festsetzung einer pauschalierten fallbezogenen Förderung von Krankenhäusern	129
bb) Genehmigung eines Schiedsspruchs über Festsetzung des Mehrleistungsabschlags	130
g) Kosten der infektionshygienischen Überwachung eines Krankenhauses	130
h) Erlösbudgets durch Schiedsspruch: Beibringungsgrundsatz/Behandlungsmethode	130
i) Aufwändungsersatz für einen von der Polizei zur Krankenbehandlung Eingelieferten	131
j) Behandlungskosten vor Aufnahme in Haftanstalt	131
k) Verzinsung des Anspruchs eines Krankenhauses gegen Unfallversicherungsträger	131
l) Windenergieanlagen in der Nähe eines Krankenhauses	131
<b>6. Krankenkassen</b>	<b>132</b>
a) Anspruch auf Herausgabe einer Pflegedokumentation/Kopiekosten	132
b) Sechsmonatsfrist für Gläubiger nach Schließung einer Betriebskrankenkasse	132
c) Presseprivileg einer Krankenkasse: Beilage in ihrer Mitgliederzeitschrift	132
<b>7. Rettungsdienst</b>	<b>133</b>
a) Kein vorbeugender Rechtsschutz gegen weitere Beauftragungen	133
b) Kein Anspruch auf Herausgabe einer Entgeltvereinbarung über Leistungen im Rettungsdienst	133
c) Leistungsbeziehung zu privaten Selbstzahlern und bei ungeklärtem Versicherungsverhältnis	133
d) Haftung eines Rettungssanitäters	134
<b>8. Beförderung von mit MRSA besiedelten oder infizierten Personen</b>	<b>134</b>
<b>9. Pflegeberufe/Physiotherapeuten</b>	<b>134</b>
a) Keine Kammermitgliedschaft einer medizin. Fachangestellten in der EKG-Funktionsabteilung	134
b) Biss eines Patienten auf einer Intensivstation	135
c) Strafrecht: Stellvertretende Stationsleiterin als Überwachergarantin	135
d) Physiotherapeuten: Gangschule/Beweislastgrundsätze zu für Behandler voll beherrschbarem Risiko	135
e) Erteilung der Berufsbezeichnung „Physiotherapeut“	136
f) Sozialversicherungspflicht	136
aa) Pflegekraft eines ambulanten Pflegedienstes	136
bb) Krankenpfleger in einer neurologischen Klinik	136
cc) Selbständige Tätigkeit als Physiotherapeut	137
dd) Physiotherapeutin: Eigene Patientenkartei und eigener Behandlungsraum	137
g) Sozialversicherungsbeiträge für Poolzahlungen an Krankenschwester: Kein Erstattungsanspruch	137
<b>10. Heilpraktiker</b>	<b>138</b>
a) Entfernung von Tätowierungen mittels Laser ist Heilkunde	138
b) Entzug einer Heilpraktikererlaubnis wegen sittlicher Unzuverlässigkeit	138
<b>11. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche</b>	<b>138</b>
a) Nachweis über Mitteleinnahme/Fehlbildungen	138
b) Kein Nachweis einer pränatalen oder frühen Schädigung des Gehörs	139
c) Keine Anerkennung bei atypischen Schädigungen	139
d) Keine Berücksichtigung von Folgeschäden einer Fehlbildung	139
e) Kein Anspruch auf Haussteuerungsanlage	139
f) Verbindung von Grüenthal zur Conterganstiftung	140
<b>12. Sozialrecht</b>	<b>140</b>
a) Impfschadensrecht	140
aa) Entwicklungsstörung und Epilepsie als Impfschaden	140
bb) Narkolepsie als Impfschaden nach Impfung gegen Schweinegrippe (Pandemrix)	140
b) Blindengeld: Blindheit auch bei völlig unbedeutenden Restzweifeln	140
c) Fahrkosten zu regelmäßigen Arztterminen eines schwerbehinderten Kindes	141
d) Sozialhilfe	141
aa) Petö-Therapie als medizinische Rehabilitation	141
bb) Eingliederungshilfe: Erstattung des Eigenanteils für Therapedreirad	142
cc) Eingliederungshilfe bei einer Autismusspektrumsstörung	142
<b>13. Prüfungsumfang anstaltsärztl. Maßnahmen im Justizvollzug (Reduzierung der Schmerzmedikation</b>	<b>142</b>
<b>14. Pflicht der Kinder eines mutmaßlichen Vaters zum Gentest</b>	<b>142</b>
<b>15. Steuerrecht</b>	<b>143</b>
a) Einkommensteuerrecht	143
aa) BFH: Laborarzt/Vollständige Delegation bestimmter Routineunters. (Zytolog. Leistungen)	143
bb) BFH: Aufwendungen im Krankheitsfall/Beerdigungskosten	143
b) Umsatzsteuerrecht: „MPU-Vorbereitung“ nicht generell umsatzsteuerfrei	143

**ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT** \_\_\_\_\_ **144**

**ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG** \_\_\_\_\_ **150**

**ANHANG III: BSG - ANHÄNGIGE VERFAHREN GROßER SENAT** \_\_\_\_\_ **158**



## Redaktion

### **Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.**

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

e-mail: pawlita@web.de;

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

Telefax: 0641/250 2801.

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

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

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

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

## Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 19.08.2018 eingestellten Entscheidungen.

## A. VERTRAGSARZTRECHT

### I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 08.08.2018 - **B 6 KA 26/17 R** - ist die **Quotierung der Vergütung von Laborleistungen** der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM durch den HVM in den Quartalen I u. II/13 nicht zu beanstanden. Die Vorgabe einer **bundeseinheitlichen Laborquote Q** durch die **KBV** war nach § 87b IV SGB V rechtmäßig. Sie trägt den Besonderheiten dieses Leistungsbereichs Rechnung. Der Normgeber hat damit **auf Verwerfungen reagiert**, die sich im Zuge der auf KV-Ebene quotierten Vergütung ergeben haben. Unterschiedliche Vergütungssätze je nach KV-Bezirk haben Anreiz zur Versendung von Proben im ganzen Bundesgebiet gegeben und dieser Effekt war tendenziell geeignet, die mit der Umstellung der Laborvergütung auf bundeseinheitliche Kostensätze angestrebten einheitlichen Vergütungsbedingungen wieder in Frage zu stellen. Das wird durch die Vorgabe einer bundesweit geltenden Abstufungsquote vermieden. Im Hinblick auf diese Zielsetzung waren die „**Vorgaben**“ der **KBV für die Beklagte verbindlich**. Wenn durch eine einheitliche Vergütung aller Laborleistungen im Bundesgebiet Versendeströme verhindert werden sollen, gelingt das nur, wenn die Quote tatsächlich in allen KÄV-Bezirken gleich ist. Nach BSG, Urt. v. 27.06.2018 - **B 6 KA 38/17 R** - darf eine K(Z)V in ihrer Abrechnungsordnung die **Abtretung von Forderungen** der Vertrags(zahn)ärzte gegen sie nicht auf Kreditinstitute beschränken und im Übrigen ausschließen. Zwar kann eine K(Z)V Regelungen für den Fall der Abtretung von Honorarforderungen der Vertragszahnärzte treffen. Jedoch schränkt ein generelles Abtretungsverbot - mit einer Ausnahme nur gegenüber Banken - die Berufsausübung der Vertragszahnärzte unverhältnismäßig ein. Einem höheren Verwaltungsaufwand bei der Honorarauszahlung kann die K(Z)V durch eine Gebührenregelung Rechnung tragen. Nach BSG, Urt. v. 16.05.2018 - **B 6 KA 15/17 R** - ist bei der Berechnung des **Zuschlags** von 10% (hier: Quartale IV/09 und I/10) zum **RLV für fachgleiche BAG** auch ein BAG-Mitglied zu berücksichtigen, das in dem für die Berechnung des RLV maßgebenden **Vorjahresquartal** noch als Einzelarzt tätig war. Der Wortlaut der insoweit maßgebenden Regelungen aus Teil F Nr. 1.2.4 in der Fassung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 20.04.2009 und vom 22.09.2009 ist nach Auffassung des Senats eindeutig. Der Senat folgt nicht der Auffassung der Beklagten, dass unter Berücksichtigung von Sinn und Zweck der Regelung eine davon abweichende Auslegung geboten sei, weil der BAG-Zuschlag allein der Kompensation von Fallzahlungsverlusten diene. Wie vom Senat in der Vergangenheit wiederholt herausgestellt, geht es auch um eine darüber hinausgehende Förderung von BAGen. Nach BSG, Urt. v. 16.05.2018 - **B 6 KA 17/17 R** - besteht ein Anspruch auf Honorar unter Berücksichtigung eines **BAG-Zuschlags** auf das **RLV** auch für diejenigen Ärzte, die im Vorjahresquartal noch nicht im Rahmen einer Kooperation tätig waren, bzw. für den Arzt, bei dem die **Sonderregelung für die Anfangsphase** zur Anwendung kommt. 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 Quartal I/09 bis IV/11

##### a) Berücksichtigung einer Praxisbesonderheit (KV Hamburg)

LSG Hamburg, Urteil v. 15.03.2018 - L 5 KA 12/15

RID 18-03-1

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

SGB V § 87b

Eine Vorschrift, die den **Ausgleich** derjenigen **honorarverteilungsrechtlichen Nachteile** bezweckt, die sich für den Vertragsarzt aus der **Besonderheit seiner Praxis** gegenüber der typischen Praxisausrichtung seiner Arztgruppe ergeben, muss auch auf der Rechtsfolgenseite die Unterschiede zwischen den von der Praxisbesonderheit betroffenen Ärzten und der Gesamtheit aller Vertragsärzte

ihrer Arztgruppe in den Blick nehmen. Die Bekl. hat demgegenüber eine auf die einzelnen Praxisbesonderheiten bezogene individuelle Auszahlungsquote („Quote Arzt“) an die auf dieselbe Besonderheit bezogene generelle Auszahlungsquote („Quote Arztgruppe“) angleichen wollen. Nominell, das heißt unter der Prämisse der Beklagten, es gebe eine Auszahlungsquote für einzelne Leistungen, hat die Beklagte dann lediglich individuelle Nachteile des Klägers gegenüber anderen Orthopäden mit denselben Praxisbesonderheiten ausgeglichen, denn die übrigen Orthopäden waren von der „schlechten“ Auszahlungsquote der die Praxisbesonderheit begründenden Leistungen nicht betroffen. Die Bekl. hat somit eine individuelle Schlechterstellung des Kl. in einer generellen Schlechterstellung der Orthopäden mit denselben Praxisbesonderheiten (nicht: gegenüber der Arztgruppe insgesamt) aufgehen lassen.

Lässt sich eine **gesonderte Auszahlungsquote** für die die Praxisbesonderheit bedingenden Leistungen nicht bilden, dann kann auch nicht argumentiert werden, eine Anhebung dieser besonders niedrigen Einzelquote auf das höhere Niveau der allgemeinen Auszahlungsquote brächte die Unterschiede gegenüber der Gesamtheit der Orthopäden zum Verschwinden.

Im Übrigen hätte der Gesichtspunkt, dass **kostenintensive Leistungen**, die nur von wenigen Vertragsärzten eines Fachgebietes erbracht werden, beim betroffenen Vertragsarzt jedenfalls das RLV weitgehend „aufzehren“ können, in die Ermessenserwägungen der Bekl. mit eingestellt werden müssen.

*SG Hamburg*, Urt. v. 12.08.2015 - S 27 KA 250/12 - wies die Klage ab, das *LSG* verpflichtete die Bekl., über die Anpassung der Honoraransprüche des Kl. wegen Praxisbesonderheiten für die Quartale I/11 bis I/12 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

#### Parallelverfahren:

**LSG Hamburg, Urteil v. 15.03.2017 - L 5 KA 11/15**

RID 18-03-2

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

### b) Psychotherapeuten: Unzulässige Quotierung probatorischer und nicht antragspflichtiger Leistungen

**LSG Sachsen, Urteil v. 25.04.2018 - L 1 KA 4/16**

RID 18-03-3

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

**SGB V §§ 85 IV 4, 87a, 87b**

**Leitsatz:** Den Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V ist für die Rechtslage vom 1.1.2009 bis 31.12.2011 keine Ermächtigung der Partner der Gesamtverträge zu entnehmen, die psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen **Kapazitätsgrenze** mit einem geringeren Punktwert als dem Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten.

*SG Dresden*, Urt. v. 16.09.2015 - S 11 KA 96/12 - verurteilte die Bekl., d. Kl. über die Honoraransprüche der Kl. für die Quartale III und IV/10 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden, das *LSG* wies die Berufung zurück.

## 2. Sonderregelung QZV: Fachgruppentypik und Häufigkeit der leistungserbringenden Praxen (I/12)

**SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 20.06.2018 - S 12 KA 252/17**

RID 18-03-4

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

**SGB V § 87b**

**Leitsatz:** 1. Die Frage der **Fachgruppentypik** einer Leistung kann nicht allein nach der **Häufigkeit der Praxen** bzw. Ärzten der Fachgruppe bestimmt werden, die diese Leistungen erbringen (vgl. BSG, Beschl. v. 21.03.2018 - B 6 KA 70/17 B - juris Rdnr. 9 ff.). Dies gilt nicht nur für das Regelleistungsvolumen, sondern auch für das **Qualifikationsbezogene Zusatzvolumen**.

2. Bei den Leistungen nach Nr. 16230, 16231, 21230, 21231 EBM (Zusatzpauschale **kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten**) handelt es sich (hier: für die Arztgruppe der Fachärzte für Nervenheilkunde) um fachgruppentypische Leistungen, da sie keine besondere (Zusatz-)Qualifikation und keine besondere Praxisausstattung erfordern.

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für das Quartal III/14 und hierbei insb. um die Höhe des QZV 58. Das *SG* wies die Klage ab.

### 3. Psychotherapeutische Institutsambulanz: Beauftragungsvertrag und Vergütungserhöhung

**SG München, Urteil v. 04.07.2018 - S 38 KA 345/17**

**RID 18-03-5**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 117 II 3, 120 II

**Leitsatz:** I. Auch eine **psychotherapeutische Institutsambulanz**, deren Vergütung in einem sog. **Beauftragungsvertrag** geregelt ist, hat Anspruch auf die vom Erweiterten Bewertungsausschuss (EBA) zum 01.01.2012 beschlossene rückwirkende **Erhöhung** der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen in Abschnitt 35.2 EBM, ohne dass es hierfür einer Anpassung des Beauftragungsvertrages vom 12.03.2004 durch die Vertragspartner bedarf.

II. **§ 120 Abs. 2 SGB V** schreibt vor, dass die erbrachten Leistungen angemessen unter Berücksichtigung des Entgelts für vergleichbare Leistungen zu vergüten sind.

III. Auf die Begründung des EBA zur Erhöhung der Vergütung kommt es nicht an. Der Grundsatz der **Einheitlichkeit des Bewertungsmaßstabes** ist zu beachten.

Das *SG* verurteilte die Bekl., über den Honoraranspruch des kl. Instituts für Psychotherapie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

### 4. Keine Aufhebung einer Fallwertzuweisung nach § 48 SGB X

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 15.11.2017 - L 11 KA 25/17 B ER**

**RID 18-03-6**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB X § 48; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Eine **Änderung der Rechtsauffassung der Verwaltung** bei gleichgebliebenen Rechtsregelungen betrifft nicht die **tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse** und erfüllt nicht die Voraussetzungen zur **Aufhebung eines Verwaltungsakts** nach § 48 SGB X.

Die Beteiligten streiten im einstweiligen Rechtsschutz um die Rechtmäßigkeit der Herabsetzung des Fallwertes der Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.3 EBM im Zusammenhang mit der fallwertbezogenen Budgetierung nach Nr. 3.4 Teil E der KBV-Vorgaben gem. § 87b IV SGB V. Nr. 3.4 Teil E KBV-V regelt die Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei Nicht-Laborärzten. Hiernach unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.3 EBM bei Nicht-Laborärzten einer fallwertbezogenen Budgetierung (Nrn. 3.4.1 bis 3.4.3 Teil E KBV-V). Die Vorgaben sind für alle Nicht-Laborärzte verbindlich anzuwenden, es sei denn, betroffene Ärzte weisen der KV nach, dass sie die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllen. In diesem Fall kann die KV das Budget nach Nr. 3.4.2 Teil E KBV-V erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen (Nr. 3.4.5 Teil E KBV-V). Der Ast. ist als **Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie** zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Mit **Bescheid v. 20.01.2014** wies ihm die Ag. für Leistungen des Speziallabors nach Abschnitt 32.3 EBM einen individuellen Fallwert von 22,50 € zu. Im hiergegen gerichteten Widerspruch führte der Ast. aus, ein durchschnittliches Laborbudget zuzüglich eines Zuschlags von 50 % sei für seine Praxis aufgrund der Patientenzahl und des Behandlungsspektrums bei weitem nicht auskömmlich. Der Widerspruch blieb erfolglos. Klage ist anhängig (S 14 KA 331/15). Mit **Bescheid v. 23.06.2015** hob die Ag. den Bescheid v. 20.01.2014 ab dem Quartal III/2015 nach § 48 SGB X auf und legte für das Laborbudget den in Nr. 3.4.3 Teil E KBV-V bestimmten Referenzfallwert von 4,00 € zugrunde. Sie führte aus, die Abrechnung der Blutgasanalyse nach Nr. 32247 EBM (Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status) sei im gleichen Behandlungsfall neben der Nr. 13650 EBM (Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex) ausgeschlossen. Infolge wesentlicher Änderung der Verhältnisse bedürfe es einer Referenzfallwerterhöhung daher nicht mehr. Teilabhilfe erfolgte im Widerspruchsbescheid Die KV legte ab dem Quartal III/15 nun einen individuellen Fallwert für Leistungen nach Kapitel 32.3 EBM von 15,77 € zugrunde. Klage ist anhängig (S 14 KA 332/15). *SG Düsseldorf*, Beschl. v. 06.04.2017 - S 14 KA 250/15 ER - lehnte die Anträge auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage ab, das *LSG* ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage (S 14 KA 332/15) gegen den Bescheid vom 23.06.2015 an und verpflichtete die Ag. vorläufig, rückwirkend ab dem 01.07.2015 den durch Bescheid vom 20.01.2014 festgelegten individuellen Fallwert auf der Grundlage von Teil E Nr. 3.4.5 der KBV-Vorgaben i.H.v. 22,50 EUR bei der Honorarfestsetzung anzusetzen. Im Übrigen wies es die Beschwerde zurück.

## 5. Bekanntgabe eines Honorarbescheids gegenüber Insolvenzverwalter

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 25.04.2018 - L 11 KA 81/15

RID 18-03-7

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

Für willentliche **Kenntnisverschaffung** eines Honorarbescheids gegenüber einem **Insolvenzverwalter** genügt es, dass der Bescheid an den Schuldner - hier den beigel. Vertragsarzt - adressiert ist und dem Insolvenzverwalter übersandt wird sowie ihm tatsächlich zugeht (BSG, Urt. v. 17.03.2016 - B 4 AS 18/15 R - SozR 4-4200 § 16e Nr. 1; BSG, Urt. v. 10.02.2003 - B 5 RJ 18/03 R - BSGE 92, 1 = SozR 4-1200 § 52 Nr. 2). Es genügt für die Bekanntgabe die Formulierung „anbei übersenden wir Ihnen die Abrechnungsunterlagen des Quartals 1/2011 der Praxis Dr. med. C“.

Streitig ist, ob der Abrechnungsbescheid der Bekl. für das Quartal I/11 betreffend die vom beigel. Vertragsarzt erbrachten Leistungen (auch) gegenüber dem Kl., Insolvenzverwalter über das Vermögen des Beigel., bestandskräftig geworden ist. Das Amtsgericht hatte mit Beschl. v. 17.11.2010 vorläufig und mit Beschluss vom 01.03.2011 endgültig das Insolvenzverfahren über das Vermögen des Beigel. eröffnet. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 26.08.2015 - S 14 KA 586/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 6. Hinterlegung von Honorarzählungen

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 24.05.2018 - L 5 KA 15/16

RID 18-03-8

Revision anhängig: B 6 KA 11/18 R  
juris  
BGB §§ 372, 376, 378

Nach einem **Verweisungsbeschluss** an ein anderes Gericht ist die Klage unzulässig.

Eine KV kann **Honorarzählungen hinterlegen**, wenn sie verständliche Zweifel an der Person des Gläubigers hat, insb. daran, ob die Abtretung der Honorarforderungen des Kl. in Globalzession an die frühere Ehefrau des Kl. wirksam war.

*SG Mainz*, Gerichtsbb. v. 01.04.2016 - S 2 KA 242/09 - wies die Klage als unzulässig ab, das *LSG* die Berufung des Kl. zurück.

## 7. Unzulässigkeit einer Globalzession/Vollstreckungsschutz

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 24.05.2018 - L 5 KA 38/17

RID 18-03-9

Revision anhängig: B 6 KA 10/18 R  
juris  
InsO §§ 35; BGB §§ 387, 394, 781

Mit der Vorinstanz kann sich ein Vertragszahnarzt nicht auf eine **Globalzession** berufen, um eine Aufrechnung auszuschließen, da insoweit das im Jahre 2005 in der Abrechnungsordnung eingefügte Verbot der Abtretung von Honoraransprüchen an Privatpersonen eingreift.

Die mit Schreiben der **Finanzverwaltung** vom 31.03.2016 erfolgte Freigabe in Höhe eines Teilbetrages von 56.690 € ab April für je drei Monate kann einem **Beschluss des Vollstreckungsgerichts** nach § 394 Satz 1 BGB i.V.m. § 850i ZPO nicht gleichgestellt werden.

*SG Mainz*, Urt. v. 29.11.2017 - S 2 KA 72/11 - verurteilte die Bekl., an den Kl. einen Betrag in Höhe von 46.680,45 € zu zahlen; im Übrigen wies es die Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung des Kl. zurück und die im Berufungsverfahren erhobene Feststellungsklage ab.

## II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 16.05.2018 - *B 6 KA 16/17 R* - kann die Nr. 33076 EBM im Regelfall nicht neben der Nr. 33072 EBM in einer Sitzung abgerechnet werden. Die Abrechnung beider Leistungen nebeneinander ist jedoch insb. in Fällen, in denen die Venen ausschließlich mittels B-Mode-Verfahren und die Arterien im Duplex-Verfahren untersucht wurden, möglich. Eine solche **Konstellation** muss indes vom Arzt im **Einzelfall** gesondert anhand seiner **Dokumentation** nachgewiesen werden. 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. Qualitätsprüfung: Anforderung nicht anonymisierter Patientendokumentation rechtswidrig

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 09.05.2018 - L 7 KA 52/14**

RID 18-03-10

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 27/18 B*

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

**SGB V §§ 92 I 2 Nr. 13, 136 II, 299; QP-RL § 5; BGB § 276**

§ 4 IV 2 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie verstieß im Jahre 2011 gegen § 299 I 1 Nr. 1 u. 2, II SGB V. Eine **Qualitätsprüfung** nach § 136 II SGB V, bei der im Rahmen einer **Stichprobenprüfung** versichertenbezogene Daten nicht **pseudonymisiert** werden, ist seit der Einführung von § 299 I 1 Nr. 1 SGB V a.F. bis zur Änderung durch das GKV-VStG mit Wirkung zum 23.07.2015 unzulässig. Im Übrigen konnte sich ein Vertragsarzt auf den Standpunkt stellen, dass die Anforderung der nicht anonymisierten Patientendokumentation rechtswidrig ist.

Der kl. Vertragsarzt ist zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen berechtigt. Er war von der KV im Rahmen einer Qualitätsprüfung aufgefordert worden, die vollständigen Anamnese- und Behandlungsdaten von zwölf namentlich benannten Patienten, die wegen Opiatabhängigkeit in Therapie waren, vorzulegen. Der Kl. kam dem, mit Verweis auf datenschutzrechtliche Bedenken und da die Daten nicht pseudonymisiert angefordert worden seien, nicht nach. Die Bekl. berichtete die Honorare. **SG Berlin**, Urt. v. 28.05.2014 - S 71 KA 472/11 - wies die Klage ab, das **LSG** hob den angefochtenen Bescheid auf.

Der **GBA** hat mit Beschl. v. 19.07.2018 (noch nicht veröffentlicht) durch eine normative Änderung der QP-RL und weiterer damit verbundener Richtlinien mit Stichproben aufgrund von nicht pseudonymisierten Patientendaten die Qualitätsprüfungen zunächst für das dritte und vierte Quartal 2018 ausgesetzt. Die Aussetzung der Stichprobenprüfungen erstreckt sich auch auf noch laufende Prüfverfahren, die sich auf vorhergehende Prüfquartale beziehen. Eine entsprechende Verarbeitung der bereits von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten angeforderten Daten auf der Grundlage der QP-RL und der damit verbundenen Richtlinien des GBA (QBA-RL, QBR-RL und QBK-RL) ist folglich vorerst nicht mehr zulässig (vgl. Tragende Gründe, S. 2, [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

## 2. Plausibilitätsprüfung

### a) Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Quartalsarbeitszeitprofil bei Teilzeitanstellung

**LSG Bayern, Urteil v. 17.01.2018 - L 12 KA 123/16**

RID 18-03-11

*Revision anhängig: B 6 KA 9/18 R*

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

**SGB V §§ 75 II 2, 106a; Ärzte-ZV § 32 I 2**

**Leitsatz:** 1. Maßgeblich für die Errechnung des Zeitaufwandes bei Tages- und Quartalsprofilen sind allein die in Anhang 3 des EBM zugrunde gelegten **Prüfzeiten** für die ärztlichen Leistungen.

2. Bei der Berechnung der Überschreitung der **Quartalsarbeitszeiten** ist nicht die genehmigte Arbeitszeit, sondern bei den mit einem Bedarfsplanungsfaktor von **0,5 angestellten Ärzten** eine höchstzulässige Quartalsarbeitszeit von 390 Stunden zugrunde zu legen.

3. Bei einer **Vertretung innerhalb eines MVZ** durch dem MVZ angehörige Ärzte handelt es sich - unter Beachtung der Fachgebietsgrenzen - um eine „interne“ Vertretung, für die die Regelung des § 32 Ärzte-ZV nicht gilt.

Die Bet. streiten noch um eine Honorarrückforderung in Höhe von 150.209,33 € aufgrund einer Plausibilitätsprüfung (Zeitüberschreitungen) in den Quartalen III/07 bis IV/09. **SG München**, Urt. v. 11.10.2016 - S 38 KA 1611/14 - RID 16-04-13 wies die Klage im Hauptantrag (Rückzahlung) ab und verurteilte die Bekl., die Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu verbescheiden. Das **LSG** änderte auf Berufung der Kl. das SG-Urt. insoweit ab, als die Bekl. verpflichtet wurde, über den Widerspruch der Kl. entsprechend der Rechtsauffassung des Senats zu entscheiden, und wies im Übrigen die Berufung der Kl. zurück.

## b) Patientenbezogene Plausibilitätsprüfung: Fingierung einer rückwirkenden Vertretergenehmigung

SG München, Urteil v. 21.03.2018 - S 38 KA 962/15

RID 18-03-12

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

**Leitsatz:** I. Die **Genehmigung einer Vertretung** nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV kann **nicht rückwirkend** erteilt werden (vgl. BSG, Urt. v. 28.03.2007 - B 6 KA 30/06 R - SozR 4-2500 § 98 Nr. 4).

II. Die **Fiktion einer Genehmigung** einer Vertretung nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV ist ebenfalls grundsätzlich ausgeschlossen und mit den Besonderheiten des Vertragsarztrechts nicht zu vereinbaren.

III. In **besonderen Ausnahmekonstellationen** im Zusammenhang mit einer Plausibilitätsprüfung nach §§ 75 Abs. 1, 83 S. 1, 106a SGB V in Verbindung mit § 7 Abs. 1 Gesamtvertrag-Primärkassen bzw. § 8 Gesamtvertrag-Ersatzkassen in Verbindung mit der Anlage 8 bestehen im Einzelfall gegen eine solche Fiktion keine rechtlichen Bedenken.

Die kl. Anästhesistin wandte sich gegen eine Honorarrückforderung in Höhe von 18.774,55 € aufgrund einer Plausibilitätsprüfung für die Quartale IV/09 bis IV/10. Sie war sowohl in der überörtlichen BAG Dr. F. und Koll. tätig als auch als Vertreterin von Dr. S., die ihrerseits der operativ tätigen orthopädischen BAG Dr. K. und Koll. angehörte. Aufgreifkriterium war ein Anteil von 47,92 % gemeinsamer Patienten. Ihr wurde vorgeworfen, sie praktiziere ein sog. Abrechnungs-Splitting. Obwohl sie als Vertreterin von Frau Dr. S. tätig gewesen sei, habe sie die im Rahmen der Vertretung erbrachten Leistungen nicht ausschließlich über die LANR von Frau Dr. S. abgerechnet, sondern auch über ihre eigene LANR. Zugleich würden Abrechnungsausschlüsse, die nach der Präambel 31.2.1 Nr. 8 für Frau Dr. S. gelten würden, umgangen. Danach seien Leistungen der Nr. 05310, 05230, 05340, 05341, 05330 und 05331 EBM nicht abrechnungsfähig. Schließlich sei es zu einer Doppelabrechnung von Leistungen gekommen, indem inhaltsgleiche Leistungen unter Verstoß gegen 2.1.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM einmal über die eigene LANR, zum anderen über die LANR von Frau Dr. S. abgerechnet worden seien. Das SG ging davon aus, dass seit dem 01.12.2009 keine Genehmigung der Vertretertätigkeit durch die KV vorlag, worauf sich die Kl. berufen hatte. Das SG wies die Klage ab.

## c) Vertrauensschutz: Zweifache Berichtigung verschiedener Leistungen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 13.06.2018 - L 7 KA 84/13

RID 18-03-13

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 30/18 B*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 106a

**Leitsatz:** 1. Bei kurzfristig gestellten **Terminsaufhebungsanträgen** muss der Verhinderungsgrund so dargelegt und untermauert sein, dass das Gericht ohne weitere Nachforschungen selbst beurteilen kann, ob Verhandlungs- bzw. Reiseunfähigkeit besteht.

2. Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung bezüglich einzelner Gebührenordnungspositionen - hier: aus Bereich „Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen“ - begründet keinen **Vertrauensschutz** für eine spätere, dasselbe Quartal betreffende sachlich-rechnerische Richtigstellung bezüglich ganz anderer Gebührenordnungspositionen - hier: Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit -.

Der kl. Hausarzt wendet sich gegen eine Honorarkürzung (10.784,25 €) für die Quartale I/07 bis IV/07 infolge einer Plausibilitätsprüfung. *SG Berlin*, Urt. v. 18.09.2013 - S 79 KA 448/11 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das *LSG* wies die Klage ab.

## 3. Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten: Übergroße Psychotherapeutenpraxis

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 09.05.2018 - L 7 KA 76/14

RID 18-03-14

*Revision zugelassen*  
juris  
SGB V § 106a; Ärzte-ZV § 32

**Leitsatz:** 1. Ein **übergroßer Praxisumfang** i.S.v. § 32 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV ist bei ausschließlich **psychotherapeutisch tätigen Ärzten** anhand der sog. **Vollauslastungsgrenze** - hier 561.500 Punkte in den Quartalen IV/05 und I/06 - zu bestimmen.

2. Für die Frage, ob die Beschäftigung von **Weiterbildungsassistenten** der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs dient, muss die Kassenärztliche Vereinigung keinen **Kausalzusammenhang** nachweisen.

**SG Berlin**, Urt. v. 03.09.2014 - S 71 KA 381/13 - RID 15-01-14 gab der Klage statt und verpflichtete die Bekl., über den Honoraranspruch der Kl. in den Quartalen IV/05 u. I/06 erneut unter der Maßgabe zu entscheiden, dass die von Weiterbildungsassistenten erbrachten antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen im Quartal IV/05 im Umfang von 180.950 Punkten und im Quartal I/06 im Umfang von 43.935 Punkten anstatt mit dem bislang zur Berechnung des Honorars herangezogenen Punktwert nunmehr mit dem Punktwert von 4,423 Cent zu vergüten sind. Das **LSG** wies die Klage ab.

Nach dem LSG spricht viel dafür, bei ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzten und Psychotherapeuten einen übergroßen Praxisumfang schon ab dem 1,5-fachen der Vollaustlastung, d.h. bei 841.725 Punkten, anzunehmen (Rn. 49). Eine abschließende Klärung war entbehrlich, da die Höhe der Rückforderung sowohl beim 1,5- als auch 2-fachen höher ausgefallen wäre (Rn. 54).

#### 4. Verletzung der Fortbildungspflicht: Hinweispflicht/Aufhebung der Kürzung

**SG München, Urteil v. 20.06.2018 - S 38 KA 180/17**

**RID 18-03-15**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V § 95d; SGB X § 44 II**

**Leitsatz:** 1. Für die Erfüllung der **Fortbildungspflicht** eines Vertragsarztes nach § 95d Abs. 3 S. 1 SGB V kommt es auf den rechtzeitigen **Nachweis** gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung an.

2. Nach § 4 Abs. 1 der Regelungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten (Deutsches Ärzteblatt 2005, A 306) besteht eine **Hinweispflicht** der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber dem Vertragsarzt, dass seine Fortbildungspunkte noch nicht oder noch nicht vollständig vorliegen. Kommt die Kassenärztliche Vereinigung der Hinweispflicht nicht nach, sind Sanktionen in Form von Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 S. 3 SGB V nicht zulässig.

3. Liegt ein „Zweifelsfall“ über den rechtzeitigen Zugang des **Hinweisschreibens** vor, trägt die Kassenärztliche Vereinigung hierfür die **Beweislast**.

4. Die **Hinweise** müssen klar und eindeutig sein. Denn nur dann kann die Hinweispflicht ihre Schutzfunktion gegenüber dem Vertragsarzt erfüllen. Für die Auslegung gelten die allgemeinen Auslegungsregeln. Es kommt auf den objektiven Empfängerhorizont eines verständigen Beteiligten an (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 30.08.2017, Az L 32 AS 1605/15).

5. Bei der Anwendung des **§ 44 Abs. 2 SGB X** steht der Kassenärztlichen Vereinigung ein weiter Ermessensspielraum zu.

Die kl. Fachärztin für Frauenheilkunde wandte sich gegen die Ablehnung der Aufhebung der bestandskräftigen Honorarbescheide für die Quartale IV/09-IV/10, in denen Honorarkürzungen wegen fehlender Fortbildungspunkte (§ 95d SGB V) vorgenommen worden waren. Das **SG** wies die Klage ab.

#### 5. Job-Sharing: Berechnung der Honoraranforderung in Gemeinschaftspraxis

**LSG Hessen, Urteil v. 11.04.2018 - L 4 KA 48/16**

**RID 18-03-16**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V §§ 101 I 1 Nr. 4, 106a; BedarfspRL**

**Leitsatz:** 1. Die **Bindungswirkung** des Beschlusses eines Zulassungsausschusses über die Festsetzung der **Punktzahlbergrenze** für ein Job-Sharing-Verhältnis reicht nur so weit, wie seine Regelungswirkung reicht. Diese ist auf die Festlegung der Beschränkung des Praxisumfangs beschränkt und umfasst gerade nicht Regelungen zur Feststellung der Leistungsüberschreitung.

2. Nr. 23c BedarfspRL weist dem Zulassungsausschuss allein die Festlegung der **Punktzahlbergrenze** für das Job-Sharing-Verhältnis zu. Die für die sachlich-rechnerische Berichtigung maßgebliche Frage, ob und ggf. inwieweit diese **überschritten** wurde, fällt demgegenüber ausschließlich in die **Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung**.

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Honorarberichtigung wegen Überschreitung des Praxisumfangs im Rahmen eines sog. Job-Sharings in Höhe von 34.300,96 € brutto bzw. 33.283,25 € netto für das Quartal III/06 (2. Leistungsjahr). Mit dem Antrag auf Zulassung der C als Job-Sharing-Partnerin des Dr. D gaben die Praxismitglieder mit Datum v. 18.05.2005 an, dass auf Dres. D und A jeweils 40 %, auf E und C jeweils 10 % des Umsatzes entfielen. Der Zulassungsbeschluss legte für Dr. D und die Job-Sharing-Partnerin C



die Punktzahlobergrenze mit Beschl. v. 31.05.2005 auf der Grundlage der Quartale I bis IV/04 bestandskräftig fest. Dem Beschluss lag eine Aufteilung des Praxisumfangs im Rahmen der EHV zugrunde, wonach auf alle drei bisherigen Mitglieder der Kl., also auch auf Dr. D, jeweils 33% entfielen. Mit Berichtigungsbescheid wegen Überschreitung des Praxisumfangs forderte die Bekl. Honorar in Höhe von 34.300,96 € brutto zurück. Ausweislich des Berechnungsbogens ging sie von einem Praxisanteil des Dr. D (einschließlich der C) von 50 % aus. **SG Marburg**, Urt. v. 01.06.2016 - S 12 KA 141/15 - RID 16-03-24 hob den angefochtenen Bescheid insoweit auf, als eine über den Betrag von 113,66 € brutto hinausgehende Honorarberichtigung festgesetzt wurde, und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** hob das Urteil auf, soweit das SG den Bescheid über einen Betrag der Honorarberichtigung von 28.278,83 € brutto hinaus aufgehoben hatte, und wies die Klage auch insoweit ab.

## 6. Doppelabrechnung bei Teilnahme am Hausarztvertrag

**SG München, Urteil v. 12.04.2018 - S 38 KA 2033/14**

**RID 18-03-17**

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

**Hausarztvertrag Bayern; BGB §§ 195, 280; SGB V §§ 73b, 87 IV, 87a III 2**

**Leitsatz:** I. Bei den in § 13 Abs. 5 **Hausarztvertrag** (HzV-V) geregelten **Antragsfristen** handelt es sich genauso wie bei in der Prüfvereinbarung vorgesehenen Fristen um reine **Ordnungsfristen** und nicht um **Ausschlussfristen**. Auch diese Fristen dienen dem Interesse an der Verfahrensbeschleunigung und stellen kein Hindernis für die Verfahrensdurchführung bzw. für eine Sachentscheidung dar (vgl. BSG, Urt. v. 23.03.2016 - B 6 KA 14/15 R - SozR 4-5555 § 17 Nr. 1).

II. Der **Honoraranspruch** des am Hausarztvertrag teilnehmenden Arztes entsteht erst mit der Bekanntgabe des **Abrechnungsnachweises** (§ 13 Abs. 6 HzV-V).

III. **Rückforderungsansprüche der Krankenkasse** aus dem Hausarztvertrag verjähren nach vier Jahren nach Bekanntgabe des Abrechnungsnachweises. Insofern gelten die gleichen Verjährungsfristen wie bei Ansprüchen aus sachlich-rechnerischer Richtigstellung.

Der Bekl. nahm am Hausarztvertrag (HzV-V) teil. Nachdem die Kl. bei dem beigel. Bay. Hausärzterverband (BHÄV) Korrekturanträge gestellt hatte, daraus resultierende Forderungen beim Bekl. aber nicht realisierbar waren, wurde die Forderung an die Kl. abgetreten. Die Kl. machte eine Rückforderung in Höhe von 11.256,27 € nach Abzug des Sicherheitseinbehalts in Höhe von 1.120,38 € und einer Rückzahlung in Höhe von 5,24 € geltend. Die Kl. gab als Korrekturgrund an, der Bek. habe Leistungen doppelt abgerechnet bzw. bestimmte Leistungen seien im entsprechenden Quartal nicht mehr abrechenbar gewesen (z.B. dringender Besuch in Zeiten der durch die KV organisierten Notdienste). Die Doppelabrechnungen würden darin bestehen, dass Leistungen zum einen über den Hausarztvertrag, insb. durch Pauschalen und Zuschläge erfasst seien, die Leistungen sodann über den Beigel. abgerechnet wurden, zum anderen aber auch gegenüber der KV. Die Kl. listete die Leistungen unter Nennung der EBM-Ziffern, die ihres Erachtens vom HzV-V erfasst und deshalb nicht zusätzlich abrechenbar seien, sowie Leistungen, die nach dem HzV-V nicht abrechenbar seien, in einem Schaubild auf. Das **SG** verurteilte den Bekl., an die Kl. 11.256,27 € zu zahlen und wies die Klage bzgl. der Zinsen ab.

## 7. Nr. 27320 (Elektrokardiographische Untersuchung) ist Teil der Notfallpauschale Nr. 01210 EBM

**LSG Sachsen, Urteil v. 25.04.2018 - L 1 KA 22/14**

**RID 18-03-18**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 19/18 B*

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

**SGB V § 106a**

**Leitsatz:** Die GOP Nr. 27320 EBM war aufgrund Ziffer I Nr. 2.1.3 Abs. 2 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM nicht neben der GOP Nr. 01210 EBM abrechenbar, da auch die **Elektrokardiographische Untersuchung** mit mindestens zwölf Ableitungen aufgrund des Verweises in der Leistungslegende auf Anhang 1, Spalte GP des EBM zum fakultativen Leistungsinhalt der GOP Nr. 01210 EBM gehörte.

**SG Dresden**, Gerichtsbb. v. 02.09.2014 - S 18 KA 127/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 8. Notwendige Dokumentation eines Simultaneingriffs für Nr. 31108 EBM

SG München, Urteil v. 09.05.2018 - S 38 KA 341/17

RID 18-03-19

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 106a; EBM Nr. 31108

**Leitsatz:** 1. Die **Abrechnungsbestimmungen** der KVB einschließlich der darin enthaltenen Fristen sind rechtlich nicht zu beanstanden. Sie sind grundsätzlich zur zügigen, zeitgerechten und vollständigen Verteilung der Gesamtvergütung geeignet (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 25.03.2015 - L 12 KA 37/13 - RID 15-02-19).

2. Auch im Fall der **Prüfungskompetenz der Krankenkasse** (§ 106a Abs. 3 SGB V a.F. bzw. § 106d Abs. 3 SGB V n.F.) gelten die Abrechnungsbestimmungen der KVB. Das bedeutet, dass unter bestimmten Voraussetzungen, insbesondere der Einhaltung von Fristen nach § 3 Abs. 3 der Abrechnungsbestimmungen der KVB eine **Umsetzung einer Gebührenordnungsposition** möglich ist.

3. Eine **Berichtigungsbefugnis** wegen sachlich-rechnerischer Richtigstellung besteht innerhalb einer Frist von vier Jahren seit Erlass des Honorarbescheides, es sei denn, die Berichtigungsbefugnis ist aus Gründen des Vertrauensschutzes verbraucht (vgl. zu Fallbeispielen BSG, Urt. v. 28.08.2013 - B 6 KA 50/12 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 12)

4. Der allgemeine verfassungsrechtliche Grundsatz der **Verhältnismäßigkeit** begründet keinen Anspruch auf Umsetzung einer Gebührenordnungsposition.

Das **SG** wies die Klagen ab. Es geht davon aus, dass ein Simultaneingriff als Voraussetzung für die Zuschlagsziff. 31108 EBM entsprechend zu dokumentieren ist. Fehlt es am OPS-Code bzw. wird der gleiche OPS-Code wie für die Haupteingriffe angegeben, so ist nicht erkennbar, um welche Art von Eingriffen es sich handelt. Deshalb ist davon auszugehen, dass der Leistungsinhalt der Zuschlagsziffer nicht erfüllt ist. Unzureichend ist die Angabe der OPS-Codes erst im Widerspruchsverfahren, wenn Ausschlussfristen nach den Abrechnungsbestimmungen der KV zu beachten sind. Eine Umwandlung kommt nur innerhalb der Abrechnungsfristen in Betracht.

## 9. Labordiagnostik der „neuen Influenza“

LSG Bayern, Urteil v. 22.11.2017 - L 12 KA 138/15

RID 18-03-20

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 8/18 R*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 106a

**Leitsatz:** 1. Die unter dem Gesichtspunkt des Infektionsschutzes abgegebenen Empfehlungen des RKI begründen keine bindenden Vorgaben für den Umfang der Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung.

2. Aus Meldepflichten nach §§ 6, 7 IfSG ergibt sich kein Vergütungsanspruch in der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Nr. 88740 EBM hatte ab 01.10.2009 folgenden Inhalt: „Nukleinsäurenachweis von neuer Influenza A/H1N1 (Schweineinfluenza) mittels Amplifikationsverfahren (PCR) ohne weitere Subtypisierung, inklusive Kosten für den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses für diese Untersuchung, einmal am Behandlungstag 23,10 €“. Für die Labordiagnostik der „neuen Influenza“ galt zunächst eine Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses aus der 186. Sitzung zur Kostenerstattung im Rahmen der Diagnostik bei konkreten Verdachtsfällen der Infektion mit der sog. neuen Grippe (Schweinegrippe) zum 01.05.2009. Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 195. Sitzung am 13.08.2009 löste diese Durchführungsempfehlung ab, die zum 16.08.2009 außer Kraft trat. Zum Nachweis der neuen Influenza wurde eine PCR-Untersuchung als Gebührenordnungsposition, nach dem Beschluss der Partner der Bundesmantelverträge die Nr. 88740, eingeführt. Diese Gebührenordnungsposition sollte vom 17.08.2009 bis 31.12.2010 abrechenbar sein. Am 17.08.2009 wurde durch die Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen und die Partner des Bundesmantelvertrages ein schriftlicher Beschluss über die Aufnahme von Kostenpauschalen im Rahmen der Diagnostik der Infektion mit der neuen Influenza A/H1N1 (Schweineinfluenza) in die E-GO bzw. den BMV-Ä mit Wirkung zum 17.08.2009 bis 31.12.2010 gefasst. In dieser Beschlussfassung war die **Einschränkung „einmal am Behandlungstag“** nicht enthalten. Diese wurde durch die Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen und gleichlautend durch die Partner des Bundesmantelvertrages **am 07.10.2009 beschlossen** und im Deutschen Ärzteblatt vom **04.12.2009 veröffentlicht**. Die Bekl. berichtigte das Honorar für das Quartal IV/09 und setzte die Nr. 88740 in 2.561 Fällen mit einem Honorarvolumen von 59.159,10 € ab. Daneben wurde der Ansatz der Nr. 40100 gestrichen, dieser sei neben der Abrechnung der Nr. 88740 nicht zulässig. Es erfolgten weitere Absetzungen der Nr. 40100, weil die Leistung im selben Behandlungsfall nicht neben den Leistungen

der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 abrechnungsfähig sei, im Umfang von 12.277,20 €. Im Quartal I/10 berichtigte sie weitere Leistungen nach Nr. 40100 im Umfang von 10.108,55 €. **SG München**, Urt. v. 11.05.2015 - S 43 KA 1353/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Das BSG gibt folgende **Revisionsfrage** an: Ist die **rückwirkende Einschränkung der Abrechenbarkeit** einer Gebührenordnungsposition auf „einmal am Behandlungstag“ rechtmäßig? Hierzu führt das **LSG** aus:

„(...) Hier ist vom Vorliegen einer **unechten Rückwirkung** auszugehen, weil die Beschränkung der Abrechenbarkeit der GOP 88740 noch vor der Abrechnung des Quartals 4/2009 beschlossen (7.10.2009) und im Deutschen Ärzteblatt (vom 4.12.2009) bekannt gemacht wurde.

Die unechte Rückwirkung ist zulässig, wenn ausreichende Gemeinwohlgründe sie erfordern und das schutzwürdige Vertrauen der Betroffenen auf den Fortbestand der bisherigen Rechtslage nicht überwiegt (BSG, a.a.O., Rn. 19 mit Verweis auf die einschlägigen Entscheidungen des BVerfG). Hier fehlt es bereits an schutzwürdigem **Vertrauen** in den Fortbestand der ursprünglichen Bedingungen für die Abrechnung der GOP 88740. Denn der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 195. Sitzung enthielt einen **ausdrücklichen Änderungsvorbehalt**, soweit insbesondere von Seiten des RKI neue Erkenntnisse zur (Ausschluss-)Diagnostik und Therapie der neuen Influenza vorgelegt werden. Die Klägerin kann daraus keinen Vertrauensschutz dergestalt ableiten, dass Änderungen in der Abrechenbarkeit der neu eingeführten GOP 88740 aufgrund anderer Umstände als neuer Erkenntnisse zur (Ausschluss-)Diagnostik und Therapie der neuen Influenza unzulässig wären. Aufgrund des Vorbehalts war stets mit Änderungen zu rechnen, so dass sich ein schutzwürdiges Vertrauen nicht bilden konnte.

Ausreichende **Gemeinwohlgründe** bestehen in der Finanzierbarkeit des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Die GOP 88740 wurde außerhalb der Gesamtvergütung vergütet. (...)“.

## 10. Postoperativer Behandlungskomplex

**LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 24.05.2018 - L 5 KA 36/16**

**RID 18-03-21**

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

**SGB V § 87 I, II; EBM Nr. 31719, 31725**

**Leitsatz:** Der Abrechnungsausschluss nach der Präambel 31.4.1 Nr 2 EBM-Ä greift nicht ein, wenn innerhalb von 21 Tagen nach einer ersten ambulanten Operation aufgrund einer weiteren Operation mehrfach Leistungen des **postoperativen Behandlungskomplexes** abgerechnet werden.

Die Kl., eine aus zwei Augenärzten bestehende BAG, streitet mit der KV über die sachlich-rechnerische Richtigstellung postoperativer Leistungen nach den Nr. 31719 und 31725 EBM nach ambulanten Operationen, die innerhalb der ersten 21 Tage nach einer zuvor erfolgten ersten ambulanten Operation (mit Ansatz eines postoperativen Behandlungskomplexes) erfolgten; streitig ist ein Betrag von 226,68 €. **SG Mainz**, Urt. v. 13.09.2017 - S 8 KA 108/14 - hob den angefochtenen Bescheid insoweit auf, als die Bekl. sachlich-rechnerische Korrekturen bei den Patientenfällen J u.a. vorgenommen hat, und verurteilte die Bekl., die in diesen Fällen gestrichenen Nr. 31719 und 31725 EBM nachzuvergüten. Im Übrigen wies es die Klage ab. Das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

## 11. Rücknahme einer Honorarberichtigung nach Neuregelung der Notfallvergütungen

**LSG Schleswig-Holstein, Teilurteil v. 12.12.2017 - L 4 KA 2/16**

**RID 18-03-22**

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

**SGB V §§ 85 I, 87b; SGB X § 44**

Nach der Neuregelung der Notfallvergütungen ab 01.01.2008 war nicht von vornherein abzusehen, dass das neue Vergütungssystem mit der Abschichtung der Aufwandspauschalen von der eigentlichen (ärztlichen) Notfallbehandlung ebf. rechtswidrig war, wie BSG, Urt. v. 12.12.2012 - B 6 KA 3/12 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 13 festgestellt hat. Gerade das anders geartete Vergütungssystem spricht dagegen, dem BewA ein arglistiges Verhalten zu unterstellen. Für die Rücknahme einer Honorarberichtigung lässt sich **keine Ermessensreduzierung auf Null** herleiten. Eine Ermessensreduzierung auf Null lässt sich auch nicht daraus herleiten, dass die Krankenkassen verpflichtet werden können, die entsprechenden Geldmittel im Rahmen der Gesamtvergütung nachzuschießen. Denn eine solche Verpflichtung besteht nicht.

Es ist nicht zu beanstanden, dass bei einer Prüfung der **Rücknahme einer Honorarberichtigung** der aktuellen Honorarverteilung ein stärkeres Gewicht eingeräumt wird, hinter dem Berichtigungen früherer Honorarberichtigungen und damit die Individualinteressen der abrechnenden Ärzte zurückstehen müssten.

**SG Kiel**, Urt. v. 08.12.2015 - S 2 KA 568/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 16.05.2018 - B 6 KA 3/18 B - juris wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

## 12. Vergütung für Behandlung in Notfallambulanz eines Krankenhauses trotz stationärer Aufnahme

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.03.2018 - L 24 KA 25/17

RID 18-03-23

Revision anhängig: B 6 KA 6/18 R  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 75 Ib, 76 I 2, 106a, 115 II

Eine Vergütung von **ambulant durchgeführten Notfallbehandlungen** in der **Notfallambulanz eines Krankenhauses** hat auch dann zu erfolgen, wenn sich der Patient anschließend in stationäre Behandlung begeben muss. Es handelte sich bei den Notfallbehandlungen nicht per se um einen Teil der stationären Krankenhausbehandlung. Der Senat gibt seine im Urteil v. 12.03.2010 - L 24 KA 1017/05 - juris Rn. 21 ff. vertretene Auffassung auf, dass eine Vergütung nach § 76 I 2 SGB V ausscheide, wenn auf eine Notfallbehandlung in der Rettungsstelle eine Aufnahme in ein Krankenhaus folge.

Ein **einheitlicher Behandlungsfall** zusammen mit der nachfolgenden stationären Behandlung erfolgt nicht, wenn es sich zunächst rein tatsächlich um ambulante ärztliche Maßnahmen handelt und eine stationäre Aufnahme (als rein tatsächlicher Vorgang) weder in das Krankenhaus der Kl. stattfindet, noch die Rettungsstelle das Aufnahmeprozedere für ein anderes Krankenhaus übernimmt. „**Aufnahme**“ ist kein rechtlich geprägter Begriff, sondern umschreibt einen faktischen Vorgang. Im Normalfall der stationären Krankenhausbehandlung stellt die Aufnahme nur die Untersuchung durch einen Arzt lediglich auf Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit hin und die Eingliederung in den Krankenhausapparat dar. Behandlungen gehen hierüber bereits hinaus.

*SG Potsdam*, Urt. v. 22.02.2017 - S 1 KA 137/14 - wies die Klage ab, das *LSG* verpflichtete die Bekl., über das Honorar der Kl. für das Quartal IV/11 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

## 13. Fehlende normative Grundlage im BMV-Z für Abrechnungs-Sammelerklärung bis Juni 2018

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss v. 26.07.2018 - L 1 KA 3/17 B ER

RID 18-03-24

juris  
SGB V § 106a

**Leitsatz:** 1. Die **Garantiefunktion einer Abrechnungs-Sammelerklärung** (vgl. Urteil des BSG vom 17.09.1997 - 6 RKa 86/95 - SozR 3-5550 § 35 Nr. 1) setzt eine normative Grundlage in den Bundesmantelverträgen voraus.

2. Da eine solche **normative Grundlage** im **BMV-Z** erst seit dem 01.07.2018 vorhanden ist, kommt für den Bereich der Primärkassen eine Pauschalaufhebung von vertragszahnärztlichen Honorarbescheiden wegen einzelner Fehlrechnungen für davor liegende Zeiträume nicht in Betracht; es bedarf einer individuellen Abrechnungsprüfung.

Die bekl. KZV nahm eine Richtigstellung der Honoraranforderungen für konservierend-chirurgische Leistungen in den Quartalen IV/10 bis III/11 um insgesamt 51.454,06 € vor, weil sie von grob fahrlässigen Falschabrechnungen des Ast. in den einzelnen Quartalen ausging, indem er nicht erbrachte Leistungen abrechnete, da die Patienten entweder nicht in der Praxis gewesen seien oder Leistungen in der Patientenkartei nicht dokumentiert seien. Die Garantiefunktion der Bestätigung der ordnungsgemäßen Abrechnung durch den Ast. sei bereits dann insgesamt nicht mehr erfüllt, wenn nur ein mit ihr erfasster Abrechnungsschein eine unrichtige Angabe über erbrachte Leistungen enthalte. Damit entfalle für sie die Verpflichtung, mehr als eine unrichtige Abrechnung pro Quartal nachzuweisen. Damit liege das Honorarrisiko auf Seiten des Vertragszahnarztes. Hiergegen hat der Ast. im Dezember 2015 Klage erhoben (S 3 KA 58/15) und zugleich einen Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung seiner Klage gestellt. *SG Schwerin*, Beschl. v. 07.03.2017 - S 3 KA 58/15 ER - lehnte den Eilantrag ab, das *LSG* ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage hinsichtlich eines Kürzungs- und Erstattungsbetrages in Höhe von 31.131,42 € (Primärkassenanteil) an. Im Übrigen wies es die Beschwerde zurück.

### III. Genehmigung/Arztregister/Notdienst

Nach BSG, Urt. v. 08.08.2018 - **B 6 KA 24/17 R** - darf ein Facharzt für Allgemeinmedizin **Laboranalysen**, die in den Räumen des auch **von anderen Vertragsärzten genutzten Labors** erbracht werden, **nicht als eigene Leistungen** gegenüber der KV abrechnen. Das ist nach der speziellen Regelung in § 25 III 2 BMV-Ä für allgemeine Laboruntersuchungen nach Kapitel 32.2 EBM-Ä, die in Laborgemeinschaften erbracht werden, ausgeschlossen, da diese Leistungen von der Laborgemeinschaft direkt gegenüber der KV abzurechnen sind. Die vom Kläger im Wege des „time-sharing“ zusammen mit anderen Vertragsärzten mitgenutzte Laboreinrichtung ist eine solche **Laborgemeinschaft**, wie sie in § 1a Nr. 14a BMV-Ä definiert ist. Verfassungsrechtliche Bedenken gegen den mit der genannten Bestimmung geschaffenen Formenzwang für die Abrechnung von Laborleistungen bestehen nicht. Nach BSG, Urt. v. 08.08.2018 - **B 6 KA 47/17 R** - kann ein **Gynäkologe Akupunkturleistungen** nach den Nr. 30790 und 30791 EBM seit der Änderung der Präambel zu Kap.30.7 EBM zum 01.07.2007 nicht abrechnen. Aus einem **Bescheid** (vom Februar 2007), mit dem ihm die KV die **Fachkunde** zur Erbringung von Akupunkturleistungen bescheinigt und ihm unter diesem Aspekt die **Genehmigung** zur Erbringung der in der vertragsärztlichen Versorgung berechnungsfähigen Akupunkturleistungen erteilt hat, ergibt sich nichts anderes. Mit der Frage, welche Akupunkturleistungen für den Kläger als Gynäkologe fachfremd sind, befasst sich der Bescheid nicht, und auch eine Regelung, dass der Kläger von der Beachtung der Grenzen seines Fachgebietes freigestellt werden sollte, enthält er nicht. Während in den ersten beiden Quartalen des Jahres 2007 für jede einzelne Akupunkturleistung des Kl. die Zugehörigkeit zu seinem Fachgebiet hätte geprüft werden müssen und es immerhin nicht völlig ausgeschlossen erscheint, dass der Kläger etwa schwangerschaftsbedingte Beschwerden der LWS mittels Akupunktur behandeln durfte, ist diese Prüfung nach Inkrafttreten der Präambel zu Kap. 30. 7 EBM-Ä obsolet: als unmittelbare Folge der Zulassung des Kl. für die Gynäkologie kann er Akupunkturleistungen von vornherein nicht mehr berechnen. An der generellen Fachkunde des Klägers für Akupunkturleistungen bestehen weiterhin keine Zweifel, so dass die Bekl. ihren Bescheid - soweit er diese Befähigung bestätigt - nicht zurücknehmen könnte oder müsste.

#### 1. Umdeutung eines Verwaltungsakts (Aufhebung der Genehmigung für künstliche Befruchtungen)

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 28.02.2018 - L 7 KA 30/17**

**RID 18-03-25**

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

**SGB V § 121a; SGB X §§ 43, 48, 49**

**Leitsatz:** Eine fehlerhaft auf § 49 VwVfG gestützte, **ermessenabhängige Entscheidung** kann in eine Entscheidung nach § 48 SGB X **umgedeutet** werden.

Der Kl. ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Ihm wurde zuletzt 2009, seinerzeit noch als Mitglied einer Gemeinschaftspraxis mit dem Arzt Dr. M, die Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen gemäß § 121a SGBV erteilt. Enthalten war u.a. der Zusatz, dass die personelle Zusammensetzung der aufgeführten Arbeitsgruppe verbindlicher Bestandteil des Bescheides sei. Im Mai 2011 widerrief die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz die Genehmigung, weil nach Änderung der Arbeitsgruppe keine Unterlagen zu Qualifikation von Dr. P bzw. Dr. W vorgelegt worden wären. **SG Berlin**, Gerichtsb. v. 08.03.2017 - S 22 KA 204/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### 2. Feststellungsklage bzgl. Richtigkeit des Arztregisters

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 06.09.2017 - L 3 KA 105/16**

**RID 18-03-26**

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

**Ärzte-ZV § 6 II; SGG §§ 55 I Nr. 1, 78 II, 96 I**

**Leitsatz:** Ausnahmsweise kann eine **Feststellungsklage** (hier: anstelle einer Anfechtungsklage gegen die **Berichtigung des Arztregisters**) statthaft sein, wenn sie die einzige Möglichkeit ist, um die Rechtmäßigkeit eines erst im Verlauf des Gerichtsverfahrens erlassenen Bescheids prüfen zu können.

Die Kl. nahm seit 1999 als Fachärztin für Psychiatrie an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die bekl. KV übersandte im Oktober 2015 auf Nachfrage an die Kl. einen Auszug aus dem Arztregister, wonach deren Approbation seit Juli 2004 ruhe und deren Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung am 20.09.2006 ende (Grund: Entzug gemäß § 27 Ärzte-ZV). Im Anschluss beantragte die Kl., beide Eintragungen aus dem Arztregister zu streichen, weil sie unzutreffend seien. Dies lehnte die Bekl. unter Hinweis auf die Bestandskraft entsprechender Gerichtsentscheidungen ab. **SG Hannover**, Gerichtsb. v. 16.08.2016 - S 24 KA 435/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 12.03.2018 - B 6 KA 2/18 BH - RID 18-03-68 lehnte den Antrag der Kl., ihr für das Verfahren der Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision Prozesskostenhilfe zu gewähren, ab.

### 3. Notdienst

#### a) Ablehnung eines Vertretungswunsches

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 18.06.2018 - L 11 KA 12/18 B ER

RID 18-03-27

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

SGG § 86b II; Notfalldienstordnung Nordrhein

**Adressat** der **Ablehnung eines Vertretungswunsches** ist der Dienstverpflichtete und nicht der Vertreter. Dieser ist im Verfahren nach § 2 Notfalldienstordnung Nordrhein (NDO) nicht beteiligt. Seine rechtlichen Interessen sind nicht betroffen. Die Regelung dient den Belangen der Allgemeinheit. Sie ist nicht drittschützend. Der avisierte Vertreter muss nicht hinzugezogen werden (§ 12 II SGB X). Der Regelungsgehalt des § 2 NDO bezieht sich allein auf das Verhältnis des Dienstverpflichteten zur Kreisstelle.

§ 7 NDO regelt das Vertreterverzeichnis und stellt damit einen unmittelbaren Bezug zum am Notdienst interessierten **Vertreter** her. Die Aufnahme in das Vertreterverzeichnis ist antragsabhängig (§ 7 II NDO). Der Antrag wird abgelehnt, wenn nicht die Voraussetzungen des § 7 II i.V.m. § 5 II oder § 6 NDO oder jene des § 7 III, IV u. V NDO erfüllt sind. Die Ablehnung ist wiederum ein Verwaltungsakt (§ 31 SGB X), der mittels Widerspruch angegriffen werden kann (§ 78 I 1 SGG). Diese Ebene eröffnet dem am Notdienst interessierten Arzt die Möglichkeit, hieran nach Maßgabe der genannten Vorschriften teilzunehmen und ihn beschwerende Entscheidungen nötigenfalls mittels Widerspruch und Klage anzugreifen.

*SG Düsseldorf*, Beschl. v. 10.01.2018 - S 33 KA 262/17 ER - verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, es bis zum Vorliegen einer vollziehbaren anderweitigen Entscheidung nach den Bestimmungen der Gemeinsamen Notfalldienstordnung der Ag. und der Ärztekammer Nordrhein zu unterlassen, die Teilnahme des Ast. am ärztlichen Notfalldienst als Vertreter zu untersagen, das *LSG* lehnte den Antrag ab.

#### b) Keine Befreiung für Chefarzt mit vertragsärztlicher Zulassung

SG München, Urteil v. 20.06.2018 - S 38 KA 360/17

RID 18-03-28

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

BDO KV Bayern

**Leitsatz:** 1. Die unter § 14 Abs. 1 lit. a bis e BDO-KVB möglichen **Befreiungstatbestände** (schwerwiegende Gründe) sind nicht abschließend, wie sich aus der Formulierung „insbesondere“ ergibt. Es handelt sich primär um Gründe, die in der Person des Vertragsarztes (Erkrankung des Vertragsarztes, körperliche Behinderung des Vertragsarztes, Schwangerschaft der Vertragsärztin, = § 14 Abs. 1 S. 1 lit. a+c) und im familiären Umfeld liegen (Betreuung von Familienangehörigen = § 14 Abs. 1 S. 1 lit. b; Kinderbetreuung bis 36 Monate nach der Geburt = § 14 Abs. 1 S. 1 lit. c).

2. Die Entscheidung über die Befreiung vom ärztlichen Bereitschaftsdienst ist nach dem Wortlaut in § 14 Abs. 1 S. 1 BDO-KVB („kann“) eine **Ermessensentscheidung**.

3. Ein Vertragsarzt, der **belegärztlich** tätig ist oder eine **Privatklinik** betreibt, kann nicht allein deshalb eine Befreiung vom Bereitschaftsdienst beanspruchen (BSG, Urt. v. 23.03.2016 - B 6 KA 7/15 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 16; BSG, Urt. v. 15.04.1980 - 6 RKa 8/78 - juris).

4. Ein **Krankenhausarzt**, der zugleich über eine vertragsärztliche **Zulassung** verfügt, ist nicht gleichzusetzen mit einem Vertragsarzt, der zugleich belegärztlich tätig ist. Die Voraussetzungen für eine Analogie des § 14 Abs. 1 S. 1 lit. e BDO-KVB, nämlich das Bestehen einer Regelungslücke, Planwidrigkeit und Vergleichbarkeit liegen nicht vor.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 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 **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) Verordnung nach unzulässiger Fernbehandlung

**SG München, Urteil v. 15.05.2018 - S 28 KA 367/17**

**RID 18-03-29**

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

**SGB V §§ 106a, 295 I 2 Nr. 2; BMV-Ä § 15 II**

**Leitsatz:** Im Fall des Vorwurfs einer **unzulässigen Fernbehandlung** ist der Anwendungsbereich des § 48 Abs. 1 BMV-Ä (**Feststellung sonstigen Schadens**) und nicht der des § 106 Abs. 2 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung) eröffnet.

Das **SG** wies die Klage ab.

#### b) Verordnung von Defekturarzneimittel

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 18.04.2018 - L 3 KA 31/15**

**RID 18-03-30**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 21/18 B*

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

**SGB V §§ 12 I, 31 I, 106 II 4; AMG § 21 II Nr. 1**

**Leitsatz:** 1. Auch sog. **Defekturarzneimittel** können im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung nur verordnet werden, wenn sie die Gewähr für Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit nach Maßgabe des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse bieten.

2. Dies kann für das **Präparat Oxybutynin 0,1 %** Grachtenhaus Instillationsset N3 15 ml nicht bejaht werden.

**SG Hannover**, Urt. v. 04.03.2015 - S 78 KA 87/13 - wies die Klage des Arztes für Allgemeinmedizin gegen Arzneimittelregresse für die Quartale II bis IV/08 (6.432,58 €) und II/09 (887,08 €) ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### c) Verordnungsaußchluss von Reboxetin (Edronax) (Anlage III Nr. 51 AM-RL)

##### aa) Besondere sozialrechtliche Dokumentationspflicht für Ausnahmefall

**SG Marburg, Urteil v. 16.05.2018 - S 12 KA 593/16**

**RID 18-03-31**

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

**SGB V §§ 31, 92 I 2 Nr. 6, 106; AM-RL § 16; AM-RL Nr. 51 Anlage III**

**Leitsatz:** 1. Der **Verordnungsaußchluss von Reboxetin** (Solvex, Edronax) (Anlage III Nr. 51 der Arzneimittel-Richtlinie) ist nicht zu beanstanden. Eine Verordnung als **Ausnahmefall** setzt voraus, dass Therapiealternativen mit verordnungsfähigen Arzneimitteln ausgeschlossen sind.

2. Es besteht eine besondere **sozialrechtliche Dokumentationspflicht**, nicht aber eine besondere Pflicht zur Bekanntgabe der Begründung. Die Behandlungsdokumentation kann in Verfahren, in denen die Prüfungsstelle abschließend entscheidet, im Gerichtsverfahren nachgereicht werden (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 13.09.2017 - S 12 KA 349/16 - und - S 12 KA 810/16 - RID 17-04-32, beide juris).

Das *SG* wies die Klage ab.

#### **bb) Keine Vorlage der ärztlichen Dokumentation**

**SG Marburg, Urteil v. 16.05.2018 - S 12 KA 499/17**

**RID 18-03-32**

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

**SGB V §§ 31, 92 I 2 Nr. 6, 106; AM-RL § 16; AM-RL Nr. 51 Anlage III**

**Leitsatz:** Der **Verordnungsausschluss von Reboxetin** (Edronax) (Anlage III Nr. 51 der Arzneimittel-Richtlinie) ist nicht zu beanstanden. Eine Verordnung als Ausnahmefall setzt voraus, dass Therapiealternativen mit verordnungsfähigen Arzneimitteln ausgeschlossen sind. Wird weder im Verwaltungs- noch Gerichtsverfahren die **ärztliche Dokumentation** vorgelegt, fehlt es an einem Nachweis für das Vorliegen eines **Ausnahmefalls**.

Das *SG* wies die Klage ab.

#### **cc) Geltung des Verordnungsausschlusses auch für Langzeitverordnungen**

**SG Marburg, Urteil v. 16.05.2018 - S 12 KA 505/17**

**RID 18-03-33**

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

**SGB V §§ 31, 92 I 2 Nr. 6, 106; AM-RL § 16; AM-RL Nr. 51 Anlage III**

**Leitsatz:** 1. Der **Verordnungsausschluss von Reboxetin** (Solvex) (Anlage III Nr. 51 der Arzneimittel-Richtlinie) ist nicht zu beanstanden. Er gilt auch für **Langzeitverordnungen**, die bereits vor dem Ausschluss zum 01.04.2011 begonnen wurden.

2. Es besteht eine besondere **sozialrechtliche Dokumentationspflicht**, nicht aber eine besondere Pflicht zur Bekanntgabe der Begründung. Die Behandlungsdokumentation kann in Verfahren, in denen die Prüfungsstelle abschließend entscheidet, im Gerichtsverfahren nachgereicht werden (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 13.09.2017 - S 12 KA 349/16 - und - S 12 KA 810/16 -, beide juris).

Das *SG* wies die Klage ab.

#### **d) Sprechstundenbedarf**

##### **aa) Verordnung von Medizinprodukten (Mittel zur Kryotherapie) - Fehlende Entscheidung des GBA**

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 18.04.2018 - L 3 KA 82/15**

**RID 18-03-34**

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

**SGB V §§ 31 I 2, 92 I 2 Nr. 6, 106**

**Leitsatz: Medizinprodukte** - hier: Mittel zur Kryotherapie - können auch dann als **Sprechstundenbedarf** verordnet werden, wenn sie mangels entsprechender Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht in die Arzneimittelversorgung einbezogen worden sind.

*SG Hannover*, Urt. v. 01.07.2015 - S 61 KA 224/12 - wies die Klage ab, das *LSG* hob die angefochtenen Bescheide auf, soweit dort ein Sprechstundenbedarfsregress für das Quartal IV/08 von mehr als 505,44 €, für das Quartal I/09 von mehr als 904,20 €, für das Quartal II/09 von mehr als 272,16 €, für das Quartal III/09 von mehr als 1.170,81 € und für das Quartal IV/09 von mehr als 660,96 € festgesetzt wurde, und wies im Übrigen die Berufungen zurück.



## bb) Einzelverordnung vorrangig (Fluspi-Ampullen, Opipramol und Pantoprazol)

SG München, Urteil v. 12.04.2018 - S 38 KA 711/16

RID 18-03-35

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 106

**Leitsatz:** I. **Depot-Neuroleptika** (hier: Fluspi-Ampullen) stellen für **Allgemeinärzte** keine **Notfallmedikation** dar und sind deshalb über Abschnitt III 1 Buchstabe e PC-Vereinbarung nicht als Sprechstundenbedarf verordnungsfähig.

II. Es handelt sich nur dann um eine **Notfallmedikation**, wenn das Präparat einen möglichst raschen Wirkmechanismus entfaltet.

III. Depot-Neuroleptika (hier: Fluspi-Ampullen) sind grundsätzlich auch nicht über Abschnitt III Buchstabe f PC-Vereinbarung als **Sprechstundenbedarf** für Allgemeinärzte verordnungsfähig.

Das SG wies die Klage der als Allgemein-/praktische Ärztin zugelassenen Kl. gegen einen Regress für das Quartal I/12 in Höhe von 929,63 € ab.

## 2. Sonstiger Schaden: Hemmung der Verjährung bei zeitnaher Kenntnisnahme des Antrags

SG Mainz, Urteil v. 31.01.2018 - S 8 KA 266/15

RID 18-03-36

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 7/18 R  
juris  
BMV-Ä § 48 I

Schadensfeststellungen im Bereich eines sog. **Sonstigen Schadens** unterliegen einer **vierjährigen Verjährungsfrist**. Die Verjährung beginnt entsprechend § 45 I SGB I mit dem Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Schadensersatzanspruch entstanden ist.

Stellt eine Krankenkasse vor Ablauf der Verjährungsfrist einen **Antrag** auf Feststellung eines Sonstigen Schadens bei der Gemeinsamen Prüfungseinrichtung, so tritt eine **Hemmung der Verjährung** ein, wenn der Vertragsarzt Kenntnis von der Stellung des Prüfantrages erlangt (BSG, Ur. v. 05.05.2010 - B 6 KA 5/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 28, juris Rn 40, 43 u. 46). Die Hemmung der Verjährung wird nicht nach § 204 I Nr. 1 BGB i.V.m. § 167 ZPO bewirkt, sondern nach § 45 III S. 1 SGB I i.V.m. § 204 I Nr. 12 BGB. Eine demnächst erfolgende Zustellung wird dort nicht gefordert, sondern nur eine Antragstellung bei der Behörde. Auf eine **Kenntnisnahme** vor Eintritt der Verjährung kommt es nicht an. Eine Kenntnisnahme des Vertragsarztes, die **in gewisser zeitlicher Nähe zur Antragstellung** steht, z.B. innerhalb der nächsten sechs Monate nach Antragstellung, ist ausreichend, um die Verfahrensrechte des Vertragsarztes zu wahren.

Das SG verpflichtete die Bekl. zur Neubescheidung.

## 3. Zahnärzte

### a) Statistische Durchschnittsprüfung: Vergleich zwischen Oral- und MKG-Chirurgen

SG München, Urteil v. 06.06.2018 - S 21 KA 5040/17

RID 18-03-37

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 106 II 2

**Leitsatz:** 1. Bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach der **statistischen Durchschnittsprüfung** besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Bildung einer verfeinerten Vergleichsgruppe (vgl. BSG vom 27.4.2005 - B 6 KA 39/04 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 10).

2. Es ist rechtlich nicht zu beanstanden, **Oralchirurgen**, die ausschließlich oder schwerpunktmäßig chirurgische Leistungen auf Überweisung durch andere Zahnärzte erbringen, mit der Gruppe der **MKG-Chirurgen** zu **vergleichen**, weil deren Leistungsspektren nahezu identisch sind.

3. Der Vergleichbarkeit steht auch nicht entgegen, dass **MKG-Chirurgen** in der Regel über eine **Doppelzulassung** verfügen, verbunden mit der Möglichkeit, sowohl gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, als auch gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns abrechnen zu können.

In Anwendung der statistischen Prüfmethode wurden die Leistungen nach Nr. 2381 GOÄ (einfache Hautlappenplastik) überprüft und Vergütungsberichtigungen in Höhe von 80 % der Leistungen bzw. 75 % der

Leistungen (= € 3.077,06 bzw. € 2.800,95) ausgesprochen. Der Kl. wurde im Hinblick auf seine aussch. oralchirurgische Ausrichtung (Tätigwerden aufgrund der Überweisungen durch andere Zahnärzte) mit der Gruppe der MKG-Chirurgen verglichen. Der Bekl. ist der Auffassung, die Überschreitungen (Ausgangsüberschreitung in den Quartalen III u. IV/13: 1.179 % u. 1.570 %) seien nicht nachvollziehbar. Nach Vergütungsberichtigungen wurden dem Kl. Restüberschreitungen in Höhe von 146 % bzw. 178 % (im Vergleich zu den MKG-Chirurgen) belassen. Aus den in den Bescheiden des Bekl. enthaltenen Statistiken ergibt sich, dass die kl. Praxis beim Fallwert um +151 %, bei der Fallzahl um +34 % bzw. um 190 % und 8 % abweicht. Das **SG** wies die Klage ab.

## b) Zahnersatz

### aa) Unzumutbarkeit einer Neuanfertigung eines Zahnersatzes

**LSG Bayern, Urteil v. 11.10.2017 - L 12 KA 5005/15**

**RID 18-03-38**

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

**SGB V § 76 IV; BGB § 276 II**

Eine **Neuanfertigung** ist ebenso wie eine **Nachbesserung** einer Unterkieferprothese einer Patientin **nicht zumutbar**, wenn es dem Vertragszahnarzt in vier Nachbehandlungen nicht gelungen ist, die aufgezeigten Mängel nachzubessern.

Durch **schwerwiegende Behandlungsfehler** kann das für jede ärztliche Behandlung erforderliche Vertrauensverhältnis unabhängig davon zerstört werden, ob dieser Fehler die vollständige Unbrauchbarkeit zur Folge hat. Entsprechendes gilt, wenn der Zahnarzt einen später gutachtlich bestätigten Behandlungsfehler gegenüber dem Versicherten nachhaltig **bestreitet** und sich uneinsichtig zeigt.

**SG München**, Urt. v.04.12.2014 - S 43 KA 5115/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung, **BSG**, Beschl. v. 27.06.2018 - B 6 KA 83/17 B - RID 18-03-71 die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

### bb) Möglichkeit zur Nachbesserung des Zahnersatzes

**SG Düsseldorf, Urteil v. 14.03.2018 - S 2 KA 1450/16**

**RID 18-03-39**

juris

**SGB V § 136a**

Vor der Geltendmachung eines Schadensersatzanspruchs muss eine Versicherte dem Zahnarzt eine **Möglichkeit zur Nachbesserung** des Zahnersatzes geben (vgl. **BSG**, Urt. 10.05.2017 - B 6 KA 15/16 R - SozR 4-5555 § 21 Nr. 3, juris Rn. 32 ff.).

Umfang und **Häufigkeit der seitens des Patienten einzuräumenden Nachbesserungsversuche** hängen von den **Umständen des Einzelfalles** ab. Sie entziehen sich einer generalisierenden Betrachtung. Vielmehr muss aus einer Gesamtschau der konkreten Gegebenheiten die Zumutbarkeit weiterer Nachbesserung beurteilt werden. Spannungen zwischen Behandler und Patient, die aus wechselseitigen Frustrationsgefühlen resultieren können, sind nur bedingt tauglich, die Unzumutbarkeit zu begründen. Die Eingliederung von Zahnersatz ist in besonderem Maße von wechselseitigem Vertrauen abhängig, von der Einsicht in die Komplexität und Dauer der Behandlung einerseits, in die Ängste und Beschwerden des Patienten andererseits und - nicht selten - von einem gehörigen Maß an aufzubringender Geduld. Nur ein Verhalten des Zahnarztes, das aus Sicht eines durchschnittlich robusten oder empfindsamen Patienten, der Einsicht in die Problematik der Behandlung zeigt, als nicht mehr hinnehmbar erscheint, wird für sich genommen ausreichen, die Behandlung einseitig abzubrechen (OLG Köln, Beschl. 27.08.2012 - 5 U 52/12 - RID 18-03-39, juris). Die **unsubstantiierte Behauptung** einer Versicherten, der „menschliche Umgang mit ihr als Angstpatientin habe ihr Zahnarzttrauma“ weiter verschlimmert, reicht für die Annahme einer Unzumutbarkeit der Nachbesserung nicht aus.

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

## V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 27.06.2018 - **B 6 KA 33/17 R** - ist, wenn der zu besetzende Sitz durch die Einführung des **Demographiefaktors** entstanden ist, die Entscheidung des Berufungsausschusses, den **Bedarf älterer Versicherter besonders zu berücksichtigen**, nicht zu beanstanden. Dabei kommt es nicht darauf an, ob dies zwingend ist; eine **Auswahlentscheidung** zwischen konkurrierenden Bewerbern ist regelmäßig - soweit nicht nach allen relevanten Kriterien ein Bewerber klar überlegen ist - auch durch Ermessenserwägungen geprägt. Nach BSG, Urt. v. 27.06.2018 - **B 6 KA 46/17 R** - ist, wenn der Vertragsarztsitz, für den die Durchführung eines **Nachbesetzungsverfahrens** beantragt wird, einer BAG zugeordnet ist, für die **Möglichkeit der Praxisfortführung auf die BAG und nicht auf den einzelnen Arzt abzustellen**. Die BAG ist u.a. durch die gemeinsame Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit und die Abrechnung der Leistungen unter einer einheitlichen Abrechnungsnummer gekennzeichnet. Auch nach Einführung der LANR, die eine Zuordnung jeder einzelnen Behandlungsmaßnahme zu einem bestimmten Arzt ermöglicht, wird die BAG weiterhin als Einheit betrachtet; Behandlungen durch verschiedene Mitglieder der BAG bilden einen einzigen Behandlungsfall, ein Vertretungsfall tritt dadurch nicht ein. Besteht danach eine fortführungsfähige Praxis, kann grundsätzlich ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden. Der Bekl. wird nunmehr **zu prüfen** haben, ob die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes des Arztes F. nach § 103 IIIa 3 SGB V **aus Versorgungsgründen nicht erforderlich** ist. Dem Bekl. steht insoweit ein gerichtlich nur beschränkt nachprüfbarer Beurteilungsspielraum zu. Ist der frei gewordene Vertragsarztsitz einer BAG zugeordnet und kann dieser nur von einem Arzt in der BAG fortgeführt werden, ist die Prüfung der „Entbehrlichkeit“ des Sitzes auch an der **Struktur dieser BAG** auszurichten. Dabei ist zunächst von Bedeutung, ob die Praxis in ihrer gewachsenen Ausrichtung überhaupt ohne die Nachbesetzung geführt werden kann; das betrifft sowohl die Konstellation, in der der ausgeschiedene Arzt das qualitative Angebot der Praxis geprägt hat, etwa weil er als einziger über eine Befähigung nach § 135 II SGB V verfügte, als auch die Konstellation, dass die Fortführung der Praxis im bisherigen Umfang auf eine bestimmte Zusammensetzung ausgerichtet ist. Die Auslastung der Praxis an ihrem konkreten Standort ist dabei ein Indiz dafür, dass sie einen relevanten Stellenwert in der Versorgung hat. Auch der Fortführung des **berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens** kann, wenn das auf dem bisherigen quantitativen Niveau nur durch die Nachbesetzung gewährleistet werden kann, in diesem Kontext Bedeutung zukommen. Insoweit lässt sich der Senat auch von der Erwägung leiten, dass die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einer BAG dem **Schutz des Art 12 I GG** unterfällt. Es ist deshalb geboten, im Rahmen der Entscheidung nach § 103 IIIa 3 SGB V die berechtigten Belange der verbleibenden Mitglieder einer BAG zu berücksichtigen. Nach BSG, Urt. v. 16.05.2018 - **B 6 KA 1/17 R** - ist vor einer **Fortsetzungsfeststellungsklage** zuvor der **Berufungsausschuss** anzurufen, der in Zulassungssachen grundsätzlich alleiniger Beteiligter eines gerichtlichen Verfahrens ist. Ein MVZ ist grundsätzlich nicht berechtigt, ein weiteres MVZ zu gründen. 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 kommunale 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. Sonderbedarfszulassung: Gesonderte fachärztliche Versorgung (Neurochirurgie)

SG München, Urteil v. 12.04.2018 - S 38 KA 341/16

RID 18-03-40

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

SGB V § 103; BedarfspIRL §§ 36, 37

**Leitsatz:** 1. Der Umstand, dass die Fachgruppe der **Neurochirurgen** der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordnet wurde (§ 14 Bedarfsplanungs-Richtlinie), verbunden mit einer großräumigen Planung bei dieser Fachgruppe (Bezirk der KVB), spricht unabhängig von der bisherigen Rechtsprechung dafür, dass den Versicherten zum Aufsuchen neurochirurgischer Versorgungsangebote **größere Entfernungen zugemutet** werden können.

2. Auch für die gesonderte fachärztliche Versorgung nach § 14 Bedarfsplanungs-Richtlinie gilt der Grundsatz der **wohnnahen Versorgung** (vgl. § 26 Abs. 4 Nr. 3 sechster Spiegelstrich Bedarfsplanungs-Richtlinie „bestmögliche Versorgung der Versicherten“).

3. Bei der Beurteilung der „**Zumutbarkeit** erreichbarer Versorgungsangebote“ kann grds. eine **Abstaffelung nach den Versorgungsebenen** vorgenommen werden. Dabei ist aber auch zu differenzieren, ob es sich um ein Fachgebiet handelt mit keinem, mittlerem oder großem **Patientenkontakt**.

4. Eine **historisch gewachsene Versorgungssituation** führt zu keinem lokalen Sonderbedarf i.S.v. §§ 36, 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Ausnahmsweise kann die Berücksichtigung von Versorgungsangeboten in **anderen Planungsbereichen** geboten sein.

Der Bekl. lehnte die Anträge der Kl., einer MVZ-GmbH, auf Genehmigung zur Anstellung von Frau Dr. D. und Herrn Dr. C. im Rahmen eines Sonderbedarfs für das Fachgebiet „Neurochirurgie“ am Vertragsarztsitz ab. Das Gebiet der „Neurochirurgie“ sei wegen Überversorgung (187,2 %) gesperrt. Bedarfsplanung bestehe erstmals seit 01.01.2013. Das **SG** wies die Klage ab.

## 2. Praxisnachfolge

### a) Praxissubstrat/Behindertengerechter Zugang/Weiterbetrieb am bisherigen Ort

**SG Marburg, Urteil v. 13.06.2018 - S 12 KA 95/18**

**RID 18-03-41**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
**SGB V § 103 IV**

**Leitsatz:** 1. Lässt der Zulassungsausschuss einen **Praxisnachfolger** etwa fünfeinhalb Monate nach dem Tod des vormaligen Inhabers zu, so kann aufgrund dieser kurzen Zeitspanne nicht vom Fehlen eines **Praxissubstrats** ausgegangen werden.

2. Ein **behindertengerechter Zugang** zu einer Praxis ist keine Zulassungsvoraussetzung, sondern nur ein Abwägungskriterium bei der Auswahl eines Praxisnachfolgers im Rahmen der Berücksichtigung der Belange behinderter Menschen.

3. Die Bevorzugung eines Nachfolgebewerbers, der einen **Weiterbetrieb der Praxis am bisherigen Ort** und im bisherigen Umfang einschließlich des bislang beschäftigten Personals gewährleistet, ist nicht zu beanstanden.

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer aktiven Konkurrentenklage um die Praxisnachfolge in den Vertragsarztsitz eines Facharztes für Innere Medizin. Das **SG** wies die Klage ab.

### b) Strafrechtliche Verurteilung nach Tilgung/„Platzhalterfunktion“

**SG Marburg, Urteil v. 13.06.2018 - S 12 KA 103/18**

**RID 18-03-42**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
**SGB V § 103 IV**

**Leitsatz:** 1. Eine frühere **strafrechtliche Verurteilung** steht der Anstellung eines Arztes nicht entgegen, wenn die Auskunft aus dem Strafregister aufgrund der Tilgung ohne Eintragung ist.

2. Eine Praxisnachfolge durch 65 und 66 Jahre alte Ärzte begründet nicht die Vermutung, es fehle an einem **Fortführungswillen**. Eine „Platzhalterfunktion“ bedarf der Substantiierung und des Nachweises.

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer aktiven Konkurrentenklage um die Praxisnachfolge in den Vertragsarztsitz des Beigel. zu 8), Facharzt für HNO-Heilkunde und vormals Mitglied der beigel. BAG. Die Zulassungsgremien genehmigten im Zuge der Praxisnachfolge die Anstellung eines Arztes durch die BAG mit hälftigem Versorgungsauftrag und die Aufstockung der Zulassung des beigel. Mitglieds um einen weiteren hälftigen Versorgungsauftrag. Das **SG** wies die Klage ab.

### c) Sofortige Vollziehung: Berücksichtigung der Interessen eines Beteiligten

**SG Marburg, Beschluss v. 07.06.2018 - S 12 KA 148/18 ER**

**RID 18-03-43**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
**SGB V §§ 96 IV, 97 IV, 103 Abs. 4; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2**

**Leitsatz:** Der Berufungsausschuss kann die **sofortige Vollziehung einer Zulassung** im Wege einer Praxisnachfolge wegen der Anwendbarkeit des § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG auch im **überwiegenden Interesse eines Beteiligten** anordnen.

Die Beteiligten streiten um die Aussetzung der Anordnung der sofortigen Vollziehung einer Praxisnachfolge in den Vertragsarztsitz des Beigel. zu 8), Facharzt für HNO-Heilkunde, zu Gunsten der Beigel. zu 9) und 10). Das **SG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

### 3. Erhöhung des Beschäftigungsumfangs/Neueinstellung

**SG Marburg, Urteil v. 13.06.2018 - S 12 KA 178/17**

**RID 18-03-44**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 95 II 5, 7 u. 8, 103 IVa 3

**Leitsatz:** Wird im Rahmen einer Praxisnachfolge der **Beschäftigungsumfang** eines angestellten Arztes (hier: ¼-Stelle) **erhöht** (hier: um ¾-Stelle), so verfällt der nicht verbrauchte Anteil (hier: ¼-Stelle) der Zulassung. Eine **Neueinstellung** des angestellten Arztes setzt voraus, dass dessen Ausscheiden zuvor den Zulassungsgremien angezeigt wird.

Die Kl. ist die Trägerin eines MVZ. Bei ihr waren A mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 30 und B mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 10 Stunden beschäftigt. Das MVZ übernahm zum 01.07.2014 den Vertragsarztsitz des Facharztes für Allgemeinmedizin C. Es führte die vertragsärztliche Tätigkeit durch Erweiterung des Beschäftigungsumfangs des B von zuvor 10 Stunden (Faktor 0,25) auf 31 Stunden (Faktor 1,0) wöchentlich zum 01.07.2014 fort. Der verbliebene Rest von einer ¼-Stelle blieb zunächst unbesetzt. Der Antrag vom Juni 2016 auf Erhöhung des Arbeitszeitrahmens für A von 30 auf 31 Wochenstunden blieb erfolglos. Das **SG** wies die Klage ab.

### 4. Kein Nachbesetzungsverfahren bei Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung

**SG Berlin, Urteil v. 13.06.2018 - S 83 KA 997/16**

**RID 18-03-45**

*Sprungrevision anhängig: B 6 KA 14/18 R*  
juris  
SGB V §§ 95 VI, 103 IIIa 2

Eine **Klage** ist direkt gegen den **Bescheid des Zulassungsausschusses** zu richten, in dem eine Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens aufgrund einer Entziehung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit abgelehnt wird (vgl. auch SG Berlin, Urt. v. 10.05.2017 - S 87 KA 946/16 - RID 17-04-36, juris Rn. 32 ff., Sprungrevision entschieden durch BSG, Urt. v. 27.06.2018 - B 6 KA 46/17 R -).

Es besteht kein Anspruch auf Durchführung eines **Nachbesetzungsverfahrens** hinsichtlich eines halben Vertragsarztsitzes, wenn die **Entziehung** der Zulassung wegen **Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit** erfolgte, weil es dann an einer fortführungsfähigen Praxis fehlt.

Das **SG** wies die Klage ab.

### 5. Praxisverlegung: Ermittlung der Versorgungslage

**LSG Hamburg, Urteil v. 15.03.2017 - L 5 KA 15/15**

**RID 18-03-46**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
Ärzte-ZV § 24 VII 1

Vor Ablehnung eines Verlegungsantrags ist das **Versorgungsangebot der Praxis** genau zu **ermitteln** und die **Versorgungslage** am ursprünglichen und geplanten Praxisort zu vergleichen. Entscheidungen über Sitzverlegungen sind auch in sehr großen Planungsbereichen an dem Ziel einer möglichst gleichmäßigen Versorgung auszurichten (so ausdrücklich BSG, Urt. v. 03.08.2016 - B 6 KA 31/15 R - BSGE 122, 35 = SozR 4-5520 § 24 Nr 13, juris Rn. 27). Das Gesetz will verhindern, dass auch innerhalb eines insgesamt übertersorgten großen Planungsbereichs Teilbereiche mit einem deutlich geringeren Versorgungsgrad oder sogar Unterversorgung entstehen, so dass die Verlegung einer Praxis innerhalb einer Stadt von einem schlechter versorgten in einen besser versorgten Stadtteil nicht zu genehmigen ist (BSG, aaO.). Mit der erforderlichen Sicherheit beurteilen lassen sich diese Fragen indes nur, wenn die Zulassungsgremien zum einen ermitteln, mit welchem Angebot der Vertragsarzt an der Versorgung teilnimmt und wie es um die Versorgung in diesem konkreten Sektor in den beiden Teilbereichen bestellt ist. Der **pauschale Hinweis** auf eine deutlich schlechtere Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen genügt hierfür nicht.

**SG Hamburg**, Urt. v. 25.05.2017 - S 3 KA 186/14 - wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete den Bekl. zur Neubescheidung und wies im Übrigen die Berufung zurück; BSG, Beschl. v. 29.11.2017 - B 6 KA 43/17 B - RID 18-01-50, juris wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

## 6. Zulassungsentziehung

### a) Falsche Abrechnung von Sonographien über mehrere Jahre

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.04.2018 - L 11 KA 2/17

RID 18-03-47

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 22/18 B*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95 VI

Die **falsche Abrechnung von Sonographien** über mehrere Jahre und Quartale in erheblichem Umfang von zumindest 10% bis 25% aller abgerechneten Aufnahmen sowie die Manipulation von Sonographieaufnahmen zwecks Vertuschung der Falschabrechnungen sind bereits derart gravierend, dass sie die **Entziehung der Zulassung** tragen, auch unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit.

Eine **Privilegierung durch die „Wohlverhaltensrechtsprechung“** ist nicht mehr durch Art. 12 I GG geboten (BSG, Urt. v. 17.10.2012 - B 6 KA 49/11 R - BSGE 112, 90 = 4-2500 § 95 Nr. 26). Im vertragsärztlichen Bereich haben sich im letzten Jahrzehnt die beruflichen Chancen von Ärzten innerhalb und außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung so deutlich verbessert, dass die Erwägung, eine Zulassungsentziehung stehe zumindest faktisch einer Beendigung der ärztlichen Tätigkeit im Sinne einer wirtschaftlich tragfähigen beruflichen Betätigung gleich, nicht mehr gerechtfertigt ist.

Der am 1957 geb. Kl. wurde im April 1995 als Facharzt für Urologie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er stimmte 2012 dem Erlass eines Strafbefehls zu. Darin wurde gegen ihn wegen gewerbmäßigen Betrugs in zwölf Fällen (Quartale III/07 bis III/10) eine Gesamtfreiheitsstrafe von zehn Monaten festgesetzt. Die KV berichtigte die Honorarbescheide des Kl. für die Quartale III/07 - II/11 um die zu Unrecht abgerechnete Nr. 33043 EBM sowie die Zuschlagsziffern Nr. 33090 sowie 33092 EBM und forderte 77.332,53 € zurück. Hierüber schloss der Kl. eine Rückzahlungsvereinbarung. Der Bekl. wies den Widerspruch gegen die Zulassungsentziehung zurück. *SG Gelsenkirchen*, Urt. v. 14.11.2016 - S 16 KA 5/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### b) Verstoß gegen die Fortbildungspflicht: Verhältnismäßigkeit der Zulassungsentziehung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 25.04.2018 - L 11 KA 37/16

RID 18-03-48

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 28/18 B*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95 VI

Die Auffassung der Vorinstanz, dass ein Vertragsarzt seine vertragsärztlichen Pflichten durch den Verstoß gegen die **Fortbildungspflicht** gröblich verletzt und dass die Entziehung der Zulassung nach erfolgter Honorarkürzung und Verhängung einer Disziplinarmaßnahme **verhältnismäßig** ist, ist nicht zu beanstanden.

Der Kl. war seit 1982 als praktischer Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Den Praxisbetrieb stellte er zwischenzeitlich ein. Für die Quartale III/09 bis I/11 kürzte die Bekl. das Honorar des Kl. unter Hinweis auf § 95d SGB V um insgesamt 19.146,36 €, da er den Fortbildungsnachweis für die Zeit seit 01.07.2004 nicht erbracht hatte (für das Quartal III/2010 bestätigt durch LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.03.2016 - L 11 KA 49/15 - RID 16-02-19, PKH-Antrag abgelehnt durch BSG, Beschl. v. 06.06.2016 - B 6 KA 1/16 BH - BeckRS 2016, 70169). Der Disziplinarausschuss maßregelte den Kl. durch Beschl. v. 11.07.2012 wegen Verstoßes gegen die Pflicht zur Fortbildung mit einer Geldbuße i.H.v. 7.500 €. Diese Maßnahme ist nach erfolgloser Ausschöpfung des Rechtswegs (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.02.2015 - L 11 KA 39/13 -, BSG, Beschl. v. 08.10.2015 - B 6 KA 2/15 BH -) inzwischen bestandskräftig. Dem Kl. wurde im August 2013 die Zulassung entzogen. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 13.04.2016 - S 33 KA 30/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### c) Keine Feststellung der Nichtigkeit einer Zulassungsentziehung

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 06.09.2017 - L 3 KA 72/15**

**RID 18-03-49**

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

**SGB V § 95 VI; SGB X § 44; SGG §§ 55 I Nr. 4, 141 I**

**Leitsatz:** Die Klage auf **Feststellung der Nichtigkeit eines Verwaltungsakts** ist unzulässig, wenn zuvor bereits eine denselben Bescheid betreffende **Anfechtungsklage** rechtskräftig **abgewiesen** worden ist.

Die Kl. nahm seit 1999 als Fachärztin für Psychiatrie an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die bekl. KV übersandte im Oktober 2015 auf Nachfrage an die Kl. einen Auszug aus dem Arztregister, wonach deren Approbation seit Juli 2004 ruhe und deren Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung am 20.09.2006 ende (Grund: Entzug gemäß § 27 Ärzte-ZV). Im Anschluss beantragte die Kl., beide Eintragungen aus dem Arztregister zu streichen, weil sie unzutreffend seien. Dies lehnte die Bekl. unter Hinweis auf die Bestandskraft entsprechender Gerichtsentscheidungen ab. **SG Hannover**, Gerichtsbb. v. 24.06.2015 - S 66 KA 219/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 15.03.2018 - B 6 KA 1/18 BH - juris lehnte den Antrag der Kl., ihr für das Verfahren der Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision Prozesskostenhilfe zu gewähren, ab.

### d) Anordnung der sofortigen Vollziehung durch Zulassungsausschuss

**SG München, Beschluss v. 09.08.2018 - S 20 KA 174/18**

**RID 18-03-50**

**SGB V § 95 VI; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2; Ärzte-ZV §§ 21, 27**

Der **Zulassungsausschuss** ist befugt, gem. § 86a II Nr. 5 SGG eine **Anordnung der sofortigen Vollziehung** einer Zulassungsentziehung zu erlassen.

Fehlt es an einem **geordneten Praxisbetrieb**, was unter dem Gesichtspunkt der Auffindbarkeit der Praxis bereits eine Gefährdungssituation für die Patienten bedeuten kann, und liegt ein **schädlicher Alkoholkonsum** vor, ist die Anordnung des Sofortvollzugs einer Zulassungsentziehung gerechtfertigt.

Der Zulassungsausschuss entzog mit Beschl. v. 06.06.2018 dem Ast. die Zulassung wegen Nichtausübung der Tätigkeit/Verstoß gegen die Präsenzpflicht (Quartal I/18: vier Praxisfälle/239 Fälle im Bereitschaftsdienst). Der Ast. verfüge nicht über ein Praxisschild. Er finanziere sich ausschließl. über den Bereitschaftsdienst. Der Ast. habe auch gegen seine Mitwirkungspflicht verstoßen, da er sich Fördergelder in Höhe von 60.000 € habe auszahlen lassen, ohne die KV auf die Betreuung durch einen gerichtlich bestellten Vermögensbetreuer wegen erheblicher Schulden hinzuweisen. Wegen langjähriger Alkoholabhängigkeit fehle auch die gesundheitliche Eignung. Es wurde die sofortige Vollziehung angeordnet. Über den hiergegen eingelegten Widerspruch hat der Ag. (Berufungsausschuss) noch nicht entschieden. Das **SG** lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab.

## 7. Ermächtigung

### a) Feststellung des Umfangs der Ermächtigung einer psychiatrischen Institutsambulanz

**SG Detmold, Urteil v. 28.02.2018 - S 5 KA 5/15**

**RID 18-03-51**

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KA 31/18 -*

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

**SGB V § 118; SGB X §§ 33**

Die Zulassungsgremien können einen **feststellenden Verwaltungsakt** zur Klärung des **Umfangs einer Ermächtigung** erlassen. Die Frage, ob einzelne Tageskliniken noch die nach Auffassung des Bekl. erforderliche Anbindung an die M Klinik haben, ist grundsätzlich einer feststellenden Entscheidung zugänglich. Auch wenn hierfür keine ausdrückliche Ermächtigung im Gesetz vorhanden ist, muss eine solche behördliche Befugnis jedenfalls dann angenommen werden, wenn für den Erlass eines solchen feststellenden Bescheides ein legitimes Interesse existiert (vgl. **BSG**, Urt. v. 22.10.2014 - B 6 KA 36/13 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 28, juris Rn. 16).

Die Befugnis zum Erlass feststellender Verwaltungsakte rechtfertigt jedoch nicht zur Außerachtlassung der allgemeinen **verfahrensrechtlichen Vorschriften**. Vor diesem Hintergrund muss jede feststellende Entscheidung die Prüfung beinhalten, ob und inwieweit hiermit ein durch bestandskräftigen Verwaltungsakt bestehender Zustand verändert wird und die **Rechtsposition des**

**Adressaten** des Ursprungsverwaltungsakts hierdurch geschmälert wird. Ggf. sind die allgemeinen verfahrensrechtlichen Bestimmungen zur Änderung bestandskräftiger Verwaltungsakte heranzuziehen. Der abstrakt aufgestellte Rechtssatz, der den Inhalt des § 118 IV SGB V wiedergibt, enthält keinen Bezug auf die konkrete Situation der Kl., ihren Status als im Krankenhausplan mit den Tageskliniken aufgeführte Einrichtung und die Problematik der Abrechnung durch die beteiligten Krankenkassen auf der Grundlage des §§ 119 II SGB V. Er ist daher **unbestimmt**.

Die **Reichweite einer Institutsermächtigung** im Falle von planerisch erfassten Tageskliniken als Betriebsteile eines psychiatrischen Fachkrankenhauses ist höchstrichterlich noch nicht geklärt.

Die M-Klinik war bis zum Inkrafttreten des SGB V zur Teilnahme an der allgemeinen ambulanten Psychiatrischen Versorgung auf der Grundlage des § 386n VI RVO berechtigt. Nach Einführung des § 118 SGB V durch das GRG war eine Umstellung vorzunehmen. Diese erfolgte mit Beschluss des Zulassungsausschusses v. 13.01.1993 mit folgendem Inhalt: „Die Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie in H wird gemäß § 118 Abs. 1 S. 1 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auf Überweisung durch niedergelassene Vertragsärzte vom 13.01.1993 an unbefristet für folgende Leistungen ermächtigt: Durchführung ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung auf Originalschein oder auf Überweisung niedergelassener Vertragsärzte.“ Die Klinikträgerin beantragte wegen Uneinigkeit über die Einbeziehung ihrer Ambulanzen eine Präzisierung der erteilten Ermächtigung. Auf Widerspruch der Kl. fasste der bekl. Berufungsausschuss den Beschl. wie folgt: „Es wird festgestellt, dass die Ermächtigung der M-Klinik zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch Beschluss des Zulassungsausschusses der Ärzte und Krankenkassen für den Regierungsbezirk Detmold vom 13.01.1993 sich nicht auf Tageskliniken und andere Behandlungseinrichtungen bezieht, die ohne räumliche und organisatorische Bindung an die Klinik betrieben werden.“ Das **SG** hob den angefochtenen Beschluss auf.

#### Parallelverfahren:

**SG Detmold, Urteil v. 28.02.2018 - S 5 KA 6/15**

**RID 18-03-52**

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

### b) Zuständigkeit der KV für Auslegung einer Ermächtigung (Einbeziehung von Tageskliniken)

**SG Gelsenkirchen, Urteil v. 31.05.2017 - S 16 KA 4/15**

**RID 18-03-53**

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

**SGB V §§ 95, 118**

Bestehen seitens des Krankenhausträgers oder der Krankenkassen Zweifel, ob die **Tageskliniken** von der **Institutsermächtigung** umfasst sind, so ist für die Feststellung, ob die in den Tageskliniken erbrachten Leistungen abgerechnet werden können, da diese von der Ermächtigung umfasst sind bzw. nicht umfasst sind, die **KV sachlich zuständig** (vgl. zu dieser Problematik auch LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 28.01.2015 - L 11 KA 109/13 - RID 15-03-61).

Das **SG** hob den Beschl. des bekl. Berufungsausschusses auf Klage des Klinikträgers auf.

## VI. Gesamtvergütung/Terminservicestellen/GBA

Nach BSG, Ur. v. 27.06.2018 - **B 6 KA 27/17 R** - ist eine KZV auch bei einer vereinbarten Gesamtvergütung nach Kopfpauschalen verpflichtet, den Krankenkassen die in § 295 II 1 SGB V genannten Daten für die Abrechnung der Vergütung zu übermitteln. Die **Krankenkassen** benötigen diese **Daten**, um ihrer gesetzlichen Aufgabe einer Prüfung der Richtigkeit der für ihre Versicherten abgerechneten Leistungen (§ 106d III SGB V) nachkommen zu können. Der Senat musste nicht entscheiden, ob die Partner der Gesamtverträge im Fall der Vereinbarung von Kopfpauschalen den Umfang der zu übermittelnden Daten wirksam einschränken können, da eine solche Vereinbarung nicht zustande gekommen ist. Der Anspruch auf Übermittlung umfasst hier auch solche Daten ab dem Jahr 2009, die die Krankenkassen bzw. die KZV wegen des Ablaufs der Aufbewahrungsfristen an sich bereits wieder hätten löschen müssen. Die Zeit ab Rechtshängigkeit des Übermittlungsbegehrens bis zur rechtskräftigen Entscheidung hierüber (oder bis zu einer anderweitigen endgültigen Erledigung des Rechtsstreits) ist für beide Beteiligte nicht in die höchstzulässigen Aufbewahrungsfristen einzurechnen. Weder darf die KZV durch Löschung der Daten während des Prozesses das Übermittlungsbegehren der Krankenkassen vereiteln noch sind diese an der Auswertung von Daten gehindert, die ihnen infolge eines längeren Prozesses erst nach Ablauf von Aufbewahrungsfristen übermittelt werden. Soweit über die Datenübermittlung gerichtliche Verfahren anhängig gemacht werden können, gebietet es die Garantie eines effektiven Rechtsschutzes, Aufbewahrungs- und Lösungsfristen als gehemmt anzusehen. Nach BSG, Ur. v. 27.06.2018 - **B 6 KA 60/17 R** - hängt die Verpflichtung der KZVen, das **nach § 95d III SGB V einbehaltene Honorar** an die **Krankenkassen auszukehren**, davon ab, wie die **Gesamtvergütung** im Rechtsverhältnis zwischen Krankenkasse und KZV ermittelt wird. Die Einordnung der Honorarkürzung als sachlich-rechnerische Richtigstellung oder Disziplinarmaßnahme ist wegen der unmittelbaren Einwirkung auf die Höhe des Honoraranspruchs ohne Bedeutung. Soweit eine **echte Einzelleistungsvergütung** vereinbart ist und auch die in diesem Fall



zwingend zu vereinbarende **Obergrenze nicht überschritten** wird, muss die KZV die bei einem Vertragszahnarzt wirksam werdende gesetzliche Honorarminderung an die Krankenkasse weitergeben. Dieser steht insoweit ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu. Ein solcher Erstattungsanspruch entsteht jedoch nicht, soweit die vereinbarte Obergrenze mit den von allen Vertragszahnärzten abgerechneten Leistungen überschritten wird, sodass die Krankenkasse an die KZV weniger Geld zahlen muss und diese an die Zahnärzte somit weniger verteilen kann, als sie bei einer unbegrenzten Einzelleistungsvergütung beanspruchen könnten. In diesem Fall hat die Krankenkasse keinen Erstattungsanspruch gegen die KZV, solange die Kürzungsbeträge nach § 95d III 3 SGB V niedriger sind als der Betrag, um den die Gesamtvergütungs-Obergrenze überschritten wurde. Nach BSG, Urt. v. 16.05.2018 - **B 6 KA 45/16 R** - gilt ein von einem **Krankenhaus** mit den **Landesverbänden der Krankenkassen** in Baden-Württemberg auf der Grundlage des § 120 II SGB V geschlossener **Vertrag** grundsätzlich auch zu Lasten von Krankenkassen, deren Landesverbände ihren Sitz außerhalb von Baden-Württemberg haben. Das hat der Gesetzgeber durch eine im April 2017 in Kraft getretene Änderung des § 120 II SGB V mit Wirkung für die Zukunft ausdrücklich so geregelt. Das hat aber in der Sache auch schon zuvor so gegolten. In den **Jahren 2006 bis 2011** sind die **Laborleistungen** (Nr. 01708 EBM) mit den Beträgen zu vergüten, die sich aus der Multiplikation der Punktzahl mit dem bundesweiten Orientierungswert ergeben (11,44 €, ab 2009 10,40 €). Für **2005** hatten die Partner der Vertrages in Baden-Württemberg eine Vergütung der Leistungen mit der allgemeinen Pauschale für die Hochschulkliniken in Höhe von ca. 69 € pro Fall vereinbart. Insoweit entfaltet der Vertrag jedoch zu Lasten der Bekl. keine Wirkung, weil er ganz wesentlich von Vereinbarungen zum Budgetausgleich und zu Obergrenzen geprägt ist, die nur für Baden-Württemberg gelten können. Die somit fehlende Preisvereinbarung zwischen den Beteiligten ersetzt der Senat nach Billigkeit (§ 315 III BGB), indem er die Bekl. verpflichtet, auch für die Leistungen aus dem Jahr 2005 die ab 2006 vereinbarte Vergütung von 11,44 € je Fall zu bezahlen. Auf den Betrag von 5,11 €, den der Kläger nach dem Vortrag der Beklagten den Krankenhäusern angeboten hatte, kann nicht zurückgegriffen werden. 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 Hausärzterverband 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 Hausärzterverbands 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. Hausärzterverband 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. Gesamtvergütung: Nichterfüllung der Fortbildungspflicht/Kein Anspruch der Krankenkasse

SG Kiel, Urteil v. 29.01.2018 - S 13 KA 67/16

RID 18-03-54

juris

SGB V §§ 81, 85, 95d III 3

Eine **Krankenkasse** hat keinen **Erstattungsanspruch** auf Anteile der gezahlten Gesamtvergütung, wenn Vertragszahnärzte ihrer **Fortbildungspflicht** nicht nachkommen und die K(Z)V deren Honoraransprüche kürzt. § 95d III 3 SGB V trifft keine Aussage zur Verwendung der einbehaltenen Kürzungsbeträge. Ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch besteht nicht, weil für die Zahlung der Gesamtvergütung der Rechtsgrund nicht dann entfällt, wenn die K(Z)V die Honoraransprüche von Vertrags(zahn)ärzten nach § 95d III 3 SGB V kürzt. Bei den Honorarkürzungen handelt es sich nicht um sachlich-rechnerische Berichtigungen. Es wird keine Schlechtleistung sanktioniert. Es handelt sich vielmehr um eine **Disziplinarmaßnahme** sui generis (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.03.2017 - L 11 KA 21/15 - RID 17-04-49, Revision entschieden durch BSG, Urt. v. 27.06.2018 - B 6 KA 60/17 R -).

Das SG wies die Klage der Krankenkasse ab.

## 2. Terminservicestellen: Probatorische Sitzungen

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 18.05.2018 - L 24 KA 67/17 ER

RID 18-03-55

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 75 Ia, 92 VIa 3; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Die **Zuständigkeit der Terminservicestellen** darf von Gesetzes wegen auf alle Behandlungstermine ausgedehnt werden, welche sich als zeitnah erforderlich aus der Abklärung ergeben. Zur psychotherapeutischen Behandlung gehören auch **probatorische Sitzungen**, weil sie nach § 12 Psychotherapie-RL der Einleitung einer ambulanten Psychotherapie dienen, sowie die eigentliche **Richtlinien-Psychotherapie** selbst. Dass eine psychotherapeutische Behandlung zeitnah erforderlich sein muss, formuliert der streitige Schiedsspruch ausdrücklich als Voraussetzung für die Vermittlungstätigkeit der Terminservicestellen.

Die KBV erhob Klage (L 24 KA 66/17 KL) gegen den Schiedsspruch v. 07.11.2017 zur Änderung der Anl. 28 des BMV-Ä, mit dem auch probatorische Sitzungen zur Einleitung einer dringenden Richtlinien-Psychotherapie über die Terminservicestellen vermittelt werden müssen. Das **LSG** lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der erhobenen Anfechtungsklage ab.

## 3. GBA: Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.06.2018 - L 7 KA 46/14 KL

RID 18-03-56

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 12, 135, 137e

**Leitsatz:** 1. Im Rahmen eines Verfahrens nach § 137e Abs. 8 SGB V ist der **Gemeinsame Bundesausschuss** weder verpflichtet, im Wege der **Amtsermittlung** nach anderen als den vom Antragsteller eingereichten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu suchen und diese ggf. auszuwerten, noch musste er seine Prüfung auf andere als die im Antrag bezeichneten Indikatoren erstrecken.

2. Um die im Grunde zweckwidrige Verwendung von Versicherungsbeiträgen für Forschungsförderung - auch im Hinblick auf das Wirtschaftsgebot (§ 12 SGB V) - auf das Nötigste zu begrenzen, ist es geboten, Methoden ohne ausreichenden Nutzenbeleg nur dann aus Mitteln der Beitragszahler zu finanzieren, wenn die **Erprobungsstudie** quasi den letzten Baustein umfasst, der zur abschließenden Methodenbewertung erforderlich erscheint.

3. Zum **Potenzialbegriff** i.S.v. § 137e SGB V.

Das **LSG** wies die Klage des Herstellers eines diagnostischen Tests – Proteomanalyse im Urin zur Erkennung einer diabetischen Nephropathie bei Patienten mit Diabetes mellitus und arteriellem Hypertonus (Urin-Proteomanalyse - UPA) - gegen den GBA, der das Methodenbewertungsverfahren gemäß § 135 ausgesetzt hatte, ab.

## VII. Verfahrensrecht/Kosten/Streitwert

### 1. Einstweiliger Rechtsschutz bei Vollzug eines Verwaltungsakts durch andere Behörde

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 26.04.2018 - L 7 KA 31/16 B ER

RID 18-03-57

juris = MedR 2018, 271

SGB V § 97; SGG § 86a I

Wird ein **Verwaltungsakt** nicht von der ihn erlassenden Behörde vollzogen oder anderweitig durchgesetzt, wie das hier der Fall ist, kann vorläufiger Rechtsschutz durch **Feststellung des Suspensiveffekts** sowohl gegenüber der **Erlassbehörde** nach Beiladung der **vollziehenden Behörde** als auch unmittelbar gegenüber der vollziehenden Behörde nach Beiladung der Erlassbehörde gewährt werden.

Der gegen den (u.a. die **Festsetzung der Leistungsobergrenze** von 330.000 Punkten bestimmenden) Beschluss des Zulassungsausschusses erhobene **Widerspruch** hat gem. § 96 IV 2 SGB V **aufschiebende Wirkung**; diese endet nicht etwa mit dem Erlass oder der Zustellung des Beschlusses des Beigel., sondern erst mit dem Ablauf der Klagefrist. Erhebt der Arzt vor dem Ablauf dieser Frist Klage, besteht die aufschiebende Wirkung gegen die Neufestsetzung der Leistungsobergrenze lückenlos; denn schon die Erhebung des Widerspruchs gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses wirkte ex-tunc auf den Zeitpunkt des Erlasses des Beschlusses zurück.

Löst ein Widerspruch oder eine Klage gegen einen belastenden Bescheid nach § 86a I SGG aufschiebende Wirkung aus und missachtet eine Behörde diese verfassungsrechtlich geschützte Position, entstehen dem Bürger zwar u.U. keine wirtschaftlichen, aber **verfassungsrechtlich** schwere und unzumutbare, anders nicht mehr abwendbare **Beeinträchtigungen**, die durch das Hauptsacheverfahren nicht mehr beseitigt werden können, wenn ihm nicht vorläufiger Rechtsschutz gewährt wird.

*SG Berlin*, Beschl. v. 30.05.2016 stellte die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Beschl. des Beigel. v. 14.10.2015 fest, das *LSG* wies die Beschwerde der Ag. zurück.

### 2. Kostenschuldnerschaft: Streit über höchstpersönliche Pflichten nach Insolvenzeröffnung

LSG Bayern, Beschluss v. 02.05.2018 - L 12 SF 71/17 E

RID 18-03-58

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

GKG §§ 22, 29, 66; InsO §§ 35 I, 80 I; SGB V § 75 I 2

**Leitsatz:** 1. Bei der Verpflichtung des Vertragsarztes zum **ärztlichen Bereitschaftsdienst** handelt es sich um eine **höchstpersönliche Verpflichtung** des Vertragsarztes. Streitigkeiten über diese Verpflichtung betreffen keinen der **Insolvenzmasse** zugehörigen Gegenstand, mit der Folge, dass auch keine Verwaltungs- und Verfügungsbefugnis des **Insolvenzverwalters** nach § 80 Abs. 1 InsO besteht.

2. Unabhängig von der Frage, ob überhaupt und unter welchen Umständen eine Aussetzung des Erinnerungsverfahrens gegen den Kostenansatz zulässig sein kann, vermag allein das Bestreben des Beschwerdeführers, nach gerichtlicher Kostenentscheidung einen weiteren Kostenschuldner nach § 29 GKG in Anspruch nehmen zu können, ein hinreichendes Aussetzungsinteresse nicht zu begründen.

*SG München*, Beschl. v. 31.01.2017 - S 36 SF 204/16 E - hob die Gerichtskostenfeststellung gegen die Bg. auf, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

### 3. Streitwert

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

## a) Festsetzung des Werts der anwaltlichen Tätigkeit im Vorverfahren

LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss v. 26.04.2018 - L 5 KA 17/18 B

RID 18-03-59

juris

RVG § 33; SGG §§ 141, 142, 197

**Leitsatz:** 1. Ist der Wert des Gegenstandes der anwaltlichen Tätigkeit im Widerspruchsverfahren höher als der Streitwert des Gerichtsverfahrens, kommt insofern eine abweichende Festsetzung nach § 33 RVG in Betracht.

2. Zur **materiellen Rechtskraft** eines Kostenfestsetzungsbeschlusses nach § 197 SGG.

*SG Mainz*, Beschl. v. 23.01.2018 stellte fest, dass der Streitwertbeschl. auch für das Vorverfahren gelte. Das *LSG* setzte auf Beschwerde der Ast., der Prozessbevollmächtigten des Kl., den Wert des Gegenstandes der anwaltlichen Tätigkeit für die dem Rechtsstreit S 16 KA 216/13 vorangegangenen Widerspruchsverfahren einzeln fest.

## b) Zulassungssachen: Vorläufiger Rechtsschutz

LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss v. 25.05.2018 - L 5 KA 1/18 B

RID 18-03-60

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

GKG § 52

Für psychotherapeutisch tätige Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gibt es keine Honorarstatistiken. Die Zugrundelegung von Honorarumsätzen ärztlicher Psychotherapeuten verbietet sich, wenn die Ärztin nicht zur umfassenden psychotherapeutischen Behandlung zugelassen ist. Für die Streitwertfestsetzung ist jedoch nicht vom Regelstreitwert von 5.000 € auszugehen. In Anlehnung an den für Zulassungssachen zugrunde zu legenden Zeitraum von drei Jahren ergäbe sich im Hauptsacheverfahren ein Streitwert von 12 Quartalen x 5.000 € = 60.000 €. Im **vorläufigen Rechtsschutz** kann insoweit aber nur von einem **Zeitraum von einem Jahr ausgegangen** werden (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.05.2014 - L 11 KA 99/13 B ER - juris Rn. 86).

Die Ast. hatte die Anordnung der sofortigen Vollziehung ihrer Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit als Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie beantragt. *SG Mainz*, Beschl. v. 23.11.2017 - S 3 KA 216/17 ER - gab dem Antrag statt und setzte den Streitwert auf 5.000 € fest, das *LSG* auf 20.000 €.

## VIII. Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen

### 1. Heranziehung zur EHV/Kostenanteile/Beitragsklassen (Quartale III/12-II/13)

LSG Hessen, Urteil v. 11.04.2018 - L 4 KA 2/15

RID 18-03-61

Revision anhängig: B 6 KA 12/18 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

KVHG Hessen § 8; GKAR Art. 4 § 1 II; GEHV i.d.F. ab 01.07.2012

§ 8 KVHG legt den Satzungsgeber auf ein **Umlagesystem** fest.

Die Regelung über die **Beitragsklassen** als solche begegnet keinen durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken. Die Einteilung in neun Beitragsklassen genügt Art. 3 I GG, insb. dem Äquivalenzprinzip. Ein Verstoß gegen den Gleichheitssatz folgt nicht aus der unterschiedlichen Heranziehung der Vertragsärzte zur Finanzierung der EHV durch die Bandbreite der Beitragsklassen mit der Folge eines prozentual höheren Honorareinhalts in den niedrigeren Beitragsklassen. Die niedrigste Beitragsklasse ist einer Mindesteinkommensgrenze vergleichbar.

§ 3 I 1 EHV verstößt aber gegen Art. 12 I i.V.m. Art. 3 I GG, soweit die Regelung keine **Sachkostenabzüge** vorsieht und damit in unangemessener Weise das weitgehend ungekürzte Honorar der Beitragsbemessung zu Grunde legt, ohne die mit der allein umsatzbezogenen Betrachtung einhergehende ungleiche Belastung in anderer Weise zu berücksichtigen.

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung der EHV-Beitragsklasse 9 und des EHV-Beitrags in Höhe von 5.643,00 € je Quartal, was einem Jahresbetrag von 22.572,00 € entspricht, nach den GEHV für das Beitragsjahr 2012/2013 und hierbei insbesondere um die fehlende Berücksichtigung von Dialysesachkosten nach Kapitel 40.14 EBM als besondere Praxiskosten. *SG Marburg*, Ur. v. 10.12.2014 - S 12 KA 23/14 - RID 15-01-71

verurteilte zur Neubescheidung. Das **LSG** wies die Berufung zurück, beanstandete gegenüber der Vorinstanz aber nicht die Einteilung in die Beitragsklassen.

#### Parallelverfahren:

**LSG Hessen, Urteil v. 11.04.2018 - L 4 KA 11/15**

**RID 18-03-62**

*Revision anhängig: B 6 KA 16/18 R*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

## 2. Antragserfordernis: Keine rückwirkende Bewilligung

**SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 24.07.2018 - S 12 KA 80/18**

**RID 18-03-63**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V § 81 I; GEHV KV Hessen**

**Leitsatz:** Nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) in der ab Oktober 2011 gültigen Fassung ist ein **Antrag** erforderlich, wenn die Aufgabe der vertragsärztlichen Tätigkeit vor Vollendung des 65. Lebensjahres erfolgt und die Teilnahme mit Erreichen des 65. Lebensjahres begehrt wird. Eine **rückwirkende Bewilligung** ist nicht möglich. Es besteht auch keine gezielte Beratungspflicht der KVH (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 05.10.2011 - S 12 KA 403/11 - RID 11-04-72, juris).

Die Beteiligten streiten um die Teilnahme an der EHV auch für den Zeitraum 01.05.2012 bis 31.01.2017. Der 1947 geb. und jetzt 71-jährige Kläger war seit Juli 1991 bis zum 30.06.2007 als Facharzt für Chirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der KV zugelassen. Vom 01.04. bis 31.12.2006 ruhte seine Zulassung. Er beantragte am 31.01.2017 telefonisch und unter Datum vom 09.02.2017 schriftlich die Teilnahme an der EHV ab 01.02.2017. Die Bekl. bewilligte die Teilnahme an der EHV ab 01.02.2017 (monatlicher Anspruch in Höhe von 1.312,81 € abzgl. Verwaltungskosten), lehnte aber eine rückwirkende Bewilligung ab. Das **SG** wies die Klage ab.

## IX. Bundessozialgericht (BSG)

### 1. BVerfG: Abrechnungsgenehmigung für MRT des Herzens nicht ohne spezielle Gebietsbezeichnung

**BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 02.05.2018 - 1 BvR 3042/14**

**RID 18-03-64**

juris  
**SGB V §§ 116, 135 II 2 u. 4; GG Art. 3 I**

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BSG**, Urt. v. 02.04.2014 - B 6 KA 24/13 R - BSGE 115, 235 = SozR 4-2500 § 135 Nr. 21 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Es ist jedenfalls nicht zwingend, die Gruppe der **Radiologen** als mit der Gruppe der **Kardiologen mit Zusatzweiterbildung „MRT - fachgebunden“** i.S.d. Art. 3 I GG vergleichbar anzusehen. Die behauptete **Vergleichbarkeit** der Gruppen wäre nur dann gegeben, wenn die Gruppenbildung an den jeweiligen tatsächlichen Fähigkeiten und Kenntnissen auszurichten wäre; nicht hingegen, wenn die Vergleichsgruppen unter Anwendung des ärztlichen Berufsrechts die Fachärzte betreffend zu bilden wären. Denn die Inhalte der Facharztausbildung zum Kardiologen weichen von den Inhalten der Facharztausbildung zum Radiologen auch unter den hier maßgeblichen Gesichtspunkten grundlegend ab. Die Frage der Vergleichsgruppenbildung bedarf jedoch letztlich keiner abschließenden Entscheidung, da jedenfalls tragfähige Differenzierungsgründe für den Fall einer Ungleichbehandlung von Radiologen und Kardiologen mit Zusatzweiterbildung „MRT - fachgebunden“ vorliegen.

Eine mögliche Ungleichbehandlung vergleichbarer Gruppen durch die **Qualitätssicherungsvereinbarungen** ist selbst dann durch § 135 I 4 SGB V gerechtfertigt, wenn die verfassungsrechtlichen Vorgaben den Spielraum der Vertragspartner eng begrenzen sollten. Ein reduzierter **Prüfungsmaßstab** könnte sich aus den Grundsätzen ergeben, die für die Überprüfung untergesetzlicher Normen von Selbstverwaltungskörperschaften bestehen (vgl. BVerfGE 33, 125 <159 ff.>). Die Differenzierung lässt sich jedenfalls auf den **Rechtfertigungsgrund der „Sicherung der Wirtschaftlichkeit“** stützen. Eine hinreichende Qualität von MRT-Leistungen führt grundsätzlich auch zu geringeren finanziellen Belastungen der Krankenkassen, da die Gefahr unzureichender, zu wiederholender oder die Behandlung in eine falsche Richtung lenkender Untersuchungen sinkt. Umgekehrt führt die hinreichend gesicherte Wirtschaftlichkeit grundsätzlich auch dazu, dass MRT-

Leistungen erbringende Ärzte diese hinreichend häufig und kostendeckend durchführen und dementsprechend die Qualität der Leistungserbringung gewährleistet ist.

Die in den Qualitätssicherungsvereinbarungen aufgegriffene Differenzierung nach Facharztgruppen lässt sich auf § 135 II 4 SGB V zurückführen, der die Leistungs- und Abrechnungsbefugnis der **Facharztgruppe** zuordnet, für die die jeweiligen Leistungen „zum Kern ihres Fachgebietes gehören“. Der Leistungsausschluss ist **verhältnismäßig**. Eine **Erweiterung des Überweisungsvorbehalts** liefe dem Mehraugenprinzip zuwider und ist daher zur Sicherung der Qualität nicht gleich geeignet, da **wirtschaftliche Fehlanreize** dadurch nicht ebenso wirksam vermieden werden können und nicht auszuschließen ist, dass die Diagnostik unabhängig von der Therapie erfolgt. Bei einer Erweiterung des Überweisungsvorbehalts wäre eine Umgehung immer noch dadurch möglich, dass Patienten wechselseitig zur Diagnostik überwiesen werden, was bei der allein Radiologen vorbehaltenen Durchführung von MRT-Leistungen nicht zu befürchten ist.

## 2. Abrechenbarkeit belegärztlicher Leistung über Umfang der Anerkennung

**BSG, Urteil v. 29.11.2017 - B 6 KA 33/16 R**

**RID 18-03-65**

SozR 4-2500 § 106a Nr. 17 = ZMGR 2018, 105 = ArztR 2018, 153

**Leitsatz:** Die Honorarabrechnung des Vertragsarztes für **belegärztlich** erbrachte stationäre **Leistungen** unterliegt bei Überschreitung des in der Belegarztanerkennung oder im Rahmen der Krankenhausplanung durch die **Zahl der Belegbetten** definierten Versorgungsauftrags der **sachlich-rechnerischen Richtigstellung**.

## 3. Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung vor Leistungserbringung

**BSG, Beschluss v. 21.03.2018 - B 6 KA 59/17 B**

**RID 18-03-66**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 22.06.2017 - L 5 KA 43/16 - wird zurückgewiesen.

Die **Genehmigung** zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten ist eine qualifikationsbezogene Genehmigung, die vor der Leistungserbringung vorliegen muss und deshalb **nicht rückwirkend** erteilt werden kann. Die Befugnis zur Abrechnung bestimmter Kostenpauschalen ist lediglich eine Folge der Genehmigung zur Erbringung der spezifischen Leistungen nach der Onkologie-Vereinbarung. Diese Vereinbarung ist als Anlage 7 Bestandteil des BMV-Ä. Damit bedarf gemäß § 11 IIa 1 BMV-Ä die Erbringung der darin beschriebenen Leistungen einer Genehmigung der KV, sofern in der Anlage selbst nichts anderes geregelt ist. Das entspricht der Ermächtigungsgrundlage in § 135 II 1 SGB V und ebenso dem Regelungsauftrag in § 85 II 4 SGB V. Die Anlage 7 zum BMV-Ä enthält keine abweichende Regelung; § 2 II 1 Onkologie-Vereinbarung bestimmt vielmehr gleichfalls, dass die Teilnahme an dem Vertrag erst mit Erteilung einer Genehmigung durch die KÄV möglich ist.

## 4. Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen und Mindestpatientenzahlen

**BSG, Urteil v. 29.11.2017 - B 6 KA 32/16 R**

**RID 18-03-67**

BSGE = SozR 4-2500 § 137f Nr. 2 = GesR 2018, 310

**Leitsatz:** Die Teilnahme von Ärzten an **strukturierten Behandlungsprogrammen** bei chronischen Krankheiten darf nur dann von **Mindestpatientenzahlen** abhängig gemacht werden, wenn ein Zusammenhang zwischen Patientenzahl und Qualität nach wissenschaftlichen Maßstäben wenigstens wahrscheinlich ist.

## 5. Eintragung einer Zulassungsentziehung in das Arztregister

BSG, Beschluss v. 12.03.2018 - B 6 KA 2/18 BH

RID 18-03-68

juris

Der Antrag der Kl., ihr für das Verfahren der Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 06.09.2017 - L 3 KA 105/16 - RID 18-03-26 Prozesskostenhilfe zu gewähren, wird abgelehnt.

In dem Fall, dass der Berufungsausschuss die sofortige Vollziehung seiner Entscheidung anordnet (§ 97 IV SGB V i.V.m. § 86a II Nr. 5 SGG), bei Fortbestand des Sofortvollzugs und später eintretender Bestandskraft der Zulassungsentziehung, gibt es keine Grundlage dafür, den maßgeblichen Zeitpunkt für die Beendigung der Zulassung erst mit dem Tag des Eintritts der Rechtskraft der gerichtlichen Entscheidung anzunehmen. Vielmehr wird die **Zulassungsentziehung** bereits mit der Bekanntgabe des entsprechenden Bescheids wirksam (§ 39 I 1 SGB). Sie war von da an wegen der zugleich angeordneten sofortigen Vollziehung von der Kl. ungeachtet etwaiger Rechtsbehelfe sofort zu beachten (BSG, Beschl. v. 05.06.2013 - B 6 KA 4/13 B - juris Rn. 13). Dieser Zeitpunkt ist dann auch die **maßgebliche Tatsache**, die im Sinne von § 6 II 1 Ärzte-ZV für die Zulassung und deren Entzug von Bedeutung und deshalb im **Arztregister** zu erfassen ist.

## 6. Eingeschränkte Einzelfallprüfung einer einzelnen Leistung: Hochrechnung beschränkt auf Leistungsfälle

BSG, Beschluss v. 16.05.2018 - B 6 KA 81/17 B

RID 18-03-69

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde des Bekl. gegen *LSG Thüringen*, Urt. v. 13.09.2017 - L 11 KA 835/17 - wird zurückgewiesen.

Dass jedenfalls eine lediglich **in 11 Fällen** (hier: Nr. 30720 EBM <Analgesie eines Hirnnerven oder Hirnnervenganglions> durch einen Allgemeinarzt) **abgerechnete Leistungsziffer** kein tauglicher Gegenstand für eine **repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung** ist, liegt auf der Hand.

**Voraussetzung** für eine **eingeschränkte Einzelfallprüfung mit anschließender Hochrechnung** ist nach der Senatsrspr., dass sich eine ständig wiederkehrende Verhaltensweise des Arztes feststellen lässt, die von den Prüfungsgremien als unwirtschaftlich angesehen wird. Um eine mathematisch-statistisch verwertbare Aussage über die gleichgelagerte Verhaltensweise des Arztes zu erhalten, ist es sachgerecht und geboten, pro Quartal einen prozentualen Anteil von mindestens 20 % der abgerechneten Fälle, der zugleich mindestens 100 Behandlungsfälle umfassen muss, zu überprüfen (BSGE 70, 246, 255 = SozR 3-2500 § 106 Nr. 10 S. 53; zuletzt BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 46 Rn. 18 m.w.N.). Der bei dieser Prüfung ermittelte unwirtschaftliche Behandlungsumfang kann nach der Senatsrspr. auf die Gesamtheit der Fälle **hochgerechnet** werden, doch ist wegen der mit dieser Methode einhergehenden Unsicherheiten bei der Bemessung des Kürzungsbetrages ein **Sicherheitsabschlag** von 25 % des danach als unwirtschaftlich ermittelten Gesamtbetrages vorzunehmen (BSGE 70, 246, 255 = SozR 3-2500 § 106 Nr. 10 S. 53; BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 8 Rn. 18; BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 46 Rn. 18). Mit der „**Gesamtheit der Fälle**“ können dabei stets nur die Fälle gemeint sein, die bei der Prüfung in den Blick genommen werden. Methodisch werden bei der eingeschränkten Einzelfallprüfung mit Hochrechnung aus der Überprüfung eines Teils der Behandlungsfälle Schlüsse auf die übrigen Behandlungsfälle gezogen. Wird eine **einzelne GOP geprüft**, sind solche **Schlussfolgerungen** logisch **nur für die Fälle möglich, in denen diese GOP abgerechnet wurde**. Allein der Umstand, dass mehr als 20 % der gesamten Behandlungsfälle geprüft wurden, rechtfertigt es nicht, die Unwirtschaftlichkeit bezüglich einzelner Gebührensätze auch auf solche Fälle hochzurechnen, in denen diese GOP überhaupt nicht in Ansatz gebracht wurden.

## 7. Anerkennung einer Praxisbesonderheit kein Gegenstand eines Sachverständigengutachtens

BSG, Beschluss v. 27.06.2018 - B 6 KA 54/17 B

RID 18-03-70

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 16.03.2016 - L 5 KA 28/16 - wird zurückgewiesen.

Der Senat weist daher nur vorsorglich darauf hin, dass das LSG seine Verpflichtung, den Sachverhalt von Amts wegen aufzuklären (§ 103 SGG), durch die Ablehnung des Beweisantrags, dass „die gewählte Durchschnittsprüfung nicht geeignet“ war, nicht verletzt hat. Zur Frage des Vorliegens einer Praxisbesonderheit hat der Senat in st. Rspr. entschieden, dass der Antrag, ein Sachverständigengutachten einzuholen, grundsätzlich kein geeigneter Beweisantrag ist bzw. dass die Beschwerdebegründung sich jedenfalls inhaltlich mit der gefestigten Senatsrspr. auseinandersetzen müsste, wonach die Frage der **Anerkennung einer Praxisbesonderheit nicht Gegenstand einer Beweiserhebung durch Einholung eines gerichtlichen Sachverständigengutachtens** sein kann (BSG, Beschl. v. 21.08.2013 - B 6 KA 23/13 B - juris Rn. 9; vgl auch BSG, Beschl. v. 21.08.2013 - B 6 KA 21/12 B - Rn. 7 a.E.; BSG, Beschl. v. 29.11.2006 - B 6 KA 49/06 B - juris Rn. 6 a.E.). Zudem sind die Kammern für Angelegenheiten des Vertrags(zahn)arztrechts sachkundig besetzt und die für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung maßgeblichen Fragen sind regelmäßig auch keinem Sachverständigenbeweis zugänglich, weil es sich hierbei um **Rechtsfragen** oder um **rechtliche Bewertungen** aufgrund tatsächlicher Feststellungen handelt (BSG, Urt. v. 11.12.2002 - B 6 KA 1/02 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 57 = SGB 2003, 540 m. Anm. von Engelhard, juris Rn. 19). Das gilt auch für die Frage der Eignung eines Prüfungsverfahrens.

## 8. Zahnärztliche Behandlung: Unzumutbarkeit einer Nacherfüllung

BSG, Beschluss v. 27.06.2018 - B 6 KA 83/17 B

RID 18-03-71

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 11.10.2017 - L 12 KA 5005/15 - RID 18-03-38 wird zurückgewiesen.

Bei der Frage, ob und in welcher Weise das Gericht der **Einsicht des Zahnarztes** in die **Fehlerhaftigkeit seiner Behandlung** für die Entscheidung über einen Regress wegen mangelhafter zahnprothetischer Versorgung Bedeutung beimisst, handelt es sich im Übrigen um eine Frage des Einzelfalles, die einer generalisierenden Beantwortung im Revisionsverfahren nicht zugänglich ist.

Es ist in der Senatsrspr. geklärt, dass der ärztliche Behandlungsvertrag durch ein besonderes Vertrauensverhältnis geprägt ist und dass deshalb keine hohen Anforderungen an die vom Versicherten geltend gemachte **Unzumutbarkeit einer Nacherfüllung** durch den erstbehandelnden Zahnarzt gestellt werden können (vgl. BSG, Urt. v. 10.05.2017 - B 6 KA 15/16 R - SozR 4-5555 § 21 Nr. 3 Rn. 35). Das **Vertrauensverhältnis** des Versicherten zum behandelnden Zahnarzt kann dadurch zerstört werden, dass der Zahnarzt einen später gutachtlich bestätigten Behandlungsfehler gegenüber dem Versicherten nachhaltig bestreitet und sich uneinsichtig zeigt (vgl. BSG, Urt. v. 10.05.2017 a.a.O. Rn. 35; BSG, Urt. v. 29.11.2006 - B 6 KA 21/06 R - SozR 4-5555 § 15 Nr. 1 Rn. 21). Richtig ist, dass es dabei regelmäßig in erster Linie auf das Verhalten des Zahnarztes gegenüber dem Versicherten vor dem endgültigen Abbruch der Behandlung ankommen wird, weil das Verhalten des Zahnarztes im nachfolgenden Prozess für den vorangegangenen Behandlungsabbruch nicht mehr ursächlich sein kann.

Wenn der erstbehandelnde Zahnarzt - wie hier - **noch im Gerichtsverfahren** davon überzeugt ist, dass Nachbesserungsmaßnahmen ausreichend gewesen wären, obwohl zur Überzeugung des Gerichts feststeht, dass eine Neuanfertigung erforderlich war, und wenn der Zahnarzt dem Versicherten die Neuanfertigung der zahnprothetischen Versorgung auch nicht angeboten hat, dann kann das den Schluss rechtfertigen, dass eine Fortsetzung der Behandlung durch den Zahnarzt nicht zu einem erfolgreichen Abschluss der Behandlung hätte führen können. Die Fortsetzung einer - zur Beseitigung des Mangels objektiv ungeeigneten - Behandlung ist dem Versicherten jedenfalls nicht zumutbar.



## 9. Umwandlung einer MVZ-Arztstelle nach Einstellung des Praxisbetriebs/Kein Teil der Insolvenzmasse

**BSG, Urteil v. 11.10.2017 - B 6 KA 27/16 R**

**RID 18-03-72**

BSGE = SozR 4-2500 § 95 Nr. 32 = ZMGR 2018, 35 = GesR 2018, 251 = KrV 2018, 25 = KRS 2018, 259 = NZI 2018, 616

**Leitsatz:** 1. Zum Streitverfahren zwischen dem **Insolvenzverwalter** einer ein Medizinisches Versorgungszentrum (**MVZ**) betreibenden Gesellschaft und dem Berufungsausschuss über die Beantragung der Umwandlung von Arztanstellungen in Zulassungen sind die ehemals beim MVZ tätigen angestellten Ärzte nicht notwendig **beizuladen**.

2. Der **Insolvenzverwalter** einer MVZ-Betreibergesellschaft kann nach der Auflösung des MVZ und der vollständigen Einstellung der vertragsärztlichen Tätigkeit die **Umwandlung der früheren Arztanstellungen** in Zulassungen zum Zwecke der Verwertung zu Gunsten der Insolvenzmasse nicht mehr beantragen.

3. Die einem MVZ zugeordnete **Arztanstellung** fällt wie eine vertragsärztliche Zulassung nicht in die **Insolvenzmasse**.

4. Ein **Vertragsarzt**, der auf seine Zulassung in einem übertorsorgten Planungsbereich verzichtet, um in einem **MVZ** als angestellter Arzt tätig zu sein, muss eine von ihm gewünschte Verpflichtung des MVZ zur Beantragung der Umwandlung der Arztanstellung in eine Zulassung zu seinen Gunsten für den Fall des Ausscheidens des MVZ aus der vertragsärztlichen Versorgung bei seinem Eintritt in das MVZ mit dessen Rechtsträger vertraglich **vereinbaren** (Klarstellung zu BSG vom 21.3.2012 - B 6 KA 22/11 R = BSGE 110, 269 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 24 und BSG vom 13.5.2015 - B 6 KA 25/14 R = BSGE 119, 79 = SozR 4-5520 § 19 Nr. 3).

## 10. Zweigpraxis: Keine Versorgungsverbesserung in nicht gesperrtem Versorgungsbereich

**BSG, Beschluss v. 16.05.2018 - B 6 KA 69/17 B**

**RID 18-03-73**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 07.09.2017 - L 24 KA 26/16 - RID 17-04-39 wird zurückgewiesen.

Es trifft nicht zu, dass in einem Planungsbereich, in dem für **Hausärzte keine Zulassungssperre** wegen Übertorsorgung angeordnet ist, per se angenommen werden müsse, dass eine **Versorgungsverbesserung** i.S.d. § 24 Ärzte-ZV durch eine Zweigniederlassung erfolgt, weil für die Beurteilung, ob eine Versorgungsverbesserung am Ort der Zweigpraxis anzunehmen ist, die Gesichtspunkte der Bedarfsplanung i.S.d. BedarfspIRL keine Rolle spielen. Im Übrigen können Zulassungssperren erst dann festgesetzt werden, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 v.H. oder mehr überschritten ist (§ 103 I SGB V i.V.m. § 16b I u. II Ärzte-ZV); ein bedarfsgerechter Versorgungsgrad von 107,9 % ist somit kein Beleg für ein Versorgungsdefizit.

In BSG, Urt. v. 09.02.2011 - B 6 KA 3/10 R - BSGE 107, 230 = SozR 4-5525 § 24 Nr. 2 hat der Senat ausgeführt, die Konsequenzen des Defizits einer Zweigpraxis aufgrund des Umstands, dass der Vertragsarzt sich **nur an ein oder zwei Tagen pro Woche** am Ort der Zweigpraxis aufhalte und an den anderen Tagen aufgrund der Entfernung nicht kurzfristig vor Ort für eine kontinuierliche Versorgung der Patienten zur Verfügung stehen könne, hingen maßgeblich vom jeweiligen Fachgebiet des Arztes und der Versorgungslage insgesamt ab. Zwar kann eine auf Kontinuität der Arzt-Patienten-Beziehung angelegte Tätigkeit, wie sie die hausärztliche Tätigkeit in besonderem Maße darstellt, mit einem Sprechstundenangebot an lediglich einem oder zwei Tagen in der Woche kaum qualitativ hochwertig wahrgenommen werden. Doch muss **stets der Bezug zum tatsächlichen Versorgungsangebot an dem Ort der geplanten Zweigpraxis hergestellt** und danach beurteilt werden, ob ein zeitlich eng limitiertes Angebot dennoch als Verbesserung der Versorgung bewertet werden kann.

## 11. GBA: Ausschluss des Medizinprodukts Laxatan

**BSG, Urteil v. 29.11.2017 - B 6 KA 34/16 R**

**RID 18-03-74**

BSGE = SozR 4-2500 § 34 Nr. 20 = NZS 2018, 491

**Leitsatz:** 1. Der **Verwaltungsakt**, mit dem der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) dem Hersteller eines Medizinprodukts dessen Streichung aus der Übersicht ausnahmsweise zu Lasten der Krankenkasse ordnungsfähiger Produkte ankündigt, **erledigt** sich mit der entsprechenden Änderung der Übersicht als Bestandteil der Arzneimittel-Richtlinie, auch wenn dieser Normänderung nur die Vollziehbarkeit und nicht die Bestandskraft des Bescheids zu Grunde lag (Fortführung von BSG vom 13.5.2015 - B 6 KA 14/14 R = BSGE 119, 57 = SozR 4-2500 § 34 Nr. 17).

2. Ein **Medizinprodukt**, das wegen **fehlenden Nachweises der Wirksamkeit** nicht in die Übersicht über ordnungsfähige Medizinprodukte hätte aufgenommen werden dürfen, darf der GBA aus der Übersicht wieder **entfernen**.

3. Der **Nachweis der Wirksamkeit** muss für ein Medizinprodukt in der konkreten stofflichen Zusammensetzung unter Einbeziehung aller Bestandteile und ohne Heranziehung der arzneimittelrechtlichen Differenzierung zwischen Wirk- und Hilfsstoffen geführt werden.

## B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

### I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

#### 1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

##### a) Ambulante Liposuktion in OP-Zentrum bei Übernachtung in separater Privatklinik

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.04.2018 - L 11 KR 2695/16

RID 18-03-75

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

SGB V §§ 135, 137c, 137e

**Leitsatz:** Die Anforderung von § 135 SGB V dürfen nicht dadurch umgangen werden, dass eine **ambulant** erbringbare Leistung in den **stationären Bereich** verschoben wird. Eine ambulant und nicht stationär durchgeführte Liposuktion ist auch anzunehmen, wenn die Liposuktion in einem ambulanten OP-Zentrum durchgeführt wird und die Patientin anschließend in einer benachbarten Privatkrankenanstalt die Nacht verbringt. Es fehlt bei dieser Vorgehensweise auch deshalb an einer Eingliederung der Patientin in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses, weil die Maßnahme nicht in der Verantwortung der Privatkrankenanstalt, sondern in der des Vertragsarztes durchgeführt wurde. Der Erlass einer Erprobungsrichtlinie nach § 137e SGB V ist eine Entscheidung des G-BA nach § 137c Abs. 1 SGB V, die für die Zeit ab ihrem Inkrafttreten die Anwendung von § 137c Abs. 3 SGB V ausschließt.

*SG Mannheim*, Urt. v. 17.06.2016 - S 11 KR 2823/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

##### b) CyberKniife-Technologie in 2012

LSG Sachsen, Urteil v. 13.03.2018 - L 9 KR 253/13

RID 18-03-76

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

SGB V §§ 2 I, Ia, 13 III 1, 27 I 1, 60 I 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1 Nr. 1; GG Art. 2

**Leitsatz:** Die **radiochirurgische Strahlenbehandlung** des malignen Prostatakarzinoms mittels der **CyberKniife-Technologie** ist im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung durch den Kläger (Juni 2012) eine eigenständig zu bewertende **neue Behandlungsmethode** gewesen, da sie als extrem hochdosierte kurzzeitige Strahlentherapie im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (noch) nicht enthalten ist und eine positive Empfehlung durch den GBA (noch) fehlt. Durch die im Vergleich zu bereits anerkannten oder zugelassenen vertragsärztlichen Strahlentherapien unterschiedliche Technologie ist eine selbständige Bewertung durch den GBA erforderlich (Anschluss an LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 18.02.2014 - L 11 KR 1499/13 - RID 18-03-76).

*SG Leipzig*, Gerichtsbb. v. 15.10.2013 - S 27 KR 60/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

##### c) Clear-Lensektomie und Excimer-Laser Korrektur der Augen bei Myopie und Astigmatismus in 2012

LSG Sachsen, Urteil v. 27.03.2018 - L 9 KR 155/13

RID 18-03-77

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

SGB V §§ 2, 13 III 1, 27 I 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1 Nr. 1; GG Art. 2

**Leitsatz:** **Clear-Lensektomien** und **Excimer-Laser-Korrekturen** wegen **Myopie** und **Astigmatismus** sind Verfahren der **refraktiven Linsen- und Hornhautchirurgie** (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/59160/Basiswissen-refraktive-Chirurgie>). Diese sind nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistungen im EBM-Ä enthalten und stellen daher **neue Behandlungsmethoden** dar. Eine positive Empfehlung des GBA zu diesen Methoden liegt nicht vor. Als Verfahren der refraktären Augenchirurgie sind sie nach Ziffer 13 der Anlage B (vor 1999: Anlage II) der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des GBA von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen (siehe dazu Beschluss des GBA vom 10.12.1999, gültig seit dem 22.03.2000, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 56 am 21.03.2000). Die refraktive Chirurgie ist von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den Katalog der individuell zu finanzierenden Gesundheitsleistungen (**IGEL**) aufgenommen worden (<http://aad.to/krc/qualit.pdf>).

*SG Chemnitz*, Urt. v. 27.06.2013 - S 15 KR 155/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### d) Dopplergestützte Hämorrhoidalarterienligatur

**LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 14.06.2018 - L 6 KR 52/14**

**RID 18-03-78**

juris

SGB V §§ 13 III, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1 Nr. 1, 137e VII

**Leitsatz:** Im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung besteht kein Anspruch auf eine **dopplergestützte Hämorrhoidalarterienligatur (DG-HAL)**.

*SG Rostock*, Urt. v. 18.06.2014 - S 15 KR 8/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 2. Keine telemedizinische kardiologische Überwachung (MyCareLink Patientenmonitor)

**SG Detmold, Urteil v. 23.02.2018 - S 3 KR 925/16**

**RID 18-03-79**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27 I 1 Nr. 1, 33 I

Der Einsatz eines **MyCareLink Patientenmonitors** stellt sich als Element der **ambulanten ärztlichen Behandlung** gem. § 27 I 1 Nr. 1 SGB V in der Phase der postoperativen Nachsorge dar. Sein Einsatz obliegt der Verantwortung des die kardiologische Nachbetreuung durchführenden Arztes und ist damit bereits vom Anspruch des Patienten auf ärztliche Behandlung umfasst und mit der Vergütung der ärztlichen Leistung durch die Krankenkasse abgegolten. Er unterliegt insoweit keinem Genehmigungsvorbehalt der Krankenkasse.

Ein MyCareLink Patientenmonitor ist **kein Hilfsmittel** i.S.d. § 33 I 1 SGB V.

Es kann offen bleiben, ob der MyCareLink Patientenmonitor eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** im Sinne des § 135 I SGB V darstellt oder als Hilfsmittel im Rahmen dieser neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode zur Anwendung gelangt. Ein **Ausnahmefall**, in dem es keiner Empfehlung des GBA bedarf, liegt hier nicht vor. Es besteht kein sog. **Systemversagen**.

Das *SG* wies die Klage ab.

### 3. Zahnärztliche Versorgung: Implantologische Leistungen bei Erkrankung an Epilepsie

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.04.2018 - L 11 KR 3227/17**

**RID 18-03-80**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 28

**Leitsatz:** Versicherte der GKV, die an Epilepsie erkrankt sind und bei denen es durch einen **epileptischen Anfall** zum **Bruch der Zahnprothese** gekommen ist, können einen Anspruch auf Versorgung mit Zahnimplantaten haben.

*SG Freiburg*, Gerichtsbb. v. 13.07.2017 - S 13 KR 3777/16 - verurteilte die Bekl., dem Kl. die nach den Heil- und Kostenplänen erforderlichen implantologischen Leistungen einschl. der Suprakonstruktion zu gewähren, das *LSG* wies die Berufung zurück.

## II. Stationäre Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 24.04.2018 - **B I 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 Teilnahmeplätze übersteigt, besteht jedenfalls ein Anspruch auf ermessensfehlerfreie Berücksichtigung beim Auswahlverfahren.

## 1. Stationäre Krankenhausbehandlung in der Schweiz nicht ohne Zustimmung der Krankenkasse

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.04.2018 - L 11 KR 3833/17

RID 18-03-81

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

**Leitsatz:** Versicherte der GKV, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben, können eine geplante **stationäre Krankenhausbehandlung** in der **Schweiz** wegen einer Erkrankung, die in gleicher Weise auch in einem Krankenhaus in Deutschland hätte behandelt werden können (hier: Darmoperation bei Darmkrebs), nur nach vorheriger **Zustimmung** ihrer **Krankenkasse** in Anspruch nehmen. Fehlt es in einem solchen Fall an der (vorherigen) Zustimmung, besteht auch kein Anspruch auf (nachträgliche) Genehmigung der Behandlung.

*SG Freiburg*, Gerichtsbb. v. 24.08.2017 - S 14 KR 4973/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 2. Bariatrische Operation: Keine konservativen Behandlungsmöglichkeiten

SG Nürnberg, Urteil v. 18.01.2018 - S 7 KR 111/16

RID 18-03-82

juris  
SGB V §§ 27 I 1, 39

Eine **bariatrische Operation** stellt eine ultima ratio zur Behandlung einer Adipositas dar, wenn **konservative Behandlungsmöglichkeiten** nicht mehr gegeben sind, seit langer Zeit ein erhebliches Übergewicht besteht, glaubhaft eine Vielzahl ernsthafter Abnehmversuche unternommen wurden, die zu keiner erheblichen Reduzierung des Gewichts geführt haben, insb. über vier Monate eine multimodale Therapie mit einer Gewichtsreduktion von 2 kg durchgeführt, ein BMI von über 50 erreicht wurde und mittlerweile zahlreiche Begleiterkrankungen vorliegen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., d. Kl. eine minimalinvasive adipositaschirurgische Maßnahme als Sachleistung zu gewähren.

## 3. Postbariatrische Operationen zur Behebung der Dysfunktionen

SG Nürnberg, Urteil v. 07.05.2018 - S 5 KR 700/16

RID 18-03-83

juris  
SGB V §§ 2 IV, 39 I

Bei **postbariatrischen Operationen** handelt es sich nicht um Schönheitsoperationen, wenn die Funktionsfähigkeit der Oberarme verbessert und die funktionalen Beschwerden im Brustbereich behoben werden. Die **Behebung der Dysfunktionen** hat Vorrang vor einer dauerhaften Symptombehandlung. Mit den Operationen werden die Dysfunktionen (Haut-/Weichteilüberschuss) dauerhaft beseitigt mit der Folge, dass für die Krankenkasse künftig keine Kosten für die Symptombehandlung (Hautarzttermine, ggf. Arzneimittel) anfallen werden.

Das *SG* verpflichtete die Bekl., der Kl. zwei postbariatrische Operationen an den Oberarmen und der Brust als Sachleistung zu gewähren.

## 4. Hautfettshürzenresektion als notwendige Folge einer Magenverkleinerung

LSG Sachsen, Urteil v. 31.05.2018 - L 1 KR 249/16

RID 18-03-84

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 27 I 1**

**Leitsatz:** Ist eine wegen einer Hauterkrankung erforderliche **Hautfettschürzenresektion** im Bauchbereich **notwendige Folge** einer von der gesetzlichen Krankenversicherung gewährten **Magenverkleinerung**, fällt auch die operative Beseitigung dieser Folgeerkrankung in das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung. Insofern können die von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) entwickelten Grundsätze zur Mamma-Augmentationsplastik nach Entfernung eines Mamma-Karzinoms (BSG, Urteil vom 8. März 2016 - B 1 KR 35/15 R - SozR 4-2500 § 27 Nr. 28, juris Rn. 18) entsprechend herangezogen werden.

*SG Dresden*, Urt. v. 19.08.2016 - S 47 KR 433/15 - verurteilte die Bekl., die Kosten für eine Hautfettschürzenresektion am Bauch zu übernehmen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

## 5. Stationäre Liposuktion: Kein allgemeiner Stand der medizinischen Erkenntnisse

**LSG Sachsen, Urteil v. 24.05.2018 - L 9 KR 65/13**

**RID 18-03-85**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 58/18 B*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 2 I 3, 2 Ia, 13 III, 137c**

**Leitsatz:** 1. Ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für in den Jahren 2013/2014 **stationär** durchgeführte **Liposuktionen** besteht nicht, da die Liposuktion in diesem Behandlungszeitraum nicht dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprach (und - nicht zuletzt unter Berücksichtigung des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung vom 20.7.2017 - weiterhin nicht entspricht).

2. § 137c SGB V enthält keinen Dispens vom **Qualitätsgebot** in § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V (Anschluss an Bundessozialgericht vom 24.4.2018 - B 1 KR 10/17 R).

3. Ein Sachleistungs- bzw. Kostenerstattungsanspruch lässt sich auch nicht mit der Annahme einer **notstandsähnlichen Situation** i. S. v. § 2 Abs. 1a SGB V begründen, da die Liposuktion regelmäßig nicht einen für die Lebenserhaltung erforderlichen akuten Behandlungsbedarf erfüllt.

*SG Dresden*, Gerichtsbb. v. 11.03.2014 - S 15 KR 813/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung der Kl. zurück und verwarf die Berufung des Kl. als unzulässig.

## 6. Brustverkleinerungsoperation

### a) Mammareduktionsplastik bei Rückenbeschwerden

**LSG Hamburg, Urteil v. 14.06.2018 - L 1 KR 133/17**

**RID 18-03-86**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 27, 39**

Sollen durch die **Mammareduktionsplastik Rückenbeschwerden** mittelbar beeinflusst werden, kann eine solche mittelbare Therapie als ultima ratio grundsätzlich vom Leistungsanspruch umfasst sein. Eine Bewilligung ist nur dann vertretbar, wenn mit **besonders hoher Wahrscheinlichkeit** feststeht, dass die Maßnahme tatsächlich auch den gewünschten Behandlungserfolg bringt (vgl. bereits LSG Hamburg, Urt. v. 25.08.2016 - L 1 KR 38/15 - RID 17-01-81).

Es gibt **keine Studienlage** von solcher Qualität, dass man von dieser auf den genannten Grad der Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen der Größe der Brust und Rückenbeschwerden schließen kann (vgl. hierzu auch BSG, Beschl. v. 16.11.2017 - B 1 KR 74/17 B - juris; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.11.2017 - L 1 KR 644/15 - RID 18-01-61).

*SG Hamburg*, Urt. v. 11.10.2017 - S 9 KR 525/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## b) Ausschöpfen konservativer Behandlungsmethoden

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 09.02.2018 - L 5 KR 555/15

RID 18-03-87

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 27 I 1 u. 2 Nr. 5, 39

Eine **Mammahypertrophie**, die zu keiner Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der Brust oder äußerlichen Entstellung der Brust führt, rechtfertigt keine Mammaoperation. Auch bei Rückenproblemen müssen vor einer Operation die **konservativen Behandlungsmethoden** ausgeschöpft werden.

*SG Aachen*, Urt. v. 04.08.2015 - S 13 KR 246/14 - verurteilte die Bekl., der Kl. 6.732.04 € zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab und die Anschlussberufung der Kl. zurück.

## 7. Ganzheitliche Therapie bei fortgeschrittener Krebserkrankung in Privatkrankenhaus

LSG Sachsen, Urteil v. 27.03.2018 - L 9 KR 275/13

RID 18-03-88

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 I, III, 27 I 2 Nr. 5, 39 I, 108

**Leitsatz:** 1. Die Frage, ob eine **alternative Behandlungsmethode** von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren ist, kann nicht losgelöst davon betrachtet werden, was die anerkannte, **medizinischem Standard entsprechende Behandlung** zu leisten vermag und was die alternative Behandlung zu leisten vorgibt.

2. Bei der Frage, ob eine Behandlung mit Mitteln der Schulmedizin in Betracht kommt und inwieweit **Behandlungsalternativen** zur Verfügung stehen, ist zunächst das konkrete Behandlungsziel zu klären. Bietet die Schulmedizin nur noch **palliative Therapien** an, weil sie jede Möglichkeit kurativer Behandlung als aussichtslos erachtet, kommt die Alternativbehandlung nur dann in Betracht, wenn die auf Indizien gestützte Aussicht auf einen über die palliative Standardtherapie hinaus reichenden Erfolg besteht (BVerfG, stattgebender Kammerbeschluss vom 26. Februar 2013 - 1 BvR 2045/12 - juris Rn. 15). Soweit das Behandlungsziel keine Heilung ist, muss wenigstens eine Aussicht auf Heilung der Grunderkrankung selbst oder auf positive Einwirkung auf den Verlauf der Grunderkrankung als solcher bestehen (BSG, Urteil vom 13. Oktober 2010 - B 6 KA 48/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 30, juris Rn. 32), sei es durch Aufhalten des Fortschreitens der Krankheit oder Verhinderung von Komplikationen - etwa im Sinne eines spürbaren Aufhaltens oder Verlangsamens des Tumorwachstums und einer dadurch bewirkten Verlängerung der Lebenszeit - (BSG, Urteil vom 04.04.2006 - B 1 KR 7/05 R - BSGE 96, 170 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 4, juris Rn. 43; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22. Februar 2017 - L 5 KR 1653/15 - juris Rn. 49; Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 26. April 2017 - L 1 KR 185/12 - juris Rn. 66).

3. In jedem Fall muss das Behandlungsziel auch im Fall einer **lebensbedrohlichen Erkrankung** auf die Einwirkung auf diese selbst gerichtet sein (BSG, Urteil vom 13. Oktober 2010 - B 6 KA 48/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 30 juris Rn. 32). Deshalb bleiben Behandlungen, die „nur“ auf die **Verbesserung der Lebensqualität** abzielen (mag dies auch ein legitimes Behandlungsziel im Sinne des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V sein) - also z.B. auf eine Verbesserung des Allgemeinbefindens, der Mobilität oder der Nahrungsaufnahme - außer Betracht (BSG, Urteil vom 13. Oktober 2010 - B 6 KA 48/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 30, juris Rn. 33; LSG Saarland, Urteil vom 21. Oktober 2015 - L 2 KR 189/14 - juris Rn. 42; Bayerisches LSG, Urteil vom 09. November 2017 - L 4 KR 49/13 - juris Rn. 82, 84).

*SG Leipzig*, Urt. v. 24.09.2013 - S 8 KR 123/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 8. Keine Sterilisation zur Vermeidung einer weiteren Schwangerschaft aus medizinischen Gründen

SG Mainz, Urteil v. 04.05.2018 - S 16 KR 113/16

RID 18-03-89

juris

SGB V §§ 2 II 1, 24a II 1, 24b I 1, 27 I

Eine Versicherte hat keinen Anspruch auf die **Durchführung einer Sterilisation** als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung, um das Ziel der Vermeidung einer **weiteren Schwangerschaft** aus medizinischen Gründen zu erreichen, da die Sterilisation nur mittelbar der Vermeidung von durch eine weitere Schwangerschaft drohenden Krankheiten dient. Es sind weniger invasive und weniger endgültige Verhütungsmethoden vorzuziehen und zunächst auszuschöpfen.

## 9. Geschlechtsangleichende Operation in Privatkrankenhaus: Kein Anordnungsgrund

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 26.04.2018 - L 6 KR 21/18 B ER

RID 18-03-90

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 IIIa, 27, 39 I; SGG § 86b II

Für die Erbringung bestimmter **geschlechtsangleichender Operationen** in stationärer Behandlung in einem **nicht zugelassenen Krankenhaus** besteht kein Anordnungsgrund, wenn nicht hinreichend glaubhaft wird, dass ohne die sofortige Ermöglichung der geltend gemachten Behandlung am geltend gemachten Ort schwere psychische Belastungen bestehen.

Es erscheint naheliegend, der Krankenkasse auch bei Eintritt der **Fiktion einer Genehmigung** der Operationen die Befugnis einzuräumen, den immer noch nur bestehenden Naturalleistungsanspruch auf die gesetzlich vorgesehene Inanspruchnahme zugelassener Krankenhäuser im Sinne von § 39 I 2 SGB V zu beschränken.

*SG Halle*, Beschl. v. 13.02.2018 - S 16 KR 4/18 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

## 10. Keine gesonderte Vergütung für Operationsmittel

### a) Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 51/18 B

LSG Hamburg, Urteil v. 03.05.2018 - L 1 KR 96/17

RID 18-03-91

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

Die Abrechnung von Krankenhausbehandlungen erfolgt nach **Fallpauschalen**. D. h. es ist Sache des die Operation durchführenden Arztes zu entscheiden, wie und mit welchen **Mitteln die Operation** durchgeführt wird. Die hierfür notwendigen Kosten (hier: SurgiMend-Matrix) werden von der an das Krankenhaus gezahlten Fallpauschale erfasst.

*SG Hamburg*, Urt. v. 08.08.2017 - S 21 KR 757/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## III. Kostenerstattung

Nach BSG, Urt. v. 24.04.2018 - **B 1 KR 29/17 R** - erfasst die grundrechtsorientierte Leistungsauslegung auch Ansprüche auf diagnostische Maßnahmen, welche nicht dem Qualitätsgebot entsprechen (hier: PET/CT-Leistung). Nach BSG, Urt. v. 15.03.2018 - **B 3 KR 4/16 R**, **B 3 KR 18/17 R** und **B 3 KR 12/17 R** - wird der sachliche Anwendungsbereich des **§ 13 IIIa SGB V** nach § 13 IIIa 9 SGB V für **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** insgesamt nicht eröffnet. Dies gilt unabhängig davon, ob mit der Genehmigungsfiktion ein **Sachleistungsanspruch** oder ein **Kostenfreistellungs- bzw. -erstattungsanspruch** für solche selbstbeschafften Leistungen begehrt wird. § 13 IIIa 9 SGB V weist Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dem eigenständigen Fristen- und Kostenerstattungsregime des Rehabilitations- und Teilhaberechts für Menschen mit Behinderungen zu (§§ 14, 15 SGB IX a.F. bzw. §§ 14 bis 24 i.d.F. des Bundesteilhabegesetzes m.W.v. 01.01.2018 - BTHG). Hilfsmittel der GKV zur **Vorbeugung vor Behinderung** (§ 33 I 1 Var. 2 SGB V) und zum **Behinderungsausgleich** (§ 33 I 1 Var. 3 SGB V) gehören - **anders** als Leistungen, die der **Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung** dienen (§ 33 I 1 Var. 1 SGB V) - zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Sie werden nicht in erster Linie mit dem Ziel eingesetzt, auf die Krankheit, d.h. den regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand als solchen i.S. von § 27 I 1 SGB V therapeutisch einzuwirken, sondern hauptsächlich mit dem Ziel, die damit verbundene Teilhabebeeinträchtigung eines Menschen mit Behinderung auszugleichen oder zu mildern. Auf die



Unterscheidung zwischen Hilfsmitteln zum **unmittelbaren** und solchen zum **mittelbaren Behinderungsausgleich** kommt es für die Frage des sachlichen Anwendungsbereichs der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs 3a SGB V nicht an. Auch bei einem Therapie-Dreirad (Fall 1) fehlt es an dem dazu erforderlichen engen Zusammenhang zwischen dem Einsatz des Hilfsmittels und einer andauernden, auf einem ärztlichen Therapieplan beruhenden Behandlung. Die Vorinstanzen müssen nach **Zurückverweisung** die Voraussetzungen der Hilfsmittelansprüche nach § 33 SGB V sowie Ansprüche nach den Vorschriften aus dem Bereich anderer Rehabilitationsträger **vollumfänglich prüfen**. Da die bekl. Krankenkassen die Anträge der Kl. jeweils nicht an andere Rehabilitationsträger weitergeleitet hatten, sind die Bekl. im Außenverhältnis gegenüber den Versicherten zur Überprüfung der Anträge im Hinblick auf alle in Frage kommenden Rechtsgrundlagen verpflichtet (§ 14 II 1 SGB IX). Hierbei wird die Versorgungssituation der Kl. unter Berücksichtigung ihres Wunsch- und Wahlrechts in einer dem Teilhaberecht des SGB IX (i.d.F. des BTHG) angemessenen Weise zu berücksichtigen sein. Bislang fehlen hierzu tragfähige Feststellungen der Berufungsgerichte. Bescheide, mit denen die bekl. Krankenkassen in den Fällen 2 und 3 die vermeintlich nach § 13 IIIa 6 SGB V eingetretene fiktive Genehmigung zurückgenommen haben, gingen mangels Eintritts der Genehmigungsfiktion ins Leere.

## 1. Genehmigungsfiktion

### a) Bekanntgabe der Entscheidung innerhalb Frist erforderlich

**SG Dortmund, Urteil v. 28.03.2018 - S 49 KR 641/17**

**RID 18-03-92**

*Sprungrevision anhängig: B 1 KR 20/18 R*

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

**SGB V § 13 IIIa; SGB X §§ 37, 39**

Die Beklagte verkennt, dass sich unmittelbar aus den §§ 37, 39 SGB X ergibt, dass eine Entscheidung durch einen Verwaltungsakt erst dann wirksam wird, wenn sie dem Beteiligten bekannt gegeben wird. Eine davon abweichende Regelung sieht § 13 IIIa 1 Alt. 2 SGB V gerade nicht vor. Eine **Entscheidung** im Sinne des § 13 IIIa 1 Alt. 2 SGB V liegt daher erst im Zeitpunkt der **Bekanntgabe** vor. Es kommt für eine fristgerechte Entscheidung nicht auf das bloße Abfassen der Entscheidung als Verwaltungsakt an, da den Versicherten dieser Zeitpunkt in der Regel nicht bekannt ist.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten für die am 15.09.2016 beantragten Liposuktionsbehandlungen der Lipödeme an den Ober- und Unterschenkeln beidseits, an den Oberarmen beidseits, an der Hüfte beidseits sowie um/am Knie beidseits zu übernehmen.

### b) Keine datumsgenaue Mitteilung/Bariatrische Operation ohne Teilnahme an Therapiekonzept

**SG Darmstadt, Urteil v. 07.03.2018 - S 10 KR 385/17**

**RID 18-03-93**

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

**SGB V §§ 13 IIIa, 29 I**

Auch wenn es Gründe gibt, weshalb die Stellungnahme des MDK und letztlich die Entscheidung nicht innerhalb der gesetzlichen **Fristen** erfolgt, kommt dem keine Bedeutung zu, wenn die Krankenkasse dem Kl. **keine datumsgenaue Mitteilung** darüber gibt, bis zu welchem Tag sie gedenke zu entscheiden.

Bei einem **BMI von 45,3 kg/m<sup>2</sup>** sowie bereits eingetretenen sekundären Krankheiten (Hypercholesterinämie) liegt eine behandlungsbedürftige Krankheit vor. Es besteht ein Anspruch auf eine minimalinvasive adipositas-chirurgische Maßnahme in Form eines Schlauchmagens, gefolgt von einer biliopankreatischen Diversion mit Duodenal Switch, auch wenn der Kl. selbst noch nicht an einem über sechs bis zwölf Monate laufenden ärztlich geleiteten multimodalen Therapiekonzept - zumal erfolglos - teilgenommen hat, wenn die besonderen Umstände eine **Ausnahmesituation** begründen. Zu Gunsten des Klägers ist nämlich zu berücksichtigen, dass dessen Adipositas bereits seit vielen Jahren besteht, er in den letzten Jahren immer wieder - wenn auch erfolglos - auf Eigeninitiative hin Bemühungen unternommen hat, sein Körpergewicht zu reduzieren. Erfolge waren jedoch nicht festzustellen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten einer bariatrischen Operation in Form des Schlauchmagens in einem zugelassenen Krankenhaus zu übernehmen.

### c) Fehlende Information über MDK-Stellungnahme/Kosten über Festbetrag

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 03.05.2018 - L 5 KR 119/17

RID 18-03-94

Revision anhängig: B 1 KR 24/18 R

juris

SGB V § 13 IIIa

**Informiert** die Krankenkasse nicht über die Einholung einer **Stellungnahme des MDK**, gilt nach § 13 IIIa 1 SGB V die **Dreiwochenfrist** (vgl. BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33, juris Rn. 18).

Ein Versicherter hat im Rahmen der Genehmigungsfiktion des § 13 IIIa SGB V einen Anspruch auf Erstattung der über den **Festbetrag** hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels (hier: Iscover).

*SG Koblenz*, Urt. v. 02.05.2017 wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., d. Kl. wegen der Selbstbeschaffung des Medikaments Iscover 935,23 € zu erstatten und ihn künftig mit diesem Arzneimittel ohne Begrenzung auf den Festbetrag zu versorgen.

### d) Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 26.04.2018 - L 5 KR 89/17

RID 18-03-95

Revision anhängig: B 1 KR 23/18 R

juris

SGB V § 13 IIIa

Ein Versicherter hat im Rahmen der Genehmigungsfiktion des § 13 IIIa SGB V einen Anspruch auf Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels (hier: Antra Mups).

*SG Koblenz*, Urt. v. 03.04.2017 - S 13 KR 898/14 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., dem Kl. Kosten für das Arzneimittel Antra Mups 20 in Höhe von 649,41 € zu erstatten und dem Kl. das begehrte Arzneimittel zukünftig auf vertragsärztliche Verordnung ohne Begrenzung auf den Festbetrag zu gewähren.

### e) Versorgung mit Cannabis nicht ohne ärztliche Verordnung

LSG Bayern, Urteil v. 23.05.2018 - L 5 KR 190/18 B ER

RID 18-03-96

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 IIIa, 31 VI

**Leitsatz:** Der Eintritt der **Genehmigungsfiktion** für die Versorgung mit **Cannabis** setzt eine ärztliche Verordnung voraus.

*SG Augsburg*, Beschl. v. 02.03.2018 - S 2 KR 51/18 ER - wies den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

### f) Hilfsmittel

#### aa) Eingang beim Versicherten/Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich (hier: Hörgeräte)

SG für das Saarland, Urteil v. 22.06.2018 - S 23 KR 710/17

RID 18-03-97

juris

SGB V §§ 11 I, 12, 13 IIIa, 27 I, 33, 34

**Leitsatz:** 1. Für die Rechtzeitigkeit der - ablehnenden - **Entscheidung** der Krankenkasse im Rahmen des § 13 Abs. 3a SGB V kommt es auf den **Eingang beim Versicherten**, nicht auf den Zeitpunkt des Ergehens des Bescheides an (vgl. BSG, Urt. v. 11.07.2017 - B 1 KR 26/16 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 13 Nr. 36 entgegen LSG Bayern, Beschl. v. 25.04.2016 - L 5 KR 121/16 B ER - RID 16-03-118).

2. Von der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V werden auch **Hilfsmittel** - wie z.B. Hörgeräte - **zum Behinderungsausgleich** umfasst (entgegen BSG, Urt. v. 15.03.2018 - B 3 KR 4/16 R).

3. Der Grund hierfür findet sich in der erforderlichen engen Auslegung des Begriffs der „**Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**“ in § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V (vgl. BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33).

4. Zeitgleiches und räumliches **Richtungshören** stellen **Grundbedürfnisse** der Versicherten dar.

Das *SG* verurteilte die Bekl., dem Kl. eine vorzeitige Neuversorgung mit der Hörhilfe Phonak Naida Link UP rechts über den Festbetrag hierfür hinaus zu gewähren.

#### **bb) Hilfsmittel zum (unmittelbaren) Behinderungsausgleich unterliegen Genehmigungsfiktion**

**SG für das Saarland, Urteil v. 28.03.2018 - S 1 KR 781/16**

**RID 18-03-98**

juris

**SGB V §§ 13 III, IIIa, 33; SGB I §§ 2 II, 44 I**

**Leitsatz:** 1. Von der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V werden auch **Hilfsmittel** zum (unmittelbaren) Behinderungsausgleich umfasst (**entgegen BSG**, Urteile vom 15.03.2018, Az. B 3 KR 4/16 R, B 3 KR 12/17 R, B 3 KR 18/17 R).

2. Der Ausnahmetatbestand des § 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V (**Leistungen der medizinischen Rehabilitation**) ist eng auszulegen (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az. B 1 KR 25/15 R zum Leistungsbegriff der Regelung in § 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V im engeren Sinne).

Der Kl. begehrt Kostenerstattung für eine Hörgeräteversorgung. Das *SG* verurteilte die Bekl., dem Kl. einen Betrag in Höhe von 2.618 € samt der bisher für den Darlehensvertrag des Kl. mit der S.-Bank vom Kl. verauslagten Zinszahlungen zu erstatten und den Kl. von den weiteren Zinszahlungen auf diesen Darlehensvertrag freizustellen.

#### **Parallelverfahren:**

**SG für das Saarland, Urteil v. 09.05.2018 - S 1 KR 623/17**

**RID 18-03-99**

juris

Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Paar orthopädischer Straßenschuhe mit diabetes-adaptierten Fußbetteinlagen zu versorgen.

#### **g) Fiktive Genehmigung von häuslicher Krankenpflege (Medikamentenherrichtung/-gabe)**

**LSG Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss v. 12.06.2018 - L 6 KR 78/17 B ER**

**RID 18-03-100**

juris

**SGB V §§ 13 IIIa 6, 27 I 2 Nr. 4, 37 II**

**Leitsatz:** Zur fiktiven Genehmigung von häuslicher Krankenpflege in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe.

*SG Rostock*, Beschl. v. 16.06.2017 - S 17 KR 92/17 ER - verpflichtete die Ag. zur Leistungsgewährung entsprechend der Verordnung für die Dauer des Hauptsacheverfahrens, längstens jedoch bis zum 31.12.2017 oder zur Bestandskraft des Bescheides v. 28.03.2017, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

#### **h) Zahnersatz: Kein Anspruch auf Übernahme auch des Eigenanteils**

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.05.2018 - L 11 KR 373/18**

**RID 18-03-101**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig. B 1 KR 48/18 B*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 13 IIIa**

**Leitsatz:** Gelten ein **Heil- und Kostenplan** über die Versorgung mit Zahnersatz sowie ein gleichzeitig gestellter Antrag des Versicherten auf **Übernahme auch des Eigenanteils** als (fiktiv) genehmigt, besteht (nur) ein Anspruch auf den doppelten Festzuschuss.

*SG Mannheim*, Gerichtsbes. v. 03.01.2018 - S 7 KR 646/171 - verurteilte die Bekl., die Kosten der dem Heil- und Kostenplan vom 02.03.2016 zugrundeliegenden Zahnersatzbehandlung zu übernehmen. Das *LSG* hob den Gerichtsbes. auf, soweit die Bekl. verurteilt wird, Kosten der Kl. für Zahnersatzbehandlung gemäß Heil- und Kostenplan vom 02.03.2016 von mehr als insgesamt 1.668,08 € zu übernehmen. Im Übrigen wies es die Berufung der Bekl. zurück.

## 2. Systemversagen: Unzureichende Unterstützung durch Krankenkasse (Psychotherapie)

SG Berlin, Urteil v. 09.04.2018 - S 81 KR 1002/17

RID 18-03-102

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 27 I, 28 III, 72 I 2, 75 I, Ia 1, 76 I; SGB I §§ 13, 14, 17 I Nr. 1; SGB X § 21 II

**Leitsatz:** 1. Gelingt es einer Versicherten mit den ihr individuell zumutbaren Anstrengungen nicht, für eine medizinisch erforderliche psychotherapeutische Behandlung einen zugelassenen und behandlungsbereiten Leistungserbringer in einer für sie zumutbaren Zeit und Entfernung zu finden, ist die **Krankenkasse verpflichtet**, sie aktiv bei der Suche zu unterstützen. Kommt sie dieser Verpflichtung nicht ausreichend nach, kann sich hieraus ein die Inanspruchnahme eines nicht zugelassenen (approbierten) Leistungserbringers rechtfertigendes **Systemversagen** ergeben.

2. Zu den Anforderungen an das Vorliegen eines Systemversagens bei der Suche nach einem freien Therapieplatz bei einem zugelassenen und behandlungsbereiten Leistungserbringer für eine ambulante (Richtlinien-)Psychotherapie.

Das SG verurteilte die Bekl., die Kl. von den Kosten für bis zu vier probatorische Sitzungen bei der Dipl.-Psych. O. S. (approbiert mit der Fachkunde in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Psychoanalyse) dem Grunde nach freizustellen. Das SG ging davon aus, dass die Kl. sich an insgesamt 23 zugelassene Psychotherapeuten gewandt habe. Soweit an der Ernsthaftigkeit der Suche z.T. durchaus Zweifel angebracht seien, was insb. hinsichtlich der per E-Mail erfolgten Anfragen gelte, die ihrer inhaltlichen Gestaltung nach nicht auf eine ernsthafte Suche nach einem zugelassenen Therapeuten hindeuteten, sondern darauf, dass die Kl. die Zu- oder Absage nur für eine Fortsetzung der Therapie bei Frau S. benötigte, habe die Kl. in der mündlichen Verhandlung glaubhaft den Eindruck vermittelt, nicht auf die Behandlung durch Frau S. festgelegt zu sein, sondern dass sie bereit sei, an der Suche nach einem geeigneten zugelassenen Leistungserbringer aktiv mitzuwirken, wenn sie hierbei von der Bekl. unterstützt werde.

### Aus den Gründen:

„(...) 34 bb) Im Hinblick auf die **Zumutbarkeit der Inanspruchnahme bestimmter Leistungserbringer** werden etwa bei Vorliegen einer akuten und schwerwiegenden psychischen Erkrankung nur verhältnismäßig geringe Wartezeiten zumutbar sein, während im Normalfall für eine Richtlinienpsychotherapie ein Zeitraum von bis zu drei Monaten noch vertretbar erscheint (a. A. Stellpflug/Wipperfürth, ZGMR 2017, 225, 227, die die Grenze unter Hinweis auf § 33 Abs. 1 Satz 4 PT-RL für den „Normalfall“ wohl bei drei Wochen ziehen). Hinsichtlich der zumutbaren Fahrwege ist unter anderem zu berücksichtigen, ob der oder die Versicherte berufstätig ist, und die Arbeitsfähigkeit durch die Therapie z.B. gerade erhalten werden soll, und ob bei ihm z. B. krankheits- oder behinderungsbedingte Einschränkungen der Fortbewegungsfähigkeit vorliegen. Im Normalfall werden **Fahrwege von bis zu einer Stunde** aber sicher zumutbar sein (vgl. BSG, Urteil vom 23. Juni 2010 - B 6 KA 22/09 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 8, juris Rn. 23: max. 25 km bei allgemeinen Leistungen, zu denen auch die Psychotherapie gehört). Hinsichtlich der **Therapeutenauswahl** ist auch zu berücksichtigen, dass bei der Psychotherapie der kontinuierlichen Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung (vgl. § 4 Abs. 3 der Psychotherapie-Richtlinien des GBA, PT-RL) und damit letztlich auch dem Grundsatz der Freiheit der Arztwahl (§ 76 Abs. 1 SGB V) eine besondere Bedeutung zukommt. Eine von gegenseitigem Vertrauen geprägte Therapeut-Patient-Beziehung ist elementare Voraussetzung für den Erfolg der Therapie. Andererseits dienen der Prüfung, ob eine vertrauensvolle Zusammenarbeit möglich ist, auch die probatorischen Sitzungen (vgl. § 12 PT-RL). Insofern ist es dem Versicherten auf der Suche nach einem zugelassenen Leistungserbringer regelmäßig zumutbar, bei einem zugelassenen Leistungserbringer, der ihm einen Therapieplatz anbietet, zunächst eine oder mehrere probatorische Sitzungen durchzuführen um herauszufinden, ob eine vertrauensvolle Zusammenarbeit möglich ist.

35 cc) Hinsichtlich der zumutbaren Anforderungen an die **Therapeutensuche** kann den Versicherten zunächst grundsätzlich abverlangt werden, die von der Kassenärztlichen Vereinigung und der Psychotherapeutenkammer zur Verfügung gestellten Informationen zu nutzen und sich von sich aus an mehrere zugelassene Leistungserbringer zu wenden und nach freien Kapazitäten zu erkundigen. Zu berücksichtigen ist hierbei aber auch, dass die langwierige Suche nach einem geeigneten Psychotherapeuten selbst unter Umständen psychisch sehr belastend sein und das vorhandene psychische Leiden damit ggf. verschlimmern kann. Zu berücksichtigen ist ferner, dass gerade Psychotherapeuten häufig in einer Einzelpraxis ohne Angestellte tätig und oft nur schwer zu erreichen sind. Auch insofern sind die Zumutbarkeitsanforderungen einzelfallbezogen zu bestimmen, wobei den Versicherten im Normalfall **mehr als 20 oder 30 erfolglose Anfragen sicher nicht abverlangt** werden können.

36 An die von der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 75 Abs. 1a SGB V einzurichtende **Terminservicestelle** müssen sich Versicherte bei nicht zweifelhaftem Anspruch auf eine Richtlinienpsychotherapie nicht wenden, weil diese zumindest bislang (gegen die Ausweitung der Vermittlungstätigkeit der Terminservicestellen auch auf die probatorischen Sitzungen und die Richtlinienpsychotherapie durch den Beschluss des Bundesschiedsamtes vom 9. November 2017 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg unter dem Aktenzeichen L 24 KA 66/17 Klage erhoben) nur Termine für psychotherapeutische Erstgespräche und eine ggf. erforderliche Akutbehandlung vermitteln, aber gerade nicht für probatorische Sitzungen und Richtlinienpsychotherapie. Dies hat die Beigeladene für die bei ihr eingerichtete Terminservicestelle ausdrücklich bestätigt.

37 Wendet sich der Versicherte an seine **Krankenkasse** und macht er glaubhaft geltend, bei einer größeren Anzahl von (zumutbaren, siehe oben bb) Leistungserbringern erfolglos nach freien Kapazitäten gesucht zu haben, muss die Krankenkasse von sich aus tätig werden und den Versicherten bei der Therapeutensuche aktiv unterstützen, indem sie etwa von sich aus mit zugelassenen Leistungserbringern in Kontakt tritt und nach freien Kapazitäten fragt. Sie kann sich hierbei ihrer Verantwortung, für eine zeitnahe Versorgung der Versicherten mit notwendigen medizinischen Leistungen Sorge zu tragen (vgl. auch § 17 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 SGB I) auch nicht durch einen Hinweis auf den Grundsatz der freien Arzt- bzw. Therapeutenwahl (§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V) entziehen. Durch die Unterstützung der Versicherten bei der Suche nach leistungsbereiten Leistungserbringern wird der Grundsatz der freien Arztwahl nicht berührt, sondern ihm wird überhaupt erst Geltung verschafft, zumal den Versicherten keine Verpflichtung trifft, einen vermittelten Leistungserbringer auch tatsächlich in Anspruch zu nehmen (ihm ist es dann ggf. lediglich verwehrt, sich auf ein Systemversagen zu berufen).

38 Der **Versicherte** seinerseits muss bei der Suche ebenfalls aktiv mitwirken und die von der Krankenkasse ermittelten zumutbaren und leistungsbereiten Leistungserbringer kontaktieren bzw. aufsuchen und ggf. zumindest die probatorischen Sitzungen in Anspruch nehmen um herauszufinden, ob eine vertrauensvolle Zusammenarbeit möglich ist (siehe oben bb). (...)

### 3. Voraussetzung einer ordnungsgemäßen Abrechnung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 03.04.2018 - L 11 KR 480/17

RID 18-03-103

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 III

Eine Kostenerstattung für **ambulant** durchgeführte **Liposuktionen** kommt nicht in Betracht. Der Kostenerstattungsanspruch eines Versicherten, der sich die Leistung selbst beschafft hat, setzt voraus, dass dem behandelnden Arzt gegen ihn ein rechtswirksamer **Vergütungsanspruch** aus der Behandlung erwachsen ist (BSG, Urt. v. 27.03.2007 - B 1 KR 25/06 R - SozR 4-2500 § 116b Nr. 1; v. 07.11.2006 - B 1 KR 24/06 R - BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 12). Voraussetzung hierfür ist eine **ordnungsgemäße Abrechnung**.

*SG Köln*, Urt. v. 10.07.2017 - S 21 KR 1291/16 - wies die Klage ab, das **LSG** 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. Off-Label-Use

##### a) „Last-line“-Therapie mit Bevacizumab (Avastin) und Irinotecan

LSG Sachsen, Beschluss v. 05.06.2018 - L 9 KR 223/18 B ER

RID 18-03-104

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, II 1, 27 I, 31 I; SGG §§ 86 II, 86b II 2; GG Art. 2, 19 IV

**Leitsatz:** Soweit bei Standardtherapie-refraktärem rezidivierendem Glioblastom eine „last-line“-Therapie mit **Bevacizumab (Avastin)** und **Irinotecan** ärztlich verordnet wird und diese beim Patienten gut anspricht, indem sie das Tumorstadium aufhält, ist ein Anspruch auf diese Behandlung nach den Kriterien für den Off-Label-Use i. V. m. § 2 Abs. 1a SGB V ausnahmsweise gegeben.

*SG Chemnitz*, Beschl. v. 27.04.2018 - S 18 KR 181/18 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** verpflichtete die Bg., dem Bf. bis zu einer bestandskräftigen Entscheidung im Widerspruchsverfahren vorläufig als Sachleistung die Therapie mit den Arzneimitteln Bevacizumab/Irinotecan zur Behandlung des Glioblastoms nach Verordnung der behandelnden Ärzte zu gewähren.

##### b) Fampridin bei Episodischer Ataxie Typ II

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.04.2018 - L 1 KR 350/15

RID 18-03-105

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 31 I

**Fampyridin** ist für die Behandlung der Gangunsicherheit erwachsener, an multipler Sklerose erkrankter Patienten zugelassen. Ein ähnlicher Effekt wird auch bei der Gangunsicherheit von an **Episodischer Ataxie Typ II** erkrankten Patienten angenommen und beobachtet. Es liegen auch Erkenntnisse in der Qualität einer kontrollierten **klinischen Prüfung** der Phase III (gegenüber Standard oder Placebo) vor.

*SG Berlin*, Urt. v. 15.07.2015 - S 28 KR 1374/15 - wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete die Bekl., den Kl. bei ärztlicher Verordnung mit dem Arzneimittel Fampyra® (Wirkstoff Fampridin [= 4-Aminopyridin]) zu versorgen.

## 2. Cannabishaltige Arzneimittel

### a) BVerfG: Eilrechtsschutz/Vollprüfung und Folgenabwägung/Anlehnung an Rspr. zu § 2 Ia SGB V

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 26.06.2018 - 1 BvR 733/18

RID 18-03-106

juris  
GG Art. 3 I, 19 IV

Die Verfassungsbeschwerde gegen *LSG Hessen*, Beschl. v. 20.02.2018 - L 8 KR 445/17 B ER - RID 18-02-104 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Die Kammer hat bereits mit Beschl. v. 06.02.2013 (BVerfGK 20, 196) festgehalten, dass sich aus den aus Art. 19 IV GG folgenden Anforderungen an den **fachgerichtlichen Eilrechtsschutz** nur ausnahmsweise die Notwendigkeit einer **Vollprüfung** ergibt (vgl. hierzu und zum Folgenden BVerfGK 20, 196 <197 f.>). Die Fachgerichte müssen vielmehr die Sach- und Rechtslage nur umso eingehender prüfen, je gewichtiger die drohende Grundrechtsverletzung und je höher ihre Eintrittswahrscheinlichkeit ist. Findet eine gemessen am Gewicht der geltend gemachten Grundrechtsverletzungen genügend intensive Durchdringung der Sach- und Rechtslage statt, kann es unschädlich sein, wenn das Fachgericht den Ausgang des Hauptsacheverfahrens gleichwohl als offen einschätzt und die von ihm vorgenommene Prüfung selbst als summarisch bezeichnet, ohne deswegen allein auf eine **Folgenabwägung** abzustellen, sofern nur deutlich wird, dass das Fachgericht den Ausgang des Hauptsacheverfahrens für weitgehend zuverlässig prognostizierbar hält.

Eine Ähnlichkeit der Normstruktur der §§ 2 Ia, 31 VI SGB V wird schon aus dem Wortlaut beider Vorschriften und im Übrigen auch aus den Materialien deutlich (vgl. BT-Drs. 18/8965, S. 24), so dass eine Anlehnung an die Rspr. zu § 2 Ia SGB V bei der Auslegung des jüngst neu in das SGB V eingefügten § 31 VI SGB V nicht als willkürlich erscheint.

### b) Ablehnender Verwaltungsakt/Arzneimittelzulassung/Ausschluss alternativer Behandlung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.04.2018 - L 5 KR 140/16

RID 18-03-107

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 60/18 B*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 2 Ia, 13 IIIa, 27 I 1, 31

Bringt die Krankenkasse in einem Schreiben deutlich zum Ausdruck, dass sie dem Antrag des Kl. auf Versorgung mit Medizinal-Cannabisblüten bzw. der Erstattung der hierfür anfallenden Kosten nicht nachkommen wird, so liegt ein **ablehnender Verwaltungsakt** vor.

Ein Anspruch auf Versorgung mit **Medizinal-Cannabisblüten** ergibt sich auch nicht aus § 27 I 1 SGB V i.V.m. § 31 SGB V. Selbst wenn man Medizinal-Cannabisblüten als Fertig-Arzneimittel im Sinne des § 4 I 1 AMG qualifizieren würde, fehlt es an einer EU-weiten oder auf die Bundesrepublik Deutschland bezogenen **Arzneimittelzulassung** i.S.d. § 21 I AMG (vgl. dazu BSG, Urt. v. 16.12.2008 - B 1 KN 3/07 KR R - USK 2008-73).

Die (entscheidende) Frage für einen Anspruch nach § 2 Ia 1 SGB V, ob **andere Methoden** zur Behandlung der Schmerzen des Kl. zur Verfügung stehen, lässt sich allein im Rahmen eines **Sachverständigengutachtens** nicht beantworten. Es bedarf dazu vielmehr der **konkreten Durchführung dieser Behandlungsmöglichkeiten** mit Beobachtung des Verlaufs der Auswirkungen auf die Schmerzen des Klägers.

*SG Dortmund*, Urt. v. 22.01.2016 - S 8 KR 435/14 - RID 16-01-122 verurteilte die Bekl., die Kosten für die monatliche Versorgung des Klägers mit 56 g Cannabisblüten entsprechend der ärztlichen Verordnung des behandelnden Arztes zu tragen. Das *LSG* wies auf Berufung der Bekl. die Klage ab.

### c) Behandlung mit Cannabis-Blüten

LSG Hessen, Beschluss v. 17.05.2018 - L 8 KR 196/18 B ER

RID 18-03-108

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 31 VI

Wird aufgrund der Ausführungen des behandelten Arztes hinreichend glaubhaft gemacht, dass dem Ast. die Fortführung der Behandlung mit Sativex oder Dronabinol mangels hinreichender Wirksamkeit bzw. aufgrund bestehender Unverträglichkeit nicht zugemutet werden kann, so besteht ein **Anspruch auf Behandlung** mit Cannabis in Form von **getrockneten Blüten**.

*SG Marburg*, Beschl. v. 22.03.2018 - S 14 KR 38/18 ER - verpflichtete die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung, dem Ast. entsprechend ärztlicher Verordnung die Versorgung mit Cannabisblüten nach § 31 VI SGB V bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens zum Az.: S 14 KR 121/17 zu genehmigen, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

### d) Vertragsärztliche Verordnung/Folgenabwägung

LSG Bayern, Beschluss v. 25.06.2018 - L 4 KR 119/18 B ER

RID 18-03-109

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 31 VI; BtMG § 3 II; SGG § 86b II

Der Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf einer **vertragsärztlichen Verordnung** gemäß § 73 II Nr. 7 SGB V in entsprechender Form (BSG, Urt. v. 16.12.1993 - 4 RK 5/92 - BSGE 73, 271 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 4). Die **Versorgung mit Cannabisblüten** bedarf zudem grundsätzlich der Verordnung auf einem **Betäubungsmittelrezept** (§ 11 V 1 AMR i.V.m. § 13 II 1 BtMG, § 8 I 1 BtMVV), welches die in § 9 BtMVV vorgeschriebenen Angaben enthält.

Bei einer **Folgenabwägung** sind vor allem die gesundheitliche Situation und die objektivierten Schmerzzustände zu berücksichtigen, also nach Art. 2 II GG geschützte Güter, bei der Krankenkasse das Interesse an einer im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit möglichst wirtschaftlichen Behandlung. Ferner sind die Nebenwirkungen von Cannabisblütenprodukten wie insb. Abhängigkeiten zu berücksichtigen.

*SG Augsburg*, Beschl. v. 19.01.2018 - S 2 KR 590/17 ER - verpflichtete die Ag. vorläufig, dem Ast. ab 29.11.2017 bis 30.04.2018 ein verfügbares Cannabispräparat als Arzneimittel als Sachleistung zur Verfügung zu stellen bzw. in diesem Zeitraum bereits entstandene Kosten zu erstatten. Das *LSG* verpflichtete die Ag. vorläufig, dem Ast. ab 01.03.2018 bis 30.04.2018 ein verfügbares Cannabispräparat als Arzneimittel als Sachleistung zur Verfügung zu stellen bzw. in diesem Zeitraum bereits entstandene Kosten, mit Ausnahme des Zuzahlungsbetrages, zu erstatten.

### 3. Medikament Armour Thyroid ohne Zulassung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 14.02.2017 - L 5 KR 883/16

RID 18-03-110

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 2 Ia, II 1, 27 I, 31 I

Es besteht mit der Vorinstanz kein Sachleistungsanspruch auf Versorgung mit dem Medikament **Armour Thyroid**. Es ist weder in Deutschland noch in Europa zugelassen. Die Voraussetzungen für einen **Off-Label-Use** sind nicht erfüllt. Ferner handele es sich bei der **Erkrankung Immuntthyreoditis der Schilddrüse mit Hashimoto-Syndrom** weder um eine lebensbedrohliche, regelmäßig tödlich verlaufende oder wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung, noch fehlt es an einer alternativen Standardtherapie.

*SG Dortmund*, Urt. v. 27.10.2016 - S 39 KR 1873/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 28.04.2017 - B 1 KR 15/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

#### 4. Nicht verschreibungspflichtiges apothekenpflichtiges Mistelpräparat Iscucin salicis

LSG Hessen, Urteil v. 01.03.2018 - L 8 KR 293/17

RID 18-03-111

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 34 I 1 u. 2

Es besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme für das nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige **Mistelpräparat** Iscucin salicis zur Behandlung einer seropositiven rheumatoiden **Arthritis**. Der grundsätzliche Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Medikamente aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung verstößt nicht gegen Verfassungsrecht.

*SG Frankfurt a. M.*, Gerichtsbb. v. 22.06.2017 - S 14 KR 257/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 20.06.2018 - B 1 KR 33/18 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

#### V. Hilfsmittel/Heilmittel

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, Gesetzssystematik, 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 Zuzahlungsbetrags. 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. Elektrorollstuhl: Verkehrstauglichkeit des Versicherten

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 14.11.2017 - S 6 KR 127/16

RID 18-03-112

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

Bei der Versorgung mit einem **Elektrorollstuhl** ist zu berücksichtigen, dass gewährleistet sein muss, dass der Versicherte mit diesem Hilfsmittel bestimmungsgemäß umgehen kann (vgl. *BSG*, Urt. v. 12.08.2009 - B 3 KR 8/08 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 27). D.h., der Versicherte muss in der Lage sein, die Technik des Fahrens mit einem solchen Rollstuhl zu beherrschen, aber darüber hinaus auch die Straßenverkehrsregeln insoweit einzuhalten, als sie für das Fahren mit einem führerscheinfreien Fahrzeug gelten (*LSG Bayern*, Urt. v. 14.01.2010 - L 4 KR 189/09 - RID 10-02-124).

Eine **Begutachtung** auf der Grundlage einer Leistungsprüfung, welche bei Kraftfahrzeugführern eingesetzt wird, ist zur Überprüfung der Verkehrstüchtigkeit untauglich. Der Test und die Testumgebung müssen auf **Menschen mit eingeschränkten Fähigkeiten** ausgerichtet sein. Behinderungen, die eine erhebliche **Verlangsamung der Reaktionszeiten** nach sich ziehen, schließen die Fahrtauglichkeit nicht von vornherein aus.

Das *SG* die verpflichtete die Bekl., den Kl. mit einem Elektro-Rollstuhl zu versorgen.



## 2. Fußheber-System

### a) Aufwändiges Fußheber-System für MS-Erkrankte

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 19.06.2018 - L 11 KR 1996/17

RID 18-03-113

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 54/18 B*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33

**Leitsatz:** Versicherte der GKV, die an einer progredient verlaufenden **Multiplen Sklerose** mit ausgeprägter Peroneusparesis leiden, haben Anspruch auf Versorgung mit dem **Fußhebesystem** Ness L300. In einem solchen Fall handelt es sich bei dem Fußhebesystem um ein Hilfsmittel, das nicht der Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung, sondern dem unmittelbaren Ausgleich einer Behinderung (Gangstörung) dient.

*SG Stuttgart*, Urte. v. 07.04.2017 - S 10 KR 4906/15 - verurteilte die Bekl., die Kosten für das Hilfsmittel Fußhebesystem Ness L300 zu übernehmen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

### b) Fußheber- und Oberschenkelsystem bei Multipler Sklerose

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.06.2018 - L 4 KR 531/17

RID 18-03-114

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 51/18 B*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 33, 34 IV, 139

**Leitsatz:** Eine an Multipler Sklerose leidende Versicherte hat Anspruch auf ein **Fußheber- und Oberschenkelsystem** Bioness L 300, das auf die Wiederherstellung und Verbesserung des **Gehvermögens** zielt und damit dem unmittelbaren Behinderungsausgleich dient. Deshalb bedarf es keiner positiven Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

*SG Freiburg*, Gerichtsbes. v. 25.01.2017 - S 23 KR 5679/15 - verurteilte die Bekl., die Kl. mit dem Fußhebersystem NESS L300 komplett links der Firma Bioness Inc. zu versorgen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

### c) Neue Behandlungsmethode

SG Altenburg, Urteil v. 08.03.2018 - S 4 KR 3249/15

RID 18-03-115

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 33 I 1, 135 I

**Fußhebersysteme**, die mittels funktioneller Elektrostimulation wirken, basieren auf einer **neuen Behandlungsmethode**. Ihr Einsatz unterliegt der Sperrwirkung des § 135 I SGB V (Anschluss an SG Berlin, Urte. v. 03.11.2017 - S 112 KR 218/16 - RID 18-01-90, Berufung anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 1 KR 505/17 -).

Das *SG* wies die Klage ab.

## 3. Telefonklingelsender für Hörbehinderte

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.05.2018 - L 5 KR 1365/16

RID 18-03-116

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I 1

**Leitsatz:** Die Krankenkassen müssen **Hörbehinderten** im Rahmen der Hilfsmittelversorgung (zum „mittelbaren Behinderungsausgleich“) einen (das Telefonklingeln in ein Lichtsignal umwandelnden) **Telefonklingelsender** gewähren; das Grundbedürfnis des Hörbehinderten nach **Kommunikation** mit anderen Menschen umfasst nicht nur die passive Erreichbarkeit für (spontane) Besuchskontakte (als reale Kontakte im Sinne des „Besuchtwerdenkönnens“ - Türklingelsender), sondern auch die passive Erreichbarkeit für (spontane) Telefonkontakte (als virtuelle Kontakte im Sinne des „Angerufenwerdenkönnens“ - Telefonklingelsender).

*SG Stuttgart*, Urte. v. 22.01.2016 - S 10 KR 2185/15 - verurteilte die Bekl., dem Kl., zweitangegangener Leistungsträger, die Kosten des dem Beigel. (Mitglied der Bekl.) gewährten Telefonsenders i.H.v. 139,00 € zu erstatten, das *LSG* wies die Berufung zurück.

#### 4. Elektrisch verstellbarer Betteinlegerahmen

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 30.01.2018 - L 1 KR 86/16**

**RID 18-03-117**

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

Bei einem dreifach elektrisch verstellbaren **Betteinlegerahmen** mit viergeteilter Liegefläche handelt es sich um einen **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens**. Denn ein solcher Gegenstand ist nicht nur für die Bedürfnisse erkrankter oder behinderter Menschen konzipiert.

*SG Duisburg*, Urt. v. 30.12.2015 - S 9 KR 818/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### 5. Voraussetzungen einer Langzeitverordnung für Heilmittel (Krankengymnastik)

**LSG Hessen, Beschluss v. 15.12.2017 - L 8 KR 218/17**

**RID 18-03-118**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 32 Ia, 92 I 2 Nr. 6

Eine **Langzeitverordnung** von Heilmitteln (Krankengymnastik) setzt eine der in Anl. 2 der Heilmittel-RL gelisteten Diagnosen mit den jeweils aufgeführten Diagnosegruppen des Heilmittelkataloges oder eine schwere dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigung voraus, die mit denen der Anl. 2 vergleichbar sind bzw. bei einer Gesamtbetrachtung ihrer funktionellen/strukturellen Schädigungen eine Vergleichbarkeit mit den in der Anl. 2 aufgeführten funktionellen/strukturellen Schädigungen erkennen lassen.

Eine notwendige weitere Heilmittelversorgung für sechs Monate reicht nicht aus, da § 8a V 4 Heilmittel-RL einen Therapiebedarf von **mindestens einem Jahr** erfordert.

*SG Fulda*, Urt. v. 19.01.2017 - S 11 KR 42/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 14.02.2018 - B 1 KR 8/18 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

### VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege

#### 1. Rehabilitation

##### a) Keine stationäre Reha-Maßnahme bei ambulant erbringbaren Leistungen

**LSG Hessen, Urteil v. 14.12.2017 - L 8 KR 171/17**

**RID 18-03-119**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 11 II, 40

Es besteht keine medizinische Notwendigkeit für eine medizinische stationäre Reha-Maßnahme, wenn **ambulant erbringbare Leistungen** (hier: Massage- und Bewegungstherapie, eine standardisierte Heilmittelkombination, Psychotherapie, Reha-Sport/Funktionstraining, Patientenschulung, Ernährungsberatung und Photo- und Badetherapie) in den letzten 12 Monaten nicht durchgeführt wurden und als aussichtsreich anzusehen sind.

*SG Frankfurt a. M.*, Gerichtsbb. v. 10.03.2017 - S 34 KR 367/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 14.02.2018 - B 1 KR 2/18 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

##### b) Mutter-Kind-Maßnahme

###### aa) Kein Anspruch des Kindes bei privat versicherter Mutter

**LSG Hessen, Urteil v. 25.01.2018 - L 8 KR 115/17**

**RID 18-03-120**

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 14/18 R*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 13 III, 24

Eine **nicht gesetzlich versicherte** (Pfleger-)Mutter gehört nicht zum berechtigten Personenkreis nach § 24 I 1 SGB V. Ihr (Pfleger-)Kind hat keinen Anspruch auf eine Vorsorgeleistung im Rahmen einer Mutter-Kind-Kur, wenn es wegen seines Alters von 16 Monaten nicht in der Lage ist, während der

Vorsorgemaßnahme seiner Pflegemutter an entsprechenden Vorsorgeleistungen teilzunehmen. Ein sinnvoller Aufenthalt begründet für sich allein noch keinen Behandlungsbedarf im Rahmen einer Vorsorgemaßnahme.

*SG Kassel*, Gerichtsb. v. 19.01.2017 - S 5 KR 331/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

**Parallelverfahren:**

**LSG Hessen, Urteil v. 25.01.2018 - L 8 KR 114/17**

**RID 18-03-121**

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 19/18 R*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**bb) Kein Kausalzusammenhang zwischen Krankheit u. familiärer Situation**

**SG Osnabrück, Gerichtsbescheid v. 31.05.2018 - S 34 KR 423/17**

**RID 18-03-122**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V §§ 23, 24 I 1**

Das Gesetz sieht nicht vor, dass ein **Kausalzusammenhang** zwischen den Krankheiten dahingehend besteht, dass eine Krankheit durch die familiäre Situation verursacht wird (LSG Rheinland-Pfalz, Ur. v. 21.06.2012 - L 5 KR 34/12 - juris Rn. 13). Außerdem stellt das Gesetz ohnehin nicht allein auf Krankheiten ab, sondern lässt einen geschwächten Gesundheitszustand genügen. Zur Gesundheit gehört auch die psychische Gesundheit. Weiterhin ist zu berücksichtigen, ob die familiäre Situation es der Versicherten auch erheblich erschwert, diesbezügliche Therapiemaßnahmen in Anspruch zu nehmen und die Eigenübungen durchzuführen, wenn sie weitestgehend allein für Haushalt und Kind zuständig ist.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kosten für eine Mutter-Kind-Maßnahme für die Kl. zu übernehmen.

**c) Keine einstweilige Anordnung bei fehlender Verschlechterung des Gesundheitszustandes**

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 09.05.2018 - L 11 KR 193/18 B ER**

**RID 18-03-123**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V § 23 IV**

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach kein Anspruch darauf besteht, dass die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet wird, eine stationäre, psychosomatisch ausgerichtete **Vorsorgemaßnahme** zu gewähren, wenn es am notwendigen **Anordnungsgrund** fehlt, weil eine akute **Verschlechterung des Gesundheitszustandes** im Rahmen der im Eilverfahren gebotenen summarischen Prüfung nicht festgestellt werden kann, ist nicht zu beanstanden.

*SG Gelsenkirchen*, Beschl. v. 19.03.2018 - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

**2. Häusliche Krankenpflege (Medikamentengabe): Abgrenzung zur Eingliederungshilfe**

**LSG Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss v. 14.06.2018 - L 6 KR 101/17 B ER**

**RID 18-03-124**

juris  
**SGB V § 37; SGB XII § 54**

**Leitsatz:** Zur Abgrenzung des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Medikamentengabe) vom Anspruch auf Eingliederungshilfe im Rahmen einer Einrichtung des betreuten Einzelwohnens.

*SG Rostock*, Beschl. v. 09.08.2017 - S 17 KR 164/17 ER - verpflichtete die Ag., dem Ast. ab 04.08.2017, längstens bis zum 30.09.2017 die beantragte Behandlungspflege zu gewähren, das *LSG* lehnte den Eilantrag ab.

## VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 19.06.2018 - **B I KR 38/17 R** u. **B I KR 39/17 R** - reicht es für die Abrechnung des OPS 8-98b nicht aus, dass die **Zeitgrenze von 30 Minuten für den Transport eines Patienten** zu einem Kooperationspartner des behandelnden Krankenhauses nur bei Tageslicht eingehalten werden kann. Damit ist das Krankenhaus nicht in der Lage, die erforderliche „höchstens halbstündige Transportentfernung“ unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels grundsätzlich, also regelhaft jederzeit einzuhalten. Dieser Zeitraum beginnt mit der Entscheidung, ein Transportmittel anzufordern, und endet mit der Übergabe des Patienten an die behandelnde Einheit des Kooperationspartners. Bei Dunkelheit dauerte diese Rettungstransportzeit auch unter Einsatz eines Rettungshubschraubers als schnellstmöglichem Transportmittel wesentlich länger als eine halbe Stunde. Nach BSG, Urt. v. 19.06.2018 - B I KR 30/17 R - wird bei Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären Entgelten für jeden Patienten, der wegen **derselben Erkrankung** regelmäßig oder mehrfach behandelt wird, je Quartal nur **ein Fall** gezählt (§ 8 II Nr. 2 Buchst. b FPV 2012). Prozeduren, die - wie hier die **Gabe von Medikamenten** - Mengen- oder Zeitangaben im Kode enthalten, sind nur einmal während einer stationären Behandlung, also im stationären Behandlungsfall zu kodieren. Dementsprechend durfte die Kl. nicht für jeden Behandlungstag die jeweils verabreichte Medikamentendosis abrechnen, sondern nur einmal die Summe der im 3. Quartal verabreichten Medikamentendosen (Gabe von Pemetrexed, parenteral, 3.900 mg und mehr; OPS 6-001.cj; Zusatzentgelt ZE53.19). Nach BSG, Urt. v. 19.06.2018 - **B I KR 32/17 R** - ist bei der Beurteilung des Feststellung des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses maßgeblichen **Versorgungsauftrags nach dem Landeskrankenhausplan** auf die jeweils im Zeitpunkt der streitigen Leistungserbringung gültige **Weiterbildungsordnung** abzustellen. Die danach maßgeblichen WBO fassen nach der verbindlichen Auffassung des LSG unter dem Gebiet „Chirurgie“ u.a. die Fachgebiete Orthopädie und Unfallchirurgie zusammen. Dementsprechend hat das LSG die erbrachte **Kniet-TEP** als vom Versorgungsauftrag „**Chirurgie**“ erfasst angesehen. Nach BSG, Urt. v. 19.06.2018 - **B I KR 26/17 R** - ist die **ärztliche Krankenseinweisung keine Voraussetzung** für die **stationäre Behandlungsbedürftigkeit** sowie für die Abrechenbarkeit stationärer Vergütungsansprüche. Sie hat grundsätzlich eine bloße **Ordnungsfunktion**. Sie hilft Versicherten bei der Entscheidung, sich in Krankenhausbehandlung zu begeben und ein geeignetes Krankenhaus zu finden. Die Verordnung sichert - auch im Interesse der Beitragszahler - die Prüfung, dass vertragsärztliche Behandlungsmöglichkeiten erschöpft sind. Sie vermittelt zugleich Informationen für das aufnehmende Krankenhaus, das die Erforderlichkeit der Behandlung selbst zu prüfen hat. Die Steuerungs- und Entlastungseffekte genügen dem Gesetz aber nicht für ein striktes Gebot, Krankenhausbehandlung stets von einer vertragsärztlichen Verordnung abhängig zu machen. Dies rief Versorgungsmängel hervor und setzte die Krankenhäuser bei der Aufnahmeprüfung unzumutbaren Haftungsrisiken aus. Die hiervon abweichende Vereinbarung im Landesvertrag Niedersachsen nach § 112 SGB V ist unwirksam. Sie verstößt gegen Bundesrecht. Nach BSG, Urt. v. 20.03.2018 - **B I KR 25/17 R** - ist bei einer Krankenhausbehandlung wegen einer primären fokalen Hyperhidrose die Hauptdiagnose nach der Nr. G90.41 (Autonome Dysreflexie als Schwitzattacken) 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 I 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 frührehabilitativer 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 I 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 I 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) Keine Notwendigkeit einer stationären Behandlung

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 26.04.2018 - L 6 KR 34/13

RID 18-03-125

juris  
SGB V § 39 I 2

Die **Einschätzung des einweisenden Arztes** kann ein Indiz für ein stationäres Behandlungserfordernis sein, reicht aber für die Begründung der Erforderlichkeit einer stationären Behandlung nicht aus. Ist eine **ambulante Katheterisierung** des Patienten ausreichend, besteht keine **Notwendigkeit** einer stationären Behandlung.

**SG Rostock**, Urt. v. 26.02.2013 - S 15 KR 180/09 - verpflichtete die Bekl. zur Zahlung in Höhe von 820,53 € nebst Zinsen an die Kl., das **LSG** wies die Klage ab.

## b) Dauer der stationären Aufnahme für Cholangiopankreatikographie

**LSG Hamburg, Urteil v. 05.04.2018 - L 1 KR 32/15**

**RID 18-03-126**

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

Weder die erforderliche Aufklärung des Patienten noch die Entfernung, die der Patient bis zum behandelnden Krankenhaus zurücklegen muss, sind medizinische Erfordernisse, die eine **stationäre Aufnahme** rechtfertigen (BSG, Urt. v. 30.06.2009 - B 1 KR 24/08 R - BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 17).

Im Streit steht die Vergütung einer stationär erfolgten endoskopisch retrograden Cholangiopankreatikographie. Hierbei handelt es sich um eine endoskopische Methode, mit der diagnostische und therapeutische Eingriffe durchgeführt werden können. Neben der Darstellung der Gallenwege, Gallenblase und des Pankreasgangs mit Röntgenkontrastmittel können auch Steine entfernt oder die Öffnung des Gallengangs geweitet werden. **SG Hamburg**, Urt. v. 24.03.2015 - S 21 KR 1685/12 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 912,37 € nebst Zinsen zu zahlen und wies die Klage im Übrigen ab, das **LSG** wies die Berufung der Kl. zurück.

## c) Umfang des Versorgungsauftrags

### aa) Innere Medizin umfasst Behandlung von geriatrischen Patienten

**SG Halle, Urteil v. 25.04.2018 - S 22 KR 336/14**

**RID 18-03-127**

*Sprungrevision zugelassen - rechtskräftig*

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

**SGB V §§ 39 I 3, 108 Nr. 2, 109 IV 2; KHEntgG § 2 II 2 Nr. 5**

In Sachsen-Anhalt gibt es kein von der **Inneren Medizin** losgelöstes Gebiet der **Geriatric**, sondern ist diese Teil der Inneren Medizin. Daher definiert die Zusatz-Weiterbildung kein Fachgebiet, sondern nun eine Spezialisierung in demselben, so dass diese Zusatzweiterbildung nicht zur inhaltlichen Bestimmung des Versorgungsauftrags herangezogen werden kann.

Die **Behandlung von geriatrischen Patienten** ist in Sachsen-Anhalt nicht **Zentren** vorbehalten. Ein Versorgungsauftrag für den - gesamten - Bereich Innere Medizin, der für bestimmte Bereiche der Schwerpunktversorgung noch vertieft wird, schließt nicht die übrige Versorgung etwa im Bereich der Geriatric aus.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 5.191,12 € nebst Zinsen zu zahlen.

### bb) Versorgungsauftrag für Implantation von Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)

**LSG Bayern, Urteil v. 19.12.2017 - L 4 KR 138/17**

**RID 18-03-128**

*Revision anhängig: B 1 KR 17/18 R*

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

**KHEntgG § 8 I 4**

**Leitsatz:** 1. Zur Frage, ob der **Versorgungsauftrag** eines bayerischen Krankenhauses im Jahr 2011 die **Implantation von Kniegelenk-Totalendoprothesen** (Knie-TEP) umfasste.

2. Bezogen auf den Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2011 umfasst die **Chirurgie** auch die **Unfallchirurgie**.

3. Der **Versorgungsauftrag** „Unfallchirurgie“ umfasst die Versorgung von Versicherten mit einer Knie-TEP.

4. Die Auslegung des Begriffs „Unfallchirurgie“ anhand der **WBO** 2011 ergibt, dass die Implantation von Knie-TEP zum Tätigkeitsfeld der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie zählt.

5. Zur Prognose bei **mindestmengenrelevanten Leistungen**.

**SG Regensburg**, Urt. v. 01.12.2016 - S 5 KR 425/16 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

#### d) Nachkodierung bei bereits erteilter Schlussrechnung

**SG Duisburg, Gerichtsbescheid v. 27.04.2017 - S 17 KR 187/17**

**RID 18-03-129**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 109 IV; KHEntgG § 7 I Nr. 1**

Einer **Nachkodierung** stehen nicht die Grundsätze von Treu und Glauben nach § 242 BGB entgegen. Das BSG hat derartige Rechnungsoptimierungen grundsätzlich auch bei bereits erteilten Schlussrechnungen zugelassen, wenn die Rechnungskorrektur noch innerhalb des nachfolgenden Krankenhausabrechnungsjahres erfolgte (vgl. SG Duisburg, Urt. v. 20.06.2016 - S 9 KR 878/12 - m.w.N.)

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 356,86 € nebst Zinsen zu zahlen. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 23.02.2018 - L 16 KR 445/17 NZB - wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

#### e) Aufrechnung: Genaue Benennung des Leistungsanspruchs

**SG Gelsenkirchen, Urteil v. 27.07.2017 - S 11 KR 1004/16**

**RID 18-03-130**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 112 II Nr. 1**

Einer **Aufrechnung** steht eine PrüfvV entgegen, wonach die Krankenkasse einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder fristgerecht mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen kann, wobei der Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch **genau zu benennen** sind. Die bloße Erklärung der Aufrechnung reicht nicht aus.

Regelt der **Landesvertrag** nach § 112 II Nr. 1 SGB V explizit, in welchen Fällen eine **Verrechnung** vorgenommen werden kann, so ergibt sich im Umkehrschluss hieraus, dass eine Verrechnung in sonstigen Fällen ausgeschlossen sein soll (*LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 24.05.2012 - L 16 KR 8/09 - RID 12-03-153, Revision zurückgewiesen durch BSG, Urt. v. 21.03.2013 - B 3 KR 23/12 R - SozR 4-5562 § 8 Nr. 5).

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 733,57 € nebst Zinsen zu zahlen.

#### f) Prüffristen

##### aa) Prüfanzeige des MDK fristwährend

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.04.2018 - L 11 KR 936/17**

**RID 18-03-131**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 109 IV**

**Leitsatz:** Die Krankenkasse trägt die objektive Beweislast für den rechtzeitigen **Zugang der Prüfmittelung** beim Krankenhaus. Bei einer Direktbeauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) durch die Krankenkasse ersetzt die **Prüfanzeige des MDK** gemäß § 6 Abs. 4 PrüfvV in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung (PrüfvV a.F.) die nach § 4 PrüfvV a.F. notwendige Prüfmittelung der Krankenkasse. Die Prüfmittelung bzw. Prüfanzeige nach den §§ 4, 6 PrüfvV a.F. muss nicht die Art der Prüfung konkret bezeichnen, da die PrüfvV für die Zeit bis zum 31.12.2016 ohnedies nur für die Auffälligkeitsprüfung, nicht aber für die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit Anwendung findet. Bei § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV a.F. handelt es sich um eine Frist, die einer materiell-rechtlichen **Ausschlussfrist** entspricht.

*SG Karlsruhe*, Urt. v. 18.01.2017 - S 16 KR 671/16 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 5.404,66 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

## bb) Ungültigkeit einer Ausschlussfrist

**SG Detmold, Urteil v. 20.04.2018 - S 24 KR 863/17**

**RID 18-03-132**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 109; KHG § 17c II 1

Einer **nachträglichen Änderung der Schlussrechnung** steht nicht der Grundsatz der **Verwirkung** entgegen (vgl. etwa BSG, Urt. v. 05.07.2016 - B 1 KR 40/15 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 58, juris Rn. 21 m.w.N.).

Die in der PrüfV vereinbarte materiell-rechtliche **Ausschlussfrist** zur nachträglichen Rechnungskorrektur innerhalb der gesetzlich normierten Verjährungsfrist bzw. innerhalb des von der BSG-Rspr. definierten Zeitraums des Einwendungsausschlusses der Verwirkung ist nicht von der **Ermächtigungsgrundlage** des § 17c II 1 KHG gedeckt, da damit bereits unter Beachtung des Wortlauts („das Nähere zum Prüfverfahren“) über die Regelung einer Verfahrensfrage hinausgegangen wird (vgl. SG Kassel, Gerichtsbb. v. 25.11.2016 - S 12 KR 594/15 - RID 17-01-136, juris Rn. 40 ff.; SG Dortmund, Urt. v. 05.05.2017 - S 49 KR 580/16 - 17-03-192, juris Rn. 44).

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.239,31 € nebst Zinsen zu zahlen.

## 2. Vorherige Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse von Versicherten

**SG Dresden, Beschluss v. 29.09.2017 - S 25 KR 317/17 ER**

**RID 18-03-133**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 12 I 2, 39 I 2, 72 II 1 Nr. 7, IV, 109 IV 2, 112 II 1 Nr. 1 u. 2, 275 I Nr. 1

**Leitsatz:** 1. Die **Bewilligung der Krankenhausbehandlung** obliegt allein der Krankenkasse, die darüber entscheidet, ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist.

2. Es ist nicht zu beanstanden, wenn ein Krankenhaus bei planbaren stationären Behandlungen zur Vermeidung einer primären Fehlbelegung von den Versicherten vor Aufnahme eine Erklärung der Krankenkasse über die **Anerkennung der stationären Behandlungsbedürftigkeit** verlangt.

Das SG stellte fest, dass die Ast. (Krankenhausträger) bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache zulässig von den Patienten, die zu einer stationären Schmerzbehandlung in das Krankenhaus der Ast. eingewiesen wurden, vor Aufnahme zur stationären Behandlung eine Erklärung der Ag. (Krankenkasse) über die Anerkennung der stationären Behandlungsnotwendigkeit verlangt.

## 3. Fallpauschalen

### a) Ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.03.2018 - L 5 KR 174/15**

**RID 18-03-134**

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

Die Auffassung der Vorinstanz ist zutreffend, wonach das Merkmal „**ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation**“ muss gewährleistet sein“ nach OPS-Kode 8-980 nicht erfüllt ist, wenn der Arzt neben dem Dienst auf der Intensivstation gleichzeitig an anderer Stelle des Krankenhauses weitere Aufgaben erfüllen muss. Dies ist der Fall, wenn der Arzt auf der Intensivstation nicht mehr auf der Intensivstation anwesend ist, weil eine Reanimation auf einer anderen Station durchgeführt werden muss, ein dringendes Prämedikationsgespräch im Kreißsaal oder in der Ambulanz erforderlich ist, eine Notsektio ansteht oder ein Notfallpatient im Schockraum dringend versorgt werden muss.

SG **Düsseldorf**, Urt. v. 27.01.2015 - S 11 KR 1238/11 - RID 16-03-147 verurteilte auf Klage der Krankenkasse den bekl. Krankenhausträger antragsgemäß zur Zahlung von 6.741,73 € nebst Zinsen, das LSG wies die Berufung zurück.

## b) Beatmung mittels Nasen-CPAP

**SG Lüneburg, Urteil v. 08.02.2018 - S 9 KR 357/15**

**RID 18-03-135**

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

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

Nach den Kodierrichtlinien 1001h DKR 2011 ist eine **Beatmung mittels Nasen-CPAP** auf die Dauer der künstlichen Beatmung anzurechnen (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.11.2015 - L 1 KR 36/13 - RID 16-02-147; anders LSG Saarland, Urt. v. 14.12.2011 - L 2 KR 76/10 - RID 12-02-165; LSG Hamburg, Urt. v. 27.03.2014 - L 1 KR 119/12 - RID 14-03-126).

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 5.146,15 € nebst Zinsen zu zahlen.

## c) High-Flow-Beatmung zur Beatmungsentwöhnung

**SG Nürnberg, Urteil v. 23.10.2017 - S 11 KR 748/16**

**RID 18-03-136**

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**

Die Stunden, in denen ein Säugling in der Phase der **Beatmungsentwöhnung** eine **High-Flow-Beatmung** erhält, sind zu den **Beatmungsstunden** i.S.d. DRG A07A (Beatmung > 999 und < 1800 h mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma mit hochkompl. Eingriff oder dreizeitigem komplexen Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh.) hinzuzurechnen.

Das *SG* gab der Klage statt.

## d) Beatmung eines Neugeborenen mit der High-Flow-nasal-cannula-Methode

**SG Aachen, Urteil v. 24.04.2018 - S 14 KR 424/17**

**RID 18-03-137**

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

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

Die **Beatmung eines Neugeborenen** mit der **High-Flow-nasal-cannula-Methode** stellt keine **maschinelle Beatmung** im Sinne der Ziff. 1001i DKR dar. Es ist allein die Dauer der Atemunterstützung mittels continuous positive airway pressure (ohne freie Intervalle der Spontanatmung) kodierfähig, während die Stunden der HCNF-Therapie abschließend mit dem OPS-Code 8-711.4 zu erfassen sind.

Das *SG* wies die Klage ab.

## e) Entwöhnung eines Neugeborenen vom mütterlichen Tabakkonsum

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 19.06.2018 - L 16 KR 43/16**

**RID 18-03-138**

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

**SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 137c; KHEntgG § 9 S. 1 Nr. 1; KHG § 17b II 1**

Die **Entwöhnung eines Neugeborenen** vom **mütterlichen Tabakkonsum** kann nicht als Drogenentzugssymptom (Nebendiagnose P96.1) kodiert werden, da Tabak bzw. Nikotin keine **Drogen** im Sinne des Begriffsverständnisses des ICD10 sind.

*SG Lüneburg*, Urt. v. 16.12.2015 - S 9 KR 147/14 - RID 16-02-145 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## f) Kodierbarkeit der Nebendiagnose Z29.2 bei einem Frühgeborenen mit Infektionsverdacht

**LSG Hamburg, Urteil v. 03.05.2018 - L 1 KR 53/16**

**RID 18-03-139**

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

Die **Kategorien Z00-Z99** sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als „Diagnosen“ oder „Probleme“ angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äußere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Der Sachverhalt, dass der versicherte **Säugling** wegen der



**Ungewissheit des Bestehens** oder des Sich-Entwickelns einer **Infektion** mittels Antibiotika behandelt werden musste, ist nicht als Krankheit, Verletzung oder äußere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar. Insb. durfte der Sachverhalt nicht durch die Diagnose „Infektion, die für die Perinatalperiode spezifisch ist“ (ICD-10, Version 2008: P39.8) abgebildet werden. Eine gesicherte Infektdiagnose durfte deshalb nicht kodiert werden, weil sich anhand der Infektparameter zum Ende der stationären Krankenhausbehandlung eine derartige Infektion nicht gezeigt hat.

*SG Hamburg*, Urt. v. 23.02.2016 - S 21 KR 1521/11 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte auf die Berufung der Kl. die Bekl., an die Kl. für die Krankenhausbehandlung vom 30.01.2008 bis zum 03.03.2008 weitere 3.042,73 € nebst Zinsen sowie die Aufwandpauschale nach § 275 SGB V in Höhe von 100 € zu zahlen.

#### g) Voraussetzungen einer „Blutbank“ (OPS 8-98f)

**SG Ulm, Urteil v. 05.04.2018 - S 13 KR 1185/17**

**RID 18-03-140**

*Berufung anhängig: LSG Baden-Württemberg - L 11 KR 1859/18 -*

*juris*

**SGB V § 109 IV 3; KHG § 17b; TFG § 11a; EGRL 98/2002 Art. 3f**

Ein Krankenhaus unterhält eine **Blutbank**, wenn es **Blutkonserven lagert**. Dies gilt jedenfalls für OPS 8-98f, der erstmals zum Jahr 2013 eingeführt wurde und bis 31.12.2017 fortgalt.

#### h) Unterhalten einer „Blutbank“

**SG Ulm, Urteil v. 01.02.2018 - S 13 KR 3221/16**

**RID 18-03-141**

*Berufung anhängig: LSG Baden-Württemberg - L 5 KR 1151/18 -*

*juris*

**SGB V § 109 IV 3; KHG § 17b; TFG § 11a; EGRL 98/2002 Art. 3f**

Ein Krankenhaus unterhält eine „**Blutbank**“, wenn es Blutkonserven lagert, d.h. ein Blutdepot vorhält. Dem Regelungssystem des OPS kann - gerade auch im Vergleich der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung zur „normalen“ intensivmedizinischen Komplexbehandlung - nicht entnommen werden, dass mit dem Merkmal einer Blutbank ein transfusionsmedizinischer Dienst bei der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung erforderlich wäre.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 14.590,94 € nebst Zinsen zu zahlen.

#### i) Appendektomie

**LSG Hessen, Urteil v. 25.01.2018 - L 8 KR 256/15**

**RID 18-03-142**

*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**

Eine Kodierung der OPS 5-469.00 setzt voraus, dass sich der Dokumentation des Behandlungsverlaufes und insb. dem maßgeblichen Operationsbericht entnehmen lässt, dass tatsächlich die hierfür erforderliche **Darmdekompression** durchgeführt worden ist.

OPS 5-467.03 beschreibt nach seinem Wortlaut eine „Naht (nach Verletzung) am Kolon“. Hierunter fällt nicht eine **offene Appendektomie**, wobei zunächst der Wurmfortsatz an seiner Abgangsstelle aus dem Coecum bzw. Blinddarm abgesetzt wird. Hierbei kommt es regelmäßig zu einem Loch in der Darmwand, welches im OP-Bericht sachgerecht mit Defekt beschrieben wird. Danach muss der bei jeder Appendektomie durch den Chirurgen zunächst geschaffene Defekt in der Darmwand zwingend wieder verschlossen werden, so dass es sich bei diesem Eingriff (dem mit drei Darmwandnähten erfolgten Verschluss) um den integralen Bestandteil einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführten Appendektomie handelt.

*SG Kassel*, Urt. v. 22.07.2015 - S 12 KR 349/12 - verurteilte die Bekl., der Kl. 1.016,89 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Klage ab.

## j) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Rspr. ohne Rückwirkungsverbot

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.02.2018 - L 5 KR 537/17

RID 18-03-143

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

Von einer **geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung** kann nur bei Patienten ab **Vollendung des 60. Lebensjahrs** gesprochen werden (BSG, Urt. v. 23.06.2015 - B 1 KR 21/14 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 46). Die Übertragung dieser höchstrichterlichen Auslegung des Begriffs auch auf eine **2012 erfolgte Behandlung** verstößt nicht gegen das sich aus Art. 20 III GG ergebende **Verbot echter Rückwirkung**. Für diese - naturgemäß immer in der Vergangenheit liegende Sachverhalte betreffende - Aufgabe der Rechtsprechung kann das Verbot der echten Rückwirkung nicht gelten.

*SG Dortmund*, Gerichtsbb. v. 12.07.2017 - S 68 KR 990/16 - gab der Widerklage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

## k) Keine stationäre epidural gepulste Radiofrequenztherapie

SG Köln, Urteil v. 12.10.2017 - S 23 KR 617/14

RID 18-03-144

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

Die Wirksamkeit einer **epidural gepulsten Radiofrequenztherapie** ist bei einem **unspezifischen Rückenschmerz** nicht belegt. Die Durchführung im stationären Setting ist nicht zweckmäßig und wirtschaftlich, da eine Behandlung auch ganztägig ambulant oder teilstationär hätte angeboten werden können.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.325,50 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab.

## l) Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentrat

SG Aachen, Urteil v. 26.06.2018 - S 13 KR 75/17

RID 18-03-145

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Bei operativer **Totalkorrektur eines Herzfehlers** eines Neugeborenen kann eine **Gabe Apherese-Thrombozytenkonzentrat**, das ist ein durch Apherese vom Einzelspender gewonnenes Präparat, im Einzelfall notwendig sein (Zusatzentgelt 147,01, OPS 8-800.f0).

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. 373,68 € nebst Zinsen zu zahlen.

## m) Sphinkterplastik

LSG Bayern, Urteil v. 11.07.2018 - L 4 KR 488/17

RID 18-03-146

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

**Leitsatz:** 1. Eine **Sphinkterplastik** gehört nicht regelmäßig zu **Exzision einer Analfistel** dazu. Sie ist auch bei einem Verschluss aufgrund der unmittelbar vorangegangenen Exzision nicht der Exzision immanent. Vielmehr stellt sie einen besonderen Aufwand bzw. sogar den leitenden Eingriff dar.

2. Anzuwenden ist die **Prozedur 5 - 496.3** bzw. die **Diagnose DRG G11B**.

3. Es liegt darin kein Verstoß gegen den Grundsatz der **monokausalen Kodierung**.

4. Der Hinweis im OPS 2016 hierzu hat **klarstellende Funktion**.

5. Die Entscheidung über die Kodierung stellt eine juristische Entscheidung dar. Das Gericht kann jedoch vor allem zur Klärung des Operationsgeschehens, der üblichen OP-Praxis oder zur Feststellung von Besonderheiten des Einzelfalls bzw. des Aufwandes ein **medizinisches Sachverständigengutachten** einholen.

*SG München*, Gerichtsbb. v. 07.07.2017 - S 29 KR 170/15 - verurteilte die Bekl., an d. Kl. 820,14 € nebst Zinsen zu bezahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

## n) Rituximab als Zusatzentgelt im Off-Label-Use bei autoimmunologischem Schleimhautpemphigoid

LSG Hamburg, Urteil v. 03.05.2018 - L 1 KR 19/16

RID 18-03-147

Revision anhängig: B 1 KR 22/18 R

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

Ein Krankenhaus hat Anspruch auf Vergütung des Zusatzentgeltes ZE82.14 für die zulassungsüberschreitende Anwendung (sog. **Off-Label-Use**) von **Rituximab** im Rahmen stationärer Behandlung, wenn die behandelte Krankheit (blasenbildenden Autoimmundermatose, welche als Schleimhautpemphigoid identifiziert wurde) zwar **nicht unmittelbar lebensbedrohlich** ist, aber aufgrund einer krankheitsbedingten erheblichen Sepsisgefahr jederzeit in einen mit einiger Wahrscheinlichkeit unumkehrbaren und im Ergebnis **tödlichen Prozess umschlagen** kann.

*SG Hamburg*, Urt. v. 14.01.2016 - S 48 KR 2308/13 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 6.706,80 € nebst Zinsen zu zahlen.

## 4. Aufwandspauschale

### a) Keine Rückwirkung der BSG-Rspr.

SG Fulda, Gerichtsbescheid v. 23.02.2018 - S 4 KR 255/16

RID 18-03-148

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 275 Ic

Der Rspr. des 1. Senats des BSG seit BSG, Urt. v. 01.07.2014 - B 1 KR 29/13 R - BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 § 301 Nr. 4 kann, unabhängig von einer vorherigen „Existenz“ der Kategorie der „sachlich-rechnerischen Richtigkeit“, nur **Wirkung pro futuro** zukommen. Es bleibt daher auch insofern dabei, dass § 275 Ic SGB V die Rechtsgrundlage für die Zahlungen von Aufwandspauschalen, die vor dem 01.07.2014 erfolgt sind, weiterhin bildet und nicht weggefallen ist.

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

### b) Keine Rückforderung bereits gezahlter Aufwandspauschale

SG Aachen, Urteil v. 10.07.2017 - S 14 KR 515/17

RID 18-03-149

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 275 Ic

Eine **Krankenkasse** kann keine **Aufwandspauschalen erstattet** verlangen, die sie vor der erstmaligen Ausklammerung der sachlich-rechnerischen Rechnungsprüfung aus § 275 I Buchst. c S. 3, § 275 I Nr. 1 SGB V durch BSG, Urt. v. 01.07.2014 - B 1 KR 29/13 R - BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 § 301 Nr. 4 an das Krankenhaus gezahlt hat. Die Kammer folgt der Argumentation des Krankenhauses insoweit, als eine Zahlung „ohne Rechtsgrund“ aus rechtsstaatlichen Gesichtspunkten in der Ausprägung des Gebotes der Rechtssicherheit (Rückwirkungsverbot) und des Vertrauensschutzes (Treu und Glauben) nicht anzunehmen ist (vgl. u.a. *SG Aachen*, Urt. v. 22.08.2017 - S 13 KR 164/17 - RID 17-04-137, juris Rn. 23; *SG Aachen*, Urt. v. 26.04.2018 - S 15 KR 437/16 - nicht veröffentlicht; *SG Fulda*, Gerichtsbes. v. 23.02.2018 - S 4 KR 255/16 - RID 18-03-148, juris Rn. 16).

Die kl. Krankenkasse verlangte von dem bekl. Krankenhausträger die Erstattung von elf zwischen Juni 2013 und Februar 2014 - auf Grundlage des § 275 I Buchst. c S. 3 SGB V gezahlten Aufwandspauschalen von je 300 €. Das *SG* wies die Klage ab.

### c) Keine Zulassung der Berufung nach Abweisung der Rückforderung einer Krankenkasse

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 25.04.2018 - L 11 KR 617/17 NZB

RID 18-03-150

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 275 Ic

Die von der Kl. formulierte **Frage** („Begründet § 275 Abs. 1c SGB V für Zeiträume vor dem 01.01.2016 ein Vertrauen des Krankenhauses auf das Behaltendürfen der Aufwandspauschale und die Nichtberechtigung einer Rückforderung für die Krankenkasse innerhalb der vierjährigen Verjährungsfrist, wenn die Krankenkasse den MDK mit der Prüfung der Krankenhausabrechnung beauftragt, der MDK den Prüfauftrag im Hinblick auf seine Benachrichtigungspflicht angezeigt, das Prüfergebnis zu keiner Minderung des Abrechnungsbetrags geführt und die Krankenkasse infolge dessen zunächst vorbehaltlos die Aufwandspauschale gezahlt hat?“) ist nicht klärungsbedürftig. Das SG führt an keiner Stelle aus, dass sich aus § 275 Ic SGB V ein vertrauensbegründender Tatbestand für das Krankenhaus herleite. Vielmehr sieht es das **Rückforderungsbegehren** der kl. Krankenkasse als **treuwidrig** an.

*SG Aachen*, Urt. v. 09.08.2017- S 1 KR 481/16 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das *LSG* wies die Beschwerde der Kl. gegen die Nichtzulassung der Berufung zurück.

### VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach 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 gewährender 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 wettbewerbsschädigende 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 Verordnungswechsel 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. Arzneimittelhersteller/Arzneimittelimporteure

### a) Vereinbarung über einen festen Abgabepreis für Impfstoffe: Sozialrechtsweg/Zulässigkeit

**LSG Hessen, Beschluss v. 13.06.2018 - L 8 KR 229/18 B ER**

**RID 18-03-151**

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

**SGB V §§ 69 I 1, III, 129 II, V; GWB §§ 99, 103; SGG 51 I Nr. 2, III, 86b II 2**

Vereinbarungen über die Festsetzung eines Abrechnungsbetrages pro Impfdosis für quadrivalenten Grippeimpfstoff sind keine **öffentlichen Aufträge** i.S.d. § 51 III SGG i.V.m. § 69 III SGB V. Es handelt sich nicht um Rahmenvereinbarungen i.S.v. § 103 V 2 GWB. Der **Sozialrechtsweg** ist daher eröffnet.

Zu den Verträgen nach § 129 II SGB V gehören zu solchen Vereinbarungen auch solche über die Vergütungen für die **Abgabe der Impfstoffe durch die Apotheken** an die Arztpraxen. Solche Preisvereinbarungen sind zulässig. Angesichts dessen ist kein Grund ersichtlich, weshalb eine Vereinbarung über einen festen Abgabepreis unzulässig sein sollte.

*SG Frankfurt a. M.*, Beschl. v. 19.04.2018 - S 34 KR 136/18 ER - RID 18-03-152 lehnte den Antrag ab, im Wege der einstweiligen Abordnung die zwischen den Ag. geschlossenen Vereinbarungen über die Festsetzung eines Abrechnungsbetrages pro Impfdosis für quadrivalenten Grippeimpfstoff zur Anwendung bei Erwachsenen in der Saison 2018/2019 auf 10,95 € inkl. Mehrwertsteuer außer Kraft zu setzen. Das **LSG** wies die Beschwerde der Ast. wegen eines fehlenden Anordnungsanspruchs zurück.

### b) Keine Verweisung an Vergabekammer

**SG Frankfurt a. M., Beschluss v. 19.04.2018 - S 34 KR 136/18 ER**

**RID 18-03-152**

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

**SGB V §§ 69 I 1, III, 129 II, V; GWB §§ 99, 103; SGG 51 I Nr. 2, III, 86b II 2**

**Leitsatz:** 1. Der **Sozialrechtsweg** ist bei Überlagerung einer sozialrechtlichen Norm (§ 129 Abs. 5 SGB V) durch das Kartellvergaberecht der §§ 97 ff. (insbesondere § 103) des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen nicht gegeben.

2. Eine **Verweisungsmöglichkeit** an die Vergabekammern des Bundes besteht nicht.

Das **SG** lehnte den Antrag ab, im Wege der einstweiligen Abordnung die zwischen den Ag. geschlossenen Vereinbarungen über die Festsetzung eines Abrechnungsbetrages pro Impfdosis für quadrivalenten Grippeimpfstoff zur Anwendung bei Erwachsenen in der Saison 2018/2019 auf 10,95 € inkl. Mehrwertsteuer außer Kraft zu setzen. **LSG Hessen**, Beschl. v. 13.06.2018 - L 8 KR 229/18 B ER - RID 18-03-151 wies die Beschwerde der Ast. zurück.

### c) Rechtsweg für Klage aus Rabattvertrag

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 30.05.2018 - L 1 KR 548/17 B**

**RID 18-03-153**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 130a

**Rabattverträge** nach § 130a VIII SGB V sind öffentlich-rechtliche Verträge. Der Vorwurf, das pharmazeutische Unternehmen sei seinen (Liefer-)Pflichten aus einem Rabattvertrag nicht nachgekommen, und der daraus abgeleitete **Schadensersatzanspruch** stehen in unmittelbarem Sachzusammenhang mit der behaupteten Verletzung des zur Erfüllung spezifisch sozialrechtlicher Zwecke zwischen den Beteiligten geschlossenen Rabattvertrags. Es ist der **Rechtsweg** zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet.

*SG Köln*, Beschl. v. 10.07.2017 - S 26 KR 872/14 - sah den Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit als eröffnet an, das *LSG* wies die Beschwerde des bekl. pharmazeutischen Unternehmens zurück.

## 2. Schadensersatzanspruch wegen Verletzung eines vorvertraglichen Schuldverhältnisses (Sanitätshaus)

**LSG Bayern, Urteil v. 06.07.2017 - L 4 KR 569/15**

**RID 18-03-154**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 69 I 3, 126 I 2, 127; BGB §§ 241 II, 276 II, 280 I 2, 311 II Nr. 1; SGG § 51

**Leitsatz:** 1. Zur ergänzenden **Anwendbarkeit** von Regelungen des **BGB** im Rahmen des Rechtsverhältnisses zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer.

2. Zu den Voraussetzungen eines **Schadensersatzanspruchs** wegen Pflichtverletzung im Rahmen eines vorvertraglichen Schuldverhältnisses (**culpa in contrahendo**).

3. Die Klärung der Frage, ob der **Beitritt zu einem Vertrag** auch ohne Erfüllung der im Rahmenvertrag genannten **Auflagen** möglich ist, stellt eine wesentliche Vorfrage dar und dient der Anbahnung eines Schuldverhältnisses. Dies gilt erst recht bei entsprechender Einleitung eines Klageverfahrens bzw. einstweiligen Rechtsschutzverfahrens.

4. Dabei ist grundsätzlich nicht auf das Vertragsverhältnis zwischen dem **Fachverband** und den Krankenkassen abzustellen.

5. Zur Frage des **Vertretenmüssens der Krankenkasse**, wenn eine Klage eines Leistungserbringers gegen die Krankenkassen erst im Revisionsverfahren (teilweise) erfolgreich war.

Die Kl. betreibt ein Sanitätshaus und verfügt seit 1997 über eine Zulassung zur Abgabe von Hilfsmitteln (u.a. zur Abgabe von Stomaartikeln). Sie beschäftigte einen Orthopädietechnikmeister und neben weiteren Mitarbeitern zwei Krankenschwestern zur Abgabe von Stomahilfsmitteln, jedoch keinen Stomatherapeuten. Die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern kündigte im Mai 2008 den Rahmenvertrag über die Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln gegenüber der Kl. Die Bekl. schloss mit anderen Leistungserbringern neue Verträge ab. Die Kl. erhob Klage mit dem Ziel, dass die bekl. Krankenkassen zum Abschluss eines Vertrages über die Abgabe von Hilfsmitteln zur Stomatherapie auch ohne Beschäftigung eines nach den Richtlinien des DVET-Fachverbandes weitergebildeten Stomatherapeuten verpflichtet seien. *SG München*, Urt. v. 01.04.2009 - S 47 KR 291/09 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Urt. v. 21.07.2011 - B 3 KR 14/10 R - BSGE 109, 9 = SozR 4-2500 § 126 Nr. 3 stellte fest, dass die Beschäftigung von Stomatherapeuten keine Voraussetzung für den Abschluss eines Vertrages über die Versorgung mit Hilfsmitteln und Verbandstoffen zur Stomatherapie ist. *LSG Bayern*, Beschl. v. 28.12.2009 - L 4 KR 439/09 ER - RID 10-01-174 verpflichtete die Ag. vorläufig, der Kl. bis zur Entscheidung der Hauptsache, längstens bis 30.06.2010, zu gestatten, die Versicherten der Ag. mit Hilfsmitteln und Verbandsmitteln zur Stoma-Versorgung nach Maßgabe des Vertrages der Bekl. zu versorgen, ohne dafür Stoma-Therapeuten abzustellen oder einen Mitarbeiter zur Weiterbildung zum Stomatherapeuten anzumelden. Das LSG verlängerte die Anordnung bis 31.12.2010 und lehnte eine weitere Verlängerung ab. Mit ihrer Klage macht die Kl. Schadensersatzansprüche wegen rechtswidrigen Ausschlusses von der Stoma-Versorgung für die Zeit ab 01.01.2011 bis November 2011 geltend. *SG München*, Urt. v. 18.11.2015 - S 3 KR 769/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 12.04.2018 - B 3 KR 46/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

### 3. Abrechnung von Hebammenleistungen durch Hebammengemeinschaften

**LSG Bayern, Urteil v. 01.03.2018 - L 4 KR 498/17**

**RID 18-03-155**

*Revision anhängig: B 3 KR 7/18*

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

**SGB V § 134a; BGB § 705 ff.; Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe**

Der auf der Grundlage des § 134a SGB V zwischen dem Bund Deutscher Hebammen e.V. und dem Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. einerseits und den Spitzenverbänden der Krankenkassen andererseits geschlossene, zum 01.08.2007 in Kraft getretene **Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe** in der Fassung der Übergangsvereinbarung vom 31.01.2013 regelt auch die Abrechnung von Leistungen der Hebammenhilfe durch **Hebammengemeinschaften**.

Auf eine **Zusammenarbeit im Sinne einer Hebammengemeinschaft** weist bereits ein Musterbehandlungsvertrag hin, wonach keine ausschließliche Inanspruchnahme einer Hebamme gewährleistet ist, sondern verschiedene Hebammen die Leistungen an der Versicherten bzw. dem Neugeborenen erbringen können. Damit wird klargestellt, dass die Hebammengemeinschaft als solche verpflichtet ist, Hebammenhilfe zu leisten, ohne dass es darauf ankommt, welche Hebamme jeweils die Hilfe erbringt. Über die Verabredung von Einsatzzeiten hinaus haben die Hebammen gemeinsam abgerechnet und die dafür erhaltene Vergütung solidarisch nach Anwesenheitszeiten aufgeteilt.

Bei einer Erbringung der Leistung durch eine Hebammengemeinschaft ist eine Abrechnung von **Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung**, die innerhalb des maßgebenden Zeitraums der **Geburtspauschalgebühr** erbracht worden sind, mit der Argumentation, die Versicherte sei von zwei unterschiedlichen Hebammen behandelt worden, nicht möglich.

Zwischen den Beteiligten ist ein weiterer Zahlungsanspruch der Kl. in Höhe von 5.030,77 € nebst Zinsen und einer Verzugspauschale in Höhe von 600 € streitig. Die Kl. war als freiberufliche selbstständige Hebamme an der Klinik tätig. Die Tätigkeit als Beleghebamme beruht nach den Ausführungen der Kl. auf einem mit der Klinik geschlossenen Belegvertrag. *SG Augsburg*, Urt. v. 27.06.2017 - S 6 KR 629/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### Parallelverfahren:

**LSG Bayern, Urteil v. 01.03.2018 - L 4 KR 499/17**

**RID 18-03-156**

*Revision anhängig: B 3 KR 11/18*

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

**LSG Bayern, Urteil v. 01.03.2018 - L 4 KR 497/17**

**RID 18-03-157**

*Revision anhängig: B 3 KR 10/18*

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

**LSG Bayern, Urteil v. 01.03.2018 - L 4 KR 479/17**

**RID 18-03-158**

*Revision anhängig: B 3 KR 9/18*

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

**LSG Bayern, Urteil v. 01.03.2018 - L 4 KR 348/17**

**RID 18-03-159**

*Revision anhängig: B 3 KR 8/18*

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

### 4. Privates Krankentransportunternehmen: Anspruch auf Entgeltvereinbarung

**SG Dresden, Urteil v. 18.10.2017 - S 15 KR 547/14**

**RID 18-03-160**

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

**SGB V §§ 69 II 2, 133; GWB § 19 II; GG Art. 3 I, 12 I**

**Leitsatz:** 1. Ein Anspruch auf **Abschluss einer Entgeltvereinbarung** nach § 133 SGB V zu höheren Preisen ergibt sich ausnahmsweise aus § 133 Abs. 1 und 3 SGB V i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG.

2. Das **Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen** ist nicht anzuwenden.

3. Bei **einfachen Krankentransporten** bestehen weder nach dem Vertrag noch in der Durchführung Unterschiede zwischen Taxen und Mietwagenunternehmen, die eine Ungleichbehandlung bei der Preisgestaltung rechtfertigen würden.

4. Das **Personenbeförderungsgesetz** bietet keine rechtliche Unterscheidung.

5. Zur **Zulässigkeit einer Klage** auf Feststellung, dass eine Entgeltvereinbarung in der Vergangenheit abzuschließen war.

Das **SG** stellte fest, dass die Bekl. verpflichtet war, ab dem 01.04.2014 mit der Kl. eine Entgeltvereinbarung gemäß § 133 SGB V nach Maßgabe der jeweils mit dem S. Taxiverband bestehenden Vergütungsvereinbarungen zu schließen, und wies im Übrigen die Klage ab.

## 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 **Grenzl**inien 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. Aufsichtsrechtlicher Zuständigkeitsbereich für eine Innungskrankenkasse

**LSG Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss v. 23.04.2018 - L 6 KR 26/18 ER** RID 18-03-161  
juris  
SGB V § 159; SGB I § 90

**Leitsatz:** Zum aufsichtsrechtlichen Zuständigkeitsbereich einer Innungskrankenkasse.

Die Ast. begehrte im Wege der einstweiligen Anordnung die Übertragung der aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit von dem Beigel. auf den Ag. Der Beigel. teilte der Ast. im Februar 2011 mit, dass diese ein bundesunmittelbarer Sozialversicherungsträger sei und er in Übereinstimmung mit dem Land Schleswig-Holstein die Aufsicht der Ast. übernehme. Die hiergegen gerichtete Klage der Ast. blieb erfolglos (SG Schleswig-Holstein, Urt. v. 27.06.2013 - L 5 KR 14/11 KL - RID 13-04-114, BSG, Urt. v. 10.03.2015 - B 1 A 10/13 R - BSGE 118, 137 = SozR 4-2400 § 90 Nr. 1). Die Ast. verlegte ihren Sitz im Februar 2017 von L., S.-H., nach A-Stadt. Nach einer Satzungsänderung erstreckt sich der Kreis ihrer Mitglieder lediglich auf das Gebiet der Länder S.-H., während in der bisherigen Fassung hier auch die Bundesländer Hansestadt B., N. und F. und Hansestadt H. genannt werden. Der Ag. lehnte eine Genehmigung dieser Satzungsänderung ab, weil er von einem unveränderten Sachverhalt ausgehe, sodass eine von dem rechtskräftigen Urteil des BSG abweichende Beurteilung nicht möglich sei. Die Rechtsaufsicht sei daher weiterhin vom Beigel. wahrzunehmen. Das **LSG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

### 2. Einzugsstelle: Schadensersatz nach erheblich verzögerter Beitragserhebung

**SG Berlin, Urteil v. 03.05.2018 - S 56 KR 2258/14** RID 18-03-162  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB IV §§ 24 I, 28h, 28r

**Leitsatz:** 1. § 28r Abs. 1 SGB IV findet auf **Entscheidungen der Einzugsstelle** über den Erlass von **Säumniszuschlägen** Anwendung (entgegen SG Neubrandenburg vom 03.07.2003 - S 4 KR 53/01).

2. Die **Einzugsstelle der Krankenkasse** verletzt ihre Pflicht zur Geltendmachung der **Beitragsansprüche**, wenn sie durch fehlerhafte Aktenführung die Zahlung der Beiträge verspätet durchsetzt. In diesen Fall hat die Krankenkasse den **Verzögerungsschaden** zu ersetzen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an den kl. Rentenversicherungsträger Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage - Zahlung von 2.017,48 € - ab.

### 3. Erstattungsanspruch: Erlernen der Gebärdensprache keine Krankenbehandlung

**SG Regensburg, Urteil v. 13.03.2018 - S 8 KR 601/17** RID 18-03-163  
juris  
SGB V §§ 11; SGB IX §§ 14 II 4, 16 I

Zwar umfasst die **Krankenbehandlung** auch die Linderung von Krankheitsbeschwerden, § 27 I 1 a.E. SGB V. Die Krankheit muss, um Leistungspflichten der GKV auszulösen, mit Mitteln der Krankenbehandlung beeinflusst werden können. Weder die Neurofibromatose, noch der Verlust der Hörfähigkeit werden durch das **Erlernen der Gebärdensprache** therapeutisch beeinflusst. Krankenbehandlung im originären Sinne ist daher zu verneinen.



Das *SG* wies die Klage auf Erstattung der Kosten für die Versorgung der bei der Bekl. versicherten Beigel. mit einem Gebärdensprachkurs ab.

#### 4. Keine aktive Prozessführungsbefugnis für Ersatzkassenverband

**SG Berlin, Urteil v. 12.04.2018 - S 56 KR 3964/15**

RID 18-03-164

*Sprungrevision anhängig: B 1 KR 16/18 R*

juris

**SGB V §§ 69 II 1, 197a, 212 V; GWB § 33 II**

Einem eingetragenen Verein, der Interessenvertreter und Dienstleister aller sechs Ersatzkassen ist, fehlt das Recht, den Prozess gegen andere Krankenkassen wegen wettbewerbswidrigen Verhaltens in eigenem Namen zu führen (**aktive Prozessführungsbefugnis**). Eine **gesetzliche Prozessstandschaft** bzw. Verbandsklage zur Wahrung fremder Interessen ist im Sozialgerichtsprozess nicht zulässig, sofern sie nicht gesetzlich ausdrücklich zugelassen ist (vgl. SG Berlin, Urt. v. 10.08.2012 - S 81 KR 1280/11 - RID 12-03-183, juris Rn. 20 m.w.N.).

Das *SG* wies die Klage als unzulässig ab.

### X. Sonstiges/Verfahrensrecht

#### 1. Unterstützung der Krankenkasse bei einem Verdacht auf ärztliche Behandlungsfehler

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 08.08.2018 - L 5 KR 1591/18**

RID 18-03-165

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 67/18 B*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 66; SGB I § 59**

**Leitsatz:** Der Anspruch auf **Unterstützungsleistungen** durch die Krankenkassen bei der **Verfolgung von Schadensersatzansprüchen** nach § 66 SGB V steht nach dem Wortlaut der Norm nur dem **Versicherten** zu. Dies folgt auch aus § 59 SGB I, wonach Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen mit dem Tod des Berechtigten erlöschen. Der Anspruch auf Unterstützungsleistungen geht auch nicht nach § 56 oder § 58 SGB I auf eine andere Person über.

*SG Stuttgart*, Gerichtsbb. v. 03.04.2018 - S 23 KR 6809/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### 2. Sachleistungsaushilfe

**LSG Bayern, Urteil v. 23.04.2018 - L 4 KR 58/15**

RID 18-03-166

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**EGV 883/2004; VVG § 193**

**Leitsatz:** 1. Der Umstand, dass im Rahmen der PKV grundsätzlich das **Kostenerstattungsprinzip** gilt, steht der Annahme, dass der (nur) **privat krankenversicherte** Kläger in Deutschland einen **Anspruch auf Sachleistungen** im Sinne der VO (EG) 883/2004 hat, nicht entgegen.

2. Die **PKV** ist seit dem 1. Januar 2009 zumindest insoweit als ein **Zweig sozialer Sicherheit** im Sinne von Art. 3 Abs. 1 Buchst. A der VO (EG) 883/2004 anzusehen, als mit privaten Krankenversicherungsunternehmen abgeschlossene Krankenversicherungsverträge auch den Basiskrankenversicherungsschutz mit abdecken. Der Kläger hat damit grundsätzlich einen Anspruch auf Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats.

3. Zur Anwendung des **Art. 56 und Art. 23 VO (EG) 883/2004**.

Der im Januar 1946 geb. Kl. ist österreichischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Deutschland. Seit dem 01.02.2011 bezieht er eine Rente der DRV Bayern Süd sowie eine Pension der Pensionsversicherungsanstalt Landesstelle W-Stadt. Er war von 1966 bis 1978 bei der bekl. Krankenkasse gesetzlich versichert und ist seit März 1980 bei der B. privat versichert. Auf seinen Antrag erhält er von der DRV Bayern Süd einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung. Mit Bescheid v. 05.09.2011 teilte die Beklagte dem Kl. mit, dass sie ihn aufgrund des vorgelegten Formulars E 121-AT der C. nur betreuen könne, wenn keine deutsche Vorrangversicherung bestehe. *SG München*, Urt. v. 22.01.2015 - S 29 KR 1417/13 - verpflichtete die Bekl. zur Sachleistungsaushilfe für die C. zugunsten des Kl. Das *LSG* wies die Klage ab.

### 3. Kostentragung nach Erledigung

**LSG Bayern, Beschluss v. 22.07.2018 - L 5 KR 434/17**

**RID 18-03-167**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 33 I; SGG § 193; ZPO § 93

**Leitsatz: Kostenentscheidungen** nach Erledigung der Hauptsache ergehen nach Ermessen des Gerichts. Dabei findet das **Unterliegens-Prinzip**, welches in § 91a ZPO verankert ist, ebenso Berücksichtigung wie das **Verursachungsprinzip** und schließlich analog § 93 ZPO das **Prozessverhalten** der Beteiligten.

*SG München*, Urt. v. 10.04.2014 - S 18 KR 247/13 - RID 14-04-103 verurteilte die Bekl., die Kosten für die Versorgung des Kl. mit dem Schaftsystem „Klimaschaft Symphonie“ zu übernehmen. Während des Berufungsverfahrens stellte die Firma die Entwicklung des Klimaschafts ein. Auf Hinweis des Senats, dass sich der Antrag des Kl. auf das „Schaftsystem Klimaschaft-Symphonie“ bezogen hatte und damit auf eine mittlerweile unmögliche Leistung (das Klimaschaftsystem war nicht mehr zu erhalten, über eine Einzelanfertigung war nach dem Streitgegenstand ausgehend von dem Leistungsantrag, der angefochtenen Entscheidung der Bekl., dem Vortrag und Antrag des Kl. nicht zu entscheiden), gaben die Beteiligten eine Erledigterklärung ab. Das **LSG** stellte fest, dass außergerichtliche Kosten des Kl. für beide Instanzen nicht zu erstatten sind. Nach Ansicht des LSG hatte der Kl. keinen Anspruch auf Sachleistung, weil die Notwendigkeit und Wirksamkeit dieses Systems i.S.d. allgemeinen Leistungsvoraussetzungen aus §§ 2 I, 12 I SGB V zu keinem Zeitpunkt nachgewiesen oder sonst erkennbar waren.

### 4. Keine neue Berufungsfrist nach Zurücknahme eines Antrags auf Zulassung der Sprungrevision

**LSG Nordrhein-Westfalen, Teilurteil v. 29.01.2018 - L 16 KR 803/17**

**RID 18-03-168**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGG §§ 151, 161 III 1

Nach Zurücknahme eines Antrags auf Zulassung der **Sprungrevision** beginnt keine neue **Frist zur Einlegung der Berufung**.

*SG Aachen*, Urt. v. 13.09.2017 - S 1 KR 45/17 - wies die Klage auf ambulante Vorsorgeleistungen ab, das **LSG** verwarf die Berufung als unzulässig. *BSG*, Beschl. v. 11.06.2018 - B 1 KR 3/18 BH - juris lehnte den Antrag des Kl., ihm für das Verfahren der Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision im Beschl. des LSG Prozesskostenhilfe zu bewilligen und einen Rechtsanwalt beizuordnen, ab.

## XI. Bundessozialgericht (BSG)

### 1. Kostenerstattung

#### a) Kein finanzielles Risiko des Versicherten

**BSG, Beschluss v. 15.03.2018 - B 3 KR 41/17 B**

**RID 18-03-169**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 27.06.2017 - L 11 KR 2703/16 - RID 17-03-179 wird zurückgewiesen.

Durch die Kostenerstattung nach § 13 III SGB V in Fällen eines Systemversagens der Krankenkasse wird eine Lücke in dem durch das Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung garantierten Versicherungsschutz geschlossen. Dem Versicherten wird die Kostenlast auch dann abgenommen, wenn er ausnahmsweise eine notwendige Leistung selbst beschaffen und bezahlen muss. Übernimmt dagegen der Leistungserbringer bzw. der Hersteller eines Hilfsmittels das **finanzielle Risiko** in der Weise, dass ein Anspruch gegen den Versicherten nur entstehen soll, wenn dessen Krankenkasse die Kosten trägt, wird der Zweck von § 13 III SGB V aber in sein Gegenteil verkehrt, weil ein Behandlungsaufwand nicht zur Voraussetzung für die Rechtsfolge der Leistungspflicht wird (vgl. *BSG*, Urt. v. 23.05.2000 - B 1 KR 9/00 - juris Rn. 19). Andernfalls wäre es möglich, sich Gesundheitsleistungen ohne Kostenbewilligung selbst zu beschaffen und den Sachleistungsgrundsatz der Krankenversicherung zu unterlaufen. Im Übrigen ist es nicht Aufgabe der Krankenversicherung, Leistungsanbietern die Gelegenheit zu geben, mit Hilfe kostenloser

Behandlungsangebote über den Weg des Kostenerstattungsverfahrens eine Ausweitung des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen (vgl. BSG, aaO. Rn. 20).

## b) Rücknahme der fingierten Genehmigung während des Revisionsverfahrens

**BSG, Urteil v. 07.11.2017 - B 1 KR 2/17 R**

**RID 18-03-170**

SozR 4-1500 § 171 Nr. 2 = KHE 2017/75

**Leitsatz:** Ficht ein Versicherter die Entscheidung seiner Krankenkasse an, eine Leistung trotz **fingierter Genehmigung** abzulehnen, und nimmt die Krankenkasse während des Revisionsverfahrens die fingierte Genehmigung zurück, gilt die Rücknahme als vor dem Sozialgericht angefochten.

## 2. Häusliche Krankenpflege: Seniorenresidenz als geeigneter Ort

**BSG, Urteil v. 30.11.2017 - B 3 KR 11/16 R**

**RID 18-03-171**

SozR 4-2500 § 37 Nr. 15

**Leitsatz:** Das so genannte **Service-Wohnen** eines **Schwerstpflegebedürftigen** in einer **Seniorenresidenz** bei freier Wählbarkeit von Pflege- und Unterstützungsleistungen kann allgemein ein geeigneter Ort zur häuslichen Krankenpflege sein.

## 3. Hilfsmittelverzeichnis: Keine Aufnahme des Speedy-Duo 2

**BSG, Urteil v. 30.11.2017 - B 3 KR 3/16 R**

**RID 18-03-172**

SozR 4-2500 § 139 Nr. 9

**Leitsatz:** 1. Für die **Aufnahme** eines Hilfsmittels in das **Hilfsmittelverzeichnis** kommt es nicht darauf an, ob das Hilfsmittel nur ausnahmsweise oder regelmäßig zur Befriedigung von Grundbedürfnissen benötigt wird.

2. Ein **Handbike**, das Geschwindigkeiten von 10 bzw. 14 km/h motorisch unterstützt, überschreitet das Maß des Notwendigen, weil kein **Grundbedürfnis** besteht, sich den Nahbereich schneller als mit durchschnittlicher Schrittgeschwindigkeit nichtbehinderter Menschen zu erschließen.

## 4. Verfahrensrecht

### a) Örtliche Zuständigkeit: Bestimmung der Schiedsperson durch die Aufsichtsbehörde

**BSG, Beschluss v. 12.04.2018 - B 11 SF 2/18 S**

**RID 18-03-173**

juris

Bei der **Bestimmung der Schiedsperson** durch die **Aufsichtsbehörde** nach § 125 II 5 SGB V ist von einem so engen Zusammenhang zu dem angestrebten Vertrag auszugehen, dass sie ebenso wie der Vertrag selbst dem **Regelungsbereich des § 57a III SGG** unterfällt. Eine Zuständigkeitsbestimmung nach § 58 I Nr. 5 SGG kommt daher nicht in Betracht.

**Parallelverfahren:**

**BSG, Beschluss v. 12.04.2018 - B 11 SF 3/18 S**

**RID 18-03-174**

juris

### b) Sorgfaltspflichten eines Rechtsanwalts bei elektronischer Kalenderführung

**BSG, Beschluss v. 28.06.2018 - B 1 KR 59/17 B**

**RID 18-03-175**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Der Antrag der Kl. auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand wegen Versäumung der Frist zur Begründung der Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in LSG Sachsen, Urt. v. 30.05.2017 - L 1 KR 50/17 - wird abgelehnt. Die Beschwerde der Kl. gegen die Nichtzulassung der Revision wird als unzulässig verworfen.

Die **elektronische Kalenderführung eines Prozessbevollmächtigten** darf nach höchstrichterlicher Rspr. grundsätzlich keine geringere Überprüfungssicherheit bieten als die eines herkömmlichen

Fristenkalenders. Werden die Eingaben in den EDV-Kalender nicht durch Ausgabe der eingegebenen Einzelvorgänge über den Drucker oder durch Ausgabe eines Fehlerprotokolls durch das Programm kontrolliert, ist darin ein anwaltliches **Organisationsverschulden** zu sehen. Denn bei der Eingabe der Datensätze bestehen spezifische Fehlermöglichkeiten. Die Fertigung eines Kontrollausdrucks ist erforderlich, um nicht nur Datenverarbeitungsfehler des EDV-Programms, sondern auch Eingabefehler oder -versäumnisse mit geringem Aufwand rechtzeitig zu erkennen und zu beseitigen. Zu den zur Ermöglichung einer **Gegenkontrolle** erforderlichen Vorkehrungen im Rahmen der Fristenkontrolle gehört zudem, dass die **Rechtsmittelfristen** in der **Handakte** notiert werden und die Handakte durch entsprechende Erledigungsvermerke oder auf sonstige Weise erkennen lässt, dass die Fristen in alle geführten Fristenkalender eingetragen worden sind. Wird dem Rechtsanwalt die Sache im Zusammenhang mit einer fristgebundenen Verfahrenshandlung zur Bearbeitung vorgelegt, hat er die Einhaltung seiner Anweisungen zur Berechnung und Notierung laufender Rechtsmittelfristen einschließlich deren Eintragung in den Fristenkalender eigenverantwortlich zu prüfen, wobei er sich dann grundsätzlich auf die Prüfung der Vermerke in der Handakte beschränken darf. Diese anwaltliche Prüfungspflicht besteht auch dann, wenn die Handakte nicht zugleich zur Bearbeitung mit vorgelegt worden ist, so dass der Rechtsanwalt in diesen Fällen die Vorlage der Handakte zur Fristenkontrolle zu veranlassen hat.

## C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

### I. Ärztliches Berufsrecht

#### 1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

##### a) Widerruf der Approbation

###### aa) Verurteilung wegen Besitzes kinderpornographischer Schriften

VG Minden, Urteil v. 11.04.2018 - 7 K 880/18

RID 18-03-176

<sup>juris</sup>  
BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; StGB §§ 184b III, 184c III

Die Verhängung einer **Freiheitsstrafe** von einem Jahr wegen **Besitzes kinderpornographischer Schriften** in Tateinheit mit Besitz jugendpornographischer Schriften rechtfertigt den **Widerruf der Approbation** wegen **Unwürdigkeit**. Auch die Verwirklichung erheblicher Straftaten, die keinen Zusammenhang mit einer als solcher nicht zu beanstandenden ärztlichen Tätigkeit haben, ist geeignet, das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu stören und damit zur Unwürdigkeit zu führen.

###### bb) Sofortige Vollziehung: Sexueller Missbrauch/Berücksichtigung weiterer Fälle neben Strafurteil

VG Berlin, Beschluss v. 12.04.2018 - 14 L 844.17

RID 18-03-177

<sup>juris</sup>  
BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; VwGO § 80 V

Bei einem Arzt, der im Dezember 2015 wegen **sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses** in zwei Fällen rechtskräftig zu einer Gesamtgeldstrafe von 180 Tagessätzen verurteilt worden ist, kann das **Ruhen der Approbation** angeordnet werden.

Das **unsubstantiierte Bestreiten** des vom Amtsgericht festgestellten Sachverhalts durch den Ast., seine Behauptung, es sei zu keinen sexuell motivierten Handlungen gekommen, allenfalls könnten die Patientinnen Berührungen „missverstanden haben“, sowie der Hinweis darauf, dass es in dem Strafverfahren unstrittig eine Verfahrensabsprache nach § 257c StPO gab, begründen keine gewichtigen Richtigkeitszweifel.

Bei der **Anordnung der sofortigen Vollziehung** können neben der strafgerichtlichen Verurteilung weitere Fälle einbezogen werden, auch wenn bei diesen entweder bereits das Ermittlungsverfahren aus unterschiedlichen Gründen nach § 170 II StPO eingestellt oder das strafgerichtliche Verfahren ohne Verurteilung nach Zahlung eines Geldbetrags gemäß § 153a II StPO beendet wurde. Die Unschuldsvermutung steht dem nicht entgegen.

###### b) Ruhen: Keine Abhängigkeitssituation bzw. Suchterkrankung bei transdermaler Opioidtherapie

VGH Bayern, Beschluss v. 25.04.2018 - 21 ZB 17.311

RID 18-03-178

<sup>juris</sup>  
BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 6 II Nr. 2; VwGO § 124

Die Beurteilung, wann dem Arzt die gesundheitliche Eignung vorübergehend (§ 6 I Nr. 2 BÄO) abzusprechen ist, hängt vom jeweiligen Einzelfall ab und bedarf einer Einzelfallprüfung. Gesundheitliche Eignung liegt vor, wenn die Sachverständigen übereinstimmend festgestellt haben, dass bei Durchführung der kontrollierten transdermalen **Opioidtherapie** nicht von einer **Abhängigkeitssituation bzw. Suchterkrankung** ausgegangen werden könne. Bei Durchführung der Therapie seien nach wenigen Wochen keine Aufmerksamkeitsdefizite oder Ähnliches mehr zu erwarten. Die Therapie diene der Aufrechterhaltung der gesundheitlichen Eignung zur Ausübung des Arztberufs.

## c) Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs

VGH Bayern, Beschluss v. 12.04.2018 - 21 CE 18.136

RID 18-03-179

juris

BÄO §§ 3 I 7, 10 III; VwGO § 123

Die Annahme eines **besonderen Einzelfalls** im Sinn des § 10 III 1 BÄO setzt voraus, dass sich die persönlichen Verhältnisse des Ast. wesentlich von denjenigen anderer Ast. unterscheiden. Dabei kommt es auf eine zusammenfassende Würdigung sämtlicher Umstände des Einzelfalles an, insb. der persönlichen und beruflichen Situation des Bewerbers sowie seiner Integration in die hiesigen Berufs- und Lebensverhältnisse, wobei auch das Zusammentreffen mehrerer atypischer Merkmale einem Fall die geforderte Besonderheit verleihen kann (vgl. BVerwG, Urt. v. 21.5.1974 - I C 37.72 - BVerwGE 45, 162, juris Rn. 25). Zu den Aspekten, die im Rahmen dieser Einzelfallprüfung herangezogen werden können, kann neben dem Familienstand u.a. auch die aufenthaltsrechtliche sowie die staatsangehörigkeitsrechtliche Situation eines ausländischen Arztes gehören (BVerwG, aaO., Rn. 26 f.). Auch aus einem etwas mehr als sieben Jahre währenden Aufenthalt lässt sich ein besonderer Einzelfall nicht ableiten.

## 2. Weiterbildung

### a) Anerkennung einer gleichwertigen Weiterbildung (Zusatzbezeichnung Intensivmedizin)

VG Ansbach, Urteil v. 16.04.2018 - AN 4 K 17.01003

RID 18-03-180

juris

HKG Bayern Art. 27, 29, 30, 31, 33

Nur eine systematische, strukturierte und hinreichend dokumentierte **Weiterbildung** ermöglicht eine Einschätzung der vermittelten Kompetenz und stellt sicher, dass die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten den Anforderungen der Weiterbildungsordnung entsprechen und der dort vorgesehenen regulären Weiterbildung gleichwertig sind (VGH München, Beschl. v. 20.11.2013 - 7 ZB 13.1677 - juris Rn. 11).

Für die Beurteilung der **Gleichwertigkeit** der Ausbildung ist nicht zwingend ein hierzu **ermächtigter Weiterbilder** erforderlich.

Die Anerkennung einer **gleichwertigen Weiterbildung** hat von der gesetzlichen Systematik her **Ausnahmecharakter** zu dem Regelfall, dass die Weiterbildung bei einem hierzu ermächtigten Weiterbilder erfolgt ist. Für die Beurteilung der Gleichwertigkeit müssten daher konkrete Anhaltspunkte vorliegen, die die Anerkennung der Gleichwertigkeit rechtfertigen ohne zugleich die formale Ermächtigung zu verlangen.

### b) Anerkennung nur durch zuständige Landesärztekammer

VG Schleswig, Beschluss v. 18.05.2018 - 7 B 59/18

RID 18-03-181

juris

HeilBerG SH §§ 2, 37; VwGO § 123 I; ZPO § 920

Die Prüfung, ob die **Voraussetzungen für die Anerkennung als Facharzt** gegeben sind, insb. die notwendigen **Weiterbildungen** absolviert wurden, obliegt der **zuständigen Landesärztekammer**. Für eine Anerkennung außerhalb des Bezirks der Landesärztekammer fehlt das erforderliche **Rechtsschutzinteresse**.

### 3. Eigenfetttransplantation: Arzneimittelrechtliche Erlaubnis erforderlich

VG Oldenburg, Beschluss v. 21.06.2018 - 7 B 2260/18

RID 18-03-182

juris

AMG §§ 2 I Nr. 1, 3 Nr. 3, 4a S. 1 Nr. 3, 13, 69; EGV 1394/2007 Art. 2

**Leitsatz:** Bei der **Eigenfetttransplantation** zur Behandlung einer Rizarthrose im Daumensattelgelenk wird ein **Arzneimittel hergestellt**, dessen Herstellung der Erlaubnis bedarf.

Die Anwendbarkeit des **Arzneimittelgesetzes** ist in diesem Fall nicht nach § 4a Satz 1 Nr. 3 AMG ausgeschlossen.

Das **transplantierte Gewebe** ist auch als **Arzneimittel** für neuartige Therapien einzustufen.

### 4. Untersagung der Herstellung von Gefrierzellen zur sog. Gefrierzellentherapie

VG Neustadt (Weinstraße), Urteil v. 19.12.2017 - 5 K 903/16.NW

RID 18-03-183

juris

AMG §§ 4 Nr. 21 u. 28, 5 II, 13, 64, 69 I 1; GG Art. 12

**Leitsatz:** Niemand hat einen Anspruch auf Erhalt eines als **bedenklich eingestuften Arzneimittels**, selbst wenn er (freiwillig) in die Gefährdung seiner Gesundheit **einwilligt**. Der Gesetzgeber stellt vielmehr auf den **objektiven Gefährdungstatbestand** und den Schutz der Allgemeinheit ab, so dass die Einwilligung des Einzelnen in seine Gefährdung keine rechtfertigende Wirkung entfalten kann. Auf die unterschiedliche Risikobereitschaft des Einzelnen kommt es nicht an.

Zur Rechtmäßigkeit einer arzneimittelrechtlichen **Untersagung** der sog. **Gefrierzellentherapie**.

### 5. Berufspflichten

#### a) Vergütung für Dokumentationen von Anwendungsbeobachtungen

BerufsG für Heilberufe Berlin, Beschluss v. 18.05.2018 - 90 K 7.15 T

RID 18-03-184

juris

KammerG Berlin § 16; BO Berlin §§ 32, 33; StGB §§ 78a, 78c

„Tat“ i.S.d. § 78a S. 1 StGB ist im Berufsrecht das Ende des einheitlichen Berufsvergehens. Denn im Berufsrecht für Heilberufe gilt – wie im Disziplinarrecht für Beamte – der Grundsatz der **Einheit des Berufsvergehens**. Die **Verjährung** beginnt danach mit dem letzten Teilakt des einheitlich zu beurteilenden Berufsvergehens.

Es reicht nicht für eine Verletzung der Berufspflichten aus, dass es lediglich **nicht unwahrscheinlich** ist, dass eine Summe (hier: 60.250 €) für die Verordnung von Arzneimitteln gezahlt wurde.

Eine **Vergütung für Dokumentationen von Anwendungsbeobachtungen** muss in einem **angemessenen Verhältnis** zu den erbrachten Leistungen stehen. Bei der Beurteilung der Angemessenheit ist von einem **Vergleich** mit den Vergütungen an andere Praxen in Berlin auszugehen. Bewegt sich diese mit 115 € im üblichen Rahmen unter analoger Anwendung von Nr. 85 GOÄ, ist eine Vergütung von 500 € bzw. sogar 782,46 € je Patient unangemessen.

In Hinblick auf den Zeitablauf, die Belastung des Beschuldigten durch das Strafverfahren, die Durchsuchung seiner Praxis und Privaträume sowie seine bisherige Unbescholtenheit erscheint als **pflichtenmahnende Maßnahme** eine **Geldbuße** i.H.v. 10.000 € (Rahmen nach § 17 I Nr. 3 KammerG reicht bis 50.000 €) als erforderlich aber auch ausreichend.

#### b) Verspätete Erstellung ärztlicher Zeugnisse/Werbeverbot

BerufsG für Heilberufe Berlin, Urteil v. 15.11.2017 - 90 K 8.14 T

RID 18-03-185

juris

BO-Ä Berlin §§ 2 II, 25 S. 2, 27 III, IV

Die **verspätete Erstellung ärztlicher Zeugnisse** ist berufsrechtswidrig (vgl. auch OVG Rheinland-Pfalz, Landesberufsgericht für Heilberufe, Urt. v. 23.05.2007 - LBGH A 11625/06 - juris). Welche **Zeit** für die Erstellung eines ärztlichen Zeugnisses „angemessen“ ist, richtet sich nach dessen Umfang

und dem vom Arzt zu treibenden Aufwand. Für einfachere Stellungnahmen, die keine weiteren Untersuchungen erfordern und vom Arzt selbst behandelte Patienten betreffen, liegt die äußerste Grenze für die Angemessenheit der Frist für die Erstellung des Zeugnisses nach der Rspr. des erkennenden Berufsgerichts bei – etwa – **drei Monaten**.

Der unzutreffende Hinweis auf das Betreiben medizinischer Forschung verstößt gegen das **Werbeverbot** aus § 27 III BO und § 5 I 2 Nr. 1 UWG, wonach u.a. irreführende Werbung dem Arzt verboten ist.

Das **Anerbieten der Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung** (hier: Tauchtauglichkeit), ohne dass sich der Arzt von den bekundeten **medizinischen Umständen** überzeugt hat, verstößt gegen die Verpflichtung zu gewissenhafter Berufsausübung (§ 2 II BO).

Die vorgeworfene Formulierung „**Facharzt für Chirurgie/Ästhetischer Chirurgie**“ ist schon deshalb nicht verwechslungsfähig i.S.d. § 27 IV 2 BO zu der nach der Weiterbildungsordnung möglichen Bezeichnung „Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie“ oder „Plastischer und Ästhetischer Chirurg“, weil das Wort „Plastisch“ nicht vorkommt.

### c) Eintragung „Arzt, Plastischer & Ästhetischer Chirurg“ auf Bewertungsportal

BerufsG für Heilberufe Berlin, Urteil v. 09.05.2018 - 90 K 8.15 T

RID 18-03-186

juris

BO Berlin §§ 27, 28

**Leitsatz:** Bei der Eintragung „Arzt, Plastischer & Ästhetischer Chirurg“ in den **Rubriken „Chirurgen“ bzw. „Plastische & Ästhetische Chirurgen“** im Bewertungsportal [www.jameda.de](http://www.jameda.de) handelt es sich nicht um irreführende und damit berufswidrige Werbung im Sinn der Berufsordnung der Ärzte.

Der Rubrizierung auf der Internetseite von [jameda.de](http://jameda.de) kommt kein Erklärungswert dahingehend zu, dass ein Arzt oder eine Ärztin, der/die sich unter einer nach einer Bezeichnung der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer benannten Rubrik eintragen lässt, über die formale weiterbildungsrechtliche Qualifikation verfügt. Insoweit gilt nichts anderes als für die „Gelbe Seiten“ (vgl. dazu Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 9. Dezember 2008 - OVG 90 H 5.07 -, juris Rn. 26).

### d) Verletzung des Distanzgebots durch Kinder- und Jugendpsychiater

BerufsG für Heilberufe Berlin, Urteil v. 25.11.2017 - 90 K 4.14 T

RID 18-03-187

juris

BO Berlin § 2 II, III; BDG § 56

**Umarmungen** eines **Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie** können das **Distanzgebot** verletzen. Um einer Patientin deutlich zu machen, dass sie an den Oberschenkeln noch zunehmen könne, bedarf es nicht der Berührung mit der Hand. Auch wiederholte Umarmungen beim Abschied, selbst mit der Intention einer Aufmunterung, überschreiten die Grenze der Zulässigkeit. Die von dem Beschuldigten immer wieder als seine Motivation herausgestellte freundschaftliche Nähe und Herzlichkeit zu seinen Patientinnen und Patienten birgt die Gefahr der Verwechslung durch diese mit Aspekten einer privaten Beziehung und stellt sich als in hohem Maß unprofessionell dar.

### e) Zeugnisverweigerungsrecht bei möglicher Strafverfolgung

BerufsG für Heilberufe Berlin, Beschluss v. 20.12.2017 - 90 K 5.17 T

RID 18-03-188

juris

DiszG Berlin; StPO § 55 I; StGB § 164 II

Ein **Zeuge** kann eine **Aussage** nach § 55 I StPO **verweigern**, wenn er sich der **Gefahr aussetzt**, wegen falscher Verdächtigung (§ 164 II StGB) bzw. unrechtmäßiger Medikamentenbeschaffung **verfolgt zu werden**.

Über die Herkunft der bei der Durchsuchung in der Wohnung des Zeugen beschlagnahmten drei Medikamente in zum Teil mehrfach tödlicher Menge, wie sie bei dem Freitod der Frau P eingesetzt wurden (50 Tropfen MCP, 80 Tabletten Resochin und 75 ml Diazepam), braucht der Zeuge nicht



auszusagen, weil ein unrechtmäßiger Erwerb dieser großen Menge im Zusammenwirken todbringenden Wirkstoffe nicht fernliegend ist. Bei der Beurteilung, ob einem Zeugen ein Auskunftsverweigerungsrecht gemäß § 55 StPO zusteht, sind nicht derart hohe Anforderungen an die Darlegung der **Gefahr einer Selbstbelastung** durch eine wahrheitsgemäße Aussage zu stellen, dass sie den Schutz des Zeugen vor dem Zwang zu einer derartigen Selbstbelastung im Ergebnis unterlaufen. Die wahre Herkunft der beschlagnahmten Medikamente einzuräumen könnte ihn der Gefahr aussetzen, strafrechtlich oder wegen einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden (§ 55 StPO).

## 6. Befreiung vom Notdienst: Nachweis einer erheblichen Einschränkung der Arbeitskraft

VG Köln, Urteil v. 17.04.2018 - 7 K 5095/16

RID 18-03-189

juris

HeilBerG NRW §§ 30 Nr. 2, 31

Die **Nachweisführung einer erheblichen Einschränkung der Arbeitskraft** ist dadurch erschwert, dass die regelmäßige Praxistätigkeit der Kl. den Anschein erweckt, sie sei zur üblichen Erbringung ärztlicher Dienste in der Lage. Veranlassen die geltend gemachten gesundheitlichen Beschwerden die Kl. danach nicht, an weniger Tagen als sonstige niedergelassene Kollegen ärztlich tätig zu sein, wirft dies die Frage auf, ob die im Vergleich zu durchschnittlichen Fallzahlen geringere Zahl an Patientenkontakten nicht (auch) auf andere Gründe als eine gesundheitlich bedingte Einschränkung der Arbeitskraft zurückzuführen sein könnte.

In der Rechtsprechung ist geklärt, dass die Ärztekammern bei ihrer **Ermessensentscheidung** über einen Befreiungsantrag die wirtschaftliche Zumutbarkeit einer Vertreterbestellung berücksichtigen dürfen.

## 7. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

### a) Unzulässigkeit einer Empfehlung eines bestimmten Orthopädienschuhtechnikmeisters ohne Nachfrage

LG Köln, Urteil v. 21.03.2018 - 84 O 137/17

RID 18-03-190

juris

UWG § 3, § 3a; BO NRW § 31 II

Steht fest, dass eine **Fachärztin für Orthopädie** einer Patientin zum Erwerb der ihr verschriebenen Kork-Leder-Einlagen einen **Orthopädienschuhtechnikmeister** empfohlen hat, ohne dass die Patientin entsprechend **nachgefragt** hätte, dann hat der Inhaber eines konkurrierenden Hauses für Sanitätsbedarf und Orthopädietechnik einen **Unterlassungsanspruch**.

### b) CoolSculpting bzw. Kryolipolyse

LG Hamburg, Urteil v. 23.03.2018 - 315 O 458/16

RID 18-03-191

*Berufung anhängig: OLG Hamburg - 5 U 70/18 -*

juris = Magazindienst 2018, 390

UWG §§ 3, 3a, 5 I Nr. 1, 8 III Nr. 2; HeilMWerbG §§ 1 Nr. 2, 3; MPG § 3

Bei der **CoolSculpting-Behandlung**, bei der nach der Werbung bei der Kryolipolyse-Behandlung Fettpolster durch Kälte reduziert werden, handelt es sich nicht um eine **Behandlung** i.S.d. § 1 Nr. 2 AMG. Auch wenn es bei dem CoolSculpting-Gerät um ein Medizinprodukt handelt, fällt die Behandlung mit diesem nicht in den Anwendungsbereich des § 3 MPG.

Wird hinreichend dargelegt und nachgewiesen, dass Wirkung und Wirkweise von **CoolSculpting bzw. Kryolipolyse** fachlich umstritten sind, ist es Sache der bekl. niedergelassenen Fachärztin für plastische und ästhetische Chirurgie, die **wissenschaftliche Absicherung** der umstrittenen Werbeaussagen **zu beweisen**.

### c) Verwendung des Begriffes „Praxisklinik“ für Zahnarztpraxis

OLG Hamm, Urteil v. 27.02.2018 - 4 U 161/17

RID 18-03-192

Revision anhängig: BGH - I ZR 58/18 -

juris = WRP 2018, 732

UWG §§ 5, 8

**Leitsatz:** Zu der Frage, ob die Werbung eines Zahnarztes für seine Praxis mit dem Begriff „Praxisklinik“ irreführend im Sinne von § 5 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 UWG sein kann.

*LG Essen*, Urt. v. 08.11.2017 - 44 O 21/17 - RID 18-02-218 wies die Klage der Wettbewerbszentrale ab, das *OLG* gab ihrer Berufung statt und verurteilte den Bekl., es zu unterlassen, im geschäftlichen Verkehr im Internet oder sonst werblich für seine zahnärztliche Praxis die Bezeichnung „Praxisklinik“ zu verwenden.

### d) Zulässige Werbung eines Zahnarztes auf Homepage mit Preisangaben

VG Münster, Urteil v. 09.05.2018 - 18 K 4423/17.T

RID 18-03-193

juris

HeilBerG NRW §§ 29, 30, 32, 58a; GOZ § 5 II 1

Die **Werbung** auf einer **Homepage** ist einem **Zahnarzt** nicht grundsätzlich verboten. Es handelt sich insoweit um eine im Internet als passive Darstellungsplattform geschaltete Form der Selbstpräsentation. Internetwerbung wird typischerweise von solchen Patienten zur Kenntnis genommen, die nicht unaufgefordert durch Werbung beeinflusst werden, sondern sich selbst aktiv informieren.

Die **Angabe eines zu erwartenden Gesamtpreises** für eine zahnärztliche Leistung auf Verlangen in einer Werbung ist nicht zu beanstanden. Die Höhe des zu erwartenden Preises einer medizinisch nicht notwendigen, sondern lediglich **kosmetischen zahnärztlichen Behandlung** ist für den Patienten ein zentraler Bestandteil der beworbenen Leistung. Wer sich aus eigenem Antrieb über eine solche informieren möchte, ist in besonderem Maße auf dementsprechende Informationen angewiesen. Dies gilt umso mehr, wenn für die zahnärztliche Behandlung entsprechende **Gebührenspositionen in der GOZ nicht vorhanden** sind und es bei der Beurteilung der Angemessenheit der Preisgestaltung somit entscheidend auf die betriebswirtschaftliche Kalkulation des Zahnarztes ankommt. Anderenfalls bliebe die Werbung inhaltsleer, weil der zentrale Bestandteil des Angebots, der Preis, nicht mitgeteilt würde und sich der Patient auch anderweitig hierüber keine Informationen verschaffen könnte.

## 8. Umfassende Schiedsklausel in BGB-Vertrag

OLG Schleswig, Beschluss v. 03.01.2018 - 4 U 54/17

RID 18-03-194

juris = ZMGR 2018, 126

BGB §§ 705 ff., 734, 738

Die **Schiedsklausel** in einem Vertrag „Für Streitigkeiten aus diesem Vertrag ist unter Ausschluss des ordentlichen Rechtsweges als Schiedsgericht der bei der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein bestehende Schlichtungsausschuss zuständig.“ umfasst Streitigkeiten im Rahmen der **Auseinandersetzung der Gesellschaft**.

## 9. Bindungswirkung einer (Bleibe)Zusage auf Zugang zu Intensivtherapiebetten

VG Mainz, Urteil v. 25.04.2018 - 3 K 551/17.MZ

RID 18-03-195

juris

BeamtStG § 54 II 1; HochschulG RP

**Leitsatz:** Die Direktorin einer neurologischen Abteilung kann die Einhaltung einer von der Universitätsklinik abgegebenen **(Bleibe)Zusage** auf **Zugang zu Intensivtherapiebetten** unter neurologischer Endverantwortung in der Krankenversorgung verlangen.

Die in **Planung** befindliche **Umstrukturierung** zu einer interdisziplinären Zentralisierung der Intensivmedizin in der Universitätsklinik steht der Bindung an die bestehende Zusage nicht entgegen. Eine Beschränkung der **Bindungswirkung** ist nur unter engen Voraussetzungen und bei Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes sowie unter Berücksichtigung des Vertrauensschutzes zulässig.

## 10. Kein Schadensersatz wegen Nichtabhaltens von unrechtmäßiger Abrechnungspraxis

OLG Saarbrücken, Urteil v. 11.04.2018 - 5 U 28/17

RID 18-03-196

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - III ZR 103/18 -*

juris

BGB § 839; BeamStG § 45; GG Art. 33 V, 34

**Leitsatz:** Ein ärztlicher Klinikdirektor und Universitätsprofessor, der sich für die **bevorzugte Behandlung** von Patienten eine **gesonderte Vergütung** bezahlen ließ, ohne Wahlleistungsvereinbarungen und Behandlungsverträge mit diesen abzuschließen, deshalb **strafrechtlich verurteilt** wurde und aus dem Beamtenverhältnis ausgeschieden ist, kann seinen früheren **Dienstherrn** nicht mit Erfolg auf **Schadensersatz** und Geldentschädigung wegen Verletzung des **allgemeinen Persönlichkeitsrechts** in Anspruch nehmen mit der Begründung, dieser habe ihn insbesondere nicht von seiner unrechtmäßigen Abrechnungspraxis abgehalten, den Sachverhalt unter Ausnutzung von „Ermittlungen“ eines Kollegen zur Anzeige gebracht und die Situation ausgenutzt, um ihn als „unbequemen“ Chefarzt „aus dem Amt zu drängen“. Diese Umstände sind, auch unter Berücksichtigung weiterer Auseinandersetzungen und „Verteilungskämpfe“ innerhalb des Klinikums, denen er sich ausgesetzt sah, weder für sich genommen noch in ihrer Gesamtheit als „Mobbing“ oder als Verletzung der beamtenrechtlichen Fürsorgepflicht anzusehen.

## 11. Vergütungsumfang eines Anästhesisten bei Operation eines Durchgangsarztes nach SGB VII

### a) Geplante Materialentfernung keine Notfallbehandlung

SG Itzehoe, Urteil v. 30.11.2017 - S 30 U 37/14

RID 18-03-197

juris

SGB VII §§ 28 II, 34 III

**Leitsatz:** 1. Für eine Vergütungsklage von Arztleistungen nach UVGoÄ ist die allgemeine **Leistungsklage** statthaft.

2. Eine **privatrechtliche Vergütungsvereinbarung** des Arztes mit dem Patienten ist nichtig, wenn keine Aufklärung des Patienten über die umfassende kostenfreie Sach- und Dienstleistung der Behandlung in der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgt.

3. Wegekosten, Besuchsgebühren und Reiseentschädigung können nach UV-GoÄ nicht bei einer **Tätigkeit des Arztes an einer regelmäßigen Arbeitsstätte** verlangt werden.

4. Bei einem im Schnitt zweiwöchigen Einsatz eines Arztes über mehrere Jahre in einer Fremdpraxis handelt es sich um eine regelmäßige **Arbeitsstätte**.

5. Eine **geplante Materialentfernung** ist keine **Notfallbehandlung**.

### b) Nachweis durch dokumentierte Leistungserbringung

SG Itzehoe, Urteil v. 30.11.2017 - S 30 U 45/13

RID 18-03-198

juris

SGB VII 28 II, 34 III

**Leitsatz:** 1. Für eine Vergütungsklage von Arztleistungen nach UVGoÄ ist die allgemeine **Leistungsklage** statthaft.

2. Eine **privatrechtliche Vergütungsvereinbarung** des Arztes mit dem Patienten ist nichtig, wenn keine Aufklärung des Patienten über die umfassende kostenfreie Sach- und Dienstleistung der Behandlung in der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgt.

3. Wegekosten, Besuchsgebühren und Reiseentschädigung können nach UV-GoÄ nicht bei einer **Tätigkeit des Arztes an einer regelmäßigen Arbeitsstätte** verlangt werden.

4. Bei einem im Schnitt zweiwöchigen Einsatz eines Arztes über mehrere Jahre in einer Fremdpraxis handelt es sich um eine regelmäßige **Arbeitsstätte**.

5. Für die Abrechnung von ärztlichen Leistungen nach der UVGoÄ bedarf es grundsätzlich einer **dokumentierten Leistungserbringung**, die die erforderliche und zweckmäßig zu erbringende Leistung belegt. **Dokumentationslücken** und Widersprüche gehen zulasten des abrechnenden Arztes.

### c) Nachfertigung weiterer Behandlungsunterlagen („schriftliche Lüge“)

SG Itzehoe, Urteil v. 30.11.2017 - S 30 U 51/14

RID 18-03-199

<sup>juris</sup>  
SGB VII §§ 28 II, 34 III; BGB § 259; GoÄ § 7

**Leitsatz:** 1. Eine **privatrechtliche Vergütungsvereinbarung** des Arztes mit dem Patienten ist nichtig, wenn keine Aufklärung des Patienten über die umfassende kostenfreie Sach- und Dienstleistung der Behandlung in der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgt.

2. Wegekosten, Besuchsgebühren und Reiseentschädigung können nach UV-GoÄ nicht bei einer **Tätigkeit des Arztes an einer regelmäßigen Arbeitsstätte** verlangt werden.

3. Für die Vergütung von ärztlichen Leistungen nach der UVGoÄ bedarf es einer **dokumentierten Leistungserbringung**, die die erforderliche und zweckmäßig zu erbringende Leistung belegt. Dokumentationslücken und Widersprüche gehen zulasten des abrechnenden Arztes.

4. Die **Nachfertigung weiterer Behandlungsunterlagen** zur Abrechnung („schriftliche Lüge“) (hier unterschiedliche Anästhesieprotokolle derselben Operation) lässt die Beweiskraft beider Dokumente entfallen. Der Arzt ist in vollem Umfang beweisbelastet, welche Leistungen erbracht worden sind.

5. Bei einer **Mitteilung des Patienten von einer Gesundheitsstörung** (hier schwere Herzerkrankung) sind vor Durchführung einer Allgemeinanästhesie Leistungen nach Ziff. 3550 ff. und 651 UVGoÄ zu vergüten, auch wenn sich später herausstellt, dass die berichtete Gesundheitsstörung tatsächlich nicht vorlag.

6. Für die Abrechnung der Ziffern 490, 484 und 462 sowie 463 UVGoÄ bedarf es einer **zuverlässigen Dokumentation** zum Zeitpunkt der Leistungserbringung.

7. § 64 VgGoÄ begründet in analoger Anwendung des § 259 Abs. 1 BGB in Verbindung mit dem Rechtsgedanken aus § 10 GoÄ in Verbindung mit § 12 Abs. 2 Nr. 5 GoÄ eine Nachweispflicht für Belege des Arztes, deren Geltendmachung insoweit den **Verzugseintritt** hindert.

### d) Gemeinsam betriebene Praxisräume

SG Itzehoe, Urteil v. 30.11.2017 - S 30 U 53/16

RID 18-03-200

<sup>juris</sup>  
SGB VII §§ 28 II, 34 III

**Leitsatz:** 1. Wegekosten, Besuchsgebühren und Reiseentschädigung können nach UV-GoÄ nicht bei einer **Tätigkeit des Arztes an einer regelmäßigen Arbeitsstätte** verlangt werden.

2. Ein **hinzugezogener Arzt** kann keine Besuchsgebühr und kein Wegegeld verlangen, wenn der Patient den Behandler in mit dem hinzugezogenen Arzt gemeinsam betriebenen Praxisräumen aufsucht.

3. Eine **privatrechtliche Vergütungsvereinbarung** des Arztes mit dem Patienten ist nichtig, wenn keine Aufklärung des Patienten über die umfassende kostenfreie Sach- und Dienstleistung der Behandlung in der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgt.

### e) Regelmäßige Arbeitsstätte: Mehrfacher Einsatz in Fremdpraxis

SG Itzehoe, Urteil v. 30.11.2017 - S 30 U 57/16

RID 18-03-201

<sup>juris</sup>  
SGB VII §§ 28 II, 34 III

**Leitsatz:** 1. Wegekosten, Besuchsgebühren und Reiseentschädigung können nach UV-GoÄ nicht bei einer **Tätigkeit des Arztes an einer regelmäßigen Arbeitsstätte** verlangt werden.

2. Bei einem im Schnitt **zweiwöchigen Einsatz** eines Arztes über mehrere Jahre in einer **Fremdpraxis** handelt es sich um eine **regelmäßige Arbeitsstätte**.

3. Eine **privatrechtliche Vergütungsvereinbarung** des Arztes mit dem Patienten ist nichtig, wenn keine Aufklärung des Patienten über die umfassende kostenfreie Sach- und Dienstleistung der Behandlung in der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgt.

## 12. Arbeitsrecht

### a) BAG: Eingruppierung und Einstufung nach dem TV-Ärzte Hessen

**BAG, Urteil v. 21.12.2017 - 6 AZR 863/16**

**RID 18-03-202**

BAGE = juris = BAGE = ZTR 2018, 265 = KRS 2018, 210 = AP Nr 76 zu § 1 TVG Tarifverträge: Arzt  
**TV-Ärzte Hessen**

**Leitsatz:** Im Geltungsbereich des **TV-Ärzte Hessen** sind Ärzte nach ihrer Einstellung in den Entgeltgruppen Ä 1 bzw. Ä 2 der Stufe zuzuordnen, die der durch ihre ärztliche Tätigkeit nachgewiesenen **Berufserfahrung** entspricht. Darauf, ob und welche Unterbrechungen zwischen den einzelnen Zeiten ärztlicher Tätigkeit in früheren Arbeitsverhältnissen oder vor dem Beginn der Tätigkeit für das Land Hessen liegen, kommt es gemäß § 10 Abs. 7 Satz 1 und § 14 Abs. 2 Satz 1 TV-Ärzte Hessen nicht an.

### b) Honorararztvertrag als Klinikarzt

**LAG Düsseldorf, Urteil v. 06.02.2018 - 3 Sa 632/17**

**RID 18-03-203**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BAG - 9 AZN 501/18 -  
juris*  
**KHEntgG § 2 I 1, III**

**Leitsatz:** 1. Die Tätigkeit eines **Krankenhaus- oder Klinikarztes** kann typologisch sowohl im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses als auch im Rahmen eines freien Dienstverhältnisses als Honorararzt erbracht werden. Das folgt bereits aus § 2 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 KHEntgG und ist nicht beschränkt auf Ärzte mit Facharztqualifikation.

2. Haben die Parteien sich danach für den Vertragstyp des **freien Honorararztvertrages** entschieden, sind sie an dieser Wahl festzuhalten, es sei denn die **tatsächliche Vertragsabwicklung** stünde dem entgegen und ergäbe im Rahmen der erforderlichen Gesamtwürdigung, dass abweichend vom vertraglich Vereinbarten tatsächlich doch ein Arbeitsverhältnis vorgelegen hat (hier verneint). Die **Darlegungs- und Beweislast** für eine solche abweichende Vertragspraxis trägt der ein Arbeitsverhältnis geltend machende Kläger.

3. Die **Aussetzung** eines arbeitsgerichtlichen Statusfeststellungsverfahrens bis zum Abschluss eines parallel betriebenen sozialversicherungsrechtlichen Statusfeststellungsverfahrens der Deutschen Rentenversicherung kommt nicht in Betracht. Es fehlt an einer zumindest teilweise rechtlich präjudiziellen Bedeutung der sozialversicherungsrechtlichen Prüfung für das arbeitsgerichtliche Verfahren im Sinne von § 148 ZPO.

## 13. Sozialversicherungspflicht

### a) Radiologe als Honorararzt

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 26.10.2017 - L 1 R 511/14**

**RID 18-03-204**

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 R 12/18 R  
juris*  
**SGB IV §§ 7 I, 7a**

Ein deutliches Indiz für eine **Eingliederung** eines Facharztes für Radiologie in einen fremden Betrieb ist die Tatsache, dass dieser die technischen Anlagen des Krankenhauses in der Radiologie unentgeltlich nutzen kann, dass er seine Leistungen nicht selbst, sondern über das Krankenhaus abrechnet und Bereitschaftsdienste übernimmt.

Der Arzt trägt kein **Unternehmerrisiko**, wenn er seine Arbeitskraft nicht mit der Gefahr des Verlustes einsetzt, sondern er einen vorab vereinbarten festen Stundenlohn (hier: 100 €) für die geleistete Arbeit erhält, unabhängig davon, was tatsächlich zu tun ist.

## b) Konsiliararztvertrag einer Anästhesistin als selbständige Tätigkeit

LSG Bayern, Urteil v. 06.07.2017 - L 14 R 5089/16

RID 18-03-205

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 R 11/18 R*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 121 II; SGB IV §§ 7 I, 7a I 1; KHEntG § 2 I 1

Die Merkmale für eine **selbständige Tätigkeit** einer **Fachärztin für Anästhesie** überwiegen, wenn sie hinsichtlich der Arbeitszeit und der Dauer der Tätigkeit **keiner Weisungsgebundenheit** des Krankenhauses unterliegt, in der Art und Weise der Ausübung ihrer Tätigkeit keinen Weisungen unterworfen ist und die ausgeübte ärztliche Tätigkeit von hoher Eigenverantwortlichkeit geprägt ist.

Soweit im Vertrag geregelt ist, dass die Ärztin sich verpflichtet, die im Krankenhaus zur Anwendung kommenden **organisatorischen Regeln einzuhalten** und sie sich hierbei an die Anweisungen und Vorgaben der Chefärzte hält, muss klar unterschieden werden zwischen den allgemeinen Vorgaben und den Vorgaben hinsichtlich der Art und Weise der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit. Nach dem Vortrag der Beteiligten und nach dem vorliegenden Vertrag entscheidet die Beigeladene selbständig über die Behandlung der Patienten, eine Kontrolle der Tätigkeit erfolgt nicht, die Beigeladene entscheidet frei über die Behandlungsform, die Therapiefreiheit der Beigeladenen ist daher nicht eingeschränkt. Es bestand kein disziplinarisches Weisungsrecht, es bestand keine Einbindung in die Entscheidungshierarchien und es erfolgte keine Supervision, die Ärztin nahm auch nicht an Schulungsveranstaltungen der Klinik teil. Die Ärztin nahm nur an den morgendlichen medizinischen Besprechungen an den Tagen teil, an denen sie sich zur Übernahme eines Dienstes bereit erklärt hatte. Es kann nicht maßgeblich darauf abgestellt werden, ob ein **unternehmerisches Risiko** vorliegt, wenn es sich von vornherein nicht um eine Tätigkeit handelt, die einen erheblichen Kapitaleinsatz oder Investitionen voraussetzt.

Allein der Umstand, dass eine **Abrechnung nach Stunden** erfolgt und nicht pro Operation, spricht daher nicht zwingend für das Vorliegen einer abhängigen Beschäftigung.

## c) Konsiliarärztliche Leistungen eines Anästhesisten (Honorararzt)

LSG Bayern, Urteil v. 06.07.2017 - L 14 R 5002/17

RID 18-03-206

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BSG - B 12 R 13/18 R -*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV §§ 7 I, 7a I 1; SGB V § 121 II, V; KHEntG § 2

Ein **Facharzt für Anästhesie**, der nach Absprache mit dem Krankenhaus konsiliarärztliche Leistungen erbringt, ist eindeutig als **abhängig Beschäftigter** tätig, wenn er ausschließlich in den Räumen der Klinik, insb. in den dortigen Operationssälen, tätig ist und die dortigen Betriebsmittel des Krankenhauses für seine Arbeit nutzt, sein Einsatz grundsätzlich in Abstimmung mit dem zuständigen Chefarzt zu erfolgen hat, er im Dienstplan der Kliniken eingetragen und nach außen nicht als externer Mitarbeiter erkennbar ist.

Hat der Arzt sich an **Anweisungen und Vorgaben der Chefärzte** zu halten, was eine trotz großer fachlicher Freiheiten bestehende Weisungsgebundenheit zum Ausdruck bringt, stellt dies ein erhebliches Indiz für eine abhängige Beschäftigung dar.

Der Senat merkt an, dass ein **Honorararzteinsatz** im Krankenhaus wegen der stets dort gegebenen notwendigen **betrieblichen Eingliederung** - von Ausnahmekonstellationen abgesehen - rechtlich kaum möglich sein dürfte.

### Parallelverfahren:

LSG Bayern, Urteil v. 06.07.2017 - L 14 R 5064/16

RID 18-03-207

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 R 14/18 R*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

#### d) Selbstständige Tätigkeit eines Notarztes

SG Lübeck, Urteil v. 01.03.2018 - S 14 KR 806/17

RID 18-03-208

Rechtskräftig  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB IV §§ 7, 7a

Die Tätigkeit eines **Notarztes** ist wie jede andere ärztliche Tätigkeit auch grundsätzlich als **selbstständige Tätigkeit oder als abhängige Beschäftigung** möglich. Eine generelle Einstufung der Notärzte als abhängig Beschäftigte wäre allenfalls geboten, wenn sich für den Bürger, um dessen notärztliche Versorgung es letztlich geht, daraus ein Mehr an Qualifikation oder Präsenz ergäbe. Eine **selbstständige Tätigkeit** liegt vor, wenn bei der Durchführung der Notarztdienste der Arzt keinen Weisungen unterliegt, auch für andere Auftraggeber tätig ist und er hinsichtlich der zeitlichen Einteilung selbst bestimmen kann, an welchen Tagen er tätig sein will.

#### e) Selbständiger Zahntechniker in Zahnarztpraxis

SG Berlin, Urteil v. 31.05.2018 - S 51 KR 2698/13

RID 18-03-209

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 25 I; SGB IV §§ 7 I 1, 7a; SGB VI § 1 I 1 Nr. 1; HwO § 1

**Leitsatz:** 1. Ein **Zahntechniker** kann **selbständig** tätig sein, wenn er auf werklieferungsvertraglicher Basis zahntechnische Produkte für eine **Zahnarztpraxis** in deren Labor herstellt und dabei in zeitlicher Hinsicht aufgrund eines eigenen Schlüssels zur Praxis in der **Gestaltung seiner Arbeitszeit** frei ist und einen nicht unerheblichen Teil der Arbeitsgeräte in dem Labor **selbst finanziert** hat.  
2. Eine fehlende (vollständig) eigene **Betriebsstätte** sowie ein eventueller Verstoß gegen § 1 Handwerksordnung stehen der Annahme einer selbständigen Tätigkeit nicht zwingend entgegen.

### 14. JVEG: Elektrophysiologische und Schall messende Untersuchungen/Hirnstammaudiometrie

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 21.06.2018 - L 10 KO 1935/18

RID 18-03-210

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
JVEG § 10 I; JVEG Nr. 305 Anl. 2

**Leitsatz:** 1. Der Begriff **elektrophysiologische Untersuchungen** nach Nr. 305 der Anlage 2 (zu § 10 Abs. 1) JVEG umfasst (nur) die direkte, unmittelbare Messung elektrischer Potentiale durch deren Ableitung (ebenso LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 14.02.2017, L 2 SF 370/15 E; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 06.09.2013, L 15 U 589/12 B). Untersuchungen, bei denen das Vorhandensein elektrischer Körperströme lediglich indirekt nachgewiesen wird (z.B. bei der Prüfung von Reflexen), fallen nicht hierunter (a.A. LSG Berlin-Brandenburg, a.a.O.). Dem entsprechend sind **Schall messende Untersuchungen** (z.B. Impedanzmessung, Messung otoakustischer Emissionen), visuelle Untersuchungen (z.B. kalorische Prüfung mittels Frenzel'scher Brille, Video-Kopf-Impuls-Test) und Untersuchungen, die eine gewillkürte Reaktion des Probanden erfassen (z.B. Tonschwellenaudiogramm, Sprachaudiogramm, Tinnitusbestimmung), nicht nach Nr. 305 der Anlage 2 (zu § 10 Abs. 1) JVEG vergütungsfähig.  
2. Die **Nr. 1408 GOÄ (Hirnstammaudiometrie)** ist nur einmal vergütungsfähig, auch wenn beide Ohren untersucht werden.

### 15. Rechtsschutz gegen Veröffentlichung von Leitlinien

LG Berlin, Urteil v. 12.03.2018 - 19 O 349/17

RID 18-03-211

GesR 2018, 307  
BGB § 1004

Leitsatz (GesR): Die Beteiligung an einer Konsensuskonferenz zur Erstellung einer medizinischen **Leitlinie** bewirkt keinen Anspruch, die Publikation einer solchen Leitlinie **untersagen** zu können.

## 16. Ärztebewertungsportal

### a) Nachweis der Aufklärung/Beweislast für Behandlungsfehler

OLG Hamm, Urteil v. 13.03.2018 - 26 U 4/18

RID 18-03-212

juris

BGB §§ 823, 1004; GG Art. 1, 2, 12

Kann eine Zahnärztin den **Beweis** führen, dass ihre Patientin, von der die Bewertung stammt, tatsächlich von ihr **aufgeklärt** worden ist, dann kann auf der Patientenbewertung nicht verbreitet werden, die Zahnärztin „verzichte auf eine Aufklärung/Beratung“.

Der Vorwurf einer **falschen prothetischen Lösung** betrifft das Vorliegen von Behandlungsfehlern, was auch aus der Sicht des Lesers der Bewertung dem Beweis zugänglich ist. Das gilt indiziell deshalb, die Patientin ausdrücklich unter Berufung auf die Äußerung von zwei Zahnärzten eine technisch falsche Lösung für die Kronen beanstandet hat. Ob tatsächlich eine unwahre Behauptung in Form einer Fehlbehandlung vorgelegen hat, oder ob die Behandlung lege artis gewesen ist, hat sich aus den Stellungnahmen nebst Unterlagen nicht mit der für eine einstweilige Verfügung notwendigen Wahrscheinlichkeit ergeben. Diese Frage lässt sich ohne **Sachverständigengutachten** nicht feststellen. Zur Einholung ist die Verfügungsbeklagte **nicht verpflichtet**. Sie betreibt lediglich ein **Bewertungsportal**. Ihr die Klärung von Fragen aufzuerlegen, für die Gutachterkommissionen geschaffen worden und die ggf. durch Gerichte zu klären sind, würde die Grenzen der Zumutbarkeit überschreiten. Weil die Beweislast für die Unrichtigkeit der Behauptungen zur Behandlungsfehlerhaftigkeit im vorliegenden Verfahren bei der Kl. liegt, ist der Antrag insoweit zurückzuweisen.

### b) Zu-Eigen-Machen der Bewertung eines Nutzers/Beweislast für fehlenden Behandlungskontakt

OLG Dresden, Urteil v. 06.03.2018 - 4 U 1403/17

RID 18-03-213

juris = AfP 2018, 142 = WRP 2018, 589 = NJW-RR 2018, 675 = ZUM 2018, 445 = CR 2018, 467

BGB §§ 823 I, 1004 I; TMG § 7 I

**Leitsatz:** 1. Der **Betreiber eines Bewertungsportals** macht sich die Bewertung eines Nutzers bereits dann zu eigen, wenn er diese auf Rüge des Betroffenen prüft und diesem sodann mitteilt, „strittige Tatsachenbehauptungen“ habe er entfernt, so dass die Bewertung nunmehr den Nutzungsrichtlinien des Portals entspreche.

2. Für die Behauptung, einer Bewertung liege kein **Behandlungskontakt** zugrunde, trägt der Betroffene die **Beweislast**.

## 17. Rücknahme einer Zuwendung zur Förderung der Niederlassung

VG Würzburg, Urteil v. 16.04.2018 - W 8 K 17.574

RID 18-03-214

juris

VwGO § 42 I 1; VwVfG Bay Art. 48

Bei **Zuwendungen** aus der bayerischen Richtlinie zur **Förderung der Niederlassung** von Ärztinnen und Ärzten sowie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im ländlichen Raum 02.10.2013 handelt es sich um **freiwillige Maßnahmen** des Freistaates Bayern. Eine explizite Rechtsnorm, die konkret einen Anspruch auf Bewilligung der beantragten Zuwendung begründet, existiert nicht. Vielmehr erfolgt die Zuwendung auf der Grundlage der einschlägigen Förderrichtlinien im **billigen Ermessen** der Behörde und im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel (Art. 23, 44 BayHO). Ein **Rechtsanspruch** besteht danach nur ausnahmsweise, insb. aus dem Gleichbehandlungsgrundsatz (Art. 3 I GG) durch eine Selbstbindung der Verwaltung aufgrund einer ständigen Verwaltungspraxis auf Basis der einschlägigen Richtlinien.

Die Rechtswidrigkeit kann aus dem **förderschädlichen vorzeitigen Maßnahmebeginn** folgen.

Für die Bestimmung des **Zeitpunktes der Niederlassung** ist auf die tatsächliche Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit abzustellen. Bereits durch die Behandlungen der Patienten und die Abrechnung der Behandlungen über die KV wird die vertragsärztliche Tätigkeit aufgenommen.



## 18. Heranziehung einer Gemeinschaftspraxis zu Rundfunkbeiträgen

VG Freiburg, Urteil v. 24.05.2018 - 9 K 8560/17

RID 18-03-215

juris  
RdFunkBeitrStVtr BW

Die Heranziehung einer **Gemeinschaftspraxis** zweier Ärztinnen als Betriebsstätteninhaberin zur Zahlung von **Rundfunkbeiträgen** ist rechtmäßig.

## 19. Ärztekammer

### a) BSG: Abgabepflicht für Mitarbeiter eines Ärzteblatts

BSG, Urteil v. 28.09.2017 - B 3 KS 3/15 R

RID 18-03-216

juris = SozR 4-5425 § 24 Nr. 21 = Die Beiträge Beilage 2018, 147  
KSVG §§ 2 S. 2, 24, 25

**Leitsatz:** 1. Ein Verwaltungsakt, mit dem die Pflicht eines Unternehmens zur Zahlung der Künstlersozialabgabe dem Grunde nach festgestellt wird (**Erfassungsbescheid**), ist nicht bereits deshalb rechtswidrig, weil sich die Abgabepflicht aus einem anderen als dem im Bescheid angegebenen Tatbestand der die Abgabepflicht regelnden Vorschrift des Künstlersozialversicherungsgesetzes (KSVG) ergibt, wenn dem der im Wesentlichen gleiche Sachverhalt zugrunde liegt (Fortführung von BSG vom 31.8.2000 - B 3 KR 27/99 R = SozR 3-5425 § 24 Nr. 19).

2. Auch **hauptberuflich tätige Ärzte** können in der von ihnen als Mitglied einer **Ärztekammer** regelmäßig **ehrenamtlich ausgeübten redaktionellen Tätigkeit** im Zusammenhang mit der Herausgabe des Ärzteblattes **selbstständige Publizisten** im Sinn des KSVG sein.

3. Bei einer auf Dauer angelegten Tätigkeit gegen eine die Grenze der Einkommensteuerfreiheit übersteigende **Aufwandsentschädigung** handelt es sich - auch wenn die Tätigkeit auf einem Ehrenamt beruht - um eine nicht nur gelegentliche Auftragserteilung.

*LSG Mecklenburg-Vorpommern*, Urt. v. 16.06.2015 - L 4 R 183/10 - RID 16-01-251 hob auf Berufung der Bekl. die Vorinstanz auf und wies die Klage ab, das **BSG** wies die Revision der Kl. zurück.

### b) Keine Bildung von Rücklagen ohne sachlichen Zweck

VG Trier, Urteil v. 18.06.2018 - 2 K 1089/18.TR

RID 18-03-217

juris  
HeilBerG RP §§ 15, 16 I 1

**Rücklagen** dürfen nicht ohne hinreichende und klare Bindung an einen **sachlichen Zweck** ausgewiesen bzw. gebildet werden. Die Ausweisung bzw. Bildung nicht zweckgebundenen Vermögens folgt zunächst aus der Tatsache, dass die Bekl. über Jahre hinweg eine **Vermögensposition „Kapital/Vermögen“** ohne erkennbare Zweckbindung vorhielt, die in ihrer Höhe in den vergangenen Jahren immer unverändert geblieben ist.

Die Entscheidung über das Vorhalten einer Rücklage und über deren Höhe muss die Kammer bei jedem **Haushaltsplan** (Wirtschaftsplan) - und damit **jährlich** - erneut treffen (so BVerwG, Urt. v. 09.12.2015 - 10 C 6/15 - BVerwGE 153, 315 = Buchholz 430.5 IHKG Nr. 2, juris Rn. 18).

## 20. Versorgungswerk

### a) BFH: Auszahlung einer Kapitallebensversicherung aus Kapitalversorgung

BFH, Urteil v. 12.12.2017 - X R 39/15

RID 18-03-218

juris = BFHE = DStR 2018, 1551  
EStG §§ 10, 20, 22

**Leitsatz:** Ist eine zur Basisversorgung hinzutretende und von dieser getrennte **Kapitalversorgung** aus einem berufsständischen **Versorgungswerk** als **Kapitallebensversicherung** ausgestaltet, sind auf entsprechende Kapitalauszahlungen nicht die Regelungen über die Leistungen aus einer Basis-

Altersversorgung (§ 22 Nr. 1 Satz 3 Buchst. a EStG), sondern die Regelungen über Erträge aus Kapitallebensversicherungen (§ 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG) anzuwenden

## b) Keine Freistellung von Kapitalertragsteuer und Solidaritätszuschlag

FG Niedersachsen, Urteil v. 24.11.2017 - 6 K 150/15

RID 18-03-219

Revision anhängig: BFH - VIII R 2/18 -  
juris  
GG Art. 3; KStG § 5

**Leitsatz:** Die Belastung einer nach § 5 Abs.1 Nr. 8 KStG steuerbefreiten Körperschaft mit Kapitalertragsteuer auf der Grundlage des § 5 Abs. 2 Nr. 1 KStG ist nicht verfassungswidrig.

## II. Arzthaftung

### 1. Bundesgerichtshof (BGH)

#### a) Aufklärungspflicht nur hinsichtlich bekannter Risiken/Hinweispflicht des Berufungsgerichts

BGH, Beschluss v. 29.05.2018 - VI ZR 370/17

RID 18-03-220

juris  
BGB §§ 280, 823 I; ZPO §§ 139 II, 531 II 1 Nr. 1; GG Art. 103 I

**Leitsatz:** 1. Eine **Aufklärungspflicht** des Arztes besteht nur hinsichtlich solcher Risiken, die im Zeitpunkt der Behandlung bereits bekannt sind.

2. Der in erster Instanz siegreiche Berufungsbeklagte darf darauf vertrauen, nicht nur rechtzeitig darauf **hingewiesen** zu werden, dass und aufgrund welcher Erwägungen das Berufungsgericht der Beurteilung der Vorinstanz nicht folgen will, sondern dann auch Gelegenheit zu erhalten, seinen Tatsachenvortrag sachdienlich zu ergänzen oder weiteren Beweis anzutreten.

3. **§ 531 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 ZPO** setzt voraus, dass die Rechtsansicht des Gerichts den erstinstanzlichen Sachvortrag der Partei beeinflusst hat und daher (mit-)ursächlich dafür geworden ist, dass sich Parteivorbringen in das Berufungsverfahren verlagert hat. Hiervon ist aber bereits dann auszugehen, wenn das Gericht des ersten Rechtszugs, hätte es die später vom Berufungsgericht für zutreffend erachtete Rechtsauffassung geteilt, zu einem Hinweis nach § 139 Abs. 2 ZPO verpflichtet gewesen wäre.

#### b) Kein gesamtschuldnerischer Innenausgleichsanspruch des Krankenhauses gegen Honorararzt

BGH, Urteil v. 13.03.2018 - VI ZR 151/17

RID 18-03-221

juris  
VVG §§ 78, 86 I

**Leitsatz:** 1. Ist das identische Interesse gegen die identische Gefahr mehrfach **haftpflichtversichert**, liegt ein Fall des § 78 Abs. 1 Alt. 2 VVG vor, der zu einem Innenausgleich zwischen den Haftpflichtversicherern führt. Dies gilt auch dann, wenn sich die Mehrfachversicherung nur für eine Schnittmenge bestimmter Tätigkeiten (hier: ambulante **Vorbereitungsmaßnahmen** eines Arztes in niedergelassener Tätigkeit für eine spätere **stationäre operative Behandlung als Honorararzt**) ergibt (Teilidentität von Interesse und Gefahr).

2. Der **Innenausgleich** zwischen den Versicherern gemäß § 78 Abs. 1 und 2 VVG hat grundsätzlich Vorrang vor einem Regress gegen den Versicherten nach § 86 Abs. 1 VVG.

Der **BGH** wies die Revision des klagenden Haftpflichtversicherers gegen **OLG Naumburg**, Urt. v. 24.03.2017 - 1 U 109/16 - RID 17-04-218 zurück.

### c) Unterlassene Berücksichtigung eines belegten Parteivortrags

BGH, Beschluss v. 17.04.2018 - VI ZR 140/17

RID 18-03-222

juris

BGB §§ 280, 823; GG Art. 103 I

**Leitsatz:** Zur **unterlassenen Berücksichtigung** von durch eine Veröffentlichung in einer Fachzeitschrift belegten **Parteivortrag**.

### d) Frist zur Äußerung/Verweigerung der medizinisch gebotenen Maßnahmen durch den Patienten

BGH, Beschluss v. 15.05.2018 - VI ZR 287/17

RID 18-03-223

juris

BGB §§ 280, 823; ZPO §§ 244 II, 277 III, 522 II 2; GG Art. 103 I

**Leitsatz:** 1. Der Anspruch auf rechtliches Gehör wird verletzt, wenn die vor Erlass einer Entscheidung vom Gericht gesetzte **Frist zur Äußerung** objektiv nicht ausreicht, um innerhalb der Frist eine sachlich fundierte Äußerung zum entscheidungserheblichen Sachverhalt und zur Rechtslage zu erbringen.

2. Zur Verneinung eines Behandlungsfehlers wegen **Verweigerung** der medizinisch gebotenen Maßnahmen **durch den Patienten**.

### e) Ausschöpfung der Frist zur Glaubhaftmachung des Wiedereinsetzungsgrundes

BGH, Beschluss v. 08.05.2018 - VI ZB 5/17

RID 18-03-224

juris

ZPO §§ 85 II, 233, 234, 236, 296

**Leitsatz:** 1. Nach dem im Verfahrensgrundrecht auf **Gewährung wirkungsvollen Rechtsschutzes** verankerten Grundsatz, dass der **Zugang** zu den Gerichten und zu den in den Verfahrensordnungen eingeräumten **Instanzen** nicht in einer unzumutbaren, aus Sachgründen nicht mehr zu rechtfertigenden Weise erschwert werden darf, ist der Bürger berechtigt, die ihm vom Gesetz eingeräumten **prozessualen Fristen** auszuschöpfen. Dieser Grundsatz darf nicht dadurch ausgehebelt werden, dass der Rechtsuchende sich für die Ausschöpfung der Frist rechtfertigen muss, um einen **Wiedereinsetzungsgrund** gegen die Versäumung der Berufungsbegründungsfrist glaubhaft zu machen.

2. Eröffnet ein Gericht die Möglichkeit der **Weiterleitung von Schriftstücken** an das zuständige Gericht, so genügt der Anwalt seinen Sorgfaltspflichten bereits dann, wenn er einen fristgebundenen Schriftsatz so rechtzeitig abgibt, dass er einen fristgemäßen Eingang beim zuständigen Gericht mit Sicherheit erwarten darf (Anschluss an BGH, Beschluss vom 29. März 2017, XII ZB 567/16, NJW-RR 2017, 687 Rn. 10 m.w.N.).

## 2. Behandlungsfehler

### a) Beweiswert einer ordnungsgemäßen ärztlichen Dokumentation (Bypassoperation)

OLG Dresden, Beschluss v. 26.02.2018 - 4 U 1663/17

RID 18-03-225

juris

BGB §§ 630a, 630h

**Leitsatz:** Einer ordnungsgemäßen ärztlichen **Dokumentation** ist bis zum Beweis des Gegenteils Glauben zu schenken.

## b) Befunderhebungsfehler durch Unterlassen weiterer Diagnostik

OLG Köln, Beschluss v. 15.11.2017 - 5 U 86/17

RID 18-03-226

juris

BGB §§ 253, 280, 823 I, 831

Nach den Feststellungen des Landgerichts hätte der Bekl. am 17.10.2014 die von der Kl. geschilderten Bauchschmerzen über eine klinische Untersuchung hinaus abklären müssen, indem er Laborwerte bestimmte und eine Ultraschalluntersuchung des Abdomen vornahm. Waren Laborwerte vor dem Wochenende nicht mehr zu erhalten und dem Bekl. eine Ultraschalluntersuchung mangels eigener Expertise nicht möglich, hätte er die Kl. zur Durchführung der Untersuchungen in ein Krankenhaus überweisen müssen. Das **Unterlassen** ist als **Befunderhebungsfehler** zu werten und zu behandeln. Unterlässt ein Arzt einen Rat zu einer bestimmten diagnostischen Maßnahme oder eine bestimmten diagnostischen Untersuchungen dienende Überweisung an einen anderen Arzt oder in ein Krankenhaus, liegt der Schwerpunkt der Vorwerfbarkeit ärztlichen Fehlverhaltens in der unterbliebenen Befunderhebung als solcher.

## c) Unterlassen weiterer Diagnostik: Befunderhebungsfehler

OLG Karlsruhe, Urteil v. 17.05.2018 - 7 U 32/17

RID 18-03-227

juris

BGB §§ 249, 253, 280, 426, 630a, 823 I

**Leitsatz:** Das Unterlassen der Wiedereinbestellung eines Patienten zu einer medizinisch gebotenen weiteren Diagnostik kann nicht nur einen Verstoß gegen die Pflicht zur **therapeutischen Aufklärung**, sondern auch ein **Befunderhebungsfehler** darstellen.

## d) Entfallen der Beweislastumkehr nach grobem Behandlungsfehler: Missachtung ärztl. Empfehlung

OLG Hamm, Urteil v. 02.02.2018 - 26 U 72/17

RID 18-03-228

juris

BGB §§ 253, 280 I, 823 I

Die mit einem **grobem ärztlichen Behandlungsfehler** verbundene **Beweislastumkehr** kann entfallen, wenn ein **Patient** in vorwerfbarer Weise ärztliche Anordnungen oder **Empfehlungen missachtet**, so eine mögliche Mitursache für den erlittenen Gesundheitsschaden setzt und dazu beiträgt, dass der Verlauf des Behandlungsgeschehens nicht mehr aufgeklärt werden kann.

## e) Haftungs begründende Kausalität/Behandlungsnachweis/Hinzuziehung eines Urologen

OLG Koblenz, Urteil v. 08.03.2017 - 5 U 65/16

RID 18-03-229

juris

BGB §§ 280, 630a II, 630c II, 630e, 630f

**Leitsatz:** 1. Erfolgt bei einer Behandlung in der **Notaufnahme** keine adäquate Versorgung, wird diese aber unabhängig hiervon zeitgerecht durch einen Drittbehandler vorgenommen (hier urologische Abklärung innerhalb eines Zeitraums von mehreren Tagen), fehlt es an einer schädlichen Auswirkung der standardwidrigen Versorgung und damit an der **haftungsbegründenden Kausalität**.

2. Die Durchführung einer bestimmten **dokumentierten Behandlungsmaßnahme** kann nicht unter Verweis auf die **Abrechnungsunterlagen**, in denen die Untersuchung nicht verzeichnet ist, angezweifelt werden, wenn die Abrechnungsaufstellung der Krankenkasse für den gesamten Behandlungstag unergiebig ist, tatsächlich aber unstrittig eine Behandlung an dem Tag stattgefunden hat.

3. Der Vorwurf gegenüber einem **Gynäkologen**, ein Krankheitsbild nicht selbst abgeklärt zu haben, ist jedenfalls dann nicht berechtigt, wenn er seine Behandlungspflicht zumindest auch durch die Hinzuziehung des **Urologen** mit dem Ziel der Befunderhebung zur Entscheidung über das weitere

Vorgehen verfolgen konnte (hier: Abklärung einer Blasenverletzung). Auf die Entscheidung des Urologen über das zur Diagnostik Erforderliche darf der Gynäkologe grundsätzlich vertrauen.

#### f) Nichtuntersuchung nach Klagen über Schmerzen: Grober Behandlungsfehler

OLG Köln, Urteil v. 28.02.2018 - 5 U 47/17

RID 18-03-230

juris  
BGB § 823

Nach der **Implantation einer permanenten SCS-Elektrode im Sakralbereich** am 17.10.2013 ist der Patient am 22.01.2014 zu untersuchen, wenn er über Schmerzen im Bereich der Generatorstelle und über das Gefühl, das Gerät „wolle raus“, berichtet. Die **Nichtuntersuchung** stellt einen **groben Fehler** dar.

Zum Ausgleich der um 16 Tage verlängerten Leidenszeit, in der der Kläger ganz erhebliche Schmerzen aushalten musste, und zum Ausgleich des sicherlich sehr schmerzhaften und qualvollen Erlebens des eitrigen Austritts des Generators am 08.02.2014 hält der Senat ein **Schmerzensgeld** von 2.000 € für angemessen, aber auch ausreichend.

#### g) Durchgangsarzt: Keine MRT-Untersuchung nach schmerzhafter Verdrehung des linken Oberarms

OLG Köln, v. - 5 U 143/14

RID 18-03-231

BGB § 839; GG Art. 34

Nach **schmerzhafter Verdrehung des linken Oberarms** muss der orthopädische **Durchgangsarzt** keine **MRT-Untersuchung**, auch in den beiden folgenden Wochen nicht, durchführen. Vielmehr sind nach einem solchen Unfall bei der durchgangsarztlichen Untersuchung bei ordnungsgemäßem Vorgehen eine Befragung des Patienten vorzunehmen, an deren Ergebnis sich das weitere Vorgehen orientiert, sowie eine klinische Untersuchung. Ergibt sich bei diesen Maßnahmen kein unmittelbarer Anhalt für bestimmte weitergehende Verletzungen, ist der weitere Verlauf entscheidend.

#### h) Plattenosteosynthese nach Bruch des linken Oberarms: Beweis

OLG Köln, Beschluss v. 21.03.2018 - 5 U 150/16

RID 18-03-232

juris  
BGB §§ 253, 280, 823 I, 831; ZPO § 286

Es reicht für einen Beweis nicht aus, dass mehr **Indizien** für als gegen die Annahme eines kausalen Zusammenhangs sprechen. Ungeachtet des engen zeitlichen Zusammenhangs streitet gegen eine Verursachung, dass der Kl. nach der Dokumentation der Beklagten nach dem Eingriff im Mai 2013 nicht über **Schmerzen** im Bereich der linken Schulter und des linken Arms klagte, die bei einem lagerungs- und operationsbedingten Plattenausbruch zu erwarten gewesen wären.

#### i) Laparoskopische Operation bei einer Hernia incipiens in der rechten Leiste

OLG Köln, Urteil v. 29.11.2017 - 5 U 4/16

RID 18-03-233

juris  
BGB §§ 253, 280, 823 I, 831

Es ist von dem **Vorliegen einer Hernie** in der rechten Leiste auszugehen, wenn der Patient über Schmerzen in der rechten Leiste klagt, deren Ursachen zuvor orthopädisch und neurochirurgisch ohne wegweisenden Befund abgeklärt worden sind, und bei einer klinischen Untersuchung ein Hustenanprall festgestellt wird.

Die Wahl einer **laparoskopischen Vorgehensweise** unter Anwendung des TAPP-Verfahren haben die Sachverständigen ausdrücklich als sinnvoll bezeichnet.

## j) Unterlassen der postoperativen Röntgenkontrolle nach Bruch des Schulterneben gelenks

OLG Köln, Beschluss v. 08.01.2018 - 5 U 144/17

RID 18-03-234

juris  
BGB §§ 253, 280, 823

Kommt es nach einem **Unterlassen** der medizinisch gebotenen postoperativen **Röntgenkontrolle** nach einem Bruch des Schulterneben gelenks lediglich zu einer **Verzögerung des Revisionseingriffs**, liegt ein **einfacher Befunderhebungsfehler** vor.

## k) Unvertretbarer Diagnoseirrtum: Fehlinterpretation von Röntgenaufnahmen

LG Koblenz, Urteil v. 25.01.2018 - 1 O 359/16

RID 18-03-235

juris  
BGB §§ 249, 253, 280, 611, 630b

Soweit ein **Diagnoseirrtum** lediglich auf eine **Fehlinterpretation der Befunde** zurückzuführen ist, ist eine Einstandspflicht nur dann gegeben, wenn sich die Fehldiagnose in der gegebenen Situation als **unvertretbare** Deutung der Befunde darstellt. Diese Voraussetzungen können erfüllt sein, wenn **Röntgenaufnahmen** dahingehend falsch interpretiert werden, dass von einer für die Wiedereingliederung ausreichenden Knochendurchbauung ausgegangen wird, obwohl eine Frakturlinie für einen Chirurgen und Unfallorthopäden eindeutig zu erkennen ist.

## l) Übersehen eines septischen Schocks/Schmerzensgeld

OLG Köln, Urteil v. 05.03.2018 - 5 U 98/16

RID 18-03-236

juris  
BGB §§ 253, 280, 823, 831, 844, 1922 I

Trifft der diensthabende Arzt nach einem **septischen Schock**, welcher eine sofortige Verlegung auf die Intensivstation mit Stabilisierung des Kreislaufs, eine Suche nach einer septischen Ursache und deren Therapie sowie nach einer Stabilisierung eine Revisionsoperation erfordert, keine Anordnung, so liegt ein **grober Behandlungsfehler** vor.

Das vom Landgericht zuerkannte Schmerzensgeld von 4.000 € ist überhöht. Angemessen erscheint unter Berücksichtigung aller Umstände ein **Schmerzensgeld** von 2.000 €. Für die Höhe des Schmerzensgeldes sind im Wesentlichen die vom Patienten zwischen 03.30 Uhr und seinem Tod vor 07.15 Uhr erlittenen Leiden maßgeblich.

## m) Zu viele Injektionen eines Kortisonpräparats/Fehlerhafte Beratung/Schmerzensgeld

OLG Köln, Urteil v. 10.05.2017 - 5 U 68/16

RID 18-03-237

juris  
BGB §§ 253, 280, 823 I, 831

Ein **grober Behandlungsfehler** liegt vor, wenn ein niedergelassener Orthopäde aufgrund der Diagnosen Bursitis subakromialis und Arthritis des Akromioklavikulargelenks innerhalb von elf Tagen **zu viele Injektionen eines Kortisonpräparats** mit einer zu hohen Dosis in dasselbe Gelenk oder jedenfalls denselben Raum vorgenommen hat, indem er zunächst am 20.04.2010 eine indizierte Injektion mit einer Ampulle (1 ml) Supertendin subakromial durchführte, am 23.04.2010 in noch verständlicher Weise die subakromiale Injektion mit einer viertel Ampulle (1 ml) Supertendin wiederholte und sodann am 27.04.2010 und 30.04.2010 grob fehlerhaft eine dritte und eine vierte Injektion mit jeweils einer viertel Ampulle (1 ml) Supertendin subakromial vornahm.

Der Behandlungsfehler des Bekl. zu 1) hat den Eintritt der low-grade-Infektion, die Schädigung des Schulterhauptgelenks und den Einsatz der Oberarmkopfprothese verursacht. Das vom Landgericht zuerkannte **Schmerzensgeld** von 70.000 € stellt einen angemessenen Ausgleich dar.

Ein Orthopäde handelt **grob fehlerhaft**, wenn er eine **ärztliche Beratung** vornimmt, eine zweite Meinung abgibt und die Fortsetzung der konservativen Therapie als möglich und jedenfalls zunächst

eher empfehlenswert ansieht, obwohl ihm für eine Beratung und eine Empfehlung keine ausreichende Grundlage vorliegt und er sich eine solche nicht verschafft hat.

Führt die ohne ausreichende Grundlage zustande gekommene Bewertung einer konservativen Therapie als zunächst eher empfehlenswert dazu, dass die Schädigung des Gelenks bei fortbestehendem Infekt zunimmt und der Kl. deshalb eine Humeruskopfprothese eingesetzt wird, deren Implantation bei standardgerechtem Verhalten und Durchführung einer Schulterarthroskopie zunächst hätte vermieden und mehrere Jahre hätte hinausgezögert werden können, ist ein **Schmerzensgeldbetrag** von 20.000 € angemessenen.

#### n) Kein Abdomen-Sonogramm bei abdominellen Beschwerden erforderlich

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 06.03.2018 - 8 U 198/15

RID 18-03-238

juris

BGB §§ 823 I, 844 I

Es liegt hier nicht deswegen ein **Befunderhebungsfehler** vor, weil die für die Bekl. tätigen Ärzte im Rahmen des dritten Aufenthaltes des Patienten bei **abdominellen Beschwerden kein Abdomen-Sonogramm** vorgenommen haben. Selbst wenn man diese Frage - zu Unrecht - anders beurteilen würde, fehlt es jedenfalls an der hinreichenden Wahrscheinlichkeit, dass man bei einer Vornahme einer Sonographie einen reaktionspflichtigen Befund festgestellt hätte.

#### o) Grob fahrlässige Unkenntnis von Verwendung allergenen Implantats/Verjähmung

OLG Koblenz, Beschluss v. 10.01.2018 - 5 U 1271/17

RID 18-03-239

BeckRS 2018, 3163 = GesR 2018, 303

BGB §§ 195, 199 I Nr. 2; ZPO §§ 522 II 2, 287

**Leitsatz:** 1. Auch ein **Arztbericht** kann dem Patienten die erforderlichen **Anhaltspunkte** vermitteln, die eine Nachforschungsobliegenheit zur Vermeidung von grob fahrlässiger Unkenntnis im Sinne des § 199 Abs. 1 Nr. 2 BGB hinsichtlich der tatsächlichen Voraussetzungen für die **Verjähmung** eines arzthaftungsrechtlichen Anspruchs auslösen.

2. Zur Klärung von Behandlungsfehlervorwürfen gegen **chirurgisch tätige Orthopäden** ist der **orthopädische Facharztstandard** maßgebend, der unter Hinzuziehung eines entsprechend qualifizierten Sachverständigen zu ermitteln ist, auch wenn bei der Behandlung ggf. auf Krankheitsbilder Rücksicht zu nehmen ist, die in andere Fachgebiete (hier: Allergologie) fallen.

#### p) Geburtsschaden: Linksseitige Armplexusparese

OLG München, Urteil v. 05.04.2018 - 24 U 3486/16

RID 18-03-240

juris

BGB §§ 278, 280, 611

Das Landgericht hat zu Recht angenommen, dass die komplette **linksseitige Armplexusparese** des Kl. nur durch die Ausübung von Zugkräften durch die Ärztin (Bekl. zu 2) oder die Hebamme (Bekl. zu 3) im Rahmen ihrer **geburtshilflichen Maßnahmen** entstanden sein kann, die Anwendung dieser Zugkraft dem im Zeitpunkt der Geburt des Klägers geltenden medizinischen Standard widersprach und der **Krankenhausträger** (Bekl. zu 1) hierfür unabhängig davon einzustehen hat, ob die Zugkraft durch die Bekl. zu 2) oder zu 3) ausgeübt wurde.

#### q) Organisationspflichten eines niedergelassenen Gynäkologen bei CTG-Auswertung/Schmerzensgeld

OLG Hamm, Urteil v. 19.03.2018 - 3 U 63/15

RID 18-03-241

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - VI ZR 178/18 -

juris

BGB §§ 253, 280, 823

Auch im Falle einer nach den Mutterschaftsrichtlinien **nicht gebotenen Untersuchung** müssen aus den dabei erhobenen **Befunden** die richtigen Schlussfolgerungen gezogen werden. Zeigt sich im

Rahmen dieser Untersuchung ein pathologischer Befund, muss hierauf ebenso schnell wie bei einer nach den Mutterschaftsrichtlinien gebotenen Untersuchung reagiert werden. Dies kann wiederum nur dadurch sichergestellt werden, dass auch insoweit eine zeitnahe Erstsicht auf **grobe Pathologien** durch eine kompetente Person gewährleistet ist. Wenn - wie in der Praxis des Bekl. - nichtärztliches Personal das CTG abnimmt, das nicht dahingehend geschult und instruiert ist, ein eindeutig pathologisches CTG zu erkennen und dem Bekl. zur Kenntnis zu bringen, muss eine zeitnahe Erstsicht des Bekl. persönlich sichergestellt sein, um auf mögliche pathologische Befunde rechtzeitig reagieren zu können. Gerade im Hinblick darauf, dass das CTG eine Momentaufnahme des kindlichen Zustandes darstellt, ist die Durchführung dieser Untersuchung nur dann sinnvoll, wenn auch eine zeitnahe Reaktion auf etwaige Pathologien gewährleistet ist.

Ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 400.000 € ist angemessen, wenn der 2008 geb. Kl. infolge der verzögerungsbedingt eingetretenen Hirnschädigung zu 100 % schwerbehindert ist und er nach wie vor nicht sprechen kann, er auf beiden Seiten Hörgeräte tragen muss, da er auf einem Ohr mittelschwerhörig und auf dem anderen Ohr schwersthörig ist, er zwar seine Eltern und andere enge Familienangehörige erkennt, eine Kommunikation mit Dritten aber nicht möglich ist.

#### r) Kein Nachfragen bei fehlendem Hinweis auf Schwangerschaft

LG Bielefeld, Urteil v. 09.05.2017 - 4 O 49/14

RID 18-03-242

juris  
BGB § 823

Zieht ein **Gynäkologe** aus den vollständig ermittelten Befund- und Anknüpfungstatsachen in jeder Hinsicht nachvollziehbare und widerspruchsfreie Schlussfolgerungen und geht er mangels anderer Unterrichtung durch die Patienten von der weiteren Einnahme von Kontrazeptiva aus, dann kann er von weiteren Untersuchungen absehen, wenn ihn die Patientin nicht auf die Möglichkeit einer Schwangerschaft hinweist. Er ist mangels jeden Hinweises auf eine **Schwangerschaft** nicht zu **eigenständigem Nachfragen** verpflichtet.

#### s) Schadensersatzanspruch des - späteren - nichtehelichen Partners nach fehlerhafter Sterilisation

LG Neuruppin, Urteil v. 02.03.2018 - 32 O 29/16

RID 18-03-243

juris  
BGB § 280

Auch der jeweilige **nichteheliche Partner** ist in den Schutzbereich des Behandlungsvertrag der Kindesmutter auf Empfängnisverhütung einbezogen (BGH, Urt. v. 14.11.2006 - VI ZR 48/06 -). Das Vertrauen eines **künftigen Partners** oder Ehepartners ist grundsätzlich in gleicher Weise schützenswert wie das von der BGH-Rspr. bereits anerkannte Vertrauen des gegenwärtigen Lebens- oder Ehepartners. Hinzu kommt, dass die Frage nach einer bestehenden Partnerschaft oder Ehe im Zusammenhang mit der Erörterung eines Sterilisationswunsches aus medizinischen Gründen nicht erörtert werden müssen und im Zweifel auch nicht erörtert werden.

#### t) Nur maßvolle Anforderungen an Substantiierungspflicht

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 02.07.2018 - 8 W 18/18

RID 18-03-244

juris  
BGB § 630a; ZPO § 114

**Leitsatz:** An die **Substantiierungspflicht** der Parteien dürfen im Arzthaftungsprozess nur maßvolle Anforderungen gestellt werden, weil vom Patienten regelmäßig keine genaue Kenntnis der medizinischen Vorgänge erwartet und gefordert werden kann.



### u) Einsatz eines Zahnimplantates/Nutzung über längeren Zeitraum

OLG Dresden, Urteil v. 05.06.2018 - 4 U 597/17

RID 18-03-245

juris

BGB §§ 628 II, 630a; ZPO § 412

**Leitsatz:** 1. In Arzthaftungssachen sind **Äußerungen medizinischer Sachverständiger** kritisch sowohl auf innere Widersprüche als auch auf Widersprüche zu anderen Gutachtern, auch wenn es sich dabei um Privatgutachter handelt, zu überprüfen.

2. Lassen sich derartige **Widersprüche** auch durch eine ergänzende Anhörung nicht ausräumen, ist ein weiteres Gutachten eines anderen Sachverständigen einzuholen.

3. In den Jahren 2012/2013 entsprach es dem **kieferchirurgischen Facharztstandard**, vor dem **Einsatz eines Zahnimplantates** eine Modellanalyse und eine Röntgenanalyse mit Messreferenz vorzunehmen und deren Ergebnisse in den Behandlungsunterlagen zu dokumentieren.

4. **Nutzt** der Patient ein objektiv **unbrauchbares Implantat** gleichwohl über einen längeren Zeitraum, kann es sich nicht auf den Ausschluss des Vergütungsanspruches des Zahnarztes berufen.

### 3. Aufklärung/Einwilligung

#### a) Beweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung nur durch Vernehmung des aufklärenden Arztes

OLG Dresden, Beschluss v. 12.03.2018 - 4 U 1755/17

RID 18-03-246

juris

BGB §§ 630e, 630f, 823

**Leitsatz:** Der **Beweis** einer ordnungsgemäßen Aufklärung durch den Arzt kann nicht mit der **Behandlungsdokumentation**, sondern muss durch dessen **Zeugenvernehmung** geführt werden.

#### b) Biopsie durch Assistenzärztin/Dokumentation vor Aufklärungsgespräch

OLG Köln, Beschluss v. 29.01.2018 - 5 U 50/17

RID 18-03-247

juris

BGB §§ 253, 280, 823

Eine **Biopsie** darf durch eine **Assistenzärztin** unter Aufsicht eines Facharztes für Neurochirurgie durchgeführt werden, weil es sich um einen niedrig-komplexen Eingriff mit geringen Komplikationen handelt.

Der Umstand, dass eine Ärztin die **handschriftlichen Eintragungen** nach ihren Bekundungen üblicherweise **vor dem Aufklärungsgespräch** mit dem jeweiligen Patienten vornimmt, rechtfertigt keine der Kl. günstigere Beurteilung. Dem ständig mit Arzthaftungssachen befassten Senat ist aus mehreren Anhörungen und Beweisaufnahmen bekannt, dass auch andere Ärzte in dieser Weise verfahren.

Über die Durchführung des **Eingriffs** durch eine **Assistenzärztin** muss nicht **aufgeklärt** werden.

#### c) Inhalt eines Aufklärungsgesprächs (Revisionsoperation einer Oberarmfraktur)

OLG Koblenz, Urteil v. 12.04.2017 - 5 U 198/16

RID 18-03-248

juris = VersR 2018, 552

BGB §§ 276, 280, 630a, 630e

**Leitsatz:** 1. Liegt einem **Privatgutachten** eine **abstrakte Betrachtungsweise** zugrunde, ohne die konkrete Behandlungssituation zu berücksichtigen, kann dies den Vorzug zugunsten des gerichtlichen Sachverständigen tragen.

2. Hat sich bei der **Versorgung einer Fraktur** eine - für das konkrete Verletzungsbild grundsätzlich vorteilhafte - winkelstabile Platte als nicht erfolgreich erwiesen, so kann bei der Entscheidung zur weiteren Therapie einer nicht winkelstabilen Platte wegen der dann bestehenden Kompressionsmöglichkeit der Vorzug gegeben werden.

3. Zur Beweiswürdigung zum Inhalt eines **Aufklärungsgesprächs**, wenn der Arzt nur seine Aufklärungsübung schildert, ein Aufklärungsgespräch als solches unstreitig ist und die Eintragungen auf dem Aufklärungsbogen mit den Angaben des Arztes in Einklang stehen.

#### d) Risiko- oder Selbstbestimmungsaufklärung: Beweislast

OLG Hamm, Urteil v. 23.03.2018 - 26 U 125/17

RID 18-03-249

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - VI ZR 167/18 -*

juris

BGB §§ 249, 253, 278, 280, 611, 823, 831

Die **Risiko- oder Selbstbestimmungsaufklärung** dient dazu, dem Patienten die Entscheidung zu ermöglichen, ob und welcher Behandlung er sich unterzieht. Dem Patienten sollen dabei von dem Arzt die gestellte (Verdachts-)Diagnose, die Behandlungsmöglichkeiten und die damit verbundenen Risiken dargestellt werden. Demgegenüber dient die therapeutische Aufklärung der Gewährleistung des Heilerfolgs und der Abwendung eines Schadens, der dem Patienten durch ein falsches Verhalten nach der Behandlung entstehen kann. Die therapeutische Aufklärungspflicht setzt also regelmäßig erst nach der Behandlung ein.

Stützt ein Patient einen Arzthaftungsanspruch auf fehlerhafte therapeutische Aufklärung hinsichtlich der Bedeutung eines Wiedervorstellungstermins zur Nachuntersuchung, kann er Beweiserleichterungen nicht in Anspruch nehmen. Ihn trifft die volle **Beweislast** dafür, dass er zu einer aus medizinischer Sicht notwendigen Nachuntersuchung nicht ordnungsgemäß einbestellt worden ist. Die **Behandlungsseite** muss eventuelle Hinweise anlässlich der Vereinbarung einer Wiedervorstellung vortragen. Der **Patient** hat dagegen als Fehler der therapeutischen Aufklärung zu beweisen, dass er nicht im Zusammenhang mit der Erläuterung des Risikos einer Nichtbeachtung gebotener Wiedervorstellung darauf aufmerksam gemacht worden ist, dass ein Nachuntersuchungstermin erhebliche Bedeutung für seine Gesundheit hat (OLG Hamm, Ur. v. 14.07.2003 - 3 U 128/02 - juris).

#### e) Behandlungsalternative/Inhalt eines Aufklärungsgesprächs

KG Berlin, Urteil v. 12.03.2018 - 20 U 127/16

RID 18-03-250

juris

BGB §§ 280 I, 630h, 823 I

Eine **Medikation mit ASS** ist keine Behandlungsalternative, über die aufzuklären ist, wenn nur durch die **Implantation eines Vorhofohrverschlusses („Watchman“)** das Schlaganfallrisiko signifikant verringert werden kann, während die Therapie mit ASS mit einem geringen bzw. unklaren Nutzen verbunden ist.

Einer **formularmäßigen Aufklärungsdokumentation** kommt eine mehr oder weniger starke Indizwirkung zu (vgl. BGH, Ur. v. 22. 05.2001 - VI ZR 268/00 -). Doch nach der Rechtsprechung des BGH lässt sich hieraus keine Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit des Formularinhaltes herleiten. Dabei erstreckt sich das Indiz in der Regel lediglich darauf, dass abstrakt überhaupt ein Gespräch geführt worden ist, nicht jedoch auf seinen konkreten Inhalt. Es sind daher evtl. **Zeugen** über den **Inhalt des Gesprächs** zu vernehmen. An den dem Arzt obliegenden Beweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung des Patienten dürfen keine unbilligen und übertriebenen Anforderungen gestellt werden.

#### f) Fehlender Hinweis auf Behandlungsalternativen: Ursächlichkeit für Schaden

OLG Naumburg, Urteil v. 28.07.2017 - 1 U 140/16

RID 18-03-251

juris

BGB § 630e

**Leitsatz:** Das Unterlassen gebotener **Aufklärung** des Patienten über bestehende **Behandlungsalternativen** (hier transduodenale Papillenresektion neben der offenen chirurgischen Sanierung des Gallengangs nach Whipple-Kausch) ist für die nach dem durchgeführten operativen Eingriff eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten nur dann **ursächlich**,

wenn pflichtgemäßes Handeln des Arztes diesen Schaden verhindert hätte, was der Patient darzulegen und zu beweisen hat.

### g) Aufklärung bei einer Kombinationsoperation

OLG Dresden, Beschluss v. 28.03.2018 - 4 U 23/18

RID 18-03-252

juris  
BGB §§ 630a, 823

**Leitsatz:** 1. Aufklärungs- und Behandlungsfehler in einer Arzthaftungssache sind unterschiedliche **Streitgegenstände**. Wird mit der Berufung gerügt, ein ärztlicher Eingriff habe „nicht dem Facharztstandard“ entsprochen, wird dadurch der Behandlungsfehlervorwurf noch nicht zum Gegenstand des Berufungsverfahrens.

2. Das bloße **Abwarten** anstelle einer relativ indizierten Operation stellt nur dann eine echte **Behandlungsalternative** dar, wenn es ähnliche Chancen auf Heilung in sich birgt.

3. Das Risiko, bei einer Operation eine **Gefühlsminderung** im Versorgungsgebiet eines Nerven zu erleiden, ist mit dem Hinweis auf die Möglichkeit von „Nervverletzungen“ ausreichend beschrieben.

4. Bei einer **Kombinationsoperation** (hier: Débridement einer Kreuzbandruptur und Entfernung einer Bakerzyste) ist es nicht erforderlich, über Operationsrisiken, die bei jedem der Eingriffe auch isoliert auftreten können, mehrfach aufzuklären.

### h) Off-Label-Use bei Kind/Unzureichende Aufklärung über schwerwiegende Nebenwirkungen

OLG Dresden, Urteil v. 15.05.2018 - 4 U 248/16

RID 18-03-253

juris  
BGB §§ 253 II, 620a ff., 823

**Leitsatz:** 1. Bei der Behandlung eines **Kindes** ist der „**Off-Label-Use**“ eines Schmerzmedikaments, das nur für Erwachsene zugelassen ist, zulässig, wenn in den einschlägigen medizinischen Fachkreisen Konsens über dessen voraussichtlichen Nutzen besteht.

2. Auch bei einer unzureichenden **Aufklärung** über schwerwiegende Nebenwirkungen eines Medikaments trägt der Patient die Darlegungs- und Beweislast, dass der von ihm behauptete Körperschaden auf der Einnahme beruht.

3. Treten infolge der Behandlung mit einem Schmerzmedikament kurzzeitige **Nebenwirkungen** auf, so kann es auch bei unzureichender Aufklärung gerechtfertigt sein, hierfür einen Anspruch auf Schmerzensgeld zu versagen.

### i) Aufklärung vor einer Operation am Herzen

OLG Hamm, Urteil v. 10.04.2018 - 26 U 67/17

RID 18-03-254

juris  
BGB §§ 253, 280, 823

**Leitsatz:** Vor einer minimalinvasiven **TASH-Behandlung** (Transkoronare Ablation der Septumhypertrophie) kann über eine **Myektomie** als gleichwertige Behandlungsmethode aufzuklären sein. Dabei kann es nicht genügen, die Myektomie nur als ultima ratio darzustellen.

### j) Stabilisierende Operation an der Lendenwirbelsäule/Streitgegenstand des Berufungsverfahrens

OLG Dresden, Beschluss v. 14.02.2018 - 4 U 82/18

RID 18-03-255

juris  
BGB §§ 630a, 823

**Leitsatz:** 1. Auch bei einer nur **relativ indizierten Operation** ist über die Möglichkeit einer abwartenden Behandlung oder des Nichtstuns nur dann **aufzuklären**, wenn diese mit einem

operativen Vorgehen gleichwertig ist, d.h. nicht lediglich der Symptomlinderung, sondern der Bekämpfung des Grundleidens dient.

2. Nimmt die Berufungsbegründung gegen das eine wegen Behandlungs- und Aufklärungsfehlern erhobene Klage abweisende Urteil nur zur Aufklärung Stellung, ist der **Streitgegenstand** des **Berufungsverfahrens** auch dann hierauf beschränkt, wenn zugleich ausgeführt wird, das angefochtene Urteil werde „in vollem Umfang zur Überprüfung des Berufungsgerichts gestellt“.

#### k) Hüftprothese: Adipositas/Infektionsrisiko

OLG Köln, Urteil v. 02.08.2017 - 5 U 166/16

RID 18-03-256

juris

BGB §§ 253, 280, 823 I, 831

Über ein infolge **Adipositas erhöhtes Risiko** einer Luxation oder einer Lockerung der **Hüftprothese** muss der Patient nicht unterrichtet werden. Über das bei einer möglichen **Revisionsoperation** bestehende **Infektionsrisiko** muss nicht aufgeklärt werden.

#### l) Koloskopie und Entfernung von Polypen

OLG Düsseldorf, Urteil v. 30.03.2017 - 8 U 104/16

RID 18-03-257

juris

BGB § 823

Hat sich, wie hier, nur das Risiko verwirklicht, über das aufzuklären war und auch aufgeklärt worden ist, spielt es keine Rolle, ob daneben auch **andere Risiken** der Erwähnung bedurften, die sich **nicht verwirklicht** haben (BGH, Urt. v. 13.06.2006 - VI ZR 323/04 - juris Rn. 18; BGH, Urt. v. 30.01.2001 - VI ZR 353/99 - juris Rn. 9).

Eines gesonderten Hinweises auf ein möglicherweise durch die Größe eines Polypen erhöhtes **Perforationsrisikos** bedurfte es nicht. Ungeachtet der fehlenden Vorhersehbarkeit des Situs vorhandener Polypen enthielt die Aufklärung des Beklagten einen dahingehenden **Hinweis** durch den Zusatz, in extrem seltenen Fällen werde auf eine Abtragung vorgefundener Polypen verzichtet. Dieser Zusatz beinhaltet den Hinweis auf einen besonderen Situs eines Polypen, der in Art und Schwere wegen außergewöhnlicher Risiken das Unterlassen einer Abtragung vorgibt.

*BGH*, Beschl. v. 19.12.2017 - VI ZR 145/17 - wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

#### m) Explorative Laparoskopie

OLG Köln, Urteil v. 13.12.2017 - 5 U 162/16

RID 18-03-258

juris

BGB §§ 253, 280, 823, 831 I

Vor einer **explorativen Laparoskopie** ist über die Art und Weise der Befestigung des Netzes, das heißt die Verwendung von Spiraltackern aus Titan, **aufzuklären**. Es ist über die Möglichkeit einer Hernie, deren Versorgung mit einem IPOM-Netz, die wesentlichen Risiken und, sofern vorhanden, aufklärungspflichtige Alternativen zu unterrichten. Hierin liegt eine vorhersehbare und nahe liegende Operationserweiterung. Das Risiko einer Dislokation von zur Netzbefestigung eingesetzten Spiraltackern ist nicht gesondert aufklärungspflichtig.

Der **Patient** hat darzulegen, dass er im Falle ordnungsgemäßer Aufklärung vor einem echten **Entscheidungskonflikt** gestanden hätte.

#### n) Aufklärung über AMH-Wert und ungewollte Schwangerschaft

OLG Hamm, Urteil v. 23.02.2018 - 26 U 91/17

RID 18-03-259

juris

BGB §§ 249, 253, 280, 611, 823

**Leitsatz:** Weist ein **Gynäkologe** eine Patientin auf die begrenzte Aussagekraft des **AMH-Wertes** hin und unterlässt die Frau nach Bekanntwerden eines AMH-Wertes von weniger als 0,1 die weitere

Empfängnisverhütung, haftet der Gynäkologe nicht für eine spätere - ungewollte - Schwangerschaft der Frau.

#### o) Kein Schadensersatz nach Transfer befruchteter Eizellen

LG München I, Urteil v. 02.05.2018 - 9 O 7697/17

RID 18-03-260

juris  
BGB §§ 280, 630a, 823; ESchG § 4; GG Art. 1, 2, 103 II

Nach einem **Transfer befruchteter Eizellen** besteht kein Anspruch des Kindsvaters gegen den Arzt auf Schadensersatz in Höhe der Unterhaltsleistungen, wenn der Kindsvater zunächst wirksam in die Befruchtung, Kryokonservierung und anschließende Wiedereinsetzung von Eizellen **eingewilligt** hat und den Nachweis, diese Einwilligung wirksam widerrufen zu haben, nicht zu führen vermag.

#### p) Behandlung mit Benzodiazepinen

OLG Dresden, Beschluss v. 07.06.2018 - 4 U 307/18

RID 18-03-261

Revision anhängig: BGH - VI ZR 276/18 -  
juris  
SGB V §§ 630a ff.

**Leitsatz:** Vor der **Behandlung mit Benzodiazepinen** ist der Patient über die Risiken und Nebenwirkungen dieser Medikation **aufzuklären**; einer gesonderten Aufklärung über das Suchtpotential dieser Arzneimittelgruppe bedarf es hingegen grundsätzlich nicht.

#### 4. Schutz der wirtschaftlichen Interessen des Patienten: Keine Kenntnis über Krankengeld notwendig

OLG Köln, Beschluss v. 23.10.2017 - 5 W 23/17

RID 18-03-262

juris  
BGB §§ 280 I, 630a, 630c III

Der **Schutz der wirtschaftlichen Interessen des Patienten** obliegt im Regelfall nicht dem Arzt, sondern dem Patienten selbst, ist daher auch nur ausnahmsweise vertragliche Nebenpflicht. Das **Patientenrechtsgesetz** hat mit § 630c III BGB eine **Hinweispflicht** des Behandlers ausdrücklich nur für den Fall normiert, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist und sich für den Behandler nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte ergeben, also nicht gedeckte Krankheitskosten betroffen sind. Darüber hinaus hat die Rechtsprechung eine Pflicht zu angemessen zeitnaher Erledigung von Maßnahmen dort anerkannt, wo Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen in engem Zusammenhang mit wirtschaftlichen Interessen des Patienten standen, etwa die unverzügerte Erstellung eines ärztlichen Zeugnisses, das für den Abschluss einer Risikolebensversicherung erforderlich ist (BGH VersR 1981, 452 f., und BGH NJW 2006, 687 f.), und eine hierauf gestützte Haftung des Behandlers immerhin für möglich angesehen. Der Grund für wirtschaftliche Informationspflichten wird dabei im Falle der unzureichenden oder nicht gegebenen Kostendeckung in einem Wissensvorsprung des Behandlers gegenüber dem Patienten gesehen (vgl. BT-Drs. 17/10488 S. 22), im Falle der unverzügerten Erledigung in den aus den ärztlichen Berufsordnungen vorgesehenen Bestimmungen (BGH NJW 2006, 687 f. Rn. 10). Für den Fall der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung entspricht es st. Rspr. des BSG, dass die Krankenkasse nicht verpflichtet ist, den Versicherten auf einen drohenden Verlust des Krankengeldanspruches hinzuweisen (BSG, Urt. v. 10.05.2012 - B 1 KR 19/11 R - BSGE 111, 9 = SozR 4-2500 § 192 Nr. 5; BSG, Urt. v. 16.12.2014 - B 1 KR 19/14 R juris m.w.N.).

Die **Bedeutung der lückenlosen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung** beruhte **allein auf der BSG-Rspr.** All dies muss ein Arzt, auch wenn ihm als Vertragsarzt bei der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für die wirtschaftliche Absicherung des Patienten eine durchaus bedeutsame Rolle zukommt, nicht wissen. Es handelt sich um Spezialwissen auf juristischem Gebiet, das selbst den meisten Juristen, sofern sie nicht auf diesem Gebiet des Sozialrechts tätig sind, kaum geläufig sein dürfte. Von einem Arzt ist dies erst recht nicht zu erwarten und nicht zu verlangen. Von daher traf den Ag. auch keine Pflicht, den Ast. hier auf mögliche Gefahren hinzuweisen.

## 5. Kein Einsichtsrecht in Krankenhausakten wegen Hygienemängeln bei einer Operation

OLG Karlsruhe, Urteil v. 16.08.2017 - 7 U 202/16

RID 18-03-263

juris = MDR 2017, 1300 = GesR 2017, 722 = MedR 2018, 326

BGB §§ 630a, 630f, 810, 823 I

**Leitsatz:** 1. Unterlagen über die **interne Organisation einer Klinik** stellen keine **Behandlungsunterlagen** dar, auf deren Herausgabe der Patient einen Anspruch hat.

2. Ein **Anspruch aus § 810 BGB** besteht nicht, wenn nur vage Anhaltspunkte vorhanden sind, dass gegen den in Anspruch genommenen eine Forderung besteht.

## 6. Sachverständige

### a) Schadensersatz: Verwendung einer Lupenbrille im Jahr 2004

OLG Köln, Beschluss v. 08.11.2017 - 5 U 100/17

RID 18-03-264

juris

BGB §§ 253, 280, 823 I, 831

Ein vom Gericht ernannter **Sachverständiger** kann einer Prozesspartei zum **Schadensersatz** verpflichtet sein, wenn er vorsätzlich oder grob fahrlässig ein unrichtiges Gutachten erstattet hat und der Prozesspartei durch eine auf dem unrichtigen Gutachten beruhende gerichtliche Entscheidung ein Schaden entstanden ist, § 839a I ZPO. Ein Gutachten ist unrichtig, wenn es nicht der objektiven Sachlage entspricht. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn der Sachverständige unrichtige Tatsachenfeststellungen trifft, fehlerhafte Schlussfolgerungen zieht oder herrschende Lehrmeinungen nicht berücksichtigt.

Die Auffassung eines Sachverständigen, die **Verwendung einer Lupenbrille** sei im Jahr 2004 in Deutschland nicht Standard gewesen, um eine Verwechslung von vena saphena und nervus suralis zu vermeiden, ist nicht zu beanstanden.

Das **OLG** wies mit Beschl. v. 20.12.2017 - juris die Berufung der Kl. zurück.

### b) Auswertung der Behandlungsunterlagen nur in digitalisierter Fassung

OLG Brandenburg, Beschluss v. 29.08.2017 - 12 U 138/16

RID 18-03-265

juris

BGB §§ 253, 280, 630f, 823 I, 831; ZPO § 286

Die **Verwertbarkeit eines Gutachtens** steht nicht deshalb in Frage, weil der Sachverständige nicht die **Original-Behandlungsunterlagen** in Papierform ausgewertet hat, sondern die seitens der Bekl. **auf Mikrofilm digitalisierte Fassung**. Es obliegt der richterlichen **Beweiswürdigung**, inwieweit die vorgelegte Dokumentation als aussagekräftig erachtet wird oder nicht.

## 7. Voraussetzungen für Wiederholung der Beweisaufnahme

OLG Dresden, Beschluss v. 15.05.2018 - 4 U 750/17

RID 18-03-266

juris

ZPO § 529

**Leitsatz:** Für konkrete **Anhaltspunkte**, die in einem Arzthaftungsverfahren **Zweifel an der erstinstanzlichen Beweiswürdigung** wecken sollen, reicht es nicht aus, dass der Kläger der medizinischen Auffassung eines erstinstanzlich bestellten Gerichtssachverständigen seine eigene entgegenstellt. Erforderlich ist vielmehr, dass er entweder ein Privatgutachten vorlegt, zumindest aber selbst medizinische Fundstellen oder Leitlinien benennt, die für seine Behauptung streiten. Wird ein solches Privatgutachten nicht vorgelegt und fehlt es auch im Übrigen an Anhaltspunkten dafür, dass das Gutachten in sich widersprüchlich oder der Sachverständige erkennbar nicht sachkundig ist, kommt eine Wiederholung der Beweisaufnahme nicht in Betracht.

## 8. Leistungsantrag auf Schmerzensgeld und Feststellungsantrag

OLG Nürnberg, Beschluss v. 25.04.2018 - 5 W 639/18

RID 18-03-267

juris  
ZPO § 256 I

**Leitsatz:** Neben einem (bezzifferten oder unbezifferten) **Leistungsantrag auf Schmerzensgeld** ist ein **Feststellungsantrag** bezüglich zukünftiger immaterieller Schäden nicht wegen Subsidiarität der Feststellungsklage unzulässig. Vielmehr liegt bei einer solchen Antragshäufung nahe, dass bei der Bemessung des Schmerzensgeldes erst zukünftig eintretende weitere Schäden zumindest insoweit außer Betracht bleiben sollen, als ihr Eintritt derzeit noch ungewiss ist. Je nach dem Klagevorbringen kann der Feststellungsantrag auch dahin auszulegen sein, dass er sich auf nicht vorhersehbare Folgeschäden beschränken soll.

## 9. Einsicht in Patientenakte nach Unterbringung in Psychiatrie: Streitwert

OLG Dresden, Beschluss v. 26.02.2018 - 4 U 1570/17

RID 18-03-268

<https://arge-medizinrecht.de/wp-content = GesR 2018, 302>  
ZPO § 3

**Leitsatz:** 1. Der **Streitwert** für die Übersendung von **Fotokopien** aus einer Patientenakte beträgt höchstens 20% des Wertes einer beabsichtigten Haftungsklage; dabei ist auf die Vorstellung des Patienten abzustellen.

2. Für Schadensersatzklage aus der **geschlossenen Unterbringung** auf der Grundlage des SächsPsychKG ist allein der Freistaat Sachsen **passivlegitimiert**.

## 10. Prozesskostenhilfe: Voraussetzungen für Behandlungsfehlervorwurf/Haushaltsführungsschaden

OLG Naumburg, Beschluss v. 26.06.2017 - 1 W 23/17 (PKH)

RID 18-03-269

juris  
ZPO §§ 114, 287

**Leitsatz:** 1. Beschränkt sich zwar das Vorbringen des **Prozesskostenhilfe** begehrenden Patienten im Wesentlichen auf den Vortrag, ein operativer Eingriff sei negativ ausgefallen (was auch unter Berücksichtigung der abgesenkten Anforderungen an die Substantiierungspflichten im Arzthaftungsprozess unzureichend wäre), ergeben sich aber aus der vorgelegten ärztlichen Dokumentation zu einem **Folgeeingriff konkrete Anhaltspunkte** dafür, dass der operative Eingriff behandlungsfehlerbehaftet gewesen sein könnte, so liegen die Voraussetzungen für eine erforderliche Aufklärung des Behandlungsfehlervorwurfs - unter Hinzuziehung sachverständiger Expertise - vor.

2. Für die Verfolgung eines auf Ersatz eines **Haushaltsführungsschadens** gerichteten Klageantrags besteht keine hinreichende Aussicht auf Erfolg, wenn keine **Anknüpfungstatsachen** vorgetragen werden, die eine Einschätzung des Umfangs der vom Geschädigten zu leistenden Haushaltstätigkeit und des Zuschnitts des Haushalts des Geschädigten zulassen. Der pauschale Verweis des Geschädigten darauf, das Gericht könne anhand von einschlägigen Berechnungstabellen unter Anwendung von § 287 ZPO den Haushaltsführungsschaden schätzen, verkennt, dass dies nicht davon enthebt, Anknüpfungstatsachen für eben eine solche Schätzung vorzutragen.

### III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel

#### 1. Bundesgerichtshof (BGH)

##### a) Abgrenzung Arzneimittel/Medizinprodukt: Gefäßgerüst (Stent)

BGH, Urteil v. 01.02.2018 - I ZR 82/17

RID 18-03-270

juris

UWG §§ 3, 3a, 8; HeilMWERB § § 1, 11; MPG § 3 Nr. 1 Buchst. a

**Leitsatz:** Gefäßgerüst

1. Ein **Gefäßgerüst (Stent)**, dessen Hauptwirkung auf physikalischem Wege erreicht wird, ist auch dann kein **Arzneimittel**, sondern ein **Medizinprodukt**, wenn zur Vorbeugung eines übermäßigen Gewebewachstums ein Wirkstoff ausgebracht wird und das Gefäßgerüst bioresorbierbar ist, also nach einiger Zeit im Körper zerfällt.

2. Die beschränkte Anwendbarkeit der **Werbeverbote** des § 11 Abs. 1 Satz 1 HWG auf Medizinprodukte gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 HWG gilt sowohl für gegenständliche als auch für stoffliche Medizinprodukte.

##### b) Keine Geltung des Preisrechts der Arzneimittelpreisverordnung für Einzelimportarzneimittel

BGH, Urteil v. 09.05.2018 - VIII ZR 135/17

RID 18-03-271

juris

AMG §§ 43, 73 III, 78; AMPPreisV § 1; GVG § 132; GG Art. 80

**Leitsatz:** Auf **Einzelimportarzneimittel** im Sinne des § 73 Abs. 3 AMG findet das **Preisrecht der Arzneimittelpreisverordnung** keine Anwendung (Abgrenzung zu BGH, Beschluss vom 9. September 2010, I ZR 72/08, NJW 2010, 3724 Rn. 12 und Urteil vom 10. Dezember 2014, 5 StR 405/13, NStZ 2015, 591 Rn. 26).

#### 2. Apotheken

##### a) „Video-Apotheke“ unzulässig

LG Mosbach, Urteil v. 15.02.2018 - 3 O 9/17

RID 18-03-272

juris = PharmR 2018, 204

UWG §§ 3, 8 III Nr. 1; ApoG §§ 1 II, 2, 11a Nr. 3 Buchst. b; AMG §§ 5 I 2 Nr. 35a III, 42 I 1, 43 I, 67 I Nr. 1, 73 I 1 Nr. 1a

Die Abgabe von Arzneimitteln im Sinne von § 43 AMG an Patienten durch einem **Medikamentenausgabeautomaten** mit angeschlossenem **Videoterminal** („Video-Apotheke“) ist unzulässig.

**Parallelverfahren:**

LG Mosbach, Urteil v. 15.02.2018 - 4 O 37/17 KfH

RID 18-03-273

juris

LG Mosbach, Urteil v. 15.02.2018 - 4 O 39/17 KfH

RID 18-03-274

juris

LG Mosbach, Urteil v. 15.02.2018 - 3 O 11/17

RID 18-03-275

juris

LG Mosbach, Urteil v. 15.02.2018 - 3 O 10/17

RID 18-03-276

juris



## b) Keine Rezeptsammelstelle in einem Supermarkt

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 02.07.2018 - 13 A 2289/16

RID 18-03-277

juris

AMG § 69 I 1; ApoG § 11a; ApoBetrO § 24

Es besteht kein Anspruch auf eine Erlaubnis für den **Betrieb einer Rezeptsammelstelle** in einem Gewerbebetrieb, hier einem **Lebensmittelmarkt**.

§ 24 ApoBetrO beansprucht für die Präsenzapotheke der Kl. weiterhin Geltung. Hieran hat sich durch die Einführung des Versandhandels nichts geändert. Abweichendes folgt nicht aus BVerwG, Urt. v. 13.03.2008 - 3 C 27.07 - BVerwGE 131, 1. Für die (verfassungs-)rechtliche Beurteilung des § 24 ApoBetrO unerheblich ist, ob andere als die gesetzlich vorgesehenen Abgabemöglichkeiten im Hinblick auf eine sichere und komfortable Arzneimittelversorgung der Bevölkerung vertretbar wären.

Eine **Rezeptsammlung** kann nicht auf der Grundlage einer Versandhandelserlaubnis nach § 11a ApoG betrieben werden.

*VG Gelsenkirchen*, Urt. v. 27.09.2016 - 19 K 5025/15 - RID 17-01-268 stellte, soweit die Beteiligten den Rechtsstreit übereinstimmend in der Hauptsache für erledigt erklärt hatten, das Verfahren ein und wies im Übrigen die Klage ab. Das *OVG* wies die Berufung der Kl. zurück.

## c) Pflicht einer Versandapotheke zur Vorratshaltung

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 04.07.2018 - 13 LA 247/17

RID 18-03-278

juris

AMG § 43 I 1; ApoBetrO § 15; ApoG § 11a

**Leitsatz:** 1. Auch der Inhaber einer Erlaubnis nach § 43 Abs. 1 S. 1 AMG in Verbindung mit § 11a ApoG zum Versand von apothekenpflichtigen Arzneimitteln (sog. **Versandapotheke**) unterliegt für diese der **Pflicht zur Vorratshaltung** nach § 15 ApoBetrO.

2. Es spricht Überwiegendes dafür, dass die Pflicht zur Vorratshaltung grundsätzlich konkret **produktbezogen** und nicht nur **wirkstoffbezogen** zu verstehen ist.

*VG Osnabrück*, Urt. v. 19.07.2017 - 6 A 251/15 - RID 17-03-325 wies die Klage ab, das *OVG* lehnte den Antrag auf Zulassung der Berufung ab.

## d) Unterstützung durch nichtpharmazeutisches Personal: Vorbereitung der Arzneimittel zur Abgabe

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 14.06.2018 - 13 LA 245/17

RID 18-03-279

juris

ApoG § 11a S. 1 Nr. 1; ApoBetrO §§ 1a II, 3 Va 2 Nr. 3

**Leitsatz:** Dem Tatbestand des § 3 Abs. 5a Satz 2 Nr. 5 ApoBetrO unterfallen alle Tätigkeiten, die **vor der Abgabe eines Arzneimittels** in den Apothekenbetriebsräumen vorgenommen werden und die auf diese Abgabe gerichtet sind.

## e) Apothekerhaftung für Zytostatika-Zubereitung mit in Deutschland nicht zugelassenem Medikament

OLG Koblenz, Urteil v. 28.02.2018 - 5 U 1012/17

RID 18-03-280

BeckRS 2018, 10063 = GesR 2018, 516

BGB §§ 241 II, 280 I, 631, 823 I, II; AMG § 73 III

**Leitsatz:** 1. Wird die **Herstellung einer Zytostatika-Zubereitung** durch einen Apotheker unter Verwendung eines in der EU zugelassenen, aber in Deutschland nicht verkehrsfähigen Fertigarzneimittels vom Anspruchsteller als berufliches Fehlverhalten beanstandet, richtet sich die Frage nach der aus berufsfachlicher Sicht gebotenen Vorgehensweise – auch wenn das Vorgehen des Apothekers strafrechtlich unbedenklich sein sollte – nach **dem für Apotheken anzulegenden Standard**, der unter Hinzuziehung eines Sachverständigen zu ermitteln ist.

2. **Grobe Pflichtverstöße eines Apothekers** mit Bezug auf die Arzneimittelversorgung eines Kunden haben grundsätzlich eine **Beweislastumkehr** entsprechend den zur Arzthaftung entwickelten Grundsätzen zur Folge.
3. Der wegen fehlerhafter Fertigung einer Zytostatika-Zubereitung in Anspruch genommene **Apotheker** ist aufgrund einer ihn treffenden **sekundären Darlegungslast** gehalten, konkret zum Bezug der bei der Herstellung verwendeten Fertigarzneimittel vorzutragen.

#### f) Kein Schadensersatzanspruch wegen fehlerhafter Bestellung eines Medikaments durch Angestellte

LAG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 24.05.2018 - 5 Sa 448/17

RID 18-03-281

juris

BGB §§ 241 II, 280, 619a

Ein Apotheker muss der ihm obliegenden **Darlegungs- und Beweislast** hinsichtlich einer arbeitsvertraglichen Pflichtverletzung einer angestellten pharmazeutisch-technische Assistentin und eines hierdurch kausal verursachten Schadens im Zusammenhang mit der Bestellung eines Medikaments ausreichend nachkommen.

Der Umstand allein, dass sich auf dem von der Krankenkasse AOK überprüften **Rezept** nur das **Namenskürzel der Angestellten** befinden soll, vermag eine Schadensersatzforderung nicht zu begründen. Damit ist weder schlüssig dargelegt noch unter Beweis gestellt, dass diese das Rezept keinem approbierten Apotheker vorgezeigt, die falsche Menge bestellt, das Rezept in einen roten Umschlag gesteckt und in den Safe gelegt hat oder der Patientin bei der Abholung die falsche Stückzahl ausgehändigt worden ist.

Selbst wenn die Angestellte das Medikament in falscher Stückzahl bestellt haben sollte, wäre dem Apotheker ein erhebliches **Mitverschulden** am Schadenseintritt in Form eines **Organisationsverschuldens** anzulasten, weil bei der Abgabe von bestellten Medikamenten - nach seinem Vortrag - kein Abgleich mehr mit dem Rezept stattfindet.

Im Übrigen wäre ein etwaiger Schadensersatzanspruch auf Schadensersatz nach § 280 I BGB erloschen. Eine **tarifliche Ausschlussfrist** umfasst regelmäßig auch Schadensersatzansprüche.

#### g) Rückerstattung der Umsatzsteuer (Zytostatika-Versorgung)

##### aa) Auslegung einer Nettopreisabrede/Einwand der Entreicherung

OLG Braunschweig, Urteil v. 22.05.2018 - 8 U 130/17

RID 18-03-282

juris

BGB §§ 86 I, 241 II, 316, 812 I 1, 818 III

**Leitsatz:** 1. Hat das Krankenhaus in der Berechnung der individuellen Herstellung der Zytostatika im Rahmen einer ambulanten Behandlung die **Umsatzsteuer ausgewiesen**, kann darin eine **Nettopreisabrede** gesehen werden, weil das Krankenhaus mit der Rechnungslegung sein Leistungsbestimmungsrecht nach §§ 315 ff. BGB ausübt.

2. Eine solche Nettopreisabrede ist nicht dahingehend auszulegen, dass der Leistungsempfänger bereit und verpflichtet ist, den Nettopreis zuzüglich der **tatsächlich festgesetzten Umsatzsteuer** zu zahlen (entgegen BSG, Urt. v. 3. März 2009, B 1 KR 7/08 R, NZS 2010, 154, Tz. 15 f.). Richtigerweise ist die Nettopreisabrede dahingehend auszulegen, dass neben dem Nettopreis die auf die Lieferung **anfallende Umsatzsteuer** geschuldet ist.

3. Ist die **Umsatzsteuer** entgegen der Annahme der Vertragsparteien **nicht geschuldet**, fehlt für die Zahlung des Umsatzsteuerbetrages der rechtliche Grund, so dass der Leistungsempfänger und damit auch seine private Krankenversicherung vom Krankenhaus die Rückzahlung dieses Betrages nach § 812 Abs. 1 S. 1, Alt. 1 BGB verlangen kann.

4. Das **Krankenhaus** trifft dabei die vertragliche **Nebenpflicht**, § 241 Abs. 2 BGB, die Rechnungen im Hinblick auf die zu Unrecht erhobene Umsatzsteuer zu berichtigen.

5. Das Krankenhaus kann sich auf **Entreicherung** aufgrund der Weiterleitung der Umsatzsteuerbeträge nur berufen, wenn sein **Erstattungsanspruch** gegenüber dem Fiskus praktisch

wertlos ist, was der Fall ist, wenn der Anspruch uneinbringlich oder seine Durchsetzung nach den Umständen zumindest äußerst schwierig ist.

**LG Göttingen**, Urt. v. 21.09.2017 - 12 O 58/16 - RID 18-01-237 verurteilte die bekl. Betreiberin einer Krankenhausapotheke, an die kl. Krankenkasse 26.780,26 € nebst Zinsen zu zahlen, das **OLG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

#### **bb) Bruttopreisvereinbarung: Keine Ausweisung der Umsatzsteuer**

**LG Tübingen, Teilurteil v. 11.05.2018 - 4 O 360/17**

**RID 18-03-283**

juris

**BGB § 812; UStG §§ 4 Nr. 14b, 14 IV Nr. 8**

**Leitsatz:** 1. Werden Privatpatienten bei ambulanten Chemotherapien in der Krankenhausapotheke individuell hergestellte **Zytostatika-Zubereitungen** ohne ausdrückliche Ausweisung der Umsatzsteuer i.S.v. § 14 Abs. 4 Nr. 8 UStG in Rechnung gestellt, liegt eine **Bruttopreisvereinbarung** vor.

2. Im Falle einer Bruttopreisvereinbarung scheidet ein auf **Erstattung von Umsatzsteuer** gerichteter und auf die Änderung der Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs zur umsatzsteuerrechtlichen Behandlung von solchen Zytostatika-Zubereitungen gestützter bereicherungsrechtlicher Rückforderungsanspruch des privaten Krankenversicherers aus.

#### **cc) Keine Bruttopreisabrede bei gesonderter Ausweisung der Umsatzsteuer**

**AG Bonn, Urteil v. 27.09.2017 - 101 C 379/16**

**RID 18-03-284**

juris

**BGB § 812**

Die Verabreichung der **Zytostatika** war nach § 4 Nr. 14b UStG als eng mit der ärztlichen Heilbehandlung verbundener Umsatz **umsatzsteuerfrei**. Ohne besondere Vereinbarung ist davon auszugehen, dass der Leistungsempfänger zur Zahlung von **Umsatzsteuer** nur insoweit verpflichtet ist, wie der Leistende auch einen steuerbaren Umsatz hat.

Eine besondere Vereinbarung kann auch nicht aufgrund des Bestehens einer **Bruttopreisabrede** angenommen werden, wenn diese nicht nachgewiesen wird. Gegen das Vorliegen einer Bruttopreisabrede spricht, dass auf der Rechnung ausdrücklich ein **Nettopreis**, der Steuersatz in Höhe von 19 %, der sich hieraus ergebenden Umsatzsteuerbetrag sowie der Gesamtbruttobetrag angegeben wird.

Selbst wenn man in der Rechnung eine Bruttopreisabrede sehen sollte, würde nichts anderes gelten. Diese stellte ebf. **keinen Rechtsgrund** dar. Denn wenn beide Parteien irrtümlich von einer Umsatzsteuerpflicht ausgehen, diese aber tatsächlich nicht besteht, ist der Preis nach den Grundsätzen der **ergänzenden Vertragsauslegung** entsprechend herabzusetzen.

#### **dd) Vertragsanpassung**

**LG Hamburg, Urteil v. 03.05.2018 - 307 O 248/17**

**RID 18-03-285**

juris

**BGB §§ 313 II, 812 I 1; UStG §§ 4 Nr. 14, 14c I**

Eine private **Krankenversicherung** hat gegen die **Krankenhausapotheke** einen Anspruch auf **Rückerstattung** der für Zytostatika geleisteten **Umsatzsteuer** aus § 812 I 1, 1. Alt BGB i.V.m. §§ 194 II 2, 86 I VVG, da ihre Versicherungsnehmer einen bereicherungsrechtlichen Rückforderungsanspruch gegen die Krankenhausapotheke haben, der gem. §§ 86 I 1, 194 II VVG auf sie übergegangen ist.

Rechtsfolge eines beiderseitigen Irrtums über die Umsatzsteuerpflichtigkeit ist eine **Anpassung des Vertrages** nach § 313 II BGB. Da es sich bei der Umsatzsteuer für den Unternehmer lediglich um einen durchlaufenden Posten handelt, kann davon ausgegangen werden, dass die Rechnungsbeträge jeweils komplett um diesen Anteil gekürzt worden wären, wenn bekannt gewesen wäre, dass die Umsatzsteuer überhaupt nicht anfällt.

## ee) Vertragsanpassungsanspruch des Patienten bzw. seiner Versicherung

AG Düsseldorf, Urteil v. 16.03.2018 - 44 C 8/16

RID 18-03-286

juris  
BGB §§ 313, 812

**Kaufverträge** zwischen den Versicherungsnehmern und der Apotheke waren jedenfalls gemäß § 313 II i.V.m. Abs. 1 BGB dahingehend **anzupassen**, dass der vereinbarte Kaufpreis um den Betrag der enthaltenen **Umsatzsteuer zu reduzieren** war. Es haben sich wesentliche Vorstellungen, die zur Grundlage des Vertrages geworden sind, als falsch herausgestellt.

## h) Information über die Versagung der GDP-Zertifizierung: Behördliche Verfahrenshandlung

VG Schleswig, Beschluss v. 09.03.2018 - 1 B 202/17

RID 18-03-287

juris  
AMG § 64; VwGO §§ 44a, 123 I 1

Die **Information** der zuständigen Behörde an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und die zuständigen Landesbehörden über die **Versagung der GDP-Zertifizierung** und die **Absicht, die Großhandelserlaubnis zu widerrufen**, ist eine **behördliche Verfahrenshandlung**, die nach § 44a VwGO nicht isoliert angegriffen werden kann. Ein Antrag auf Gewährung **vorläufigen Rechtsschutzes** ist unzulässig. Eine Verletzung des Rechts am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb nach Art. 14 I GG liegt nicht vor. Anders als bei der nach § 64 IIIe und IIIg AMG gesetzlich verlangten Eintragung in die öffentlich zugängliche Online-Datenbank EudraGMDP ist bei der bloßen Information keine Prangerwirkung zu erwarten.

## i) Befreiung von der Rentenversicherungspflicht

### aa) Approbationspflichtige Tätigkeit als Voraussetzung

SG Regensburg, Urteil v. 06.03.2018 - S 3 R 625/17

RID 18-03-288

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
BApO § 2; SGB VI § 6 I 1 Nr. 1

**Leitsatz:** 1. Das (bayerische) Landesrecht setzt die Begriffe des **Apothekerberufes** und seiner Ausübung voraus, bestimmt werden sie bundesrechtlich in der BApO. Es gilt zwischen einer pharmazeutischen Tätigkeit und einer Ausübung des Apothekerberufes zu unterscheiden.

2. Nur wer für die Ausübung seiner konkret-individuellen pharmazeutischen Tätigkeit im Rahmen einer abhängigen Beschäftigung einer Berufszulassung im Sinne der Approbation bedarf, übt im gesetzlichen Sinne den Apothekerberuf aus, ist deswegen Pflichtmitglied der entsprechenden **Versorgungs- und berufsständischen Kammern** und hat somit einen Anspruch auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung aus § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI.

### bb) Keine approbationspflichtige Tätigkeit

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.06.2018 - L 5 R 135/17

RID 18-03-289

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB VI § 6 I 1 Nr. 1

**Leitsatz:** Die **Befreiung von der Rentenversicherungspflicht** einer in der **pharmazeutischen Industrie (Außendienst)** beschäftigten Apothekerin, die nach Maßgabe des einschlägigen Landesrechts Mitglied der Apothekerkammer und der Apothekerversorgungseinrichtung ist, setzt die Ausübung einer **„approbationspflichtigen“ (Apotheker-)Tätigkeit** (§ 2 Abs. 3 Bundesapothekerordnung, BApO) nicht voraus (vgl BSG vom 7.12.2017 - B 5 RE 10/16 R = SozR 4-2600 § 6 Nr 14, in juris: Tierarzt).

### 3. Rabattverträge: Vergabe im sog. Drei-Partner-Modell

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 18.04.2018 - VII Verg 56/17

RID 18-03-290

juris  
SGB V § 130a VIII

**Rabattverträge** können im sog. **Drei-Partner-Modell** ausgeschrieben werden, auch wenn andere Fachlose im sog. Ein-Partner-Modell und damit exklusiv vergeben werden. Allerdings ist nicht ersichtlich, inwiefern ein Schaden durch Verschlechterung der Zuschlagschancen droht, wenn die Ast. für dieses Los neben der Beigel. als Zuschlagsempfängerin vorgesehen ist.

### 4. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

#### a) Begriff der Kausaltherapie

OLG Hamburg, Urteil v. 26.04.2018 - 3 U 96/17

RID 18-03-291

juris  
UWG §§ 3 I, 5 I 2 Nr. 1, 5a, 8 I; HeilMVerbG § 3 S. 2 Nr. 1

Der **Begriff der Kausaltherapie** wird im Sinne einer Beseitigung der Krankheitsursache verstanden. Für die **Behandlung** der Ursache der Erkrankung, den **Gendefekt**, ist das **Arzneimittel P.®** weder geeignet noch zugelassen, denn es ist allein für eine Substitutionstherapie des Alpha-1-Antitrypsin-Mangels zugelassen. Mithin ist die **Werbeaussage** „Mit P. (humaner Alpha-1-Proteinaseinhibitor zur intravenösen Anwendung) steht seit über 20 Jahren die einzige kausale Therapie des AATM zur Verfügung“ im Hinblick auf die Angabe „kausale Therapie“ falsch und damit irreführend.

#### b) Nachbeobachtungsstudien unzureichend zum Nachweis der Wirksamkeit

OLG Hamburg, Urteil v. 05.04.2018 - 3 U 177/17

RID 18-03-292

juris  
UWG §§ 3 I, 3a, 5 I 1 Nr. 1, 8 XI; HeilMVerbG § 3 S. 2 Nr. 1

Die Behauptung der **Wirksamkeit** eines Mittels in einem bestimmten Indikationsbereich versteht der Verkehr regelmäßig dahin, dass es um eine im Rahmen **klinischer Studien** nach dem Goldstandard festgestellte Wirksamkeit geht. Damit also um die Wirksamkeit, mit der eine statistische Auswertung über den Wahrscheinlichkeitsgrad der Wirksamkeit des Mittels über alle damit zu behandelnden Patienten einhergeht. Für **Beobachtungsstudien** gilt das unstreitig nicht.

#### c) Angaben zu den pharmakodynamischen Eigenschaften

OLG Hamburg, Urteil v. 23.11.2017 - 3 U 28/17

RID 18-03-293

juris  
UWG §§ 3 I, 5 I 2 Nr. 1 u. 3a, 8; HeilMVerbG § 3 S. 2 Nr. 1

Es ist grundsätzlich zulässig, **Angaben zu den pharmakodynamischen Eigenschaften** bzw. zur **Wirkweise** ihres Präparats, welche im Einklang mit der jeweils aktuellen **Fachinformation** stehen, werblich zu verwenden. Die bloße Vermutung, dass die angesprochenen Fachkreise aus den Unterschieden in der Wirkweise der beiden Arzneimittel Schlüsse auf eine unterschiedliche Wirksamkeit der beiden Präparate ziehen könnten, genügt - ohne dass sich in der Werbung zumindest greifbare Anhaltspunkte für diese Vermutung finden - nicht, um eine Irreführung hinsichtlich einer zusätzlichen Wirksamkeit des Arzneimittels anzunehmen.

#### d) Werbung für Arzneimittel an Gynäkologenpraxis durch niederländische Versandapotheke

OLG Düsseldorf, Urteil v. 08.06.2017 - 20 U 38/16

RID 18-03-294

juris

ApoG § 11; UWG §§ 3, 3a, 8 I

Einer **Versandapotheke** in den **Niederlanden**, die mit einem Schreiben, bestehend aus einem Anschreiben und einem Bestellschein, gerichtet an eine **gynäkologische Praxis** in Deutschland, in dem sie den Bezug von Intrauterinpressaren und anderen Kontrazeptiva anbietet, **wirbt**, verletzt weder Verbraucherschutzgesetze noch Marktverhalten regelnde gesetzliche Vorschriften.

#### e) Zulässigkeit von Wirksamkeitsaussagen auf Verpackung von Arzneimitteln

OLG Frankfurt, Urteil v. 24.05.2018 - 6 U 46/17

RID 18-03-295

juris

AMG § 10 I 5

**Leitsatz:** 1. Ergänzende **Angaben auf der Arzneimittelverpackung**, die nach § 10 I 5 AMG zulässig sind, dürfen keinen werblichen Überschuss aufweisen; darüber hinaus dürfen sie - auch wenn auf sie die Vorschriften des HWG nicht anwendbar sind - weder irreführend sein noch über das zugelassene Anwendungsgebiet hinausgehen („off label“-Werbung).

2. Die **Aussage** „löst festsitzenden Schleim“ ist von dem zugelassenen Anwendungsgebiet „Erkältungskrankheiten der Atemwege mit zähflüssigem Schleim“ gedeckt.

3. Ein **werblicher Überschuss** im Sinne von Ziffer 1. liegt etwa vor, wenn es zusätzlich zu der Angabe des Verwendungszwecks heißt, das Mittel sei „wirksam“, oder wenn ein Hinweis auf die „unbeschwertere“ Atmung erfolgt.

#### f) Irreführung durch Wirksamkeitsaussagen für osteopathische Behandlungsmethoden

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 21.06.2018 - 6 U 74/17

RID 18-03-296

juris

HeilMVerbG § 3

**Leitsatz:** 1. **Einschränkungslose Werbeaussagen** zur Wirksamkeit von Behandlungsmethoden bei bestimmten Krankheiten sind als **irreführend** einzustufen, wenn - wofür der Kläger darlegungs- und beweispflichtig ist - die Wirksamkeit wissenschaftlich umstritten ist und der Werbende den Wirksamkeitsnachweis nicht führen, d.h. die Wirksamkeit nicht durch Vorlage ausreichender Studien belegen kann.

2. Die **Wirksamkeit osteopathischer Behandlungsmethoden** kann nur dann als wissenschaftlich umstritten im Sinne von Ziffer 1. angesehen werden, wenn der Kläger Unterlagen vorlegt, die hinreichend erkennen lassen, dass die beworbenen Methoden in ihrer Gesamtheit oder für alle beanspruchten Indikationen ungesichert sind (im Streitfall teilweise verneint).

#### g) Fehlender Wirksamkeitsnachweis für Akupressur-Manschette/Vertrauliche Studie unzureichend

LG Düsseldorf, Urteil v. 29.03.2018 - 37 O 44/17

RID 18-03-297

juris = Magazindienst 2018, 387

UWG §§ 3 I, 3a, 5, 8 III Nr. 2; HeilMVerbG § 3

Eine **nicht veröffentlichte**, sondern als „**vertraulich**“ **gekennzeichnete Studie** ist von vornherein der Diskussion in Fachkreisen entzogen. Eine vertrauliche Studie, die sich gegen Kritik der Peers immunisiert, kann grundsätzlich für sich nicht in Anspruch nehmen, hinreichend gesicherte wissenschaftliche Erkenntnis zu repräsentieren. Eine solche Studie leidet an **inhaltlichen Mängeln**, die sie zum Nachweis der für ein Produkt in Anspruch genommenen Wirksamkeitsbehauptungen ungeeignet machen.

Eine Beweisaufnahme über die angegriffenen Wirksamkeitsaussagen kommt nicht in Betracht. Wer Werbeangaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens im geschäftlichen Verkehr zu Wettbewerbszwecken verwendet, muss, wenn er in einem solchen Fall in Anspruch genommen wird, **darlegen** können, dass er über entsprechende **wissenschaftliche Erkenntnisse verfügt**. Nicht ausreichend ist es, dass er sich erst im Prozess auf ein Sachverständigengutachten beruft, aus dem sich die behauptete Wirkungsweise ergeben soll.

#### h) Fehlende wissenschaftliche Absicherung einer Werbeaussage für sog. Kinesio-Tapes

LG Heidelberg, Urteil v. 28.03.2018 - 12 O 45/17 KfH

RID 18-03-298

juris = Magazindienst 2018, 504

UWG §§ 3, 3a, 5 I Nr. 1, 8; MPG § 4 II Nr. 1; HeilMVerbG § 3

Ist eine **therapeutische Wirkung** in einer Werbeaussage für sog. **Kinesio-Tapes** nicht hinreichend **wissenschaftlich abgesichert**, ist sie **irreführend**. Maßgeblicher Zeitpunkt für die wissenschaftliche Beurteilung ist dabei der der angegriffenen Werbung.

#### i) Anbringung des CE-Kennzeichens auf Verpackungen von Medizinprodukten

LG Düsseldorf, Urteil v. 07.03.2018 - 12 O 76/17

RID 18-03-299

juris = MedR 2018, 494

MPG § 9 III; UWG §§ 3, 3a, 8 I

**Leitsatz:** 1. Werden mehrere einzeln verpackte nicht sterile **Medizinprodukte** in einer **Handelspackung** abgegeben und kommt die **Anbringung der CE-Kennzeichnung** auf den Medizinprodukten selbst mangels ausreichender Größe, Beschaffenheit oder Zweckmäßigkeit nicht in Betracht, muss die CE-Kennzeichnung außer in der Gebrauchsanweisung auch auf der Handelspackung angebracht werden.

2. Darüber hinaus besteht keine Pflicht, die **CE-Kennzeichnung** auch auf den **Einzelpackungen** der Medizinprodukte anzubringen.

### 5. Vergabeverfahren Cannabisproduktion: Frist für Benennung eines Nachunternehmers

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 28.03.2018 - VII-Verg 40/17

RID 18-03-300

juris

VgV § 20 III

Die von der Vergabestelle gesetzte **Frist**, innerhalb derer die Bewerber einen **Nachunternehmer** mit der geforderten langjährigen Erfahrung auf dem Gebiet der **Cannabisproduktion** zu medizinischen Zwecken benennen konnten, sofern sie selbst nicht über die entsprechende Erfahrung verfügten, war zu kurz bemessen; es ist daher der Bundesrepublik untersagt, einem Bewerber den Zuschlag zu erteilen.

### 6. Produkthaftung für Hüftprothese

LG Bonn, Urteil v. 25.01.2017 - 9 O 125/14

RID 18-03-301

juris

ProdHaftG §§ 1, 3

Das **Versagen einer Hüftprothese** kann langfristig bis hin zur Rollstuhlpflichtigkeit führen, wenn eine weitere Revision nicht mehr möglich ist nach Verlust von zu viel Knochen- und Gewebematerial. Fehler bei einer Hüftprothese können sehr massive Auswirkungen auf die Gesundheit und damit einhergehend die Lebensqualität des Patienten haben, so dass **EuGH**, Urt. v. 05.03.2015 - C-503/13 - NJW 2015, 1163 auf den vorliegenden Fall übertragbar ist. Der EuGH spricht von „anormaler Potenzialität eines Personenschadens“ und von „besonderer Verletzlichkeit“. Beides hätte hier auch vorgelegen, wenn Produktfehler die erhebliche, nicht zumutbare Gefahr von Nekrosenbildung und den

dadurch frühzeitig notwendig werdenden Austausch der Prothese mit sich gebracht hätten. Ohnehin dürfte die Übertragung dieser Rspr. richtig sein, weil es auch bei „mittelschweren Gefahren von Personenschäden“ keinen erheblichen Unterschied machen kann, ob der latent in der Produktionsreihe vorhandene Fehler sich beim jeweiligen Kunden schon manifestiert hat oder nicht. Wenn dem Kunden nicht zuzumuten ist, dass er das mögliche Risiko eines erheblichen (Gesundheits-)Schadens „abwartet“, während der Eintritt eines solchen in der Zukunft aufgrund des festgestellten Fehlers der Produktreihe jedenfalls nicht unwahrscheinlich ist, reicht das aus, um einen Produktfehler zu bejahen, der dem Grunde nach zu einer Haftung führt.

Der Kl. ist aber nicht der **Beweis** gelungen, dass objektiv das bei ihr implantierte Hüftprothesensystem nicht die nach der Verkehrsauffassung im Jahre 2008 zu erwartende Sicherheit bot.

## 7. Beschränkung des Versicherungsschutzes auf Schadensereignisse in Frankreich (Brustimplantate)

OLG Köln, Beschluss v. 20.12.2017 - 5 U 68/17

RID 18-03-302

juris = VersR 2018, 871  
AEUV Art. 18, 34, 56

Leitsatz (VersR): Die zwischen dem **französischen Hersteller** von (unzulässig mit Industriesilikon gefüllten) Brustimplantaten und seinem **Haftpflichtversicherer** getroffene vertragliche Regelung, wonach sich der Versicherungsschutz **ausschließlich auf in Frankreich** eingetretene Schadensereignisse erstreckt, verstößt nicht gegen **Europarecht** (i. A. an OLG Karlsruhe, VersR 2017, 1342 - RID 16-02-261 und vom 17. 08. 2016 - 7 U 23/16 - und - 7 U 177/15).

## 8. Beihilfe

### a) Alternativtherapie bei lebensbedrohlicher und regelmäßig tödlich verlaufender Krankheit

VGH Bayern, Urteil v. 26.04.2018 - 14 B 15.2764

RID 18-03-303

juris  
BBhV § 33

**Leitsatz:** 1. An die „nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare **positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf**“ i.S.v. § 33 BBhV sind desto geringere Anforderungen zu stellen, je schwerwiegender die Erkrankung und hoffnungsloser die Situation ist (im Anschluss an BSG, Urt. v. 4.4.2006 - B 1 KR 7/05 R - BSGE 96, 170 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 4 Rn. 40).

2. Die **Erfolgsaussichten von Alternativtherapien** lassen sich im Rahmen von § 33 BBhV nur im Einzelfall unter Berücksichtigung des jeweiligen Forschungsstands bewerten. Es kommt dabei nicht nur auf die jeweils gewählte Grundstrategie der Therapie als solcher, sondern auch auf die Art und Weise der vom jeweils Verantwortlichen gewählten Analyse- und Kontrollmechanismen und deren Dokumentation an.

3. Sind die tatbestandlichen Voraussetzungen des § 33 BBhV gegeben, werden auch die im Rahmen der medizinischen Leistung **verschriebenen Stoffe vom Beihilfeanspruch erfasst**. Die Einschränkungen des § 22 BBhV finden insoweit keine entsprechende Anwendung. Werden bei einer Alternativtherapie i.S.v. § 33 BBhV sowohl verschreibungspflichtige Arzneimittel als auch sonstige nicht verschreibungspflichtige Stoffe eingesetzt, besteht ein Beihilfeanspruch nur für solche Stoffe, für die im Zeitpunkt der historischen Medikamentierung eine Verschreibung durch den jeweiligen Verantwortlichen erfolgt und dokumentiert ist.

### b) Ausschluss von Arzneimitteln der Homöopathie und Anthroposophie

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.05.2018 - 1 A 1028/17

RID 18-03-304

juris  
BG NRW § 77 III; BhV NRW § 4

Der aus § 4 I Nr. 7 Satz 5 BVO NRW folgende ausnahmslose **Ausschluss von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen** von der Beihilfefähigkeit verstößt nicht gegen höherrangiges Recht,



namentlich den Gleichheitssatz oder die verfassungsrechtlich geschützte Fürsorgepflicht des Dienstherrn.

### c) Keine Apothekenpflicht/Nahrungsergänzungsmittel/Keine anerkannte Behandlungsmethode

VG Ansbach, Urteil v. 14.06.2018 - AN 1 K 17.01701, AN 1 K 17.02679

RID 18-03-305

juris

BhV Bayern § 18; BG Bayern Art. 96

Die Mittel Mofferin 21, Dhea 25 mg und Vitamin K2 stellen keine Arzneimittel i.S.v. § 18 S. 1 BayBhV dar, da sie nicht apothekenpflichtig sind.

Das Präparat **Cefazink** 20 mg ist nur beihilfefähig, wenn ein Zinkmangel nicht durch Ernährungsumstellung zu beheben ist.

Die **orthomolekulare medizinische Behandlung** ist **keine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode**. Nicht beihilfefähige Arzneimittel werden auch im Rahmen dieser Therapie nicht beihilfefähig.

### d) Multifokallinsen anlässlich einer Katarakt-Operation

VG Aachen, Urteil v. 10.03.2017 - 7 K 2150/15

RID 18-03-306

juris

BhV NRW § 3 I Nr. 1

Aufwendungen für die **Implantation von Multifokallinsen** (bzw. trifokal-torischer Linse und trifokaler Linse) anlässlich einer **Katarakt-Operation** sind nicht beihilfefähig, wenn sich eine **medizinische Notwendigkeit** für diese Operationsmaßnahme nicht feststellen lässt. Eine weitergehende, in bestimmten Situationen als vorteilhaft empfundene Linsenversorgung mit derartigen Sonderlinsen, die nicht nur die Trübung der Augen beseitigen, sondern auch weitere Sehfehler zur „optimalen optischen Rehabilitation“ ausgleichen sollen, ist danach nicht notwendig im Sinne einer „**Unerlässlichkeit**“.

### e) Keine weitere Beihilfe für Hörgeräte bei Festbetrag der gesetzlichen Krankenkasse

OVG Saarland, Beschluss v. 20.06.2018 - 1 A 381/17

RID 18-03-307

juris

BhV Saarland §§ 4, 15

**Leitsatz:** 1. Einzelfall einer nicht dem **Darlegungserfordernis** nach § 124a Abs. 4 Satz 4 VwGO genügenden Begründung eines Berufungszulassungsantrags.

2. Zum **Verhältnis** von § 15 Abs. 4 BhV SL zu § 4 Abs. 3 BhV SL.

### f) Anfallswarn- und Begleithund

VG Münster, Urteil v. 05.07.2018 - 5 K 3011/16

RID 18-03-308

juris

BVO NRW § 4 I Nr. 10

Die Aufwendungen für die Anschaffung, die Ausbildung und den Unterhalt eines **Anfallswarn- und Begleithundes** sind notwendig i.S.d. § 3 I Nr. 1 BVO NRW, wenn eine Anfallserkrankung seit ca. 15 Jahren besteht und regelmäßig Anfälle auftreten, die häufig mit völliger Hilflosigkeit verbunden sind, und die Kl. meist nicht selbst in der Lage ist, Hilfe herbeizuholen.

## IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

### 1. Privatbehandlung

#### a) Bundesgerichtshof (BGH)

##### aa) Entgeltbindung von Privatkliniken

BGH, Urteil v. 17.05.2018 - III ZR 195/17

RID 18-03-309

juris

SGB V § 108 Nr. 2; KHG §§ 17 I 5, 20 S. 1

**Leitsatz:** 1. Zur Verfassungsmäßigkeit der **Entgeltbindung von Privatkliniken**, die mit einem für die Behandlung durch Krankenkassen zugelassenen Krankenhaus, insbesondere mit einem **Plankrankenhaus** (§ 108 Nr. 2 SGB V), räumlich und organisatorisch **verbunden** sind (§ 17 Abs. 1 Satz 5 KHG).

2. Die Begrenzung der Entgelthöhe für „**verbundene**“ **Privatkliniken** gemäß § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG erfasst auch den Fall, dass zunächst eine Privatklinik betrieben wurde, aus der sich eine weitere Klinik entwickelte, für die dann eine Zulassung nach § 108 SGB V erlangt wurde.

3. § 20 Satz 1 KHG schließt die Anwendung der Regelung des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG auf öffentlich nicht geförderte **Privatkliniken** (ohne Versorgungsauftrag) nicht aus. Beide Vorschriften haben unterschiedliche Regelungsgegenstände.

##### bb) Wahlleistungsvereinbarung/Kreis der liquidationsberechtigten Ärzte

BGH, Urteil v. 19.04.2018 - III ZR 255/17

RID 18-03-310

juris

BGB § 305c II; KHEntG § 17 III 1

**Leitsatz:** Zur Auslegung einer **Wahlleistungsvereinbarung**, die den Kreis der Wahlärzte auf alle an der Behandlung beteiligten Ärzte des Krankenhauses erstreckt, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind.

##### b) Privatbehandlung durch Honorarvereinbarung

LG Osnabrück, Urteil v. 10.04.2018 - 3 S 151/17

RID 18-03-311

juris

BGB § 630c III; BMV-Ä § 18 VIII

Dass ein Patient vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt hat, auf eigene Kosten behandelt zu werden, ergibt sich aus der von ihm unterzeichneten **Honorarvereinbarung**. Darin beauftragt der Patient den Belegarzt ausdrücklich und unmissverständlich, ihn privat zu behandeln. Die private Behandlung impliziert die **Kostentragung durch den Patienten**. Dem steht der Hinweis in der Vereinbarung, dass eine Erstattung der vereinbarten Vergütung durch Erstattungsstellen (Versicherungen, Beihilfestellen) möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist, nicht entgegen.

Es **obliegt dem Patienten**, wenn er kein finanzielles Risiko eingehen will, sich vor Durchführung des operativen Eingriffs eine **Kostenzusage seiner Krankenversicherung** geben zu lassen.

##### c) Selbsttragung der Kosten bei fehlendem Krankenversicherungsschutz

OLG Köln, Beschluss v. 08.01.2018 - 5 U 108/17

RID 18-03-312

juris

BGB § 611

Nach BGH, Urt. v. 28.04.2005 - III ZR 351/04 - BGHZ 163, 42, juris Rn. 25 ff. hat ein Patient die **Kosten einer Krankenhausbehandlung** selbst zu tragen, wenn der angegebene gesetzliche **Krankenversicherungsschutz** nicht besteht. Sofern der Krankenhausträger und der Patient eine

entsprechende Vereinbarung nicht wirksam getroffen haben, ergibt sich dies aus dem Fehlen der Geschäftsgrundlage und einer Anpassung des Vertrags.

Die **Überlassung von Krankenkartens** führt nicht zu einem Krankenversicherungsschutz (BSG, Urt. v. 07.12.2000 - B 10 KR 3/99 R - SozR 3-2500 § 10 Nr. 19, juris Rn. 35).

Das OLG wies mit Beschl. v. 22.02.2018 - 5 U 108/17 - juris die Berufung der Bekl. zurück.

#### d) Fehlende schriftliche Information über voraussichtliche Kosten der Behandlung

LG Dortmund, Urteil v. 12.04.2018 - 4 S 5/17

RID 18-03-313

juris  
BGB §§ 125, 630c III

Eine **fehlende schriftliche Information** über die **voraussichtlichen Kosten** der Behandlung führt nicht zur **(Form-)Nichtigkeit des Behandlungsvertrages**. Die Patienten sind bereits ausreichend dadurch geschützt, dass ihnen im Falle fehlender Aufklärung über die voraussichtlichen Kosten ein Schadensersatzanspruch erwächst, mit dem sie gegen die Honorarforderung aufrechnen können. Darüber hinaus würde - selbst wenn man von einer Nichtigkeit des Behandlungsvertrages ausgehen wollte - dies auch nicht dazu führen, dass die Aufklärung über die voraussichtlichen Kosten von Amts wegen zu prüfen wäre:

#### e) Walleistungsvereinbarung: Behandlung durch Vertreter

AG Iserlohn, Urteil v. 13.02.2018 - 44 C 103/17

RID 18-03-314

juris  
BGB §§ 398, 612, 630a

Grundsätzlich kann sich der Wahlarzt durch eine **Individualvereinbarung** mit dem Patienten von seiner Pflicht zur persönlichen Leistung befreien und deren Ausführung einem **Stellvertreter** übertragen (BGH, Urt. v. 20.12.2007 - III ZR 144/07 - NJW 2008, 987).

#### f) Kein Anspruch des Patienten auf Auslassung eines Befundes im Entlassungsbericht

OLG Koblenz, Beschluss v. 08.01.2018 - 5 U 1184/17

RID 18-03-315

juris = VersR 2018, 613  
BGB § 630a

Leitsatz (VersR): Ein Patient kann nicht verlangen, dass in einem ärztlichen **Entlassungsbericht** ein **Befund** (hier: narzisstische Persönlichkeitsstörung) **ausgelassen** oder ein Hinweis auf diesen entfernt wird. Auch ein Anspruch auf Änderung des Befundes besteht für den Patienten grundsätzlich nicht.

#### g) Abrechnung einer intensitätsmodulierten Strahlentherapie

AG Münster, Urteil v. 15.05.2017 - 5 C 650/14

RID 18-03-316

juris  
BGB § 611; GOÄ § 6 II

Die Behandlung mittels **intensitätsmodulierter Strahlentherapie** mit bildgeführter Überprüfung der Zielvolumina kann mittels der **Analogziff. 5855 GOÄ** abgerechnet werden.

## h) Zahnärztliche Behandlung

### aa) Keine Abrechnung nicht dokumentierter Leistungen

OLG Hamm, Urteil v. 27.06.2017 - 26 U 109/13

RID 18-03-317

juris

BGB §§ 611, 626; BMV-Z § 4 V; EKV-Z § 7 VII

Die Position Ä34 ist zu Unrecht in Ansatz gebracht worden, wenn die **Krankenunterlagen** keine Implantatplanung im Sinne dieser Gebührensiffer erkennen lassen.

Die Position Ä3 ist nicht anzusetzen, wenn die dafür erforderlichen Voraussetzungen **nicht dokumentiert** sind.

Die Positionen Ä 298, Ä 4785, Ä5370, Ä5377, 411, 1019 sind nicht indiziert, wenn zuvor eine **Behandlung der parodontalen Situation** mit entzündlichen Veränderungen an den Wurzelspitzen mit Erfolg durchgeführt werden muss.

**Röntgenaufnahmen** können nicht abgerechnet werden, wenn solche bereits ausreichend vorhanden sind.

Eine mit LA20 berechnete **Laserbehandlung** kann nicht kurz nach der Zahnreinigung durchgeführt werden, sondern erst ca. 8 Tage später nach dem Abheilen der Vorbehandlung.

**Chirurgische Eingriffe** der Pos. 409, 410 in der ersten Sitzung sind kontraindiziert, wenn zuvor keine hinreichende Diagnostik, Mundhygieneinstruktion, professionelle Zahnreinigung, Kontrolle und Erhebung eines differenzierten Parodontalstatus erfolgt sind.

Nicht abrechenbar sind Gebühren für Leistungen, für die die **technischen Voraussetzungen** gar nicht vorliegen.

Auf Gebühren, deren Leistungsinhalt nach den **Behandlungsunterlagen** oder nach der Beschaffenheit der Modelle nicht gegeben ist, besteht kein Anspruch. Die Abrechnung der Positionen 802, 804, 805 erfordert entsprechende Arbeiten mit Modellen, die weder entsprechend erstellt und noch **dokumentiert** sind.

Vorausgehend: LG Detmold, Urteil v. 18.06.2013 - 1 O 230/12 - RID 13-03-320

### bb) Völlige Unbrauchbarkeit von sieben Implantaten aufgrund grob fehlerhafter Behandlung

LG Münster, Urteil v. 26.04.2018 - 111 O 5/16

RID 18-03-318

juris

SGB V §§ 398, 630a

Nach st. Rspr. entfällt der zahnärztliche **Vergütungsanspruch**, wenn und soweit die Behandlung für den Patienten **völlig unbrauchbar** ist, § 628 I 2 BGB. Eine solche Unbrauchbarkeit ist hier jedenfalls für sieben Implantate im Oberkiefer, also sämtliche Implantate mit Ausnahme des noch verbliebenen Implantats in regio 23 festzustellen. Zunächst sind die sich aus den Röntgenbildern ergebenden deutlichen Zeichen einer **Parodontitis** grob fehlerhaft nicht berücksichtigt worden. Als ebf. grob fehlerhaft ist es zu bewerten, dass keine **vollständige Gesamtplanung** (sog. backward-planning) vorgenommen wurde. Schließlich wurden **kariöse Defekte** vor den Implantationsmaßnahmen grob fehlerhaft unversorgt gelassen.

### cc) Zahnersatz: Kein Vergütungsanspruch bei erforderlicher Neuanfertigung

OLG Dresden, Beschluss v. 15.06.2018 - 4 W 116/18

RID 18-03-319

juris

BGB §§ 630a, 823

**Leitsatz:** Nach Kündigung eines zahnärztlichen Verhandlungsvertrages steht dem Zahnarzt kein Vergütungsanspruch für bereits erbrachte prothetische Leistungen zu, wenn eine **Neuanfertigung erforderlich** und daher der gefertigte Zahnersatz unbrauchbar ist.

#### dd) Keine Unbrauchbarkeit eines Zahnersatzes bei mehrjährigem Tragen

OLG Düsseldorf, Urteil v. 11.04.2018 - 18 U 20/17

RID 18-03-320

juris

BGB §§ 253 II, 280, 611, 823 I

Der **Honoraranspruch des Zahnarztes** für die von ihm erbrachten zahnärztlichen und zahnprothetischen Leistungen entfällt auch bei Vorliegen von Behandlungsfehlern nur dann, wenn seine Leistungen für den betroffenen Patienten völlig unbrauchbar sind. Der Annahme der völligen **Unbrauchbarkeit** steht der Umstand entgegen, dass ein Patient die durchgeführte prothetische Versorgung seit mehreren Jahren in unveränderter Form trägt (BGH NJW 2011, 1674).

Eine **sofortige Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen** des Patienten gegenüber dem Zahnarzt ist nur möglich, wenn die Nachbesserung für den Patienten ausnahmsweise unzumutbar ist, der Zahnarzt die Nachbesserung ernsthaft und endgültig verweigert hat, wenn die Nacherfüllung den bereits eingetretenen materiellen oder immateriellen Schaden nicht beseitigen könnte oder wenn das Behandlungsverhältnis bereits beendet ist.

#### ee) Zahnprothetik: Keine völlige Unbrauchbarkeit bei mehrjährigem Tragen

OLG Düsseldorf, Urteil v. 11.04.2018 - 18 U 159/16

RID 18-03-321

juris

BGB §§ 627, 628, 812 I 1

Der Annahme der **völligen Unbrauchbarkeit einer Zahnprothetik** steht der Umstand entgegen, dass ein Patient die durchgeführte prothetische Versorgung **seit mehreren Jahren in unveränderter Form trägt**. Denn einen der Annahme der völligen Unbrauchbarkeit entgegenstehenden wirtschaftlichen Wert für den betroffenen Patienten stellt eine Versorgung der hier in Rede stehenden Art nach BGH, NJW 2011, 1674 auch dann dar, wenn sie zwar objektiv wertlos ist, der Patient sie aber gleichwohl nutzt. Allein durch die jahrelange tatsächliche Nutzung hat die umstrittene Versorgung für den Patienten einen wirtschaftlichen Wert. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Patient die angeblich mangelhafte Versorgung aus **Gründen** der Beweissicherung, aus finanziellen oder aus gesundheitlichen Gründen weiterhin getragen hat. Unerheblich ist auch, ob das Tragen der umstrittenen Prothetik mit erheblichen Beeinträchtigungen für den Patienten verbunden gewesen ist (OLG Köln, Beschl. v. 30.03.2015 - 5 U 139/14 - RID 15-04-240, juris).

#### ff) Nutzung der Leistung/Delegation an Labor

OLG Dresden, Beschluss v. 23.05.2018 - 4 U 252/18

RID 18-03-322

juris

BGB §§ 613, 628, 630a

**Leitsatz:** 1. Ein Anspruch eines Patienten auf **Honorarerlass** oder Entfallen des Honoraranspruches wegen einer (zahn-)ärztlichen Leistung setzt einen vollständigen **Interessenwegfall** an der Leistung voraus; ein solcher liegt nicht vor, wenn der Patient die **Leistung** tatsächlich und gleichwohl **nutzt**.

2. Der Zahnarzt darf Teile seiner Leistung, namentlich die Anfechtung und Farbwahl eines Zahnimplantates an ein **Labor delegieren**, soweit er die Hoheit über das Behandlungskonzept behält.

Das OLG wies mit Beschl. v. 31.07.2018 - 4 U 252/18 - juris die Berufung des bekl. Patienten zurück.

## 2. Private Krankenversicherung

### a) Notwendigkeit ambulanter Heilbehandlungen

OLG Saarbrücken, Urteil v. 09.05.2018 - 5 U 39/16

RID 18-03-323

juris

VVG § 192; MB/KK § 1

**Leitsatz:** Zur medizinischen Notwendigkeit bestimmter ambulanter Heilbehandlungen.

## b) Vorteile des Einsatzes eines Femtosekundenlasers

AG Nettetal, Urteil v. 13.03.2018 - 17 C 36/16

RID 18-03-324

juris  
GOÄ Nr. 5855

Gerade wegen einer **diabetischen Retinopathie** (Schädigung der Endstrombahn der Blutgefäße der Netzhaut) mit Makulaödem (Flüssigkeitsansammlung im Bereich des Gelben Flecks im Auge) bietet sich der Einsatz eines **Femtosekundenlasers** an, da sich dieser durch ein hohes Maß an Präzision und geringere Eingriffsfolgen auszeichnet. In der Regel ist das Operationsergebnis nach dem Femtosekundenlasereinsatz wegen der mikrometergenauen Vorgehensweise des Lasers deutlich besser und aufgrund der lasergestützten Vorfragmentierung der alten Linse schonender. Zudem kommt es zu einem schnelleren Heilungsergebnis, zu einer schnelleren optischen Stabilität und zu einer Schonung der okulären Strukturen, z.B. der Hornhaut. Dies alles rechtfertigt die sowohl medizinisch als auch gebührenrechtlich separate Betrachtungsweise des Femtosekundenlasereinsatzes bei der Kataraktoperation

## c) Einsatz eines Femtosekundenlasers bei Katarakt-Operation

LG Köln, Urteil v. 28.02.2018 - 23 O 159/15

RID 18-03-325

juris  
VVG § 192

Der Einsatz eines **Femtosekundenlasers** ist bei einer **Katarakt-Operation** medizinisch notwendig.

## d) Linsen-Extraktion in MVZ

LG Köln, Urteil v. 28.03.2018 - 23 O 225/17

RID 18-03-326

juris  
VVG §§ 1, 192

In Erweiterung des § 4 II MB/KK 2009 kann sich der Versicherte nach Ziff. A 1. d) der Tarifbedingungen zu dem Tarif CS2PLUS ferner von approbierten Ärzten behandeln lassen, die in einem **MVZ** nach § 95 SGB V tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Unter restriktiver Auslegung des § 4 II MB/KK 2009 gilt selbiges angesichts der Entwicklungen im Gesundheitssektor und in Anlehnung an die BGH-Rspr. (BGH, VersR 1978, 267) auch für eine **Linsen-Extraktion** mit Implantation trifokaler Intraokularlinsen.

Die zusätzliche Berechnung der **Nr. 1345 GOÄ** neben Nr. 1375 scheidet aus, wenn bei einem Astigmatismus torische Intraokularlinsen eingesetzt werden.

## e) Anspruch auf dendritische Zelltherapie

LG Hannover, Urteil v. 21.12.2017 - 2 O 215/16

RID 18-03-327

juris  
VVG § 192; AVB §§ 1 II, 4 VI

Im Rahmen der **palliativen Behandlungsmethoden** bietet die **dendritische Zelltherapie** die größte Heilungswahrscheinlichkeit bezüglich einer teilweisen Remission eines medullären Schilddrüsenkarzinoms.

## f) Keine Kinderwunschbehandlung bei alleiniger Anomalie des Partners

OLG Hamm, Urteil v. 20.04.2018 - 20 U 150/17

RID 18-03-328

juris  
VVG § 1 I

Auch die **weibliche Empfängnisunfähigkeit** und die männliche Zeugungsunfähigkeit sind **Krankheiten** (BGH, Urt. v. 15.09.2010 - IV ZR 187/07 - NJW-RR 2011, 111; Urt. v. 13.09.2006 - IV

ZR 133/05 - NJW 2006, 3560), und zwar unabhängig davon, ob die Versicherten verheiratet sind (Senat, Urt. v. 11.11.2016 - 20 U 119/16 - r+s 2017, 26). Dabei reicht es für eine Leistungspflicht des Versicherers eines Partners aus, wenn bei beiden Partnern eine körperliche Störung mit Krankheitswert vorliegt; in diesem Fall sind Behandlungskosten, die ausschließlich der Erkrankung des Partners zuzurechnen sind, von dessen Versicherer zu tragen, während es hinsichtlich nicht genau zuzuordnende Behandlungsschritte die Leistungspflicht des Versicherers nicht mindert, dass durch die Behandlung zugleich die Unfruchtbarkeit des anderen Partners überwunden wird (BGH, Urt. v. 15.09.2010 - IV ZR 187/07 - NJW-RR 2011, 111; Senat, Urt. v. 11.11.2016 - 20 U 119/16 - r+s 2017, 26). Anderes gilt aber, wenn (nicht der Versicherte, sondern) **nur der Partner** die für die Kinderlosigkeit ursächlichen **Anomalien** aufweist. Steht die Unfruchtbarkeit des Ehegatten/Partners fest, genügt für die Annahme eines Versicherungsfalls hinsichtlich des Versicherten nicht die bloße Möglichkeit, dass auch bei diesem mitwirkende Ursachen vorhanden waren; dies muss vielmehr zur Überzeugung des Gerichts feststehen (OLG München, Urt. v. 23.11.2004 - 25 U 3379/04 - MedR 2005, 158). Denn der Versicherungsnehmer trägt die **Beweislast** sowohl für die Erkrankung als auch für die Notwendigkeit der Heilbehandlung.

Dass die Kinderlosigkeit neben einer krankhaften Störung der Spermien (Teratozoospermie) beim Ehemann - auch - auf einer **Erkrankung der Kl.** beruhte, steht nach der durchgeführten Beweisaufnahme nicht fest.

### 3. Beihilfe

#### a) Stationäre medizinische Behandlung in der Schweiz

VG Würzburg, Urteil v. 17.04.2018 - W 1 K 17.136, W 1 K 18.516

RID 18-03-329

juris

BhV Bayern § 45

Nach § 45 I 1 BayBhV sind **außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen** nur beihilfefähig, wenn es sich um Aufwendungen nach den §§ 8-29 sowie 31-34 handelt und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen wären (**Kostenvergleich**).

Eine mit zeitlichem Vorlauf geplante stationäre Behandlung ist keine **Notfallbehandlung**.

#### b) Ärztliche Beratung umfasst auch Ausstellen von Verordnungen

VG Würzburg, Urteil v. 06.06.2018 - W 1 K 17.680

RID 18-03-330

juris

BBG § 80; BhV Bayern § 6; Nr. 70 GOÄ

Die **Beratung** gehört zu den wichtigsten ärztlichen Leistungen überhaupt und schließt u.a. folgende **Teilleistungen** mit ein: Anhören der Beschwerden, Anamnese, Erteilung von Auskünften, Besprechung von Verhaltensmaßnahmen, Ausstellung von Verordnungen, Rezepten und Überweisungen.

#### c) Keine Kostenübernahme für Liposuktion bei einem Lipödem

OLG Hamm, Urteil v. 19.01.2018 - 11 U 41/17

RID 18-03-331

juris

BGB § 839; GG Art. 34

**Leitsatz:** Im Jahre 2015 waren die Kosten für eine **Liposuktion nicht beihilfefähig**, so dass die unzureichende medizinische Klärung des Vorliegens eines Lipödems durch die Beihilfestelle für die Ablehnung der beantragten Kostenübernahme der Liposuktion nicht ursächlich geworden ist.

#### d) Wechselstromtherapie (sog. EBS-Therapie) als nicht anerkannte Heilbehandlungsmethode

VG Minden, Urteil v. 19.04.2018 - 12 K 412/17

RID 18-03-332

juris  
BBG § 80; BBhV § 6

Auf eine **Wechselstromtherapie** (sog. **EBS-Therapie**) bei glaukomatöser Optikusatrophie besteht kein Beihilfeanspruch, da es sich um eine **wissenschaftlich nicht anerkannte Heilbehandlungsmethode** handelt.

#### e) Kosten der Rufbereitschaft einer Hebamme

VG Köln, Urteil v. 14.05.2018 - 19 K 7840/16

RID 18-03-333

juris  
BhV NRW §§ 3, 9; HebGO NRW § 1; SGB V § 134a

Für die die **Kosten der Rufbereitschaft einer Hebamme** besteht kein Beihilfeanspruch.

#### f) Beihilfe bei Sachleistungen einer gesetzlichen Krankenkasse (Brille)

VG Gießen, Urteil v. 15.05.2018 - 4 K 3419/17.GI

RID 18-03-334

juris  
BhV Hessen §§ 5 V, VI, 15 III

**Leitsatz:** 1. Zahlungen von **gesetzlichen Krankenkassen** an beihilfeberechtigte Beamte für den Erwerb einer **Brille** nach § 36 SGB V sind als **Sachleistungen** und nicht als Zuschüsse zu werten.  
2. § 5 Abs. 6 Nr. 1 Satz 2 HBeihVO schließt trotz der Qualifizierung der Zahlung der Krankenkasse als Sachleistung die **Beihilfefähigkeit von Mehrkosten** nicht aus.

#### g) Anspruch auf Wiedereinsetzung bei psychiatrischer Erkrankung

VG Würzburg, Urteil v. 29.03.2018 - W 1 K 17.1060

RID 18-03-335

juris  
BhV Bayern § 48; VerwVfG Bayern Art. 32

Anspruch auf **Wiedereinsetzung** kann bei einer **psychiatrischen Erkrankung** bestehen, wenn die Person in dem Zeitraum zwischen Entstehen der Aufwendungen und dem Beihilfeantrag krankheitsbedingt nicht in der Lage war, ihre eigenen Angelegenheiten zu besorgen und die notwendigen Beihilfeanträge zu stellen.

#### h) Zahnärztliche Behandlung

##### aa) Nr. 1010 und Nr. 1020 GOZ: Berechnungsfähigkeit „innerhalb eines Jahres“

VG Bayreuth, Urteil v. 06.02.2018 - B 5 K 17.378

RID 18-03-336

juris  
BBhV §§ 6, 18

Die **Nr. 1010 und Nr. 1020 GOZ** sind „**innerhalb eines Jahres**“ nur dreimal bzw. viermal berechnungsfähig. Für den Fristbeginn und damit für die **Berechnung dieses Jahreszeitraums** ist maßgebend auf den Zeitpunkt der Kontrolle des Übungserfolgs (Nr. 1010 GOZ) bzw. auf die erstmalige Leistung, d.h. die Applikation von fluoridhaltigen Medikamenten in Form von Lacken oder Gelen auf die Zahnoberfläche (Nr. 1020 GOZ) und nicht auf den Beginn des Kalenderjahrs abzustellen.



## bb) Kieferorthopädische Behandlung Erwachsener: Besondere Umstände

VG Karlsruhe, Urteil v. 01.03.2018 - 9 K 4201/15

RID 18-03-337

juris

BhV BW § 6 I Nr. 1; GG Art. 3

**Leitsatz:** 1. Auf der Grundlage einer verfassungskonformen und an Sinn und Zweck der Regelung orientierten Auslegung kann beim Vorliegen besonderer Umstände des **Einzelfalls** die Gewährung einer Beihilfe zu Aufwendungen für eine **kieferorthopädische Behandlung Erwachsener** auch über die in Nr. 1.2.3 Buchst. b der Anlage zur BVO geregelten Ausnahmen hinaus geboten sein (wie VGH Bad.-Württ., Urteil vom 02.05.2012 - 2 S 2904/10 - juris Ls 1).

2. Solche **besonderen Umstände** liegen desto eher vor, je erheblicher die **Folgeprobleme** sind, die mit einer ausschließlich medizinisch indizierten kieferorthopädischen Behandlung kuriert bzw. vermieden werden sollen und je weniger dem Beihilfeberechtigten vorgeworfen werden kann, eine im Jugendalter mögliche Behandlung ins Erwachsenenalter „verschleppt“ zu haben (vgl. VGH Bad.-Württ., Urteil vom 02.05.2012 - 2 S 2904/10 - juris Rn. 33 ff.).

## cc) Keine Kieferorthopädie bei Unterbrechung der Beihilfeberechtigung

VG Magdeburg, Urteil v. 26.04.2018 - 8 A 421/16

RID 18-03-338

juris

BBhV §§ 4, 15a; VwVfG § 38 III

**Leitsatz:** 1. Voraussetzung für die beihilferechtliche Erstattungsfähigkeit einer kieferorthopädischen Maßnahme ist die **durchgehende Beihilfeberechtigung** zum Zeitpunkt der einzelnen ärztlichen Leistungen.

2. Auf den **Heil- und Kostenplan** ist nicht abzustellen.

3. Der diesbezügliche Bescheid (§ 15a BBhV) enthält auch keine Zusicherung, Beihilfe ohne Beihilfeberechtigung zu gewähren (§ 38 Abs. 3 VwVfG).

## dd) Beihilfe für Material- und Laborkosten einer kieferorthopädischen Behandlung

OVG Sachsen, Beschluss v. 16.05.2018 - 2 A 234/16

RID 18-03-339

juris

BhV Sachsen § 14 I

Aus § 14 I 1 Halbsatz 2 SächsBhVO ergibt sich explizit der Ausschluss der Beihilfefähigkeit von gesondert berechenbaren **Materialien** nach den Sätzen 2 bis 4 der allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G des Gebührenverzeichnisses zur GOZ.

## ee) Sachleistungen gesetzlicher Krankenversicherungen bei Beamten

VG Gießen, Urteil v. 15.05.2018 - 4 K 5402/17.GI

RID 18-03-340

juris

BhV Hessen §§ 5 V, 17 VII

**Leitsatz:** Wählt ein freiwillig gesetzlich krankenversicherter Beamter für eine Heilbehandlung zahnärztliche **Zusatzleistungen**, so stellt eine Zahlung der Krankenversicherung an den Arzt über die Kassenzahnärztliche Vereinigung eine Sachleistung und keinen Zuschuss dar. Daraus folgt, dass dem Beamten nach § 5 Abs. 5 HBeihVO auf diese Leistung der Krankenkasse eine **Sachleistungsbeihilfe** zu gewähren ist.

## V. Verschiedenes

### 1. EuGH: Kirchliches Arbeitsrecht und Antidiskriminierung

EuGH, Urteil v. 17.04.2018 - C-414/16

RID 18-03-341

juris

Richtlinie 2000/78/EG; EUGrdRCh Art. 10, 21 u. 47; GG Art. 140

Vera Egenberger gegen Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

Vorabentscheidungsersuchen BAG, Beschl. v. 17.03.2016 - 8 AZR 501/14 (A) - BAGE 154, 285

1. Art. 4 Abs. 2 der Richtlinie 2000/78/EG des Rates vom 27. November 2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der **Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf** ist in Verbindung mit deren Art. 9 und 10 sowie mit Art. 47 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union dahin auszulegen, dass für den Fall, dass eine **Kirche** oder eine andere Organisation, deren Ethos auf religiösen Grundsätzen oder Weltanschauungen beruht, zur Begründung einer Handlung oder Entscheidung wie der Ablehnung einer Bewerbung auf eine bei ihr zu besetzende Stelle geltend macht, die Religion sei nach der Art der betreffenden Tätigkeiten oder den vorgesehenen Umständen ihrer Ausübung eine wesentliche, rechtmäßige und gerechtfertigte berufliche Anforderung angesichts des Ethos dieser Kirche oder Organisation, ein solches Vorbringen gegebenenfalls Gegenstand einer **wirksamen gerichtlichen Kontrolle** sein können muss, damit sichergestellt wird, dass die in Art. 4 Abs. 2 dieser Richtlinie genannten Kriterien im konkreten Fall erfüllt sind.

2. Art. 4 Abs. 2 der Richtlinie 2000/78 ist dahin auszulegen, dass es sich bei der dort genannten wesentlichen, rechtmäßigen und gerechtfertigten **beruflichen Anforderung** um eine Anforderung handelt, die notwendig und angesichts des Ethos der betreffenden Kirche oder Organisation aufgrund der Art der in Rede stehenden beruflichen Tätigkeit oder der Umstände ihrer Ausübung **objektiv geboten** ist und **keine sachfremden Erwägungen ohne Bezug zu diesem Ethos oder dem Recht dieser Kirche oder Organisation auf Autonomie** umfassen darf. Die Anforderung muss mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit im Einklang stehen.

3. Ein mit einem Rechtsstreit zwischen zwei Privatpersonen befasstes nationales Gericht ist, wenn es ihm nicht möglich ist, das einschlägige nationale Recht im Einklang mit Art. 4 Abs. 2 der Richtlinie 2000/78 auszulegen, verpflichtet, im Rahmen seiner Befugnisse den dem Einzelnen aus den Art. 21 und 47 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union erwachsenden **Rechtsschutz** zu **gewährleisten** und für die volle Wirksamkeit dieser Bestimmungen zu sorgen, indem es erforderlichenfalls jede entgegenstehende nationale Vorschrift unangewendet lässt.

### 2. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)

#### a) Fixierung psychisch kranker Untergebrachter: Richtervorbehalt

BVerfG, Urteil v. 24.07.2018 - 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16

RID 18-03-342

juris

GG Art. 2 II, 104; FamFG §§ 317, 327; PsychKG BW § 25; StGB § 34

**Leitsatz:** 1. a) Die **Fixierung eines Patienten** stellt einen **Eingriff** in dessen Grundrecht auf Freiheit der Person (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. Art. 104 GG) dar.

b) Sowohl bei einer 5-Punkt- als auch bei einer 7-Punkt-Fixierung von nicht nur kurzfristiger Dauer handelt es sich um eine **Freiheitsentziehung** im Sinne des Art. 104 Abs. 2 GG, die von einer **richterlichen Unterbringungsanordnung** nicht gedeckt ist. Von einer **kurzfristigen Maßnahme** ist in der Regel auszugehen, wenn sie absehbar die Dauer von ungefähr einer halben Stunde unterschreitet.

2. Aus Art. 104 Abs. 2 Satz 4 GG folgt ein Regelungsauftrag, der den Gesetzgeber verpflichtet, den **Richtervorbehalt** verfahrensrechtlich auszugestalten, um den Besonderheiten der unterschiedlichen Anwendungszusammenhänge gerecht zu werden.

3. Um den Schutz des von einer freiheitsentziehenden Fixierung Betroffenen sicherzustellen, bedarf es eines **täglichen richterlichen Bereitschaftsdienstes**, der den Zeitraum von 6:00 Uhr bis 21:00 Uhr abdeckt.

## b) Ausschluss der ambulanten Möglichkeit der Zwangsbehandlung (§ 1906a BGB)

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 07.08.2018 - 1 BvR 1575/18

RID 18-03-343

juris

BGB § 1906 I Nr. 7

Der Antrag auf **Erlass einer einstweiligen Anordnung** nach § 32 I BVerfGG, der auf die Aussetzung des Vollzugs von § 1906a BGB i.d.F.d. Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17.07.2017 (BGBl I S. 2426) gerichtet ist - insoweit als § 1906a I Nr. 7 BGB **ärztliche Zwangsmaßnahmen ausschließlich im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus zulässt** -, ist abzulehnen.

Der **Ausschluss der ambulanten Möglichkeit der Zwangsbehandlung** beruht auf **Sachgründen**, deren Tragfähigkeit nicht von vornherein von der Hand zu weisen ist (vgl. BVerfGE 142, 313 <351>). Eine Zwangsbehandlung stellt immer einen **schwerwiegenden Eingriff** in die körperliche Unversehrtheit und die freie Selbstbestimmung eines Betroffenen dar. Zum Schutz der Betroffenen darf sie daher nur erfolgen, wenn sie unter bestimmten äußeren Rahmenbedingungen stattfindet. Die Anbindung an einen stationären **Krankenhausaufenthalt** stellt diesen **Schutz** insoweit her, als hier eine gewisse Sicherheit dafür besteht, dass kein missbräuchlicher Umgang erfolgt. Ein Krankenhausaufenthalt kann zudem die im Zusammenhang mit der Zwangsbehandlung stehende, erforderliche Pflege und Begleitung für die betroffene Person gewährleisten. Durch die Anbindung der Zwangsbehandlung an einen stationären Krankenhausaufenthalt können somit jedenfalls bestimmte Gefahrenmomente im Umgang mit Zwangsbehandlungen vermieden bzw. minimiert werden. Ambulant Betreute werden zudem nicht schutzlos gelassen, denn sie können nach einer Unterbringung unter den Voraussetzungen des § 1906 I Nr. 2 BGB gleichwohl einer Zwangsbehandlung unterzogen werden (vgl. BVerfGE 142, 313 <351 f.>).

## c) Weitere Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach 20 Jahren

BVerfG, 2. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 23.05.2018 - 2 BvR 1161/16

RID 18-03-344

juris

GG Art. 2 II 2, 20 III

Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebietet darüber hinaus, die **Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus** nach § 63 StGB nur solange zu vollstrecken, wie der Zweck der Maßregel dies unabweisbar erfordert und zu seiner Erreichung den Untergebrachten weniger belastende Maßnahmen im Rahmen der Aussetzung der Vollstreckung zur Bewährung (§§ 67d II, 68a, 68b StGB) nicht genügen.

Da es sich bei der **Gesamtwürdigung** der für die Frage der Aussetzung (§ 67d II StGB) maßgeblichen Umstände um eine wertende Entscheidung unter Prognosegesichtspunkten handelt, kann das BVerfG sie nicht in allen Einzelheiten, sondern nur daraufhin **nachprüfen**, ob eine Abwägung überhaupt stattgefunden hat und ob die dabei zugrunde gelegten Bewertungsmaßstäbe der Verfassung entsprechen, insb. Inhalt und Tragweite des **Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit** nicht verkennen. Diesen verfassungsrechtlichen Maßstäben genügen die angegriffenen Beschlüsse nicht, da sie die verfassungsrechtlich gebotene **Begründungstiefe** nicht aufweisen. Es fehlt bereits an einer für die Abwägung zwischen den Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit und dem Freiheitsanspruch des Bf. hinreichenden **Konkretisierung** der vom Bf. künftig zu erwartenden rechtswidrigen **Taten**. Daneben wird in den angegriffenen Beschlüssen nicht in der verfassungsrechtlich gebotenen Weise dargelegt, dass die von dem Bf. ausgehende **Gefahr** das angesichts der Dauer der Unterbringung zunehmende Gewicht seines Freiheitsanspruchs aufzuwiegen vermag. Schließlich fehlt es auch an einer Erörterung der Frage, ob vorliegend den Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit durch den Bf. **weniger belastende Maßnahmen** hinreichend Rechnung hätte getragen werden können.

#### d) Eingeschränkte Verwertung persönlicher Aufzeichnungen im Maßregelvollzug

BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 18.04.2018 - 2 BvR 883/17

RID 18-03-345

juris  
GG Art. 1 I, 2 I

Ein in einem **psychiatrischen Krankenhaus** nach § 63 StGB untergebrachter **Patient**, der auf einem Computer eine **Textdatei** verfasst, in der er sich mit seinem bisherigen Leben und den von ihm begangenen Taten befasste und die er nach einem Papierausdruck löschte, muss es hinnehmen, wenn das Krankenhaus die auf dem Klinikrechner aufgefundenen **Dokumente sichtet** und darauf überprüft, ob sie der Verwertung zugängliche Informationen wie etwa Fluchtpläne enthalten.

Hinsichtlich der weiteren **Verwertung der Textdatei** durch Ausdruck, **Aufnahme des Textes in die Krankenakte** und **Weiterleitung an einen externen Sachverständigen** ist eine verfassungsrechtliche Rechtfertigung jedoch **sorgfältig abzuwägen**. Der Text könnte dem unantastbaren Kernbereich privater Lebensgestaltung zuzurechnen und somit der öffentlichen Gewalt schlechthin entzogen sein. Andererseits hat der Bf. der Verwertung des Textes nach einem Gespräch mit dem Gutachter zugestimmt, was dafür spricht, dass er seine Aufzeichnungen - allerdings mit dem Wissen, dass sie ohnehin bereits zur Kenntnis der Klinik und des Gutachters gelangt waren - nicht mit letzter Konsequenz dem Zugriff anderer zu entziehen gedachte. Angesichts dieser Erwägungen begegnet es jedenfalls erheblichen Bedenken, dass das OLG sich mit der Frage, ob der vom Bf. verfasste Text dem unantastbaren Kernbereich privater Lebensgestaltung zuzuordnen ist, nicht ernstlich befasst hat.

Es ist festzuhalten, dass die vorliegenden **Grundrechtseingriffe**, insb. die Aufnahme des Textes in die Krankenakte, wo sie dem Zugang des therapeutischen Personals unterliegt, und die Weitergabe eines Ausdrucks an einen externen Gutachter, ein **erhebliches Gewicht** aufweisen. Der Inhalt des Textes zeichnet sich durch eine hohe Persönlichkeitsrelevanz aus, indem er die - diagnostisch wertvolle, aber eben auch besonders schützenswerte - Innenbefassung des Bf. mit seinem Leben, seiner Erkrankung, der damit einhergehenden Krise und den Anlasstaten seiner Unterbringung enthält. Der Bf. hat diese Überlegungen bewusst der Kenntnisnahme durch Dritte entzogen, auch wenn er sie - wohl in Ermangelung von Alternativen - auf einem auch anderen Personen prinzipiell zugänglichen Rechner versteckt hielt.

Inwiefern und in welchem Maße eine Verwendung des autobiografischen Textes konkret dazu beitragen könnte, **drohende Nachteile für das Allgemeinwohl** effektiver abzuwenden, hat das OLG nicht ausgeführt. Einer solchen, auf den Einzelfall bezogenen Darlegung hinreichend gewichtiger Allgemeinwohlintressen hätte es aber bedurft, um die hohe Intensität der Beeinträchtigung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts des Bf. aufzuwiegen.

#### e) Darlegungsanforderungen an einen Klageerzwingungsantrag

BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 02.07.2018 - 2 BvR 1550/17

RID 18-03-346

juris  
GG Art. 19 IV; StGB §§ 78 III Nr. 4, 78a, 222; StPO § 172

Die **Darlegungsanforderungen an einen Klageerzwingungsantrag** (hier: wegen des Verdachts auf fahrlässige Tötung infolge eines **ärztlichen Behandlungsfehlers**) dürfen nicht überspannt werden, sondern müssen durch den Gesetzeszweck geboten sein. Der Zweck des Klageerzwingungsverfahrens darf nicht darauf verkürzt werden, den Oberlandesgerichten eine bloße Aufsicht über die Richtigkeit der staatsanwaltschaftlichen Einstellungsbescheide zu überantworten. Für die gerichtliche Kontrolle im Klageerzwingungsverfahren kommt es vielmehr darauf an, ob zum Zeitpunkt der Entscheidung aus der Sicht des Oberlandesgerichts genügender Anlass zur Erhebung der öffentlichen Klage besteht (BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 27.07.2016 - 2 BvR 2040/15 - juris Rn. 19).

Die Annahme der Verfassungsbeschwerde ist jedoch nicht zur Durchsetzung des Grundrechts aus Art. 19 IV GG angezeigt, wenn eine evtl. fahrlässige Tötung unter Zugrundelegung der im Antrag enthaltenen Darstellung des Gangs des Ermittlungsverfahrens **verjährt** wäre.

### 3. Bundesgerichtshof (BGH)

#### a) Nachweis der Nichtursächlichkeit bei grob fahrlässiger Verletzung von Überwachungspflichten

**BGH, Urteil v. 23.11.2017 - III ZR 60/16**

**RID 18-03-347**

juris = NJW 2018, 301 = MDR 2018, 88 = RuS 2018, 100 = JZ 2018, 412 = VersR 2018, 614 = MedR 2018, 481

**BGB §§ 823 I, 839 I 1; GG Art. 34**

**Leitsatz:** 1. Die zur **Badeaufsicht** in einem Schwimmbad eingesetzten Personen sind verpflichtet, den Badebetrieb und damit auch das Geschehen im Wasser zu beobachten und mit regelmäßigen Kontrollblicken darauf zu überprüfen, ob Gefahrensituationen für die Badegäste auftreten. Dabei ist der Standort so zu wählen, dass der gesamte Schwimm- und Sprungbereich überwacht und auch in das Wasser hineingeblickt werden kann (Anschluss an BGH, Urteile vom 2. Oktober 1979, VI ZR 106/78, NJW 1980, 392, 393 und vom 21. März 2000, VI ZR 158/99, NJW 2000, 1946 f). In Notfällen ist für rasche und wirksame Hilfeleistung zu sorgen.

2. Wer eine **besondere Berufs- oder Organisationspflicht**, andere vor Gefahren für Leben und Gesundheit zu bewahren, **grob vernachlässigt** hat, muss die **Nichtursächlichkeit** festgestellter Fehler **beweisen**, die allgemein als geeignet anzusehen sind, einen Schaden nach Art des eingetretenen herbeizuführen. Dies gilt auch im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Verpflichtung zur Überwachung eines Schwimmbadbetriebs (Bestätigung von BGH, Urteil vom 13. März 1962, VI ZR 142/61, NJW 1962, 959, 960 und Fortführung von Senat, Urteil vom 11. Mai 2017, III ZR 92/16, NJW 2017, 2108 Rn. 22 ff, vorgesehen für BGHZ sowie BGH, Urteil vom 10. November 1970, VI ZR 83/69, NJW 1971, 241, 243).

#### b) Erneute Feststellungsklage nach rechtskräftiger Verpflichtung zum Ersatz künftiger Schäden

**BGH, Urteil v. 22.02.2018 - VII ZR 253/16**

**RID 18-03-348**

juris = GesR 2018, 300

**ZPO §§ 256 I, 322 I; BGB § 197 I Nr. 3**

**Leitsatz:** Ist die **Verpflichtung** zum Ersatz **künftig eintretender Schäden** rechtskräftig festgestellt, so steht die Sperrwirkung der materiellen Rechtskraft (ne bis in idem) der Zulässigkeit einer **erneuten Feststellungsklage** in unverjährter Zeit mit gleichem Streitgegenstand nicht entgegen, wenn Schäden noch nach Ablauf der 30-jährigen Verjährungsfrist eintreten können.

#### c) Feststellung einer Selbstgefährdung bei länger andauernder Unterbringung

**BGH, Beschluss v. 14.03.2018 - XII ZB 629/17**

**RID 18-03-349**

juris = NJW 2018, 1548 = MDR 2018, 674 = GesR 2018, 402 = FamRZ 2018, 950 = FGPrax 2018, 125

**BGB § 1906 I Nr. 1; FamFG § 329 II**

**Leitsatz:** 1. Der **Gefährdungsbegriff** des § 1906 Abs. 1 Nr. 1 BGB bleibt auch bei einer bereits länger andauernden Unterbringung unverändert, so dass die (**weitere**) **zivilrechtliche Unterbringung** eine - nach wie vor bestehende - ernstliche und konkrete Gefahr für Leib oder Leben des Betroffenen voraussetzt.

2. **Besonderheiten** können sich bei einer bereits mehrere Jahre währenden Unterbringung allerdings mit Blick auf die Feststellung der von § 1906 Abs. 1 Nr. 1 BGB vorausgesetzten Gefährdung von Leib oder Leben des Betroffenen und die hierfür gebotene Begründungstiefe der gerichtlichen Entscheidung sowie für die Frage der Verhältnismäßigkeit der Freiheitsentziehung ergeben.

#### d) Formulärmäßige Bestimmung über Verpflichtung der Heimbewohner zur Sicherheitsleistung

**BGH, Urteil v. 05.04.2018 - III ZR 36/17**

**RID 18-03-350**

juris = NJW 2018, 1808 = MDR 2018, 654 = RDG 2018, 193

**SGB XI §§ 85, 91 I; SGB XII § 61; BGB § 307; Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz**

**Leitsatz:** Vorformulierte Bestimmungen in einem **Wohn- und Betreuungsvertrag** über vollstationäre Pflege zwischen einem Versicherten der Pflegeversicherung (Verbraucher) und einer zugelassenen Pflegeeinrichtung ohne Pflegesatzvereinbarung (§§ 85, 91 Abs. 1 SGB XI), die eine Verpflichtung des Heimbewohners zur **Sicherheitsleistung** vorsehen, sind mit § 14 Abs. 4 Satz 1 WBVG vereinbar. Dies gilt auch gegenüber Verbrauchern, die berechtigt sind, Hilfe in Einrichtungen nach dem SGB XII in Anspruch zu nehmen.

#### e) Zustellung an Betroffenen in psychiatrischem Krankenhaus

**BGH, Beschluss v. 11.07.2018 - XII ZB 138/18**

**RID 18-03-351**

juris

**ZPO §§ 178 I Nr. 2 u. 3, 182**

**Leitsatz:** 1. Die **Beurkundung des Zustellungsvorgangs** nach § 182 ZPO dient nur dem Nachweis der Zustellung und ist nicht konstitutiver Bestandteil der Zustellung (im Anschluss an BGH, Versäumnisurteil vom 19. Juli 2007, I ZR 136/05, NJW-RR 2008, 218).

2. Die **Beweiskraft der Postzustellungsurkunde** erfasst zwar nicht den Umstand, ob die zur Entgegennahme bereite Empfangsperson im Sinne von § 178 Abs. 1 Nr. 3 ZPO bevollmächtigt ist. War jedoch ein **Klinikmitarbeiter** ausweislich der Urkunde bereit, ein Schriftstück zum Zwecke der Zustellung entgegenzunehmen, hat dies aber eine **starke Indizwirkung** für das Bestehen einer solchen Vollmacht. Diese muss der **Zustellungsadressat**, der die Zustellung nicht gegen sich wirken lassen will, durch eine plausible und schlüssige Darstellung von abweichenden Tatsachen **erschüttern** (Fortführung von BGH, Beschlüsse vom 6. Mai 2004, IX ZB 43/03, NJW 2004, 2386 und vom 17. Februar 1992, AnwZ (B) 53/91, NJW 1992, 1963).

#### f) Zumutbare Vorkehrungen eines Einzelanwalts für einen Verhinderungsfall

**BGH, Beschluss v. 10.04.2018 - VI ZB 44/16**

**RID 18-03-352**

juris

**ZPO §§ 233, 234 I, 236 II**

**Leitsatz:** Ein **Rechtsanwalt** muss allgemeine Vorkehrungen dafür treffen, dass das zur **Wahrung von Fristen** Erforderliche auch dann unternommen wird, wenn er unvorhergesehen ausfällt. Ist er als **Einzelanwalt** ohne eigenes Personal tätig, muss er ihm zumutbare Vorkehrungen für einen Verhinderungsfall, z.B. durch Absprache mit einem vertretungsbereiten Kollegen treffen (Anschluss an Senatsbeschluss vom 6. März 1990, VI ZB 4/90, VersR 1990, 1026).

#### 4. BFH: Anforderungen an Wiedereinsetzungsantrag wegen Krankheit bzw. Handlungsunfähigkeit

**BFH, Beschluss v. 09.04.2018 - X R 9/18**

**RID 18-03-353**

juris = BFH/NV 2018, 828

**FGO §§ 56 I, 120 I 1**

**Leitsatz:** 1. NV: Eine **Erkrankung** ist nur dann ein **Wiedereinsetzungsgrund**, wenn sie plötzlich aufgetreten ist, mit ihr nicht gerechnet werden musste und sie so schwerwiegend war, dass weder die Wahrung der laufenden Fristen noch die Bestellung eines Dritten, der sich um die Fristwahrung kümmern konnte, möglich war.

2. NV: Wer **geschäftsmäßig fremde Rechtsangelegenheiten besorgt**, muss überdies grundsätzlich dafür **Vorkehrungen** treffen, dass auch bei einer nicht vorhergesehenen Erkrankung Fristen in den

Verfahren gewahrt werden, deren Betreuung er im Rahmen des betreffenden Geschäftsbetriebes übernommen hat. Dies gilt auch für einen Einzelanwalt.

3. NV: Die organisatorischen Pflichten zur Vorsorge für den Fall einer Erkrankung verdichten sich, wenn ein berufsmäßiger Vertreter wegen einer bereits **bestehenden chronischen Erkrankung** mit plötzlich auftretenden weiteren Krankheitsschüben rechnen muss.

4. NV: Für den Vortrag, die Revisionseinlegung durch einen Rechtsanwalt und Steuerberater sei wegen **Handlungsunfähigkeit** unwirksam, reicht eine **pauschale Behauptung** auch dann nicht aus, wenn sie in einer ärztlichen Bescheinigung enthalten ist, sofern sie zu anderen Teilen der Bescheinigung in Widerspruch steht und die schriftlichen Erklärungen, die der Prozessbevollmächtigte im Laufe des Verfahrens eingereicht hat, in keiner Weise einen Anhaltspunkt für bestehende Handlungsunfähigkeit erkennen lassen.

## 5. Krankenhäuser

### a) BSG: Nothelfer/Erstattung nur bis zur (möglichen) Unterrichtung des Sozialhilfeträgers

BSG, Beschluss v. 01.03.2018 - B 8 SO 63/17 B

RID 18-03-354

juris  
SGB XII § 25 I

Der Senat hat für die Fälle einer vom **Nothelfer** durchgeführten **Krankenhausbehandlung** in einem zugelassenen Krankenhaus entschieden, dass dem Krankenhausträger als Nothelfer als erstattungsfähige Aufwendungen „in gebotem Umfang“ nur ein tagesbezogener Anteil an der Fallpauschale zusteht, wenn ein **Eilfall** während dieser Behandlung endet (BSG, Urte. v. 18.11.2014 - B 8 SO 9/13 R - BSGE 117, 261 = SozR 4-3500 § 25 Nr. 5).

Schon am Tag der Aufnahme eines Hilfebedürftigen in einem Krankenhaus fehlt es am sozialhilferechtlichen Moment eines Eilfalls i.S. des § 25 S. 1 SGB XII, wenn Zeit zur **Unterrichtung des zuständigen Sozialhilfeträgers** verbleibt, um zunächst dessen Entschließung über eine Gewährung der erforderlichen Hilfe abzuwarten bzw. um die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe zu schaffen. Besteht aber ein Anspruch des Leistungsberechtigten, sieht der Gesetzgeber auch dann keinen Raum für eine Erstattung von Aufwendungen des Nothelfers auf Grundlage des § 25 SGB XII, wenn dieser die entstandenen Kosten letztlich deshalb nicht erhält, weil der Leistungsberechtigte die Leistung tatsächlich nicht in Anspruch nimmt (vgl. BSG, Urte. v. 30.10.2013 - B 7 AY 2/12 R - BSGE 114, 292 = SozR 4-3500 § 25 Nr. 3 Rn. 19). Ein (weitergehender) Anspruch als Nothelfer (neben Ansprüchen des Leistungsberechtigten) entsteht auch in diesen Fällen nicht allein dadurch, dass der Nothelfer seinerseits ohne Verletzung von Obliegenheiten gehandelt hat.

### b) BGH: Hörfunksendungen in Patientenzimmern eines Krankenhauses

BGH, Urteil v. 11.01.2018 - I ZR 85/17

RID 18-03-355

juris  
BGB § 313; UrhG §§ 15, 20, 20b, 78, 87

**Leitsatz:** Krankenhausradio

1. Das Recht zur **Kündigung eines urheberrechtlichen Lizenzvertrags** wegen Störung der Geschäftsgrundlage gemäß § 313 BGB infolge der Änderung einer gefestigten höchstrichterlichen Rechtsprechung setzt voraus, dass diese Rechtsprechung nach der gemeinschaftlichen Vorstellung der Parteien auf den konkret in Rede stehenden Sachverhalt anwendbar ist.

2. Die Rechtsprechung zur Frage der öffentlichen Wiedergabe von Hörfunksendungen in Wartezimmern von Arztpraxen ist nicht auf die Frage der öffentlichen Wiedergabe von **Hörfunksendungen in Patientenzimmern eines Krankenhauses** anwendbar (Fortführung von BGH, Urteil vom 18. Juni 2015, I ZR 14/14, GRUR 2016, 278 = WRP 2016, 218 - Hintergrundmusik in Zahnarztpraxen).

3. Der Betreiber eines Krankenhauses, der Patientenzimmer mit Radiogeräten ausstattet, mit denen Patienten ausgestrahlte Radiosendungen über eine krankenhauseigene Kabelanlage empfangen können, gibt die Radiosendungen im Sinne von § 15 Abs. 3 UrhG öffentlich wieder und verletzt daher

die **Rechte von Urhebern**, ausübenden Künstlern und Sendeunternehmen zur öffentlichen Wiedergabe ihrer Werke oder Leistungen.

### c) Verpflichtung zur Teilnahme an Kostenerhebung über InEK GmbH

VG Köln, Urteil v. 03.07.2018 - 7 K 5224/17

RID 18-03-356

juris

KHG § 17b; VwGO § 78 I Nr. 1

Die **Verpflichtung** eines Krankenhausträgers über das **Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus** in der Rechtsform einer GmbH, das Aufgaben in Zusammenhang mit der gesetzlich vorgeschriebenen Einführung und Weiterentwicklung des DRG-Systems im Krankenhauswesen nach § 17b wahrnimmt und dessen Gesellschafter der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland (GKV-Spitzenverband) sowie der Verband der Privaten Krankenversicherungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sind, mit seinem Krankenhaus für die kommenden fünf Jahre an der **Kostenerhebung teilzunehmen**, ist ein **Verwaltungsakt**.

Der besondere Nichtigkeitsgrund des § 44 Abs. 2 Nr. 1 VwVfG ist nicht gegeben. Hiernach ist ein schriftlicher Verwaltungsakt dann nichtig, wenn er die erlassende Behörde nicht erkennen lässt. Dies ist nicht der Fall. Denn **Erlassbehörde** ist im Gegensatz zu der auf den ersten Blick erscheinenden Aufmachung des Schreibens nicht das beklagte **Institut**, sondern die **Spitzenverbände**. Es bestehen damit auch keine Anhaltspunkte für die mit der Nichtigkeitsfeststellungsklage mittelbar geltend gemachte angemäße Kompetenz des beklagten Instituts. Wer nämlich einen Verwaltungsakt erlassen hat, beurteilt sich ebenso wie die bereits angesprochene Frage, ob überhaupt ein Verwaltungsakt vorliegt, aus Empfängersicht. Die Kammer folgt der Auffassung des beklagten Instituts, dass dieses gerade nicht mit der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben beliehen ist. Es fehlt an einem gesetzlichen oder sonstigen Beleihungsakt.

Eine **Anfechtungsklage** gegen das Institut ist unzulässig, da das streitgegenständliche Schreiben den Spitzenverbänden zuzurechnen ist.

Ein **Antrag auf Feststellung der fehlenden Teilnahmeverpflichtung** ist unzulässig, denn die Feststellung kann nach § 43 II 1 VwGO nicht begehrt werden, soweit der Kl. seine Rechte durch Gestaltungs- oder Leistungsklage verfolgen kann oder hätte verfolgen können (Subsidiarität der Feststellungsklage).

### d) Krankenhausplanung

#### aa) BVerwG: Unzureichende Bedarfsanalyse und Bescheidungsurteil

BVerwG, Urteil v. 26.04.2018 - 3 C 11.16

RID 18-03-357

juris

KHG §§ 1 I, 6 I, 8 II 1

**Leitsatz:** Erweist sich die **Bedarfsanalyse** für eine im Krankenhausplan auszuweisende Fachrichtung als nicht tragfähig, weil ihr kein geeignetes Berechnungsmodell zugrunde liegt, ist es gerechtfertigt, dass das Verwaltungsgericht von der Spruchreifmachung absieht und die Planungsbehörde nach § 113 Abs. 5 Satz 2 VwGO nur zur **Neuentscheidung** über die Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan verpflichtet.

#### bb) BVerwG: Sicherstellung der ärztlichen Personalausstattung durch Kooperationspartner

BVerwG, Beschluss v. 23.07.2018 - 3 B 27.17

RID 18-03-358

juris

KHG §§ 1 I, 8 I 3, II

Die Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. gegen **OVG Thüringen**, Urt. v. 25.11.2016 - 3 KO 578/13 - hat Erfolg.

Das Revisionsverfahren wird dem BVerwG voraussichtlich Gelegenheit zur Klärung der Frage geben, ob einem **Krankenhaus** die erforderliche **Leistungsfähigkeit** für die Aufnahme in den Krankenhausplan (§ 1 Abs. 1, § 8 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 KHG) in personeller Hinsicht fehlt, wenn



es zur **Sicherstellung seiner ärztlichen Personalausstattung** eine **Kooperation** mit einem anderen Krankenhaus eingeht und die Erbringung der ärztlichen Behandlungsleistungen ausschließlich oder überwiegend durch ärztliches Personal des Kooperationspartners erfolgt.

### cc) Betten einer Hochschulklinik und allgemeine Krankenversorgung

VG Greifswald, Urteil v. 22.03.2018 - 3 A 1307/16 HGW

RID 18-03-359

juris

LKHG MV §§ 3, 9; SGB V §§ 108, 109; KHG §§ 5, 6, 18 V; KHEntgG § 8 I 4 Nr. 2

**Leitsatz:** 1. Dienen Betten einer **Hochschulklinik** der **allgemeinen Krankenversorgung**, sind diese mit in die allgemeine **Krankenhausplanung** durch Feststellungsbescheid gemäß § 9 Abs. 2 Satz 1 LKHG M-V i.V.m. §§ 6 Abs. 4, Abs. 1 KHG einzubeziehen.

2. Es spricht überwiegendes dafür, dass die **Aufnahme von Betten** in den Krankenhausplan, die neben der Versorgung der Bevölkerung auch zur ordnungsgemäßen Erfüllung der den Hochschulkliniken obliegenden Aufgaben in den Bereichen Forschung und Lehre notwendig sind, ebenfalls einen **Feststellungsbescheid** nach § 9 Abs. 2 Satz 1 LKHG M-V erfordert. Da ein solcher hier vorliegt, bedarf es keiner abschließenden Klärung der Frage.

### e) Kündigung eines Versorgungsvertrags eines Plankrankenhauses

VG Freiburg, Urteil v. 15.03.2018 - 8 K 2876/15

RID 18-03-360

juris

SGB V §§ 108, 109, 110

**Leitsatz:** 1. Die **Kündigung des Versorgungsvertrags** eines Plankrankenhauses (§ 108 Nr. 2 SGB V i.V.m. § 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V) gemäß § 110 Abs. 1 Satz 1 SGB V durch Verwaltungsakt ist zulässig.

2. Die **Jahresfrist** einer (wirksamen) Kündigung des Versorgungsvertrags nach § 110 Abs. 1 Satz 1 SGB V beginnt unabhängig vom Zeitpunkt des Eintritts der Genehmigung(sfiktion) nach § 110 Abs. 2 SGB V mit deren Zugang zu laufen.

3. Der **Status als zugelassenes Plankrankenhaus** (§ 108 Nr. 2 SGB V) wird durch die wirksame Kündigung des Versorgungsvertrags nach § 110 Abs. 1 Satz 1 SGB V nicht entzogen. Der nach § 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V kraft Gesetzes bestehende Versorgungsvertrag gilt bis zur **Aufhebung des Aufnahmebescheids** faktisch weiter. § 110 Abs. 2 Satz 6 SGB V in der ab dem 01.01.2016 geltenden Fassung enthält eine Neuregelung und nicht nur eine Klarstellung.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen tragen die **Darlegungs- und Beweislast** für das Vorliegen von nicht nur vorübergehend bestehenden Kündigungsgründen nach § 110 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 109 Abs. 3 Satz 1 SGB V.

### f) Krankenhausförderung

#### aa) Festsetzung einer pauschalierten fallbezogenen Förderung von Krankenhäusern

OVG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 15.02.2018 - 7 A 11323/17

RID 18-03-361

juris

KHG §§ 9 III, 11

**Leitsatz:** 1. **Rechtsgrundlage** für die Festsetzung der **pauschalierten fallbezogenen Förderung der Krankenhäuser** sind §§ 11, 13 LKG i.V.m. § 3 KHJPauschV.

2. Zur Frage auf welche gemeldeten **Fallzahlen** des der Gewährung der Jahrespauschale vorausgehenden Kalenderjahres bei der Festsetzung des Fallwertes für ein Kalenderjahr abzustellen ist und welche bei der Festsetzung der Höhe des Fallbetrages der pauschalierten Förderung zugrunde zu legen sind (hier: Meldung korrigierter Fallzahlen nach dem maßgeblichen Stichtag).

## bb) Genehmigung eines Schiedsspruchs über Festsetzung des Mehrleistungsabschlags

VG Karlsruhe, Urteil v. 04.07.2018 - 2 K 7195/16

RID 18-03-362

juris

KHG § 18a; KHEntG §§ 4 IIa 3, 11 I 1, 13 I 1, 14 I 1

**Leitsatz:** 1. Das Absehen von dem **Mehrleistungsabschlag** wegen **zusätzlicher Kapazitäten** aufgrund der Krankenhausplanung bedarf wegen des Charakters als Ausnahmevorschrift eines **Auslegungskorrektivs**. Hierbei ist - als sachlicher Zurechnungszusammenhang - auf den Vergleich des Auslastungsgrades vor und nach der Kapazitätserweiterung abzustellen. Ferner ist mit Blick auf den Jahresvergleich zwischen dem laufenden und dem folgenden Kalenderjahr für das Bestehen einer Mehrleistung - als zeitliche Komponente - der Zeitraum eines Jahres zu berücksichtigen.

2. Der Ausnahmetatbestand der **besonderen Qualitätsvereinbarung** ist **nicht schiedsfähig**. Im Übrigen setzt er eine gesonderte Vereinbarung zwischen dem betroffenen Krankenhaus und den Kostenträgern voraus.

## g) Kosten der infektionshygienischen Überwachung eines Krankenhauses

OVG Niedersachsen, Urteil v. 03.05.2018 - 13 LB 80/16

RID 18-03-363

juris

IfSG §§ 1, 23 VI, 36

**Leitsatz:** 1. Für Amtshandlungen im Rahmen der **infektionshygienischen Überwachung eines Krankenhauses** kann von dem Träger des Krankenhauses dem Grunde nach eine **Gebühr** erhoben werden. Der Träger des Krankenhauses gibt schon mit dem Betrieb des Krankenhauses einen hinreichenden Anlass im Sinne der §§ 3 Abs. 1, 1 Abs. 1 Satz 1, 5 Abs. 1 NVwKostG für dessen infektionshygienische Überwachung.

2. **Amtshandlung** im Sinne des Niedersächsischen Verwaltungskostengesetzes ist jede in einem konkreten Einzelfall, in Ausübung hoheitlicher Befugnisse und mit Außenwirkung vorgenommene Verwaltungstätigkeit unabhängig davon, ob ihr ein Regelungsgehalt zukommt und sie deshalb als Verwaltungsakt zu qualifizieren ist oder ob es sich um schlichten Realakt handelt.

3. **Nr. 49.1.12 Kostentarif AllGO** genügt den Anforderungen des im Rechtsstaatsprinzip der Art. 20 Abs. 2 GG, Art. 1 Abs. 2 NV wurzelnden und in § 3 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 NVwKostG konkretisierten **Bestimmtheitsgebots** nicht.

## h) Erlösbudgets durch Schiedsspruch: Beibringungsgrundsatz/Behandlungsmethode

OVG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 15.02.2018 - 7 A 11357/17

RID 18-03-364

juris

KHEntG §§ 11, 13

**Leitsatz:** 1. Die Vertragsparteien können nicht durch die Wahl des Zeitpunktes der Aufnahme der Verhandlungen über die rechtlichen Grenzen disponieren, denen sie selbst und die Schiedsstelle bei der Vereinbarung bzw. der Festsetzung des **Erlösbudgets** unterliegen. Maßgeblich für die Entscheidung der Schiedsstelle bleibt der Zeitpunkt ihrer Entscheidung.

2. Die **Schiedsstelle** unterliegt bei einer retrospektiven Entscheidung keinen weitergehenden rechtlichen Bindungen als bei prospektiver Ermittlung der Entgelte (so auch BVerwG, Urteil vom 4. Mai 2017 - 3 C 17.15 - RID 18-03-365 = Buchholz 451.74 § 17b KHG Nr. 2, juris Rn. 34).

3. Aus Zeitgründen darf und muss sich die Schiedsstelle darauf beschränken, dasjenige zu würdigen, was ihr die **Beteiligten unterbreiten**.

4. Die Schiedsstelle darf sich auf das nach ihrer Überzeugung glaubhafte Vorbringen eines Beteiligten stützen, ohne weitere Unterlagen anzufordern oder Ermittlungen anzustellen, denn sie unterliegt nicht dem Amtsermittlungsgrundsatz, sondern im Schiedsstellenverfahren gilt der **Beibringungsgrundsatz**.

5. Zur Frage der **Abrechnungsfähigkeit einer Behandlungsmethode** (hier: minimalinvasive Wirbelsäulen kathetertechnik nach Racz).

### i) Aufwendungsersatz für einen von der Polizei zur Krankenbehandlung Eingelieferten

LSG Hamburg, Urteil v. 16.03.2018 - L 4 SO 28/17

RID 18-03-365

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 8 SO 28/18 B*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB XII §§ 25, 48

Ein **Krankenhaus** kann vom Sozialhilfeträger die **Erstattung seiner Aufwendungen** für einen von der **Polizei** zur Krankenbehandlung **Eingelieferten** verlangen. Das ergibt sich schon daraus, dass sie im Auftrag der Polizei tätig geworden ist, in deren Gewahrsam die Person stand, und welche seine Einlieferung in das Krankenhaus und die Behandlung veranlasst, ja sogar das Geschehen dort überwacht hat. Ein etwaiger Nothelferanspruch nach § 25 SGB XII mag dadurch zwar bereits vor Einlieferung des Patienten in das Krankenhaus durch einen originären sozialhilferechtlichen Leistungsanspruch des Eingelieferten nach § 48 SGB XII verdrängt worden sein, indem nämlich die Polizeibeamten der hier bekl. Sozialhilfeträgerin schon zuvor Kenntnis von einem möglichen sozialhilferechtlichen Leistungsfall hatten. Indes ergibt sich der Anspruch des Krankenhauses aus einer entsprechenden Anwendung von § 670 BGB, wonach der Beauftragte vom Auftraggeber Aufwendungen, die er den Umständen nach für erforderlich halten darf, erstattet verlangen kann.

### j) Behandlungskosten vor Aufnahme in Haftanstalt

VG Potsdam, Urteil v. 15.05.2018 - 1 K 1606/16

RID 18-03-366

juris

SGB V § 16 I 1; StPO § 230 I; JVollzG Brandenburg §§ 74 ff.

Wird ein zum Haftantritt Festgenommener **vor Aufnahme in der Haftanstalt** in ein **Krankenhaus** eingewiesen und von seiner **Krankenkasse abgemeldet**, so hat das Krankenhaus einen **Aufwendungsersatzanspruch** aus einer öffentlich-rechtlichen Geschäftsführung ohne Auftrag gegen das Land. Die Verantwortlichkeit des Landes ergibt sich aus § 74 I i.V.m. § 1 II des Brandenburgischen Justizvollzugsgesetzes.

### k) Verzinsung des Anspruchs eines Krankenhauses gegen Unfallversicherungsträger

BSG, Urteil v. 27.06.2017 - B 2 U 13/15 R

RID 18-03-367

BSGE 123, 238 = SozR 4-7610 § 677 Nr. 1

SGB I §§ 11, 38, 44; SGB X § 61 S. 2; BGB §§ 241, 256, 288 I, 677, 683

**Leitsatz:** Die **Verzinsung** des Anspruchs eines Krankenhauses gegen den **Unfallversicherungsträger** auf Bezahlung von Behandlungskosten eines Versicherten aus öffentlich-rechtlicher Geschäftsführung ohne Auftrag bestimmt sich nach den Vorschriften des BGB.

### l) Windenergieanlagen in der Nähe eines Krankenhauses

OVG Saarland, Beschluss v. 03.11.2017 - 2 B 584/17

RID 18-03-368

juris = GesR 2018, 298 = REE 2017, 198 = BauR 2018, 497

BImSchG § 5 I Nr. 1; GG Art. 14

**Leitsatz:** 1. Bezüglich des **Betreibers einer Klinik** für Neurologie und Psychosomatische Medizin und des Eigentümers der betreffenden Grundstücke ist die im Rahmen der Antragsbefugnis ausreichende Möglichkeit der **Verletzung eigener Rechte** infolge der Errichtung und des **Betriebs dreier Windenergieanlagen** in der Nähe des Krankenhauses nicht von der Hand zu weisen.  
2. Der **Sofortvollzug** ist mit dem Hinweis auf das Individualinteresse des Betreibers an der baldigen Umsetzung der geplanten Maßnahmen und dem öffentlichen Interesse an der Realisierung des Ausbaus der erneuerbaren Energien ausreichend begründet worden.  
3. Jedenfalls im Eilverfahren ist davon auszugehen, dass die **Schallprognose** „auf der sicheren Seite“ liegt, wenn sie nach der TA Lärm i.V.m. der DIN ISO 9613-2 erstellt worden ist.  
4. Beim **Angrenzen eines Krankenhauses** an den Außenbereich, in dem Windenergieanlagen privilegiert zulässig sind, kann die Einhaltung der in der Nr. 6.1 g) TA Lärm vorgesehenen **Immissionsrichtwerte** nicht ausnahmslos verlangt werden.

5. Bei einer Entfernung von über 1.000 Metern zwischen Windenergieanlage und Krankenhaus liegt keine erhebliche Belästigung durch **Infraschall** vor.

## 6. Krankenkassen

### a) Anspruch auf Herausgabe einer Pflegedokumentation/Kopiekosten

AG Kempten, Urteil v. 25.10.2017 - 1 C 760/17

RID 18-03-369

juris

BGB §§ 411, 811 II; SGB X § 116

Eine **gesetzliche Krankenkasse** hat einen Anspruch gegen das **Pflegeunternehmen**, die **Pflegedokumentation** bzgl. ihrer Versicherten nebst Pflegeplanung und Sturzprotokoll in Kopie zur Verfügung zu stellen (§ 630g BGB), wenn sie schriftlich unter Zusage der Übernahme der angemessenen Kosten für die Fertigung und Versendung der Unterlagen in angemessenem Rahmen sowie unter Beigabe einer durch den bevollmächtigten Ehemann der ehemaligen Patientin unterzeichneten Schweigepflichtentbindung die Herausgabe der Unterlagen erbeten hat.

Von der grundsätzlichen Orientierung an den **Kostenauflistungen**, wie sie im RVG (hier Nr. 7000 VV RVG) und auch § 7 JVEG zu finden sind, ist vorliegend nicht abzuweichen. Demnach sind die Kosten für die Fertigung von Kopien zwischen 0,15 und 1,00 € festzusetzen. Eine direkte Anwendung der Vorschriften scheidet aus, allerdings können diese als Maßstab für die grundsätzliche Festlegung der Kostenbemessung herangezogen werden.

### b) Sechsmonatsfrist für Gläubiger nach Schließung einer Betriebskrankenkasse

KG Berlin, Urteil v. 26.04.2018 - 2 U 163/14

RID 18-03-370

juris

SGB V § 155; BGB § 390

**Leitsatz:** 1. Das in § 155 Abs. 2 Satz 2 SGB V für den Fall der Auflösung oder Schließung einer Betriebskrankenkasse geregelte Leistungsverweigerungsrecht stellt eine Einrede im Sinne des § 390 BGB dar. **Gläubiger der Betriebskrankenkasse** können daher Forderungen, die sie nicht innerhalb der Sechsmonatsfrist angemeldet haben, gegen Forderungen der Kasse nicht mehr wirksam aufrechnen.

2. Die **Sechsmonatsfrist** beginnt auch im Verhältnis zu bekannten Gläubigern mit der öffentlichen Bekanntmachung der Schließung, nicht erst mit Zugang der nach § 155 Abs. 2 Satz 3 SGB V vorgeschriebenen individuellen Aufforderung zur Forderungsanmeldung. Dies gilt auch dann, wenn die Betriebskrankenkasse und der Gläubiger vor der Schließung vertraglich ein Aufrechnungsrecht des Gläubigers vereinbart haben.

**LG Berlin**, Urt. v. 11.11.2014 - 36 O 218/13 - RID 15-01-277 verurteilte auf Klage der Krankenkasse die Bekl., ein von verschiedenen Betriebskrankenkassen gegründetes Dienstleistungsunternehmen in der Rechtsform einer AG, dessen Aktionäre gesetzliche Krankenkassen sind, an die Kl. 16.413,40 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab. Das **KG** verurteilte auf Berufung der Kl. die Bekl., an die Kl. 36.518,07 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab.

### c) Presseprivileg einer Krankenkasse: Beilage in ihrer Mitgliederzeitschrift

OLG München, Urteil v. 12.04.2018 - 6 U 1679/17

RID 18-03-371

juris

UWG §§ 3a, 8; HeilMWBG 3, 7; GG Art. 5 I 2

Eine **Krankenkasse** ist nicht für einen Flyer einer **Versandhandelsapotheke** mit einer **Gutschein-Werbung** als Beilage in ihrer **Mitgliederzeitschrift** verantwortlich, der im Jahr 2014 ihrer Mitgliederzeitschrift beilag. Sie kann sich auf ihr **Presseprivileg** berufen, so dass sie im Hinblick auf einen etwaigen Wettbewerbsverstoß nicht passivlegitimiert ist.

## 7. Rettungsdienst

### a) Kein vorbeugender Rechtsschutz gegen weitere Beauftragungen

VG Gelsenkirchen, Beschluss v. 14.05.2018 - 7 L 824/18

RID 18-03-372

<sup>juris</sup>  
RettG NRW §§ 13, 17, 19 IV; VwGO § 123; GG Art. 12, 19 III

**Leitsatz:** Die Verwaltungsgerichtsordnung eröffnet, von seltenen Ausnahmefällen abgesehen, keinen Weg, der Behörde durch **vorbeugenden Rechtsschutz** den Erlass eines belastenden Verwaltungsakts oder ein reales Verwaltungshandeln zu untersagen.

Eine über Randbereiche hinausgehende Verletzung der auch inländischen juristischen Personen des Privatrechts zustehenden **Berufsfreiheit** gemäß Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 19 Abs. 3 des Grundgesetzes (GG) ist - ungeachtet einer Genehmigungsfähigkeit nach § 17 RettG NRW - nicht erkennbar, wenn es ihr unbenommen bleibt, sich an einem Verfahren nach § 13 RettG NRW zu beteiligen.

### b) Kein Anspruch auf Herausgabe einer Entgeltvereinbarung über Leistungen im Rettungsdienst

VG Hannover, Urteil v. 07.06.2018 - 10 A 7500/17

RID 18-03-373

<sup>juris</sup>  
IFG § 3 Nr. 6 Alt. 2; SGB V § 133 II 5

**Leitsatz:** Einem Anspruch nach dem IFG des Bundes gegen eine **Krankenkasse** auf Herausgabe einer **Vereinbarung** zwischen der Kasse und einem Träger des öffentlichen Rettungsdienstes über **Entgelte** für Leistungen im öffentlichen Rettungsdienst steht der Versagungsgrund des § 3 Nr. 6 2. Alt. IFG entgegen, weil das Bekanntwerden der vereinbarten Entgelte wirtschaftliche Interessen der Sozialversicherung (insbesondere: Verhandlungsposition der Kassen bei Vereinbarungen nach § 133 Abs. 2 SGB V) beeinträchtigt.

### c) Leistungsbeziehung zu privaten Selbstzahlern und bei ungeklärtem Versicherungsverhältnis

VG Neustadt (Weinstraße), Urteil v. 13.03.2018 - 5 K 802/17.NW

RID 18-03-374

<sup>juris</sup>  
BGB §§ 288, 612, 632; GVG § 17a II; RettDG RP §§ 2, 5, 12; SGB V § 2

**Leitsatz:** Für Entgelt- und Aufwendungsersatzansprüche einer juristischen Person des Privatrechts (hier: Deutsches Rotes Kreuz) wegen Leistungen des Rettungsdienstes ist der **Rechtsweg** zu den Verwaltungsgerichten gegeben.

Für die **Leistungsbeziehung zu privaten Selbstzahlern** gilt, dass ein Rettungseinsatz, sofern insbesondere aufgrund einer Notfalllage kein Vertragsschluss gemäß § 612 bzw. § 632 BGB zugrunde liegt, jedenfalls einen gesetzlichen **Aufwendungsersatzanspruch** aus öffentlich-rechtlicher Geschäftsführung ohne Auftrag entstehen lässt.

Der unmittelbar gegen den Leistungsempfänger mögliche Aufwendungsersatzanspruch der Sanitätsorganisationen umfasst weder **Verzugszinsen** noch **vorgerichtliche Kosten**.

Die Sanitätsorganisation hat sowohl während des Rettungseinsatzes als auch nachträglich zumutbare **Maßnahmen zur Aufklärung des Versicherungsstatus** der Notfallpatienten zu ergreifen.

Soweit die **Frage des Kostenträgers** nicht bereits im Zuge des Rettungseinsatzes geklärt werden kann, ist der Leistungsempfänger in geeigneter Weise darüber zu **informieren**, um ihm gegebenenfalls die Möglichkeit zu geben, durch Weitergabe seiner Versicherungsdaten an die Sanitätsorganisation die Abrechnung mit seiner Krankenkasse schnell und einfach zu ermöglichen.

Aufgrund des im SGB V vorgegebenen Dreiecksverhältnisses zwischen Sanitätsorganisation, Krankenkasse und versichertem Hilfebedürftigen erscheint es unverhältnismäßig, betroffene Leistungsempfänger bei **ungeklärtem Versicherungsstatus** unmittelbar **Kostenrechnungen** zu übersenden, ohne sie zugleich über die maßgeblichen Umstände zu informieren.

## d) Haftung eines Rettungssanitäters

OLG Koblenz, Beschluss v. 16.08.2017 - 5 U 603/17

RID 18-03-375

BeckRS 2017, 149541 = GesR 2018, 514

RettdG §§ 2 I 1, 3 I; BGB §§ 254 II 2, 839 I; GG Art. 34 I

**Leitsatz:** 1. In Rheinland-Pfalz ist die **rettungsdienstliche Tätigkeit**, die den Notfall- und Krankentransport umfasst, nach dem Rettungsdienstgesetz des Landes Rheinland-Pfalz als **öffentliche Aufgabe** organisiert.

2. Es gehört zu den **Kardinalpflichten eines Rettungssanitäters, ärztliche Anordnungen** zu befolgen. Im Zweifel muss Rücksprache mit dem die Anordnung aussprechenden Behandlungsträger gehalten werden.

3. Die zum Arzthaftungsrecht entwickelte **Beweislastregel** zum groben Behandlungsfehler findet auch für die **Haftung** wegen Sorgfaltsverstößen eines **Rettungssanitäters** Anwendung.

## 8. Beförderung von mit MRSA besiedelten oder infizierten Personen

OLG Düsseldorf, Urteil v. 17.05.2018 - 15 U 19/18

RID 18-03-376

juris

UWG §§ 3, 3a, 8 I; RettG NRW § 17 S. 1

Bei der **Beförderung von mit MRSA besiedelten oder infizierten Personen** handelt es sich um Krankentransporte im Sinne von § 2 II RettG NRW, für die eine **Genehmigung** nach § 17 S. 1 RettG NRW erforderlich ist. Wer nur die Genehmigung zur Personenbeförderung hat, darf keine Krankentransporte durchführen (OLG Hamm, Urte. v. 09.02.2010 - I-4 U 174/09 - BeckRS 2010, 20050; OLG Düsseldorf, Urte. v. 03.06.2014 - I-20 U 108/13 -). Nur bei Durchführung des Transports mit einem Krankenkraftwagen ist gewährleistet, dass die in Fällen von Besiedlungen und Infizierungen mit MRSA gebotenen Hygiene- und Desinfektionsmaßnahmen vorgenommen werden.

## 9. Pflegeberufe/Physiotherapeuten

### a) Keine Kammermitgliedschaft einer medizin. Fachangestellten in der EKG-Funktionsabteilung

VG Koblenz, Urteil v. 09.03.2018 - 5 K 1084/17.KO

RID 18-03-377

juris

HeilBerG Rheinland-Pfalz § 1

Bei der Bestimmung des **spezifisch pflegerischen Bezugs einer Tätigkeit** müssen die Eigenheiten des Pflegeberufs sowie die gesetzgeberische Intention unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes berücksichtigt werden. Dabei ist zunächst davon auszugehen, dass der Gesetzgeber den Personenkreis der Berufsangehörigen der Pflege sehr weit fassen wollte. Vor diesem Hintergrund steht eine **Weiterbildung einer Pflichtmitgliedschaft** dann nicht entgegen, wenn die Kenntnisse und Fähigkeiten, die bei der Ausbildung als Kranken- bzw. Gesundheitspfleger erworben wurden, der betreffenden Person bei der aktuellen Tätigkeit zugutekommen.

Notwendig ist aber ein **spezifischer Bezug** des – ggf. auch nach einer Weiterbildung – ausgeübten Berufs **zur pflegerischen Arbeit**. Es reicht dementsprechend gerade nicht aus, dass die aktuell ausgeübte Tätigkeit auf der Ausbildung als Kranken- bzw. Gesundheitspfleger aufbaut oder Teile von dieser mitumfasst. Eine Pflichtmitgliedschaft scheidet nicht nur dann aus, wenn die konkrete Tätigkeit gar keine pflegerischen Aspekte mehr beinhaltet, sondern auch dann, wenn die pflegerischen Aspekte im Rahmen der aktuellen Berufstätigkeit nur noch im Randbereich betroffen sind und es hierbei an einem hinreichenden pflegespezifischen Bezug fehlt. Eine Tätigkeit hat dann einen pflegerischen Bezug, wenn sie **unmittelbar darauf abzielt**, die Gesundheit der zu pflegenden Person zu fördern, Krankheiten zu verhüten und die Gesundheit wiederherzustellen. Mit der Tätigkeit muss unmittelbar die Absicht verfolgt werden, **den gesundheitlichen Zustand des Patienten bzw. des zu Pflegenden zu verbessern**. Ein direkter Patientenkontakt ist nicht notwendig. Vielmehr reicht es aus, wenn im Rahmen der Tätigkeit pflegerische Maßnahmen empfohlen oder thematisiert, diese jedoch von einer anderen Person durchgeführt werden.

Die Tätigkeit **einer medizinischen Fachangestellten in der EKG-Funktionsabteilung** weist keine ausreichende Nähe zur Krankenpflege auf, da es ihr an einem pflegespezifischen Bezug fehlt. Sie hat einen klar diagnostischen Schwerpunkt.

#### b) Biss eines Patienten auf einer Intensivstation

**OLG Köln, Beschluss v. 06.11.2017 - 5 U 40/17**

**RID 18-03-378**

juris  
BGB §§ 249, 253, 280, 823 I, 827, 829

Beißt ein **Patient** auf einer **Intensivstation** im Zustand der **Unzurechnungsfähigkeit** eine Krankenschwester, so besteht kein **Haftungsanspruch**, auch nicht aus Billigkeitsgründen nach § 829 BGB.

S. auch den Hinweisbeschl. des OLG v. 04.09.2017 - 5 U 40/17 - juris.

#### c) Strafrecht: Stellvertretende Stationsleiterin als Überwachergarantin

**OLG Oldenburg, Beschluss v. 28.02.2018 - 1 Ws 202/17**

**RID 18-03-379**

juris  
StGB §§ 13, 203

Die **Verantwortliche der Stationsleitung** hat eine Rechtspflicht zur Betreuung der Patienten und zur Abwendung drohender Gefahren. Eine solche Rechtspflicht kann sich aus der tatsächlichen Übernahme einer Schutzfunktion ergeben; auf die zivilrechtliche Wirksamkeit eines möglicherweise zugrundeliegenden Vertrages, etwa eines Behandlungsvertrages, kommt es nicht an. Obliegt ihr, die Tätigkeit eines des Mordes an fünf Patienten beschuldigten Pflegers zu überwachen, ist sie als sog. **Überwachergarantin** anzusehen.

Kommt der Stationsleiter seiner Pflicht nicht nach, so lebt damit zugleich die aus der Stellung als **stellvertretende Stationsleiterin** folgende Pflicht als Überwachergarantin gleichsam wieder auf und ist sie verpflichtet, ihrerseits der Stationsleitung vorgesetzte Stellen zu informieren.

Vielmehr sprechen die bei den Ermittlungen zu Tage getretenen, unter den Mitarbeitern kursierenden erheblichen **Verdachtsmomente** gegen Q sowie die von der Angeschuldigten erkannten zweifelhaften Umstände der Todesfälle sowie das offensichtlich von den lebensgefährdenden Handlungen des Q betroffene höchste Rechtsgut dafür, dass es auch hier beim Vorwurf des Unterlassens zur Verneinung des voluntativen Vorsatzelements tragfähiger Anhaltspunkte dafür bedarf, dass der Täter ernsthaft darauf vertraut haben könnte, es kämen keine weiteren Patienten zu Tode.

#### d) Physiotherapeuten: Gangschule/Beweislastgrundsätze zu für Behandler voll beherrschbarem Risiko

**OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 29.08.2017 - 8 U 172/16**

**RID 18-03-380**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - VI ZR 376/17 -*  
juris = VersR 2018, 227  
BGB § 823

Leitsatz (VersR): Die zu einer **Beweislastumkehr** führenden Grundsätze eines durch den Behandler voll beherrschbaren Risikos können bei einer **physiotherapeutischen Gangschule** nicht angewendet werden. Da es Sinn und Zweck einer Gangschule ist, dass der Patient das eigenständige Laufen übt, hat dies zwingend zur Folge, dass die **Sturzgefahr** vonseiten des Behandlers nicht vollständig ausgeschlossen werden kann.

## e) Erteilung der Berufsbezeichnung „Physiotherapeut“

VG Regensburg, Urteil v. 19.04.2018 - RN 5 K 16.473

RID 18-03-381

juris

MPhG § 2; VerwVfG Bayern Art. 3 I Nr. 2

Wurde ein Antrag auf **Erteilung der Berufsbezeichnung „Physiotherapeut“** nach inhaltlicher Prüfung **bestandskräftig abgelehnt**, so kann ein erneuter Antrag schon unter Verweis auf die Bestandskraft des Bescheids abgelehnt werden.

Für die Erteilung der Erlaubnis ist grundsätzlich gemäß § 2 I Nr. 1 MPhG erforderlich, dass die staatliche **Prüfung** in Deutschland bestanden ist. Selbst wenn eine abgeschlossene Ausbildung i.S.d. § 2 II 1 MPhG oder ein **Drittstaatsdiplom** i.S.d. § 2 V MPhG vorläge, wäre in Anwendung des § 2 III MPhG eine Erlaubnis nur dann zu erteilen, wenn keine wesentlichen Unterschiede in der Ausbildung vorliegen.

## f) Sozialversicherungspflicht

### aa) Pflegekraft eines ambulanten Pflegedienstes

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 26.04.2018 - L 1 KR 526/16

RID 18-03-382

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV §§ 7, 7a

Die **Pflegekraft eines ambulanten Pflegedienstes** erbringt keine abgrenzbare Leistung, sondern ist Mitglied eines Teams, das eine Gesamtleistung erbringt, so dass regelmäßig von einer Eingliederung in den Betrieb des Pflegedienstes auszugehen ist (LSG Berlin-Brandenburg, Urte. v. 27.04.2017 - L 1 KR 395/15 - RID 17-03-420 u. v. 08.03.2018 - L 1 KR 347/16 - RID 18-02-347). Eine **Eingliederung** liegt vor, wenn sich die Krankenschwester zu Beginn ihrer Tätigkeit bei der Pflegedienstleitung meldet, dort einen „Vorschlag“ für den Einsatzablauf bekommt und Hinweise, was bei den Patienten zu erledigen ist, sie in den bei den Patienten vorhandenen Leistungsnachweisen die von ihr erbrachten Leistungen dokumentiert und am Ende des Tages die Schlüssel (zu den Wohnungen der Patienten) wieder in das Büro des Pflegedienstes zurückbringt. Insb. die Einteilung in die Dienstpläne des Pflegedienstes ist ein Indiz für die Eingliederung in eine fremde, von dritter Seite vorgegebene Organisationsstruktur, und damit für das Vorliegen einer abhängigen Beschäftigung.

### bb) Krankenpfleger in einer neurologischen Klinik

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.03.2018 - L 8 R 1052/14

RID 18-03-383

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV § 7a

Weisungsgebunden arbeitet, wer nicht im Wesentlichen frei seine Tätigkeit gestalten und seine Arbeitszeit bestimmen kann. Im Rahmen der Gesamtabwägung überwiegen die Indizien, die für eine **abhängige Beschäftigung** sprechen: Die gesetzlichen Merkmale der Weisungsgebundenheit und der Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers liegen beim Kl. in gleicher Weise vor wie bei einem befristet beschäftigten Arbeitnehmer. Die Möglichkeit zur freien Verfügung über die eigene Arbeitszeit ist allenfalls in dem dargestellten, stark limitierten Umfang vorhanden. Wesentliche Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich des Einsatzes der eigenen Arbeitskraft ergeben sich nach Auftragsannahme nicht. Für Selbstständigkeit spricht danach lediglich die Höhe der vereinbarten **Vergütung**. Dieses Kriterium ist jedoch auch nach der BSG-Rspr. nur als eines von vielen in der Gesamtwürdigung zu berücksichtigenden Indizien zu behandeln und kann sich gegen die deutlich überwiegend für eine abhängige Beschäftigung streitenden Kriterien im vorliegenden Fall nicht durchsetzen.



### cc) Selbständige Tätigkeit als Physiotherapeut

SG Landshut, Urteil v. 09.05.2018 - S 1 BA 1/18

RID 18-03-384

juris  
SGB V §§ 7, 7a

Die **Tätigkeit als Physiotherapeut** kann grundsätzlich sowohl in abhängiger Beschäftigung als auch im Rahmen eines freien Dienstverhältnisses ausgeübt werden. Maßgebend sind stets die konkreten Umstände des individuellen Sachverhalts. Die Abrechnung der Leistungen durch einen anderen Physiotherapeuten steht der Annahme einer selbständigen Tätigkeit grundsätzlich nicht entgegen (vgl. BSG, Urt. v. 24.03.2016 - B 12 KR 20/14 R - SozR 4-2400 § 7 Nr. 29, juris Rn. 25, 28 ff.).

Vorwiegend sprechen folgende Umstände eindeutig **gegen eine abhängige Beschäftigung**:

- Der Kl. behandelt seine eigenen Patienten, nicht die Patienten der Physiotherapiepraxis.
- Der Erstkontakt mit dem (zukünftigen) Patienten erfolgt in aller Regel unmittelbar zwischen diesem und dem Kl., nicht durch Zuweisung durch die Praxis.
- Der Kl. behandelt seine Patienten nicht nach den Vorgaben des Beigel., sondern entsprechend den fachlichen Erfordernissen, den ärztlichen Diagnosen und Vorgaben sowie den Regeln der Heilmittelverordnung. Für evtl. Schäden durch eine Fehlbehandlung würde der Kl. persönlich haften.
- Der Kl. und die Praxis des Beigel. führen getrennte Terminkalender.
- Der Kl. hat, vertraglich zugesichert, feste Behandlungstage und ist nicht auf das Wohlwollen und freie Kapazitäten des Beigel. angewiesen.
- Der Kl. tritt selbst am Markt auf, akquiriert neue Patienten selbst und behandelt diese - für jedermann erkennbar - im eigenen Namen als selbständiger Physiotherapeut.
- Der Kl. hat keine festen Arbeitszeiten und besitzt - zur Abdeckung des Haftungsrisikos (= Unternehmerrisiko) - eine eigene Betriebshaftpflichtversicherung.
- Der Kl. und Beigel. wollten kein Beschäftigungsverhältnis begründen und haben ihre vertraglichen Beziehungen auch dementsprechend ausgestaltet und durchgeführt.

Dass der Kl. keine **eigene Betriebsstätte** hat und die Abrechnung seiner Leistungen über den Bekl. erfolgt, steht dem nicht entgegen.

### dd) Physiotherapeutin: Eigene Patientenkartei und eigener Behandlungsraum

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 19.07.2018 - L 7 R 1319/17

RID 18-03-385

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB IV § 7a; SGB V § 124

Es wird eine **selbständige Erwerbstätigkeit als Physiotherapeutin** ausgeübt, wenn nach dem Vertrag die freie Mitarbeiterin die Terminierung ihrer **Patienten** selbst zu übernehmen bzw. sich hierfür des Rezeptionspersonals der Praxis zu bedienen hat und diese Regelung auch in Übereinstimmung mit der tatsächlich durchgeführten Patienteneinbestellung steht, sie darüber hinaus eine eigene **Patientenkartei** führt, über einen eigenen, ihr zur alleinigen Verfügung stehenden **Behandlungsraum** verfügt, weitere **Behandlungstermine** allein von ihr vereinbart werden und Weisungsfreiheit besteht. Dem steht nicht entgegen, dass wegen der Regelungen des Leistungserbringungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mit den Kostenträgern direkt **abgerechnet** werden kann, sondern dies über die Kl. vorzunehmen ist.

### g) Sozialversicherungsbeiträge für Poolzahlungen an Krankenschwester: Kein Erstattungsanspruch

LSG Bayern, Urteil v. 01.03.2018 - L 4 KR 438/14

RID 18-03-386

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB IV § 26

Es besteht kein **Erstattungsanspruch** auf **Sozialversicherungsbeiträge für Mitarbeiterbeteiligungen** aus den privatärztlichen Liquidationseinnahmen des Chefarztes (Poolzahlungen) für Tätigkeiten einer Krankenschwester im Bereich der privatärztlichen und zur Privatliquidation berechtigenden Nebentätigkeiten des jeweiligen Chefarztes/Ordinarius, die

grundsätzlich durch die monatlichen Gehaltszahlungen des Arbeitgebers finanziell abgegolten werden. Die alleinige öffentlich-rechtliche Haftung des **Arbeitgebers** gegenüber der **Einzugsstelle** für die korrekte Abführung der Beiträge führt dazu, dass für die im Rahmen des § 26 II SGB IV zu klärende Frage, ob Beiträge zu Unrecht entrichtet wurden, allein maßgeblich ist, ob der Gesamtsozialversicherungsbeitrag in der richtigen Höhe entrichtet worden ist. Wer die Beiträge letztlich wirtschaftlich getragen hat und ob die Beiträge, wie gesetzlich vorgeschrieben, je zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen wurden, ist in diesem Zusammenhang ohne Belang.

## 10. Heilpraktiker

### a) Entfernung von Tätowierungen mittels Laser ist Heilkunde

VG Oldenburg, Urteil v. 12.06.2018 - 7 A 7963/17

RID 18-03-387

juris

HeilprG § 1

**Leitsatz:** 1. Bei der **Entfernung von Tätowierungen** mit einem Lasergerät der Klasse 4 handelt es sich um **erlaubnispflichtige Heilkunde** i.S.d. § 1 Abs. 1 HeilprG, da die Tätigkeit grundlegende medizinische Kenntnisse erfordert und mit erheblichen Gesundheitsgefahren verbunden ist.

2. Die Anwendung des Lasergerätes auf der Haut ohne eine entsprechende Erlaubnis begründet einen Verstoß gegen die **öffentliche Sicherheit** i.S.d. § 11 Nds. SOG, sofern der Anwender oder die Anwenderin nicht die Approbation als Arzt bzw. Ärztin besitzt.

3. Der Erwerb der für die Erlaubnis erforderlichen Kenntnisse erfordert das Durchlaufen der nach der Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz - HeilprGDV - und den Niedersächsischen Richtlinien zur Durchführung des Verfahrens zur Erteilung einer Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz vorgesehenen **Prüfung**.

### b) Entzug einer Heilpraktikererlaubnis wegen sittlicher Unzuverlässigkeit

VG Gelsenkirchen, Beschluss v. 09.05.2018 - 7 L 261/18

RID 18-03-388

juris

HeilprGDV §§ 2 I Buchst. f, 7; GG Art. 12 I

**Leitsatz:** Eine **Heilpraktikererlaubnis** ist zu **entziehen** und der Heilpraktiker als **sittlich unzuverlässig** anzusehen, wenn er eine Patientin unter von ihm veranlasster Hypnose u.a. (mehrfach) dazu auffordert, sexuelle Handlungen an ihm vorzunehmen. Unerheblich ist, ob die Handlungen letztlich von der Patientin vorgenommen werden.

## 11. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche

### a) Nachweis über Mitteleinnahme/Fehlbildungen

VG Köln, Urteil v. 17.04.2018 - 7 K 7401/15

RID 18-03-389

juris

ContStifG §§ 12 I, 13 II 1

Für einen Anspruch müssen verlässliche Informationen darüber vorliegen, dass die Mutter in der teratogenen Phase ihrer Schwangerschaft ein **thalidomidhaltiges Mittel** der Firma Grünenthal **eingenommen** hat.

Im Rahmen einer Gesamtbetrachtung müssen zudem die geltend gemachten **Fehlbildungen** von ihrem „Erscheinungsbild“ her so beschaffen sein, dass sie zumindest mit hinreichender Wahrscheinlichkeit mit einer Thalidomideinnahme in Zusammenhang stehen.

## b) Kein Nachweis einer pränatalen oder frühen Schädigung des Gehörs

VG Köln, Urteil v. 03.07.2018 - 7 K 4006/14

RID 18-03-390

juris  
ContStifG §§ 12 I, 13 II 1

Es bestehen keine zureichenden Anhaltspunkte für eine bei Geburt vorhandene oder sich in den Jahren danach manifestierende **Hörschädigung**. Die objektivierbaren Anhaltspunkte aus der Krankengeschichte sprechen gegen das Vorliegen einer **pränatalen Schädigung des Gehörs**. Fehlt es damit an der wesentlichen Voraussetzung für die Leistungsgewährung nach dem ContStifG, muss auch nicht geklärt werden, auf welche andere Ursache der heutige Status zurückzuführen ist.

## c) Keine Anerkennung bei atypischen Schädigungen

VG Köln, Urteil v. 05.06.2018 - 7 K 1991/15

RID 18-03-391

juris  
ContStifG §§ 12, 13

Nur **theoretische Kausalzusammenhänge** in dem Sinne, dass Thalidomid als Ursache für die Fehlbildungen nicht auszuschließen ist, reichen nicht aus. Gerade die Einwirkung von Thalidomid während der **embryonalen Entwicklung**, die in einen ursächlichen Zusammenhang mit den jeweiligen Fehlbildungen gebracht werden kann, muss wahrscheinlich sein. Bloße Behauptungen oder Vermutungen reichen hierfür nicht aus.

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.

## d) Keine Berücksichtigung von Folgeschäden einer Fehlbildung

VG Köln, Urteil v. 19.06.2018 - 7 K 5340/16

RID 18-03-392

juris  
ContStifG §§ 12 I, 13 II

**Folgeschäden** einer Fehlbildung sind bei der Bewertung der Schwere des geburtsbedingten Körperschadens nicht zu berücksichtigen. Diese werden durch die pauschale und deutliche Erhöhung der Conterganrenten, durch jährliche Sonderzahlungen und durch die Bewilligung von Leistungen für „spezifische Bedarfe“ abgegolten.

Die Beschränkung entschädigungsfähiger Sachverhalte auf bei Geburt bestehende oder angelegte Körperschäden begegnet **keinen durchgreifenden rechtlichen Bedenken**.

Parallelverfahren:

VG Köln, Urteil v. 05.06.2018 - 7 K 293/15

RID 18-03-393

juris

## e) Kein Anspruch auf Haussteuerungsanlage

VG Köln, Urteil v. 22.05.2018 - 7 K 6488/15

RID 18-03-394

*Berufung anhängig: OVG Nordrhein-Westfalen - 16 A 2722/18 -*  
juris  
ContStifG § 13 I, VI

Eine **Haussteuerungsanlage** stellt keinen **spezifischen Bedarf** dar.

Der **Begriff spezifischer Bedarfe** ist durch die Besonderheiten des Conterganstiftungsrechts geprägt. Namentlich ist er nicht mit dem sozialrechtlichen Heil- und Hilfsmittelbegriff identisch. Der Begriff spezifischer Bedarfe ist nicht auf medizinische Bedarfe in einem engeren Sinne, etwa bezogen auf Therapien, Arzneimittel und Medizinprodukte, beschränkt. Eine **Grenze** ist jedoch mit dem gesetzgeberischen Hinweis auf den konkreten Bedarf gesetzt, der seinerseits **conterganspezifisch** sein muss. Ein solcher konkreter Bedarf fehlt bei Sachgesamtheiten und Dienstleistungen, die eine Vielzahl conterganspezifischer und nicht conterganspezifischer Gegenstände umfassen, wie das bei einer Haussteuerungsanlage der Fall ist.

#### f) Verbindung von Grünenthal zur Conterganstiftung

OLG Köln, Urteil v. 12.04.2018 - 15 U 85/17

RID 18-03-395

juris

BGB §§ 823 I, 1004 I; GG Art. 1, 2 I

Die **Äußerungen** „30 Jahre lang schaute Grünenthal in der Conterganstiftung auf die medizinischen Akten der Betroffenen“ und „30 Jahre lang hat Grünenthal die Gutachter der Medizinischen Kommission der Conterganstiftung bezahlt“ dürfen nicht weiter als unwahr bezeichnet werden.

## 12. Sozialrecht

### a) Impfschadensrecht

#### aa) Entwicklungsstörung und Epilepsie als Impfschaden

SG Koblenz, Urteil v. 05.04.2018 - S 4 VJ 2/16

RID 18-03-396

juris

IfSG §§ 60, 61

**Leitsatz:** Es besteht keine **Kausalität** zwischen Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Polymyelitis, Haemophilus influenza b, Hepatitis B und gegen Meningokokken und einer **Epilepsie** sowie einer **Entwicklungsstörung**.

Mögliche Impfreaktionen und Komplikationen ergeben sich aus den **Fachinformationen** der verwendeten Impfstoffe.

**Ermittlungen von Amts wegen** sind nicht erforderlich, wenn keine ärztlichen Unterlagen einen Zusammenhang zwischen Impfung und Dauerleiden belegen.

#### bb) Narkolepsie als Impfschaden nach Impfung gegen Schweinegrippe (Pandemrix)

SG Koblenz, Urteil v. 05.04.2018 - S 4 VJ 4/15

RID 18-03-397

juris

IfSG §§ 60, 61

**Leitsatz:** Die Impfung gegen die **Schweinegrippe** im Jahr 2009 mit dem Impfstoff **Pandemrix** kann **Narkolepsie** verursachen haben. Es liegen ausreichende medizinische Erkenntnisse für eine Anerkennung im Wege der Kannversorgung vor. Der Eintritt von atypischen Impfreaktionen kann auch mehrere Monate nach der Impfung erfolgen.

#### b) Blindengeld: Blindheit auch bei völlig unbedeutenden Restzweifeln

LSG Bayern, Urteil v. 10.04.2018 - L 15 BL 4/16

RID 18-03-398

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

BlindG Bayern Art. 1

**Leitsatz:** 1. In besonderen **Ausnahmefällen** spezieller Krankheitsbilder ist die Annahme von **Blindheit** auch außerhalb der normierten Fallgruppen der Versorgungsmedizinischen Grundsätze bzw. der Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft nicht von vorneherein ausgeschlossen (Fortführung der st. Rechtsprechung des Senats).

2. **Verbleibende Restzweifel** sind bei der Überzeugungsbildung bzgl. von Blindheit unschädlich, solange sie sich nicht zu gewichtigen Zweifeln verdichten. Unter Berücksichtigung der allen medizinischen Beurteilungen immanenten Unsicherheiten stehen auch solche Restzweifel, die durchaus einer medizinisch-wissenschaftlichen Diskussion offenstehen, jedoch im Einzelnen nicht überzeugen können, der richterlichen Überzeugungsbildung nicht entgegen; es muss sich nicht um nur völlig unbedeutende Restzweifel handeln.

### c) Fahrkosten zu regelmäßigen Arztterminen eines schwerbehinderten Kindes

SG Freiburg, Urteil v. 21.09.2016 - S 7 AS 710/13

RID 18-03-399

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB II § 21 VI; SGB V § 60

**Fahrkosten** zu regelmäßigen **Arztterminen** eines schwerbehinderten **Kindes** (hier: zwischen drei und sieben pro Monat) können einen **Mehrbedarf** nach § 21 VI SGB II darstellen, wenn die Termine in höherer Frequenz stattfinden als bei gleichaltrigen nichtbehinderten Kindern. Denn § 21 VI SGB II umfasst sowohl sog. atypische Bedarfe, die ihrer Natur nach nur bei wenigen Leistungsbeziehern auftreten, als auch Bedarfe, die nur ihrer Höhe nach erheblich vom Durchschnittsbedarf der Leistungsbezieher nach dem SGB II abweichen.

Erscheint die Inanspruchnahme des **alternativ** in Betracht kommenden Leistungsträgers (hier: der Krankenkasse) von vornherein offensichtlich aussichtslos, kann darauf verzichtet werden.

Die Bedarfsdeckung im Wege des § 21 VI SGB II ist auch nicht grundsätzlich ausgeschlossen, weil der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung unter bestimmten Umständen die Kostenübernahme für eine Fahrt zu einer ambulanten ärztlichen Behandlung vorsieht. Es gilt in Übereinstimmung mit den BVerfG, Ur. v. 09.02.2010 - 1 BvL 1/09, 1 BvL 3/09, 1 BvL 4/09 - BVerfGE 125, 175 = SozR 4-4200 § 20 Nr. 12 dargelegten Grundsätzen zur Bestimmung des Existenzminimums, dass bei einer **atypischen Bedarfslage** eine (auch gewollte) **Lücke im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung** durchaus durch Leistungen nach § 21 VI SGB II auszugleichen sein kann (so auch LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 19.03.2015 - L 6 AS 1926/14 - juris zu Fahrkosten zu einer täglichen ambulanten Substitutionstherapie mit Methadon; BSG, Ur. v. 12.12.2013 - B 4 AS 6/13 R - BSGE 115, 77 = SozR 4-4200 § 21 Nr. 16 zu den Kosten einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung).

### d) Sozialhilfe

#### aa) Petö-Therapie als medizinische Rehabilitation

LSG Bayern, Urteil v. 28.06.2018 - L 8 SO 240/15

RID 18-03-400

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 32; SGB XII §§ 53 ff.

**Leitsatz:** 1. Bei der **Petö-Therapie** handelt es sich um eine Leistung, die grundsätzlich sowohl als Krankenbehandlung i.S. eines **Heilmittels** nach § 32 SGB V (BSG, Ur. v. 03.09.2003 - B 1 KR 34/01 R - SozR 4-2500 § 18 Nr. 1) als auch als Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff SGB XII (BSG, Ur. v. 29.09.2009 - B 8 SO 19/08 R - SozR 4-3500 § 54 Nr. 6) in Betracht kommt.

2. Erforderlich ist eine Abgrenzung nach dem **Leistungszweck** der erfolgten Petö-Therapie.

3. Der Leistungszweck besteht in der **medizinischen Rehabilitation**, wenn die Gehfähigkeit erhalten und die Feinmotorik verbessert werden sollen.

4. Eine Leistung ist nicht automatisch eine Leistung der **sozialen Rehabilitation**, wenn sie sich auch positiv auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auswirkt.

5. Auch ein **Erstattungsanspruch** für selbstbeschaffte Leistungen setzt eine Leistungs- und Vergütungsvereinbarung, ein Leistungsangebot des Leistungserbringers oder einen Ausnahmefall der Gewährleistungsverantwortung des Sozialhilfeträgers voraus.

### bb) Eingliederungshilfe: Erstattung des Eigenanteils für Therapiedreirad

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.02.2018 - L 9 SO 256/16

RID 18-03-401

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB IX §§ 14, 15

**Leitsatz:** Zur Frage der Erstattung des **Eigenanteils** als Leistung der Eingliederungshilfe bei einem von der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestellten Therapiedreirad.

### cc) Eingliederungshilfe bei einer Autismusspektrumsstörung

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 17.12.2017 - L 8 SO 206/17 B ER

RID 18-03-402

juris  
SGB IX § 55; SGB VIII §§ 10, 35a, 91; SGB XII § 53, 98 II 1 Nr. 2

**Leitsatz:** 1. Eine Entscheidung in der Hauptsache i.S. des § 17a Abs. 5 GVG liegt auch dann vor, wenn das erstinstanzliche Gericht einen Eilantrag nach § 86b Abs. 2 SGG wegen nicht glaubhaft gemachter Eilbedürftigkeit der Sache (Anordnungsgrund) abgelehnt hat.

2. Im Streit um die Kostenfreiheit einer Maßnahme der Eingliederungshilfe für ein behindertes Kind ist in gerichtlichen Eilverfahren ein Anordnungsgrund wegen der Einkommens- und Vermögenssituation der einsatzpflichtigen Personen nur dann zu verneinen, wenn diesen die Finanzierung der Maßnahme während des Hauptsacheverfahrens (Widerspruchs- bzw. Klageverfahren) ohne wesentliche Einschränkungen möglich ist.

3. Eine **Autismusspektrumsstörung** im Sinne eines frühkindlichen Autismus ist jedenfalls dann als **seelische Behinderung** i.S. des § 3 EinglH-VO anzusehen, wenn anderweitige Schädigungen der Körperstrukturen oder -funktionen (insb. mit einhergehender Intelligenzminderung) nicht bestehen.

4. Soweit eine Autismusspektrumsstörung sowohl eine seelische als auch eine geistige Behinderung i.S. der §§ 2, 3 EinglH-VO darstellt, kann im Einzelfall (auch) ein Anspruch auf Kostenübernahme für eine ambulante Autismus-Therapie in Form der **sozialhilferechtlichen Eingliederungshilfe** als Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht gemäß § 19 Abs. 3 SGB XII i.V.m. §§ 53, 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XII i.V.m. § 12 EinglH-VO bestehen.

5. Eine Leistungspflicht des **Sozialhilfeträgers** außerhalb des Kernbereichs der pädagogischen Arbeit der Schule ist in aller Regel zu bejahen, solange und soweit die **Schule** eine entsprechende Hilfe nicht gewährt (Anschluss an BSG, Urteil vom 22. März 2012 - B 8 SO 30/10 R - BSGE 110, 301 = SozR 4-3500 § 54 Nr. 8, juris Rn. 25).

### 13. Prüfungsumfang anstaltsärztl. Maßnahmen im Justizvollzug (Reduzierung der Schmerzmedikation)

OLG Celle, Urteil v. 09.05.2018 - 3 Ws 73/18

RID 18-03-403

juris = GesR 2018, 462  
StVollzG § 109; GG Art. 2 II, 19 IV

**Leitsatz:** 1. Jede **ärztliche Maßnahme** des Anstaltsarztes im Justizvollzug stellt eine Regelung im Sinne des § 109 StVollzG dar und unterliegt der **gerichtlichen Kontrolle**.

2. Nur im Rahmen der Begründetheit gilt der **eingeschränkte Prüfungsumfang**, ob die Grenzen des pflichtgemäßen ärztlichen Ermessens eingehalten worden sind.

### 14. Pflicht der Kinder eines mutmaßlichen Vaters zum Gentest

OLG Oldenburg, Urteil v. 15.08.2018 - 4 UF 106/17

RID 18-03-404

juris  
FamFG § 178 I

Auch die leiblichen **Kinder** eines **mutmaßlichen biologischen Vaters** können dazu verpflichtet werden, eine **Genprobe** abzuliefern, wenn dadurch die Abstammung eines weiteren Kindes geklärt werden kann.

## 15. Steuerrecht

### a) Einkommensteuerrecht

#### aa) BFH: Laborarzt/Vollständige Delegation bestimmter Routineunters. (Zytolog. Leistungen)

**BFH, Beschluss v. 12.06.2018 - VIII B 154/17**

**RID 18-03-405**

juris  
EStG § 18; GewStG § 2

**Leitsatz:** NV: Ein **Laborarzt** ist nicht **eigenverantwortlich** i.S. des § 18 Abs. 1 Nr. 1 Satz 3 EStG tätig, wenn er nach dem betrieblichen Arbeitsablauf solche Untersuchungsaufträge und deren Ergebnisse weder zur Kenntnis nimmt noch auf Plausibilität hin überprüft, die nach einem Vorscreening der fachlich vorgebildeten Mitarbeiter zu einem unauffälligen Befund führen.

#### bb) BFH: Aufwendungen im Krankheitsfall/Beerdigungskosten

**BFH, Beschluss v. 21.02.2018 - VI R 11/16**

**RID 18-03-406**

juris = BFHE 260, 507  
SGB V §§ 62, 265; EStG §§ 33, 36

**Leitsatz:** 1. Dem in § 33 Abs. 4 EStG i.d.F. des StVereinfG 2011 und in § 64 Abs. 1 EStDV i.d.F. des StVereinfG 2011 geregelten Verlangen, die Zwangsläufigkeit von **Aufwendungen im Krankheitsfall** formalisiert nachzuweisen, ist nach § 84 Abs. 3f EStDV i.d.F. des StVereinfG 2011 auch im Veranlagungszeitraum 2009 Rechnung zu tragen. Dies begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken (Bestätigung des Senatsurteils vom 19. April 2012 VI R 74/10, BFHE 237, 156, BStBl II 2012, 577).

2. Die **zumutbare Belastung** gemäß § 33 Abs. 1, Abs. 3 EStG ist auch bei Krankheitskosten verfassungsgemäß. Das sozialhilferechtliche Leistungsniveau umfasst keine zuzahlungsfreie Krankenversorgung (Bestätigung des Senatsurteils vom 2. September 2015 VI R 32/13, BFHE 251, 196, BStBl II 2016, 151).

3. **Beerdigungskosten** können als außergewöhnliche Belastung nur abgezogen werden, soweit sie nicht aus dem Nachlass oder durch sonstige im Zusammenhang mit dem Tod zugeflossene Geldleistungen gedeckt sind.

#### b) Umsatzsteuerrecht: „MPU-Vorbereitung“ nicht generell umsatzsteuerfrei

**BFH, Beschluss v. 27.02.2018 - XI B 97/17**

**RID 18-03-407**

juris  
UStG § 4 Nr. 14

**Leitsatz:** 1. NV: Eine **verkehrspsychologische Behandlung** durch einen Heilpraktiker und **approbierten Psychotherapeuten** ist nur dann als **ambulante Heilbehandlung** umsatzsteuerfrei, wenn Hauptzweck der Behandlung der Schutz der Gesundheit ist. Dies ist nicht der Fall, wenn die Behandlung vorrangig einem anderen Zweck (z.B. der Erhaltung oder Wiedererlangung der Fahrerlaubnis) dient.

2. NV: Ob eine verkehrspsychologische Behandlung dem Schutz der Gesundheit oder einem anderen Zweck dient, ist **Tatfrage**.

### Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 19.08.2018. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
<b>Honorarverteilung</b>				
Bildung einer individuellen Obergrenze für Wachstumsärzte in BAG	B 6 KA 2/17 R <b>Termin:</b> 24.01.2018	Zur Rechtmäßigkeit einer Regelung im Honorarverteilungsvertrag einer Kassenärztlichen Vereinigung über die Bildung einer individuellen Obergrenze für Wachstumsärzte und für Berufsausübungsgemeinschaften, an denen Wachstumsärzte beteiligt sind.	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 15.11.2016 - L 4 KA 27/14 -	17-02-5
Anerkennung eines MVZ als Aufbaupraxis	B 6 KA 23/16 R <b>Termin:</b> 24.01.2018	Kommt es für die Annahme einer Aufbaupraxis auf den Zulassungszeitpunkt eines MVZ oder auch bzw ausschließlich auf den Zulassungszeitpunkt des in das MVZ eintretenden Arztes an? Liegt eine Aufbaupraxis bei unterdurchschnittlichen Fallzahlen aber überdurchschnittlichem Honorar vor?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 16.12.2015 - L 12 KA 121/14 -	16-03-4 NZB
Kooperationszuschlag (HVV KV Brandenburg I u. II/10)	B 6 KA 17/17 R <b>Termin:</b> 16.05.2018	Schließt die Anwendung einer "Jungarztregelung" die Gewährung eines Kooperationszuschlags aus?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 18.03.2016 - L 24 KA 22/15 -	16-03-10 NZB
Erhöhung des Regelleistungsvolumens für fachgleiche BAG (IV/09 u. I/10)	B 6 KA 15/17 R <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 13.04.2016 - L 3 KA 51/13 -	16-03-5 NZB
Reduzierung des Versorgungsauftrags: Halbierung der RLV-relevanten Fallzahlen	B 6 KA 28/17 R <b>Termin:</b> 24.10.2018	Ist das bereits auf der Grundlage weit unterdurchschnittlicher Fallzahlen ermittelte Regelleistungsvolumen eines Vertragsarztes zu halbieren, wenn er seinen Versorgungsauftrag wegen des geringen Umfangs seiner vertragsärztlichen Tätigkeit auf die Hälfte beschränkt?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 26.10.2016 - L 5 KA 4823/15 -	17-02-1 NZB
Richtigstellung eines RLV nach Reduzierung des Versorgungsauftrags	B 6 KA 65/17 R	Unter welchen Voraussetzungen darf das dem Vertragsarzt vor dem Abrechnungsquartal zugewiesene Regelleistungsvolumen in dem nach Ablauf des Abrechnungsquartals ergehenden Honorarbescheid geändert werden?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 25.10.2017 - L 5 KA 3809/15 -	17-04-8
Verminderung des RLV wegen Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung	B 6 KA 66/17 R	War die im Quartal I/2009 vorgenommene Bereinigung des Regelleistungsvolumens nur bei den an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten rechtmäßig?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 25.10.2017 - L 5 KA 1251/14 -	17-04-5
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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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 <b>Termin:</b> 08.08.2018	Ist die Quotierung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM-Ä in den Quartalen I und II/2013 rechtmäßig?	<i>SG Mainz</i> , Urt. v. 01.02.2017 - S 8 KA 174/16 -	17-02-2
Psychotherapeutenvergütung 2013/Strukturpauschale	B 6 KA 35/17 R <b>Termin:</b> 11.10.2017	Zur Frage der Rechtmäßigkeit des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung am 22.9.2015 zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen mit Wirkung ab 1.1.2012.	<i>SG Marburg</i> , 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	Verstößt der Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.9.2015 "zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen mit Wirkung ab	<i>SG Marburg</i> , Urt. v. 22.03.2017	17-03-2 17-03-3



	<b>Termin:</b> 11.10.2017	dem 1.1.2012" gegen höherrangiges Recht, soweit er normativ ermittelte Personalkosten aus der Bemessung der EBM-Bewertung ausklammert?	- S 11 KA 27/15 - - 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)?	<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 24.05.2017 - S 83 KA 934/16 -	17-03-4
Psychotherapeutenvergütung 2011	B 6 KA 8/16 R <b>Termin:</b> 11.10.2017	Zur Frage der angemessenen Bewertung psychotherapeutischer Leistungen in der im Jahr 2011 maßgeblichen EBM-Bewertung (juris: EBM-Ä 2008).	<b>SG Kiel</b> , Urt. v. 09.02.2016 - S 2 KA 341/12 -	16-02-5
Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus (2008)	B 6 KA 67/17 R	Verstoßen die vom Bewertungsausschuss erlassenen Neuregelungen für die Vergütung von Leistungen im Notfalldienst im Jahr 2008 gegen höherrangiges Recht?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 08.02.2017 - L 12 KA 85/15 -	17-02-25 NZB
Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen: Reichweite der Vereinbarung	B 6 KA 45/16 R <b>Termin:</b> 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?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 26.10.2016 - L 5 KA 268/15 -	17-02-26
Beschränkung der Abtretung von Honoraransprüchen an Dritte	B 6 KA 38/17 R B 6 KA 39/17 R <b>Termin:</b> 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?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 16.06.2016 - L 5 KA 8/15 - - L 5 KA 11/15 -	17-03-16 17-03-15 NZB
Beschränkung der Abtretung von Forderungen	B 6 KA 40/17 R <b>Termin:</b> 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?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 16.06.2017 - L 5 KA 24/15 -	17-03-14 NZB
Hinterlegung von Honorarzahlungen	B 6 KA 11/18 R	Hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung einen ausreichenden Grund für eine Hinterlegung vertragszahnärztlichen Honorars, wenn sie Zweifel an der Wirksamkeit einer Abtretung des Honoraranspruchs durch den Vertragszahnarzt hat?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 24.05.2018 - L 5 KA 15/16 -	18-03-8
Unzulässigkeit einer Globalzession/Vollstreckungsschutz	B 6 KA 10/18 R	Steht die Mitteilung des Finanzamts als Pfändungsgläubiger, zugunsten des Schuldners einen bestimmten Betrag der Einkünfte aus vertragszahnärztlicher Tätigkeit pfandfrei zu belassen, einem Beschluss des Vollstreckungsgerichts nach § 850i ZPO gleich, sodass der von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erklärten Aufrechnung mit Gegenforderungen ein Aufrechnungsverbot entgegensteht?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 24.05.2018 - L 5 KA 38/17 -	18-03-9

**Arzt-/Psychotherapeutenregister**

**Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht**

Keine ausgelagerten Praxisräume bei Nutzung durch verschiedene Ärzte	B 6 KA 24/17 R <b>Termin:</b> 08.08.2018	Wird ein Vertragsarzt in ausgelagerten Praxisräumen iS des § 24 Abs 5 Ärzte-ZV tätig, wenn er gegen Entgelt Räume und Laboreinrichtungen einer Betreibergesellschaft nutzt, die diese Räume und Einrichtungen auch anderen Nutzern zur Verfügung stellt?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 28.09.2016 - L 11 KA 35/15 -	17-02-44
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.	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 09.08.2017 - L 3 KA 128/15 -	18-01-24

Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt	B 6 KA 32/16 R <b>Termin:</b> 29.11.2017	Verstoßen die Vertragspartner gegen höherrangiges Recht, wenn sie das Fortbestehen der Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einem DMP-Plattformvertrag und den dazugehörigen Diabetes-Vereinbarungen mit dem Erfordernis einer Mindestpatientenzahl (hier: 250 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder 2) verbinden?	<b>LSG Bayern,</b> 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 <b>Termin:</b> 24.10.2018	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?	<b>SG Mainz,</b> 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?	<b>LSG Hessen,</b> 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?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 05.04.2017 - L 12 KA 125/16 -	17-04-27
Zahl von Vorbereitungsassistenten in MVZ	B 6 KA 3/18 R Rücknahme	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?	<b>SG Marburg,</b> 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?)	<b>LSG Baden-Württemberg,</b> 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 <b>Termin:</b> 24.10.2018	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?	<b>LSG Schleswig-Holstein,</b> 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 <b>Termin:</b> 24.10.2018	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?	<b>LSG Thüringen,</b> Urt. v. 25.08.2016 - L 11 KA 1372/14 - - L 11 KA 690/14 -	17-03-20 17-03-21 NZB
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Quartalsarbeitszeitprofil bei Teilzeitanstellung	B 6 KA 9/18 R	Ist bei einem in Vollzeit angestellten Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum bei einem Quartalsarbeitszeitprofil von über 780 Stunden (390 Stunden bei 0,5 angestelltem Arzt) eine ordnungsgemäße Leistungserbringung nicht mehr gewährleistet? Gilt die Regelung des § 32 Ärzte-ZV auch bei einer Vertretung innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 17.01.2018 - L 12 KA 123/16 -	18-03-11
Abrechenbarkeit belegärztlicher Leistung über Umfang der Anerkennung	B 6 KA 33/16 R <b>Termin:</b> 29.11.2017	Resultiert aus der Belegarztanerkennung zugleich eine zahlenmäßige Beschränkung der abrechnungsfähigen Leistungen?	<b>LSG Saarland,</b> Beschl. v. 11.01.2016 - L 3 KA 41/12 -	16-04-17 NZB

Untersuchung eines Materials durch Pathologen	B 6 KA 47/16 R <b>Termin:</b> 21.03.2018	Ist für die persönliche Leistungserbringung ausreichend, dass ein Pathologe vorbereitete Befunde überprüft?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 03.03.2016 - L 5 KA 23/15 -	17-01-18 NZB
Akupunktur	B 6 KA 56/17 R	Muss das "ärztlich dokumentierte Schmerzintervall" im Sinne des § 5 Abs 1 Nr 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur unmittelbar dem Beginn der Akupunkturbehandlung vorausgehen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 221/14 -	juris NZB
Vertrauensschutz durch Genehmigung für fachfremde Leistung (Akupunktur)	B 6 KA 47/17 R B 6 KA 48/17 R B 6 KA 49/17 R <b>Termin:</b> 08.08.2018	Dürfen vertragsärztliche Leistungen sachlich-rechnerisch richtig gestellt werden, wenn eine bestandskräftige Abrechnungsgenehmigung vorlag, die jedoch von Anfang an gegen die Fachgebietsgrenze verstieß und daher nicht hätte erteilt werden dürfen?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 15.03.2017 - L 5 KA 16/15 - - L 5 KA 17/15 - - L 5 KA 18/15 -	17-03-25 17-03-26 17-04-20 NZB
Ort der Leistungserbringung: Zytologischer Arbeitsplatz	B 6 KA 61/17 R	Lässt die Zervix-Zytologie-Vereinbarung nach § 135 Abs 2 SGB 5 eine Erbringung vorbereitender Tätigkeiten an einem nicht von einer Genehmigung erfassten Ort zu?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 18.07.2017 - L 4 KA 17/15 -	17-04-18
Job-Sharing-Obergrenze: Eintritt in bestehende BAG	B 6 KA 48/16 R <b>Termin:</b> 24.01.2018	Wie ist die Begrenzung des Umfangs einer Arztpraxis zu berechnen, wenn ein Job-Sharing-Partner nicht in eine Einzelpraxis, sondern in eine bereits bestehende BAG eintritt?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.03.2016 - L 5 KA 3901/12 -	17-01-20 NZB
Rückwirkende Einschränkung der Abrechenbarkeit einer Leistung	B 6 KA 8/18 R	Ist die rückwirkende Einschränkung der Abrechenbarkeit einer Gebührenordnungsposition auf "einmal am Behandlungstag" rechtmäßig?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 22.11.2017 - L 12 KA 138/15 -	18-03-20 NZB
Berechnung der Rückforderung und vorherige Kürzungen	B 6 KA 58/17 R	Sind bei der Berechnung der Rückforderung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung bereits zuvor erfolgte Honorierungen wegen Überschreitens der Job-Sharing-Obergrenze in voller Höhe als Eurobetrag zu berücksichtigen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 165/14 -	18-01-16 NZB
Richtigstellung nach abgelaufener Ausschlussfrist: Rücknahmeermessen	B 6 KA 34/17 R <b>Termin:</b> 24.10.2018	Ist Rechtsgrundlage einer nachgehenden Richtigstellung vertragsärztlicher Honorarbescheide nach Ablauf einer Frist von 4 Jahren allein § 106a SGB 5 aF (§ 106d SGB 5 nF) oder auch (unmittelbar) § 45 SGB 10?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 26.04.2017 - L 5 KA 2448/15 -	17-02-30
Nebeneinanderabrechnung der Nr. 33076 und Nr. 33072 EBM	B 6 KA 16/17 R <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.03.2016 - L 5 KA 3799/13 -	16-02-23 NZB
Notfallambulanz: Ambulante Behandlung oder stationäre Krankenhausbehandlung	B 6 KA 6/18 R	Besteht ein Vergütungsanspruch für eine ambulante Notfallbehandlung nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung, wenn trotz Feststellung von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit keine Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus erfolgt, das die Notfallbehandlung durchgeführt hat, oder liegt eine von der Krankenkasse zu vergütende stationäre Krankenhausbehandlung vor?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 23.03.2018 - L 24 KA 25/17 -	18-03-23
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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 19.10.2017 - L 5 KA 1/17 -	18-01-19
<b>Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress</b>				
Beschränkung auf die Gruppe der Familienversicherten und 20 %-Quote	B 6 KA 17/16 R <b>Termin:</b> 24.01.2018 Erl. durch Vergleich	Darf ein Arzneimittelregress allein anhand der Verordnungswerte der Versichertengruppe "Familienangehörige" festgesetzt werden, wenn die Fallzahl dieser Gruppe 20 % der durchschnittlichen Gesamtfallzahl der Fachgruppe unterschreitet?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 17.09.2015 - L 5 KA 29/13 -	16-03-44 NZB
Zuständigkeit der Prüfungsgremien	B 6 KA 31/17 R	Gehören Impfleistungen zur vertragsärztlichen Versorgung, und ist eine Überprüfung der	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v.	17-03-40

für Verordnung von Impfstoffen	<b>Termin:</b> 21.03.2018	Wirtschaftlichkeit ihrer Verordnung durch die Prüfungsgremien zulässig?	07.03.2017 - L 4 KA 81/14 -	
Hemmung der Verjährung bei Kenntnisnahme des Antrags	B 6 KA 7/18 R	Zur Hemmung der vierjährigen Verjährungsfrist bei Feststellung eines sonstigen Schadens im Sinne von § 48 Absatz 1 BMV-Ä.	<b>SG Mainz</b> , Urt. v. 31.01.2018 - S 8 KA 266/15 -	18-03-36
<b>Zulassung und Ermächtigung</b>				
Fortführungsfähige Praxis in BAG: Tätigkeitsumfang des einzelnen Vertragsarztes/Vorverfahren	B 6 KA 46/17 R <b>Termin:</b> 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?	<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 10.05.2017 - S 87 KA 946/16 -	17-04-36
Zulassung (eines MVZ): Aktuelle Rechtslage maßgebend	B 6 KA 31/16 R <b>Termin:</b> 29.11.2017	Ist für den Anspruch auf Zulassung auf die Rechtslage zum Zeitpunkt der Antragstellung abzustellen?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 24.02.2016 - L 5 KA 4567/14 -	16-03-56 NZB
MVZ Gründer eines anderen MVZ	B 6 KA 1/17 R <b>Termin:</b> 16.05.2018	Kann ein Medizinisches Versorgungszentrum ein weiteres Medizinisches Versorgungszentrum gründen?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 30.11.2016 - L 4 KA 20/14 -	17-01-52
Auswahlentscheidung: Berücksichtigung der Tätigkeit nach aufgehobener sofortiger Vollziehung	B 6 KA 33/17 R <b>Termin:</b> 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?	<b>LSG Thüringen</b> , Urt. v. 25.08.2016 - L 11 KA 928/15 -	17-03-48 NZB
Öffnung eines Planungsbereichs: „Konzeptbewerbung“ 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 übertensorgten Planungsbereich anwendbar?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 17.01.2018 - L 12 KA 12/17 -	18-02-28
Nachbesetzungsverfahren bei Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung	B 6 KA 14/18 R	Kann nach Entziehung der Zulassung eines Vertragsarztes im Umfang eines halben Versorgungsauftrags wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden?	<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 13.06.2018 - S 83 KA 997/16 -	18-03-45
Beschäftigung einer Ärztin in der fachinternistischen und hausärztlichen Versorgung	B 6 KA 62/17 R	Darf ein medizinisches Versorgungszentrum eine angestellte Ärztin auf jeweils einer halben Vertragsarztstelle mit einem Versorgungsauftrag in der fachinternistischen und der hausärztlichen Versorgung beschäftigen?	<b>SG Hamburg</b> , Urt. v. 27.09.2017 - S 27 KA 350/16 -	18-01-35
Herausgabe einer Bürgschaftsurkunde nach Gesellschafterwechsel	B 6 KA 2/18 R	Kann der Gesellschafter einer GmbH, die ein medizinisches Versorgungszentrum betreibt, nach seinem Ausscheiden aus der Gesellschaft im Rahmen eines Gesellschafterwechsels die Rückgabe einer von ihm dem Zulassungsausschuss vorgelegten Bürgschaftsurkunde verlangen und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 08.11.2017 - L 3 KA 109/15 -	18-01-36
Übernahme einer Einrichtung nach § 311 SGB V durch Erbringer häuslicher Krankenpflege	B 6 KA 46/16 R <b>Termin:</b> 21.03.2018	Erfasst der in § 311 Abs 2 SGB 5 geregelte Bestandsschutz für bestimmte ärztlich geleitete Einrichtungen nur den Umfang der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung und sind im Übrigen insbesondere hinsichtlich der Trägerschaft die Regelungen für medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB 5 anzuwenden?	<b>SG Potsdam</b> , Urt. v. 28.09.2016 - S 1 KA 19/15 -	17-01-50
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)?	<b>LSG Thüringen</b> , 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 <b>Termin:</b> 29.11.2017	Ist der Schiedsspruch eines Landesschiedsamts rechtmäßig, wonach der regionale Punktwert für das Jahr 2013 gegenüber dem Orientierungswert für 2013 um 1,1 Prozent zu erhöhen ist?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 28.09.2016 - L 4 KA 35/15 KL -	17-01-53
Gesamtvergütung: Versicherten mit Wohnsitz im Ausland	B 6 KA 43/16 R <b>Termin:</b> 24.01.2018	Zur Frage der Rechtmäßigkeit des sog Kassensitzprinzips bei der Zuordnung von Versicherten mit Wohnsitz im Ausland zum Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Berechnung der Gesamtvergütung nach einer Fusion von Krankenkassen.	<i>LSG Saarland</i> , 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 <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 02.11.2017 - L 4 KA 14/12 -	17-02-67
Honorarkürzung u. Fortbildungspflicht: Krankenkassenanspruch?	B 6 KA 60/17 R <b>Termin:</b> 27.06.2018	Sind die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen verpflichtet, das nach § 95d Abs 3 SGB 5 einbehaltene Honorar an die Krankenkassen auszukehren?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 08.03.2017 - L 11 KA 21/15 -	17-04-49
Ausschluss des Medizinprodukts Laxatan	B 6 KA 34/16 R <b>Termin:</b> 29.11.2017	Ist bei der Frage, ob arzneimittelähnliche Medizinprodukte ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung der GKV einbezogen werden, eine stoffbezogene oder eine präparatebezogene Prüfung vorzunehmen? Darf der Gemeinsame Bundesausschuss arzneimittelähnliche Medizinprodukte rückwirkend aus der Verordnungsfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließen?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 28.06.2016 - L 7 KA 100/13 KL -	16-04-56
Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei KV-Gremienwahlen	B 6 KA 57/17 R	Findet der Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei Wahlen von Gremien der Vertreterversammlung einer Kassenärztlichen Vereinigung auch dann Anwendung, wenn die Satzung keine "Fraktionen" vorsieht und unabhängig davon, ob es sich um Gremien mit Entscheidungskompetenz oder um solche mit nur beratender Funktion handelt?	<i>SG Marburg</i> , Urt. v. 31.05.2017 - S 12 KA 100/17 -	17-03-71
Hausarztzentrierte Versorgung	B 6 KA 44/16 R <b>Termin:</b> 21.03.2018	Verstößt der für den Bezirk der KV Bayern durch Schiedsspruch vom 13.2.2012 festgesetzte Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b Abs 4 S 1 SGB 5 gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 149/14 -	17-02-68
Hausarztzentrierte Versorgung: Geschiedster Vertrag/Aufsichtsverfügung	B 6 KA 59/17 R (alt: B 1 KR 27/17 R) <b>Termin:</b> 21.03.2018	Darf die Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse zur Umsetzung des von der Schiedsperson festgesetzten Vertrags zur Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung verpflichten, obwohl die Krankenkasse den Vertrag für rechtswidrig hält und dies gegenüber dem Vertragspartner gerichtlich geltend macht?	<i>LSG Bayern</i> , 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?	<i>SG Marburg</i> , 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
--	--	---	---	--

Kostenanteile/Beitragsklassen (Quartale III/12-II/13)	B 6 KA 12/18 R B 6 KA 16/18 R	Verstößt die Regelung des § 3 Absatz 1 Satz 1 EHV (juris: ErwHVGrS HE) gegen Artikel 12 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 3 Absatz 1 GG soweit sie bezogen auf die Festsetzung des Beitrags keine Abzüge für Sach- und Praxiskostenanteile vorsieht?	<i>LSG Hessen</i> , Ur. v. 11.04.2018 - L 4 KA 2/15 - - L 4 KA 11/15 -	18-03-61 18-03-62
--	----------------------------------	---	--	----------------------

**Sonstiges/Verfahrensrecht**

**Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung**

Stand: 19.08.2018. 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
<b>Ärztliche Behandlung</b>				
Ambulante PET-CT-Untersuchung bei metastas. Sigmakarzinom	B 1 KR 29/17 R <b>Termin:</b> 24.04.2018	Zum Anspruch Versicherter auf eine PET-CT-Diagnostik nach § 2 Abs 1a SGB 5.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Ur. 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Ur. v. 01.03.2018 - L 5 KR 215/17 -	18-02-77
Verhaltenstherapie zur Raucherentwöhnung	B 1 KR 25/18 R	Ist der Ausschluss von Arzneimitteln zu Raucherentwöhnung von der Versorgung nach § 34 Absatz 1 Satz 7 und 8 SGB V im Hinblick auf andere Suchterkrankungen mit dem Gleichheitsgrundsatz aus Artikel 3 Absatz 1 GG vereinbar?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Ur. v. 07.09.2017 - L 5 KR 62/15 -	17-04-76 NZB
<b>Kostenerstattung</b>				
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 Nagelspannbehandlung) zur Überwindung eines Systemmangels (keine leistungsbereiten Vertragsärzte) ausnahmsweise auch bei einem fachkundigen nichtärztlichen Leistungserbringer (hier: bei einem staatlich geprüften und fachlich qualifizierten Podologen) zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen werden?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Ur. 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 <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Ur. 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) <b>Zurücknahme</b>	Hat ein Versicherter einen Anspruch auf Versorgung mit einem CGM-Messsystem zur kontinuierlichen Glucose-Messung einschließlich des hierfür erforderlichen Zubehörs, wenn die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 eingetreten ist, obwohl der G-BA noch keine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen abgegeben und der Bewertungsausschuss sie nicht zum Gegenstand des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) gemacht hat?	<i>LSG Bayern</i> , Ur. v. 23.02.2016 - L 5 KR 351/14 -	16-03-108
Bekanntgabe der Entscheidung innerhalb Frist erforderlich?	B 1 KR 20/18 R	Ist für den Eintritt der Genehmigungsfiktion die Bekanntgabe der Entscheidung der Krankenkasse maßgeblich?	<i>SG Dortmund</i> , Ur. v. 28.03.2018 - S 49 KR 641/17 -	18-03-92

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 Fall 1 SGB 5?	<i>LSG Hessen</i> , 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 Rücknahme	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?	<i>Rheinland-Pfalz</i> , 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 <b>Termin:</b> 15.03.2018	Zur Auslegung des Ausnahmetatbestandes für beantragte, nicht rechtzeitig im Sinne des § 13 Abs 3a SGB 5 erbrachte "Leistungen der medizinischen Rehabilitation" (§ 13 Abs 3a S 9 SGB 5). Zur Frage der verfahrensrechtlichen Aufhebung der Genehmigungsfiktion beziehungsweise des fingierten Verwaltungsaktes und der Einbeziehung des Verwaltungsaktes in das sozialgerichtliche Verfahren.	<i>LSG Bayern</i> , 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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 15.02.2018 - L 5 KR 218/17 -	18-02-97
Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels	B 1 KR 23/18 R	Hat ein Versicherter im Rahmen der Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a SGB V einen Anspruch auf Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels (hier: Antra Mups)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 26.04.2018 - L 5 KR 89/17 -	18-03-95
	B 1 KR 24/18 R	Hat ein Versicherter im Rahmen der Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a SGB V einen Anspruch auf Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels (hier: Iscover)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 03.05.2018 - L 5 KR 119/17 -	18-03-94
Kein Sachleistungsanspruch aufgrund der Genehmigungsfiktion (Therapiedreirad)	B 3 KR 4/16 R <b>Termin:</b> 15.03.2018	Zur Frage der Anwendung der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a SGB 5 auf Sachleistungsansprüche und der Begrenzung des Anspruchs nach § 13 Abs 3a S 6, 7 SGB 5 durch das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot.	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 10.12.2015 - L 1 KR 413/14 -	16-01-118
Genehmigungsfiktion: Beschrän- kung 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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 <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , 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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 28.03.2017 - L 4 KR 97/15 -	17-03-146
Liposuktion: Maßstab der evidenzbasierten Medizin	B 1 KR 22/17 R <b>Termin:</b> 24.04.2018 Anerkennung aufgrund des Eintritts einer Genehmigungsfiktion	Verlangt das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative im Sinne des § 137c Abs 3 SGB 5 die auf kontrollierte - nicht notwendig randomisierte - Studien gestützte Annahme, die betreffende Methode werde zu einem patientenrelevanten oder wirtschaftlichen Vorteil gegenüber der etablierten Standardbehandlung führen? Ist eine Besserstellung stationärer Liposuktionen nach § 137c Abs 3 SGB 5 gegenüber ambulanten mit dem Gleichheitssatz aus Art 3 Abs 1 GG vereinbar?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 18.05.2017 - L 5 KR 95/15 -	17-03-127
Genehmigungsfiktion:	B 1 KR 2/17 R	Ist eine Leistungsberechtigung durch den Eintritt der Genehmigungsfiktion des § 13	<i>SG Köln</i> ,	17-02-115

Leistungsberechtigung/Einwendungsausschluss	<b>Termin:</b> 07.11.2017	Abs 3a S 6 SGB 5 wirksam verfügt und die Krankenkasse mit allen Einwendungen ausgeschlossen?	Urt. v. 15.11.2016 - S 34 KR 1026/15 -	
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?	<b>LSG Hessen,</b> Urt. v. 09.11.2017 - L 1 KR 210/17 -	18-01-73
Genehmigungsfiktion: Zurücknahme/Sachleistungsanspruch	B 1 KR 15/17 R <b>Termin:</b> 07.11.2017	Wird ein nach Berufungseinlegung erlassener Bescheid, der den nach § 13 Abs 3a SGB 5 fingierten Verwaltungsakt zurücknimmt, Gegenstand des Berufungsverfahrens? Gewährt § 13 Abs 3a SGB 5 einen Naturalleistungsanspruch eigener Art?	<b>LSG Saarland,</b> Urt. v. 17.05.2017 - L 2 KR 24/15 -	17-03-156
Zurücknahme einer fingierten Genehmigung	B 1 KR 24/17 R <b>Termin:</b> 07.11.2017	Kann eine Krankenkasse eine fingierte Genehmigung durch Verwaltungsakt zurücknehmen, wenn die Versicherte die Leistung - hier: Abdominalplastik - sich noch nicht selbst beschafft hat. Wird ein nach Berufungseinlegung erlassener Bescheid, der den nach § 13 Abs 3a SGB 5 fingierten Verwaltungsakt zurücknimmt, Gegenstand des Berufungsverfahrens? Gewährt § 13 Abs 3a SGB 5 einen Naturalleistungsanspruch eigener Art?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> Urt. v. 06.04.2017 - L 16 KR 202/16 -	17-03-155
	B 1 KR 18/18 R	Unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung zurückgenommen werden?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 22.02.2018 - L 4 KR 526/16 -	18-02-100

#### Stationäre Behandlung

Liposuktion: Maßstab der evidenzbasierten Medizin	B 1 KR 13/16 R B 1 KR 10/17 R <b>Termin:</b> 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?	<b>LSG Sachsen,</b> Urt. v. 23.07.2015 - L 1 KR 104/15 - <b>LSG Baden-Württemberg,</b> Urt. v. 31.08.2016 - L 5 KR 609/16	16-02-102 NZZ 17-03-126 NZZ
---	---	---	---	--------------------------------------

#### Auslandskrankenbehandlung

##### Arzneimittel

Immunglobuline bei monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz	B 1 KR 4/17 R <b>Termin:</b> 20.03.2018	Hat ein Versicherter, der unter einem Antikörpermangelsyndrom bei Monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz (MGUS) leidet, einen Anspruch auf intravenös zu verabreichende Arzneimittel mit dem Wirkstoff Immunglobulin außerhalb deren Indikationsgebietes, wenn aus der Grunderkrankung eine Schwächung des körpereigenen Abwehrsystems resultiert, die bei einer bereits eingetretenen Häufung schwerster Lungenentzündungen im Falle weiterer Infekte einen tödlichen Krankheitsverlauf bewirken kann, aber die Immunglobulingabe die Infektanfälligkeit reduziert? Ist eine Grunderkrankung, von der ein lebensbedrohliches Risiko ausgeht, bei dem aber nicht absehbar ist, dass es sich innerhalb eines kürzeren überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit realisiert, eine lebensbedrohliche Erkrankung?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen,</b> 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 <b>Termin:</b> 15.03.2018	Umfasst der Anspruch auf Versorgung mit Inkontinenzmaterial auch die Kosten für die Entsorgung nach dem Gebrauch?	<b>LSG Schleswig-Holstein,</b> Urt. v. 19.10.2016 - L 5 KR 71/16 -	16-04-137 NZZ
--	--	---	--	------------------

##### Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Seniorenresidenz als geeigneter Ort	B 3 KR 11/16 R <b>Termin:</b> 30.11.2017	Kann häusliche Krankenpflege durch den Betreiber eines Pflegedienstes erfolgen, der einen Schwerstpflegebedürftigen in einem für die Intensivpflege hergerichteten, ihm	<b>LSG Rheinland-Pfalz,</b> Urteil v. 19.11.2015	16-01-141 NZZ
-------------------------------------	---	---	---	------------------



		gehörenden Gebäude pflegt ("Service-Wohnen")?	- L 5 KR 5/15 -	
Häusl. Behandlungspflege: „Pflegehôtel“	B 3 KR 3/17 R Rücknahme	Handelt es sich bei einem möblierten Appartement eines sog "Pflegehôtels" eines Wohnstifts um einen "sonst geeigneten Ort" im Sinne von § 37 Abs 2 S 1 SGB 5?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urtr. v. 15.12.2016 - L 5 KR 33/16 -	17-02-148
<b>Fahrkosten</b>				
<b>Zuzahlung</b>				
<b>Rehabilitationsmaßnahmen</b>				
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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urtr. v. 07.12.2017 - L 5 KR 130/17 -	18-02-120
Vorsorgemaßnahme für Mütter: PKV-versicherte Pflegemutter	B 1 KR 14/18 R B 1 KR 19/18 R	Hat ein nicht selbst vorsorgeleistungsbedürftiges GKV-versichertes Pflegekind einer PKV-versicherten Pflegemutter, die Vorsorgeleistungen im Rahmen einer Kur erhält, als Begleitkind Anspruch auf Mutter-Kind-Maßnahme-Leistungen gegen seine Krankenkasse?	<i>LSG Hessen</i> , Urtr. v. 25.01.2018 - L 8 KR 115/17 - - L 8 KR 114/17 -	18-03-120 18-03-121 NZB
<b>Krankenhauskosten</b>				
Transkatheter-Aortenklappen- Implantation und Grundversorgung	B 1 KR 2/18 R	Hat ein zur akutstationären Grundversorgung zugelassenes Plankrankenhaus (hier: der Versorgungsstufe 1 in Bayern) einen Vergütungsanspruch für die Durchführung einer Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI) gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse?	<i>LSG Bayern</i> , Urtr. v. 18.07.2017 - L 5 KR 102/14 -	18-01-107
Versorgungsauftrag für Implantation von Kniegelenk- Totalendoprothesen (Knie-TEP)	B 1 KR 17/18 R	Ist die - nicht unfallbedingte - Implantation einer Kniegelenk-Totalendoprothese (Knie-TEP) vom Versorgungsauftrag eines bayerischen Krankenhauses im Jahr 2011 umfasst gewesen?	<i>LSG Bayern</i> , Urtr. v. 19.12.2017 - L 4 KR 138/17 -	18-03-128
Krankenhauseinweisung für stationäre Behandlung	B 1 KR 26/17 R <b>Termin:</b> 19.06.2018	Ist die ärztliche Krankenhauseinweisung Voraussetzung für die stationäre Behandlungsbedürftigkeit sowie für die Abrechenbarkeit stationärer Vergütungsansprüche?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urtr. v. 25.07.2017 - L 4 KR 10/15 -	17-04-117
Rückforderungsanspruch: Unterlassen der Prüfung der Behandlungsbedürftigkeit durch MDK	B 1 KR 35/17 R	Ist der Rückforderungsanspruch einer Krankenkasse nach Treu und Glauben ausgeschlossen, wenn sie die Erforderlichkeit einer stationären Aufnahme nicht unmittelbar nach der Behandlung prüft, obwohl das Krankenhaus zu der eigentlich ambulant durchführbaren Behandlung keine Angaben zum Grund der stationären Aufnahme gemacht hat?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urtr. v. 28.06.2017 - L 4 KR 40/16 - Urtr. v. 25.04.2017 - L 4 KR 350/14 -	18-01-105 18-01-104
Teilstationäre Krankenhausbehand- lung: Abrechnung der Arzneimittel als Einzelmengen	B 1 KR 30/17 R <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Saarland</i> , Urtr. v. 25.08.2017 - L 2 KR 5/16 -	18-01-123
Zusatzentgelt	B 1 KR 17/17 R <b>Termin:</b> 19.12.2017	Wie ist die Vereinbarung eines Zusatzentgelts gemäß § 6 Abs 2 KHEntgG im Rahmen der Auslegung des Qualitätsgebots zu berücksichtigen, wenn das Krankenhaus eine neue Behandlungsmethode - hier Implantation von endobronchialen Nitinolspiralen zur Lungenvolumenreduktion - anwendet?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urtr. v. 23.11.2016 - L 5 KR 1101/16 -	17-01-143 NZB
Kodierung einer primären fokalen Hyperhidrose	B 1 KR 25/17 R <b>Termin:</b> 20.03.2018	Ist bei einer Krankenhausbehandlung wegen einer primären fokalen Hyperhidrose die Hauptdiagnose nach der Nr G90.8 oder nach der Nr R61.0 des ICD-10-GM 2009 zu kodieren?	<i>LSG Hamburg</i> , Urtr. v. 17.05.2017 - L 1 KR 56/14 -	17-04-134
Maschinelle Beatmung	B 1 KR 18/17 R <b>Termin:</b> 19.12.2017	Setzt die Entwöhnung von der maschinellen Beatmung im Sinne von Abschnitt 1001h der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2011 die vorherige Gewöhnung an den Respirator voraus und welchen Stellenwert hat bei der Auslegung der DKR das	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urtr. v. 15.11.2016 - L 11 KR 4054/15	17-01-147 NZB

		medizinische Begriffsverständnis?		
Beatmung eines Frühgeborenen	B 1 KR 13/18 R	Ist die Atemunterstützung mit einer High-Flow-Nasenkaniüle (HFNC) bei Säuglingen als maschinelle Beatmung im Sinne der Nummer 1001h DKR 2009 zu werten?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 13.03.2018 - L 5 KR 504/15 -	18-02-152
Ist suprapubischer Verweilkatheter Implantat?	B 1 KR 26/18 R	Ist ein suprapubischer Blasenkatheter eine Prothese, Implantat oder Transplantat im Sinne von ICD-10-GM (2009) T83.5?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 27.10.2017 - L 1 KR 252/13 -	18-01-119 NZB
Nephrostomiekatheter: Prothese, Implantat oder Transplantat	B 1 KR 27/18 R	Ist ein perkutaner Nephrostomiekatheter eine Prothese, Implantat oder Transplantat im Sinne von ICD-10-GM (2011) T83.5?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 14.09.2017 - L 1 KR 238/15 -	17-04-135 NZB
Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen	B 1 KR 40/17 R	Hat eine Krankenkasse, auch ohne Einverständnis des Versicherten, einen Anspruch auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen des Krankenhauses während des Rechtsstreits über die Abrechnung der DRG A11C?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 22.11.2017 - L 5 KR 1284/16 -	18-01-118
Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen	B 1 KR 19/17 R <b>Termin:</b> 19.12.2017	Zum Anspruch der Krankenkasse auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen des Krankenhauses während des Rechtsstreits und zu den Anforderungen an die Dokumentation der im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) geregelten Komplexleistungen.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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 <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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 <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , 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)?	<i>SG Chemnitz</i> , Urt. v. 25.10.2017 - S 38 KR 2463/15	18-01-124
Rituximab als Zusatzentgelt im Off-Label-Use bei autoimmunologischem Schleimhautpemphigoid	B 1 KR 22/18 R	Hat ein Krankenhaus Anspruch auf Vergütung des Zusatzentgeltes ZE82.14 für die zulassungsüberschreitende Anwendung ("off-label-use") von Rituximab im Rahmen stationärer Behandlung, wenn die behandelte Krankheit zwar nicht unmittelbar lebensbedrohlich ist, aber aufgrund einer krankheitsbedingten erheblichen Sepsisgefahr jederzeit in einen mit einiger Wahrscheinlichkeit unumkehrbaren und im Ergebnis tödlichen Prozeß umschlagen kann?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 03.05.2018 - L 1 KR 19/16 -	18-03-147
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	<i>LSG Hessen</i> , 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 24.01.2017 - L 11 KR 4746/15 -	17-02-195
Vereinbarung über Abschlag bei	3 KR 6/17 R	Gestattet § 129 Abs 5 S 1 SGB 5 eine vertragliche Regelung über die Abrechnung von	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> ,	17-02-192

Abgabe von Zytostatika		in Apotheken hergestellten Zytostatika auf Landesebene oder sind diese Regelungen nach § 129 Abs 5 S 3 SGB 5 ausschließlich der einzelvertraglichen Ebene vorbehalten?	Urt. v. 07.12.2016 - L 9 KR 333/13 -	
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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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.	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , 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).	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 25.01.2018 - L 1 KR 151/14 KL -	18-02-166
Schiedsspruch: Anforderungen an einen Nutzenbewertungsbeschluss	B 3 KR 2/18 R	Zur Rechtmäßigkeit der Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie im Nutzenbewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 35a Absatz 3 SGB V und dessen Auswirkungen auf die Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs nach § 130b Absätze 3, 4 SGB V.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 25.01.2018 - L 1 KR 295/14 KL -	18-02-167
Mischpreisbildung für Arzneimittel (Wirkstoff: Albiglutid)	B 3 KR 20/17 R <b>Termin:</b> 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.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 28.06.2017 - L 9 KR 213/16 KL -	17-03-215
Mischpreisbildung bei unterschiedlich nutzenbewerteter Patientengruppen	B 3 KR 21/17 R <b>Termin:</b> 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.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 28.06.2017 - L 9 KR 72/16 KL -	17-04-141
Arzneimittelhersteller/Festbetragsfestsetzung: Vorübergehende Lieferschwierigkeiten	B 3 KR 9/16 R <b>Termin:</b> 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.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 08.04.2016 - L 1 KR 476/12 KL -	16-03-167
Festbetrag für Medikinet® adult („Methylphenidat Gruppe 1“)	B 3 KR 7/17 R (alt: B 1 KR 5/17 R) <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 26.01.2017 - L 1 KR 67/14 KL -	17-02-188
Festbetrag für „Levothyroxin-Natrium“	B 3 KR 10/17 R <b>Termin:</b> 03.05.2018	Zur Frage der Rechtmäßigkeit der Anpassung eines Festbetrages für Arzneimittel bei einem zwischenzeitlich eingetretenen Zeitablauf von mehreren Monaten zwischen dem	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 24.02.2017	17-02-189

		Bewertungsstichtag und dem Wirksamwerden der Festbetragsanpassung einschließlich einer eingeschränkten Lieferfähigkeit des Produkts.	- L 1 KR 80/14 KL -	
Abschlagspflicht für Insulinpräparate ohne Patentschutz und Generika/Wirkstoffgleichheit	B 3 KR 11/17 R	Gilt die Abschlagspflicht für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel nach § 130a Abs 3b SGB 5 auch für zwei in demselben biotechnologischen Herstellungsprozess produzierte und wirkstoffidentische Arzneimittel oder ist diese auf Generika und ihre Referenzarzneimittel begrenzt?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 14.12.2016 - L 9 KR 213/13 -	17-02-190
Reduzierung des Herstellerrabatts auf 6 % und Ertragssituation	B 3 KR 10/16 R	Unter welchen Voraussetzungen kann ein pharmazeutischer Unternehmer die Reduzierung des Herstellerrabatts von 16 auf 6 % beanspruchen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 11.06.2015 - L 8 KR 88/12 -	16-03-170 NZB
Auskunftsanspruch der Krankenkassen	B 3 KR 13/16 R <b>Termin:</b> 03.05.2018	Zum Inhalt und Reichweite des Auskunftsanspruchs nach § 129 Abs 5c S 4 SGB 5.	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 24.05.2016 - L 5 KR 442/13 -	16-04-171
Hilfsmittelverzeichnis: Darlegungs- und Beweispflichten des Herstellers	B 3 KR 13/17 R	Hat ein Hersteller eines Hilfsmittels Anspruch auf Eingruppierung seines Produkts in eine bestimmte Produktart des Hilfsmittelverzeichnisses (hier: Produktart 23.04.03.3 "Rahmenorthesen zur Führung und Stabilisierung des Kniegelenks mit Extensions-/Flexionsbegrenzung") oder ist der vom Gesetzgeber vorgegebene Zweck des Hilfsmittelverzeichnisses bereits dann erfüllt, wenn das betreffende Hilfsmittel überhaupt aufgenommen/gelistet wird?	<i>LSG Thüringen</i> , 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 <b>Termin:</b> 30.11.2017	Sind Vorspann- bzw. Einhängefahrräder für Rollstühle mit Handkurbelantrieb und elektromotorischer Servounterstützung zum Erreichen von 10 km/h bzw 14 km/h in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 13.05.2016 - L 4 KR 3332/15 -	16-03-174 NZB
Raumhöhe für physiotherapeutische Praxis	B 3 KR 16/17 R	Erfüllt ein Physiotherapeut auch dann die Voraussetzungen für eine Zulassung nach § 124 SGB 5, wenn die Raumhöhe seiner Praxis 2,50 m unterschreitet?	<i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 20.04.2017 - L 6 KR 936/14 -	17-03-218
Unterbliebene Durchführung des Schiedsverfahrens	B 3 KR 31/15 R <b>Termin:</b> 29.06.2017 B 3 KR 9/17 R	Kann ein Pflegedienst eine höhere Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (hier: ärztlich verordnete Einmalkatheterisierungen) im Wege der Leistungsklage durchsetzen, wenn ein Schiedsverfahren trotz Vorliegens einer Schiedsvereinbarung unterblieben ist?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 18.11.2015 - L 5 KR 2883/13 - <i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 21.02.2017 - L 11 KR 4278/15 -	16-01-185 17-02-200
	B 3 KR 7/18 R B 3 KR 8/18 R B 3 KR 9/18 R B 3 KR 10/18 R B 3 KR 11/18 R	Zur Abrechnung von Leistungen der Hebammenhilfe durch Hebammengemeinschaften.	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 01.03.2018 - L 4 KR 498/17 - - L 4 KR 348/17 - - L 4 KR 479/17 - - L 4 KR 497/17 - - L 4 KR 499/17 -	18-03-155 18-03-159 18-03-158 18-03-157 18-03-156

**Integrierte Versorgung**

**Krankenkassen**

Elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild?	B 1 KR 31/17 R	Ist die Krankenkasse berechtigt, ein eingereichtes Lichtbild länger als zur Herstellung der elektronischen Gesundheitskarte erforderlich zu speichern?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 23.11.2016 - L 5 KR 1768/16	17-04-145 NZB
--	----------------	--	--	------------------

Satzungsregelung: Zusätzliche Leistungen nur bei ungekündigter Mitgliedschaft	B 1 A 1/18 R	Ist eine Satzungsregelung nicht genehmigungsfähig, wenn sie den Anspruch auf zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V an eine ungekündigte Mitgliedschaft koppelt?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 20.03.2018 - L 5 KR 394/16 KL -	
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)?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. 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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. 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) <b>Termin:</b> 20.03.2018	Kann die Aufsichtsbehörde die Zustimmung zu einer Vergütungserhöhung für den Vorstandsvorsitzenden einer Krankenkasse verweigern, wenn die geplante Erhöhung die Trendlinie, die von der Aufsichtsbehörde unter Berücksichtigung aller gezahlten Vorstandsgehälter ermittelt wurde, um mehr als 30 Prozent überschreitet?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 21.03.2017 - L 5 KR 334/15 KL -	17-04-147
Erstattungsanspruch einer unzuständigen Krankenkasse	B 1 KR 15/18 R	Ist eine Krankenkasse einem Erstattungsanspruch einer unzuständigen Krankenkasse gemäß § 105 SGB X ausgesetzt, wenn sie mit der Vereinbarung und Erbringung der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung ihrer Vergütungspflicht für die zu Gunsten ihrer Versicherten erbrachten zahnärztlichen Leistungen nachgekommen ist, die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen zugunsten eines ihrer Versicherten aber aus der Gesamtvergütung der unzuständigen Krankenkasse erfolgte?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 27.02.2018 - L 5 KR 224/14 -	18-02-184
Keine aktive Prozessführungsbefugnis für Ersatzkassenverband	B 1 KR 16/18 R	Besteht für einen Verband von Ersatzkassen eine Prozessführungsbefugnis zur Geltendmachung von Wettbewerbsansprüchen seiner Mitgliedschaften gegenüber einer anderen Krankenkasse?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 12.04.2018 - S 56 KR 3964/15	18-03-164

**GBA**

**Sonstiges**

Abgabepflicht für Mitarbeiter eines Ärzteblatts einer Ärztekammer	B 3 KS 3/15 R <b>Termin:</b> 28.09.2017	Ist eine Ärztekammer als Herausgeberin eines Ärzteblattes abgabepflichtig nach dem KSVG, wenn die Redaktionsmitglieder ausschließlich ehrenamtlich gegen Aufwandsentschädigung tätig und die Beiträge idR kostenlos verfasst werden?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Urt. v. 16.06.2015 - L 4 R 183/10 -	16-01-251
Beschwerdewert	B 3 KR 14/17 R <b>Termin:</b> 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)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 20.04.2017 - L 5 KR 175/16 -	17-04-154

### Anhang III: BSG - Anhängige Verfahren Großer Senat

Stand: 29.07.2018. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen Großer Senat <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
<b>Verfahrensfragen</b>				
Anforderungen an Begründung einer zugelassenen Revision	GS 1/17 Beschl. v. 13.06.2018	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?	<b>BSG</b> , Beschl. v. 26.09.2017 - B 1 KR 3/17 R -	18-01-165
Rentenversicherung: Rücküberweisung von Geldleistungen	GS 1/18	Setzt ein Anspruch des Rentenversicherungsträgers gegen das Geldinstitut nach § 118 Absatz 3 Satz 2 SGB VI auf Rücküberweisung von Geldleistungen, die für die Zeit nach dem Tod des Berechtigten überwiesen worden sind, die weitere Existenz des Kontos des Rentenempfängers voraus?	<b>BSG</b> , Beschl. v. 17.08.2017 - B 5 R 26/14 R -	juris